ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Wasem, Jürgen

Book

Vom staatlichen zum kassenärztlichen System: Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland

Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung Köln, No. 31

Provided in Cooperation with:
Max Planck Institute for the Study of Societies (MPIfG), Cologne

Suggested Citation: Wasem, Jürgen (1997) : Vom staatlichen zum kassenärztlichen System: Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland, Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung Köln, No. 31, ISBN 3-593-35736-4, Campus Verlag, Frankfurt a. M.

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/69277

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Jürgen Wasem

Vom staatlichen zum kassenärztlichen System

Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland

Campus

Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung Köln, Band 31

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Wasem, Jürgen:
Vom staatlichen zum kassenärztlichen System: eine Untersuchung
des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung
in Ostdeutschland / Jürgen Wasem. – Frankfurt/Main; New York:
Campus Verlag, 1997
(Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln; Bd. 31)
ISBN 3-593-35736-4
NE: Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung <Köln>: Schriften
des Max-Planck-Instituts ...

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung
ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.
Copyright © 1997 Campus Verlag GmbH, Frankfurt / Main
Umschlaggestaltung: Atelier Warminski, Büdingen
DTP: Christel Schommertz, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln
Druck und Bindung: KM-Druck, Groß-Umstadt
Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.
Printed in Germany

Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen 9

Abkürzungen 11

Vorwort 14

Kapitel 1
Rekonstruktion und Analyse des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland: Fragestellung und Datenbasis 17

1.1 Fragestellung und theoretischer Bezugsrahmen 17

1.2 Weiterer Gang der Arbeit 30

1.3 Datenbasis 32

Kapitel 2
Vierzig Jahre unterschiedlicher Gesellschafts- und Gesundheitspolitik und ihre Auswirkungen auf das System der ambulanten ärztlichen Versorgung 37

2.1 Strukturentscheidungen für das ambulante ärztliche Gesundheitssystem in der Nachkriegszeit in Ost- und Westdeutschland 40

2.1.1 Durchsetzung der poliklinischen Versorgungsform in Ostdeutschland 43

2.1.2 Verfestigung des ambulanten Behandlungsvorranges durch niedergelassene Ärzte in Westdeutschland 49

2.2 Die Regelungs- und Leistungsstruktur der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ost- und Westdeutschland vor der »Wende« 52
2.2.1 Steuerung des ambulanten Versorgungssystems 52
2.2.2 Sicherstellung der Versorgung 57
2.2.3 Träger der Versorgung 60
2.2.4 Arztwahlrecht der Patienten 68
2.2.5 Finanzierung des ambulanten Versorgungsbereichs und Ausgabenniveau 69
2.2.6 Zwischenergebnis 76

Kapitel 3
Die Angleichung der ostdeutschen Versorgungsstrukturen an das westdeutsche Modell – ein quantitativer Überblick 77

3.1 Probleme der Datenlage 77

3.2 Verlauf des Angleichungsprozesses 83
3.2.1 Ambulant tätige Ärzte insgesamt 84
3.2.2 Niedergelassene und poliklinisch beschäftigte Ärzte 85
3.2.3 Modalitäten der Niederlassung 92
3.2.4 Anzahl und Größenklassen poliklinischer Einrichtungen 94
3.2.5 Ambulante Versorgung durch Fachambulanzen 95
3.2.6 Ambulante Versorgung durch Universitätspolikliniken 98
3.2.7 Zwischenergebnis 99

Kapitel 4
Die »Ausgangssituation« der im Transformationsprozeß relevanten Akteure 101

4.1 Staatliche Akteure in Westdeutschland/Gesamtdeutschland 103

4.2 Staatliche Akteure in Ostdeutschland 106

4.3 Verbandliche Akteure in Westdeutschland/Gesamtdeutschland 110

4.4 Verbandliche Akteure in Ostdeutschland 114

4.5 Polikliniken und ihre Träger 117

4.6 Ärzte in ambulanten Einrichtungen 120

4.7 Nichtärztliches Poliklinikpersonal und Patienten 131

Kapitel 5
Die Setzung der Rahmenbedingungen für das ambulante Versorgungssystem und deren Wirkungen auf die Handlungsabsichten der ostdeutschen Ärzte 133

5.1 Von reformerischen Blütenträumen und bewährten strategischen Allianzen: Westdeutsche Gesundheitspolitik unter (Ver-)Einigungsdruck 134
5.1.1 Erste Schritte zur Neuordnung des ambulanten Gesundheitssystems 135
5.1.2 Die Festschreibung des »Vorranges für den niedergelassenen Kassenarzt« 140
5.1.3 Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung 147
5.1.4 Förderung der Niederlassung durch Subventionen 160
5.1.5 Zwischenergebnis 161

5.2 Von der Etablierung westdeutscher Ärzteverbände und ostdeutschen kommunalen Sorgen: Das ambulante Gesundheitssystem im Jahre 1990 164
5.2.1 Die Etablierung westdeutscher Ärzteverbände 164
5.2.2 Kommunale Sorgen um »rote Zahlen« 172
5.2.3 Ein ministerieller Beruhigungsversuch 175
5.2.4 Zwischenergebnis 176

5.3 Ostdeutsche Ärzte zwischen Unterzeichnung und Inkrafttreten des Einigungsvertrages – eine Momentaufnahme 177
5.3.1 Bewertungen des ostdeutschen Gesundheitswesens 178
5.3.2 Zufriedenheit mit der individuellen Arbeitssituation 180
5.3.3 Entschlossenheit zur Niederlassung 182
5.3.4 Zwischenergebnis 192

Kapitel 6
Die poliklinischen Strukturen in der Auflösung 194

6.1 Zur Eigendynamik des Niederlassungsprozesses nach Inkrafttreten des (modifizierten) Kassenarztrechts 195
6.1.1 Turbulenzen auf der örtlichen Ebene 195
6.1.2 »Nachbesserungen« durch die gesamtdeutschen korporativen Akteure 205
6.1.3 Umstrukturierungsentscheidungen der Polikliniken 210
6.1.4 Die Rolle der Patienten 213

6.1.5 Die Niederlassungsentscheidungen – ein Rückblick nach einem Jahr 217
6.1.6 Zwischenergebnis 224

6.2 Von »Trägerkonzepten«, »Gesundheitszentren« und »Entscheidungshilfen«: Möglichkeiten und Grenzen für »Alleingänge« an den Beispielen der Modelle von Berlin und Brandenburg 227
6.2.1 Das Brandenburger Modell 231
6.2.2 Die »Trägerkonzeption« in Berlin 238
6.2.3 Zwischenergebnis 247

6.3 Von (zu) späten Rettungsversuchen mit unintendierten Nebenwirkungen: Das Gesundheitsstrukturgesetz und die ostdeutsche ambulante Versorgungsstruktur 250
6.3.1 Initiativen im Vorfeld des Gesundheitsstrukturgesetzes 250
6.3.2 Der Kompromiß von Lahnstein 252
6.3.3 Unbeabsichtigte Nebenwirkungen der Bedarfsplanungsregelung 255
6.3.4 Zwischenergebnis 258

Kapitel 7
Der Transformationsprozeß des ostdeutschen ambulanten Gesundheitssystems als Ergebnis einer Mehrarenen-Akteurkonstellation – ein zusammenfassender Erklärungsversuch 259

7.1 Wirkungsketten im Transformationsprozeß 261

7.2 »Strategische Planung« oder »kaum beeinflußbare Eigendynamik?« 274

7.3 Eigendynamiken und Steuerbarkeit des Gesundheitssystems 277

Anhang 1 Zeittafel 279

Anhang 2 Tobit-/Logit-Analysen 283

Literatur 293

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

1	Niedergelassene Ärzte und Ärzte in Einrichtungen	86
2	Niederlassungsquote nach Bundesländern	88
3	Niedergelassene Ärzte und angestellte Ärzte nach Bundesländern	89
4	Modalitäten der Investitionsfinanzierung: Erhalt öffentlicher Mittel	93
5	Modalitäten der Investitionsfinanzierung: Gewährung von Bankkrediten	93
6	Poliklinische Einrichtungen nach Größenklassen	94
7	Relevante Akteure im Transformationsprozeß	102
8	Poliklinik-bezogene Präferenzen der GKV-Kassenarten	266

Tabellen

1	Entwicklung der Zahl ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland (VBE)	82
2	Niedergelassene Ärzte nach Fachgebieten in Ostdeutschland	91
3	Datenlage zu Fachambulanzen (FA) am 1. Oktober 1992	96
4	Fallzahlen ostdeutscher Hochschulpolikliniken	99
5	Typen ambulant tätiger Ärzte im März/April 1990	124
6	»Typen« der Ärzte nach Altersgruppen	125
7	Präferenzen zur »Umbau-Geschwindigkeit« nach Ärztetypen	126

8	Beurteilung des Nachholbedarfs des ostdeutschen Gesundheitswesens durch ambulant tätige Ärzte im Herbst 1990	179
9	Beurteilung struktureller Elemente des ostdeutschen Gesundheitswesens durch ambulant tätige Ärzte im Herbst 1990	180
10	Zufriedenheit ambulant tätiger Ärzte mit Aspekten der Arbeitssituation im Herbst 1990	181
11	»Typen« ambulant tätiger Ärzte im Herbst 1990	182
12	»Typen« der Ärzte nach Altersgruppen im Herbst 1990	183
13	Motive gegen eine Niederlassung	192
14	Kündigungen durch Träger im Umstrukturierungsprozeß bis Ende 1992	212
15	Niederlassungsabsicht im Herbst 1990 und Tätigkeitsstatus im Herbst 1991	218
16	Rangfolge der Niederlassungsmotive nach Niederlassungsabsicht im Herbst 1990	220
17	Niederlassungsabsicht im Herbst 1990 und Zeitpunkt der realisierten Niederlassung	221

Abkürzungen

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
ASB	Arbeitersamariterbund
AOK(s)	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
AOK-BV	AOK-Bundesverband
BÄK	Bundesärztekammer
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BDI	Berufsverband Deutscher Internisten
BerG	Beratungsgesellschaft Gesundheitszentren Brandenburg
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BKaA	Bundeskanzleramt
BKK-BV	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BMA	Bundesminister(ium) für Arbeit und Sozialordnung
BMF	Bundesminister(ium) der Finanzen
BMG	Bundesminister(ium) für Gesundheit
BMI	Bundesminister(ium) des Inneren
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BMWi	Bundesminister(ium) für Wirtschaft
BSG	Bundessozialgericht
BVA	Bundesversicherungsamt
BVLK	Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
DAG	Deutsche Angestellten-Gewerkschaft
DDR	Deutsche Demokratische Republik

dfg	Dienst für Gesellschaftspolitik
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DZVG	Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen
EFB	Epidemiologische Forschung Berlin
EV	Einigungsvertrag
FA	Fachambulanz
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
GBl.	Gesetzblatt
GKAR	Gesetz über Kassenarztrecht
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt (des Landes Berlin)
GZG	Gesundheitszentrums-Gesellschaft
HB	Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands
HMO	Health Maintainance Organization
i.d.F.d.	in der Fassung des
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
IKK-BV	Bundesverband der Innungskrankenkassen
ISD	Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung
ISOG	Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
K.d.ö.R.	Körperschaft des öffentlichen Rechts
KV(en)	Kassenärztliche Vereinigung(en)
KVG	Kommunalvermögensgesetz
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
MdB	Mitglied des Deutschen Bundestages
MEG	Medizinische-Einrichtung GmbH
MfG	Ministerium für Gesundheit (der DDR)
MPIfG	Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung
NAV	NAV – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.

OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OLS	Ordinary least square (method); Methode der kleinsten Quadrate
ÖTV	Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
QALYs	Quality adjusted life years
PKV	Private Krankenversicherung
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RVO	Reichsversicherungsordnung
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SGB	Sozialgesetzbuch
SMAD	Sowjetische Militäradministration in Deutschland
StBA	Statistisches Bundesamt
SVO	Verordnung zur Sozialpflichtversicherung der Arbeiter und Angestellten
SVR-KAG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SVStV	Verordnung über die Sozialversicherung bei der Staatlichen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik
UHW	Union-Hilfswerk
VBE	Vollbeschäftigten-Einheit
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
VuM	Verfügungen und Mitteilungen (des DDR-Gesundheitsministeriums)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
ZEG	Zentrum für Epidemiologie und Gesundheitsforschung
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
ZK	Zentralkomitee (der SED)
ZVOBl.	Zentralverordnungsblatt (der Sowjetischen Besatzungszone und der frühen DDR)

Vorwort

Diese Arbeit entstand während meiner Tätigkeit am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln. Den Direktoren des Instituts, Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf, gilt mein aufrichtiger Dank für die Unterstützung des Vorhabens. Ohne die Ressourcen sowie das anregende intellektuelle Setting des Instituts hätte die vorliegende Studie nicht durchgeführt werden können. Mein besonderer Dank gilt aber auch den Lehrenden an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, insbesondere ihrem Gründungsdekan, Bernhard Badura, der mich unterstützt und bestärkt hat, diese Untersuchung durchzuführen. Die Arbeit wurde im Mai 1996 von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld als Habilitationsschrift angenommen.

Danken möchte ich auch Roland Czada, Marian Döhler, Philip Manow, Heinz Rothgang, Uwe Schimank und Raymund Werle für kritische Anmerkungen zu ersten Veröffentlichungen aus dem Projekt (Wasem 1992a; 1992b; 1993a; 1993b; 1995; Robischon et al. 1995), sowie Matthias Mohr, Andreas Ryll und Anke Walendzik für nie ermüdende Diskussionsbereitschaft. Andreas Hustadt und Claudia Flügel danke ich für die Pflege der projektbezogenen Datenbanken und die Hilfen bei Literaturbeschaffung und Erstellung der Grafiken. Meinem Vater, Karl Heinz Wasem, Thomas Salzberger sowie Simone Fischer danke ich für die Durchsicht des Manuskriptes auf sprachliche Mängel, Christel Schommertz und Friederike Botzenhardt für das gründliche Desktop publishing und Gunar Barg für die Unterstützung bei den Rechenarbeiten mit SAS. Jürgen Wilhelm (Göttingen) ist für die Überlassung eines Tabellenbandes und einer Auszählungsliste der »Ärztestudie 1990« zu danken. Den Interviewpartnern, die mir teilweise mit großer Offenheit – in jedem Falle aber unter Einsatz ihrer eigenen Arbeitszeit – zur Verfügung standen, gilt ebenfalls mein nachdrücklicher Dank.

Mein größter Dank gilt allerdings meiner Frau, Mechthild, sowie Jan David und Milan, deren allabendlicher Anruf im Institut mit der Bitte um ein telefonisches »Nachtlied« des Vaters mir immer wieder deutlich gemacht hat, daß wissenschaftliches Arbeiten in hohem Maße mit Opportunitätskosten verbunden ist. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.

Troisdorf, im Mai 1997 *Jürgen Wasem*

Kapitel 1

Rekonstruktion und Analyse des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland: Fragestellung und Datenbasis

1.1 Fragestellung und theoretischer Bezugsrahmen

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist eine empirisch gesättigte Rekonstruktion und theoretische Analyse der Dynamik des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland und ihrer Ursachen. Fünf Jahre nach der Herstellung der staatlichen deutschen Einheit ist die Leistungsstruktur[1] der ambulanten Versorgung in Ostdeutschland weitgehend der in den alten Bundesländern angeglichen. Bereits zwanzig Monate nach dem Beitritt zur Bundesrepublik stellt die Bundesregierung in einer »Zwischenbilanz« mit Blick insbesondere auf die ambulanten Versorgungsstrukturen fest, der »Aus- und Umbau« sei »praktisch abgeschlossen« (Presse- und Informationsamt 1992: 1), und die die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen tragenden Institutionen vertreten 1994 in einem gemeinsamen Positionspapier die Auffassung, es gebe »kaum einen anderen gesellschaftlichen Bereich, in dem die Umstrukturierung der ehemaligen DDR so reibungslos vonstatten ging« (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. 1994: 197) wie das Gesundheitswesen.

Auch aus der wissenschaftlichen Beobachterperspektive wird die Einschätzung geteilt, der Wandel der Leistungsstruktur, die in der DDR nahezu ausschließlich durch poliklinische Einrichtungen geprägt war, zu einer Ver-

---

1 Unter der »Leistungsstruktur« verstehen wir in Anlehnung an Mayntz/Scharpf (1995b: 17–19) einerseits die Einrichtungen, die auf die Erbringung von Leistungen in einem gesellschaftlichen Teilsystem ausgerichtet sind (im Gesundheitssystem also etwa die Krankenhäuser, Arztpraxen, Poliklinken, Hersteller von medizinisch-technischen Geräten etc.), andererseits die formellen wie informellen Regelungen, die für die Leistungserbringung und -inanspruchnahme in diesem Teilsystem relevant sind (im Gesundheitssystem also etwa Regelungen zur Mittelaufbringung und -verwendung, zum Wettbewerb zwischen Einrichtungen, zur Ausgestaltung der Vernetzung zwischen Einrichtungen etc.).

sorgung nahezu ausschließlich durch niedergelassene Ärzte könne als eines der nicht zahlreichen Beispiele für einen Fall »sowohl als nahezu abgeschlossen als auch als ›innovationsfrei‹ anzusehender Transformation ehemals ostdeutscher Strukturen gelten« (Wiesenthal 1995: 26).

Die Charakterisierung dieses Wandels der Leistungsstruktur als »innovationsfrei« nimmt allerdings ausschließlich Bezug auf die westdeutsche Perspektive: Werden unter sozialen Innovationen (in Abgrenzung zu technischen Innovationen) mit Zapf »neue Wege, Ziele zu erreichen, insbesondere neue Organisationsformen, neue Regulierungen …« (Zapf 1989: 177) verstanden, stellt der (westdeutsche) Beobachter nunmehr in den neuen Bundesländern eine weitgehende Duplizierung der bislang im westdeutschen Gesundheitssystem vorfindbaren Organisationsformen und Regulierungen, gemessen am westdeutschen Modell daher »nichts Neues«, fest. Aus der ostdeutschen Perspektive bedeutet die Ablösung der bisherigen Strukturen hingegen eine erhebliche Innovation – sowohl Leistungserbringer (insbesondere Ärzte, aber auch nichtärztliches Gesundheitspersonal) als auch Patienten und die übrigen am Gesundheitssystem beteiligten Akteure bewegen sich heute unter gegenüber der Zeit vor 1990 umfassend anders gestalteten Rahmenbedingungen.

Die Untersuchung von Strukturbildung und Systemwandel im Gesundheitswesen gehört zu den insbesondere von Politikwissenschaft und (Makro-) Soziologie bearbeiteten Fragestellungen der Gesundheitssystemforschung[2] als einem der Schwerpunkte des »neuen«[3] Arbeitsgebietes der Gesundheitswissenschaften:[4] Ausgehend von der funktionalistischen systemtheoretischen Vorstellung, nach der sich die Gesellschaft in einem historischen Prozeß funktional in Teilsysteme ausdifferenziert hat und die einzelnen funktionalen Teilsysteme auf eine bestimmte, für das Gesamtsystem bestandsnotwendige, Funktion gesellschaftlicher Reproduktion spezialisiert sind, ist auch das »Gesundheitssystem« als ein solches Teilsystem identifiziert worden (Field 1973; Parsons 1978: 66–82).5 Die von der autopoietisch gewendeten Systemtheorie

2 Vgl. etwa Arnold (1993), Blanke (1994) sowie die Beiträge von Badura/Haase (1995), Blanke et al. (1995) sowie Döhler et al. (1995) in Schwartz et al. (1995a).

3 Zu den historischen Bezügen vgl. Hurrelmann/Laaser (1993).

4 Vgl. zum Beispiel Schwartz et al. (1995b); Schwartz/Brenneke/Pfaff (1995).

5 Danach handelt es sich um dasjenige Teilsystem der Gesellschaft, welches mittels des Einsatzes gesellschaftlicher Ressourcen Gefährdungen der Bestandserhaltung der Gesellschaft, die durch Bedrohung der Fähigkeit der Gesellschaftsmitglieder zur gesellschaftlichen Rollenerfüllung durch (mögliche) gesundheitliche Probleme entstehen können, verhindern soll (vgl. einen Überblick über Definitions- und Abgrenzungsbemühungen des

betonte Tendenz funktioneller gesellschaftlicher Teilsysteme zur Selbstreferentialität und Autonomisierung (z.B. Luhmann 1984: 15–29) und die daraus resultierenden Schwierigkeiten politischer Steuerung (z.B. Willke 1984) sind auch für das Gesundheitssystem – als in Finanzierungsdruck (z.B. Luhmann 1983) und Abkoppelung des Versorgungsangebotes von den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen in der Gesellschaft (z.B. Badura/Feuerstein 1994) mündend – festgestellt worden.[6] Die Etablierung der auf die »gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Gesundheit« (Badura et al. 1993: 3) fokussierenden Gesundheitswissenschaften und die Entwicklung des Arbeitsgebietes der Gesundheitssystemforschung, in dem Fragen nach den »Grundlagen, Strukturen, Funktionsweisen, Kosten und gesundheitlichen Erträgen des weitgespannten Konglomerats von privaten und öffentlichen Dienstleistungen, Verfahren und Programmen des Gesundheitswesens« thematisiert werden (Schwartz et al. 1995b), können als Reaktionen hierauf angesehen werden.

Die Transformation des ostdeutschen Gesundheitswesens ist als ein »zentrales Problemfeld«, das »für die Gesundheitssystemforschung lohnende Anknüpfungspunkte« biete, angesehen worden (Blanke et al. 1995: 14–15). Mit der vorliegenden Untersuchung von Strukturbildung und Strukturwandel des ambulanten ärztlichen Gesundheitswesens in Ostdeutschland soll ein Beitrag zur Mehrung des Steuerungswissens über das Gesundheitssystem geleistet

---

Gesundheitssystems aus der funktionalistischen Perspektive bei Ellencweig (1992: 4–39). Auch stärker akteur- und institutionenorientierte Ansätze funktionaler Differenzierung, die bei der Identifikation von funktionalen Teilsystemen darauf abzielen, ob der spezifische Handlungssinn auch zur Herausbildung von Trägern, die in bezug auf den Handlungssinn kontinuierlich spezifische Handlungen vollziehen, und schließlich auch zur institutionellen Verfestigung durch organisatorische Zusammenfassungen von Rolleninhabern geführt hat (etwa Mayntz 1988: 20–23), sehen »das Gesundheitssystem« als im Zuge der funktionalen Ausdifferenzierung entstandenes gesellschaftliches Teilsystem an (vgl. etwa Roemer 1976; Elling 1974, 1980; Mayntz/Rosewitz 1988; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992).

6 Auch stärker policy- und akteurbezogene Ansätze, die den generellen Steuerungspessimismus autopoietischer Systemtheorie tendenziell eher nicht teilen (vgl. etwa Mayntz 1987; Rosewitz/Schimank 1988; Blanke 1994), kommen in Untersuchungen zu einer ganzen Reihe von Gesundheitssystemen westlicher Industriestaaten ebenfalls zu der Einschätzung, daß aufgrund der spezifischen Ausgestaltung der institutionellen Konstellationen, der zumeist ausgeprägten Vetochancen zentraler Beteiligter und vielfach unzureichenden Steuerungswissens staatlicher Akteure für das Gesundheitssystem oftmals nur stark begrenzte Steuerungsmöglichkeiten offenstehen (vgl. etwa Immergut 1992; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992; Wilsford 1994). Zu Untersuchungen über die Steuerbarkeit des bundesdeutschen Gesundheitssystems vgl. Abschnitt 2.2.

und damit die Chancen für eine an systemischer Leistungsfähigkeit orientierte »rationale Gesundheitspolitik« (Blanke et al. 1995: 14) verbessert werden.

Der Wandel von Strukturen eines gesellschaftlichen Teilsystems läßt sich in dreierlei Hinsicht kategorisieren: Zum einen kann nach dem *Ausmaß* des Wandels – also ob die Veränderung eher graduell oder umfassend ist – gefragt werden; zum zweiten kann nach der *Geschwindigkeit* der Veränderung unterschieden werden: ob der Wandel also von einer geringen oder hohen Dynamik gekennzeichnet ist; drittens erscheint es sinnvoll, danach zu unterscheiden, ob die Veränderung »*eigendynamisch*« oder »gesteuert« bewirkt wurde.

Hinsichtlich der ersten Dimension läßt sich der in dieser Untersuchung behandelte Fall – die Transformation der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland – eindeutig als »umfassend« einordnen. Verweist der Begriff der Transformation auf das mit der Vergangenheit grundlegend Brechende, neue Ordnungsstrukturen Anstrebende des Wandlungsprozesses,[7] so ist zwar nicht für alle gesundheitlichen Versorgungsbereiche von einem gleichermaßen umfassenden Wandel auszugehen,[8] insbesondere für die ambulante Versorgung dürfte aber gelten: »Das Gesundheitssystem wurde von Grund auf umgebaut, neue Strukturen wurden eingeführt« (BMG 1995: Vorwort).

In bezug auf die zweite Dimension – die »Umbaugeschwindigkeit« – zeichnet sich der Wandel im ostdeutschen ambulanten Gesundheitssystem durch eine besonders hohe Dynamik aus. Diese hohe Dynamik war von den Beteiligten wie auch externen Beobachtern in diesem Ausmaß nicht antizipiert worden: Zum Zeitpunkt des Beitrittes gingen vielmehr die meisten Beteiligten wie Beobachter davon aus, daß die spezifisch ostdeutschen Charakteristika der Leistungsstruktur der ambulanten Versorgung noch auf längere Sicht erhebliches Gewicht behalten würden. So stellt etwa die Geschäftsführung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in ihrem Tätigkeitsbericht für 1991 fest: »Daß jedoch die Polikliniken und Betriebsambulatorien so schnell von Kassenärzten in eigener Praxis abgelöst werden würden, hatten selbst Optimisten zu Beginn des Umwandlungsprozesses nicht geglaubt«

---

7 Vgl. etwa den Überblick zur Begrifflichkeit bei Reißig (1994). Zu einer Abgrenzung der »Transformation« von anderen Formen des sozialen Wandels vgl. auch bereits Hernes (1977).

8 So ist insbesondere in bezug auf die stationäre Versorgung darauf hingewiesen worden, daß das ost- wie das westdeutsche Gesundheitssystem dem »traditionellen deutschen Krankenhaus« (Eisen 1992: 78) verhaftet geblieben wären (vgl. dazu Kapitel 2, Fußnote 6).

(Kassenärztliche Bundesvereinigung 1992: 240). Die Bundesregierung vermerkt in der bereits zitierten »Zwischenbilanz« ebenfalls, der Umbau habe sich »viel schneller vollzogen als vorherzusehen und zu hoffen war« (Presse- und Informationsamt 1992: 1).[9]

Besonders bemerkenswert ist die die Erwartungen übertreffende Transformationsdynamik aus drei Gründen:

1. Es war nach dem Fall der Mauer zu einer lebhaften normativen – von west- wie ostdeutschen gesundheitspolitischen Akteuren wie Wissenschaftlern bestrittenen – Diskussion über die Leistungsstrukturen des ambulanten Gesundheitssystems in beiden Teilen Deutschlands gekommen: Das westdeutsche Gesundheitssystem war seit längerem einer kritischen Diskussion seiner Effizienz und Effektivität ausgesetzt gewesen,[10] während dem ostdeutschen Gesundheitssystem – so es denn von westdeutschen Wissenschaftlern untersucht worden war – in den vergangenen Jahrzehnten teilweise durchaus »gute Noten« zugesprochen worden waren[11] und einige Elemente seiner Leistungsstruktur Anknüpfungspunkte für in Westdeutschland artikulierte Reformvorstellungen boten. Vor diesem Hintergrund konnte es nicht überraschen, daß von zahlreichen Teilnehmern dieser normativen Diskussion zunächst (als noch von einer länger andauernden Zweistaatlichkeit ausgegangen wurde) Vorschläge entwickelt wurden, das Gesundheitssystem der DDR zwar zu reformieren, jedoch nicht unmodifiziert die westdeutschen Strukturen zu übernehmen. Nachdem rasch die Perspektive einer »schnellen« staatlichen Vereinigung Konturen anzunehmen begann, erweiterten sich diese Überlegungen (allerdings auch heftigen Widerspruch anderer Akteure hervorrufend) teilweise dahingehend, die staatliche Vereinigung zu einer West- wie Ostdeutschland einbeziehenden Reform des Gesundheitssystems zu nutzen.[12]

---

9 Ähnlich etwa auch der sächsische Sozialminister (Antwort auf die Kleine Anfrage zu Drucksache 1/1585 des Sächsischen Landtages) oder der Vorsitzende der KV Sachsen (Hommel 1991: 28).

10 Vgl. zu den aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln vorgetragenen Kritiken etwa Badura/Gross (1976: 216–237); Deppe (1980); Reiners (1987); Wissenschaftliche Arbeitsgruppe »Krankenversicherung« (1987); Sass (1988); Enquete-Kommission (1988, 1990a). Siehe dazu auch Abschnitt 2.2.

11 Etwa bei Weissenböck (1974); Rolf (1975); Korbanka (1990). Vgl. zu den Untersuchungen von Weissenböck und Rolf allerdings kritisch Pritzel (1978).

12 Vgl. aus dieser umfangreichen Diskussion etwa die unterschiedlichen Standpunkte von Arnold/Schirmer (1990); Bundesverband der Betriebskrankenkassen (1990); Dreßler (1990); Harych (1990a); Henke (1990); Hofemann (1991a); Huber (1990); Nowak et al. (1990); Offe (1992); Weiss/Wolfram/Köhler (1990).

2. Es wurde in anderen gesellschaftlichen Teilsystemen im Zuge des Vereinigungsprozesses die Beobachtung gemacht, daß die durch den ersten Staatsvertrag und den Einigungsvertrag festgelegten rechtlichen Regelungen zwar einen »vollständigen« Institutionentransfer des westdeutschen Systems in das Beitrittsgebiet vorsehen, sich auf der Meso- und insbesondere auf der Mikroebene jedoch – insbesondere infolge unzureichender Einbettung dieser Regelungen in (im Westen vorfindbare) individuelle mentale Dispositionen (Trommsdorf 1994) und interindividuelle Beziehungsnetzwerke – eigendynamische Prozesse herausgebildet haben, die als »Transformationsblockade« wirken (Lehmbruch 1993: 35; Wiesenthal 1991, 1993: 17; Lutz 1994).

   Im vorliegenden Fall ist hingegen umgekehrt die potentielle Entwicklung der Strukturen im Beitrittsgebiet gerade nicht von den Vertragspartnern der beiden Verträge qua definitivem Institutionentransfer eindeutig determiniert worden (vgl. Abschnitt 5.1), und trotzdem ist der Institutionentransfer bereits heute auch auf der Mikroebene weitgehend als abgeschlossen zu betrachten. Zwar hatten die gesetzlichen Regelungen unzweifelhaft einen »Bias« in Richtung einer Angleichung an das westdeutsche System, jedoch beließ der im Vergleich zu anderen Politikfeldern relativ offene Rechtsrahmen des Einigungsvertrages genauso unzweifelhaft einen Freiraum, der zumindest hinsichtlich der Dynamik des Transformationsprozesses mehrere Entwicklungspfade zugelassen hätte. Wenn aus normativer Perspektive bedauert wird: »Die mit dem Einigungsvertrag eröffnete Chance, verschiedene Modelle ambulanter Versorgung nebeneinander auf ihre soziale Effizienz und medizinische Rationalität zu testen, wurde nicht genutzt« (Spaar/Beilicke 1993: 101),[13] so beschreibt dies genau jenen Freiraum, den die mit dem Einigungsvertrag geschaffenen Regelungen offensichtlich beließen und den die beteiligten Akteure auf unterschiedliche Weise ausfüllen konnten: Eine dauerhafte Dominanz der spezifisch ostdeutschen Versorgungsformen wäre als Ergebnis des Nutzens dieser Freiräume ebenso möglich gewesen wie ein »Mischsystem«, ein Spektrum unterschiedlicher Dynamiken eines Übergangs zum westdeutschen System einschließend.

3. Die Transformationsdynamik ist aber auch deswegen bemerkenswert, weil für eine der zentralen Kategorien von Akteuren in diesem Prozeß, nämlich für die bereits bislang in der ambulanten Versorgung der damaligen

13 Ähnlich Braun/Müller (1993); Stange (1994).

DDR tätigen ostdeutschen Ärzte, davon auszugehen ist, daß ihre große Mehrheit nach dem »Fall der Mauer« und vor der Vereinigung sowohl einer raschen als auch einer nahezu vollständigen Transformation der ambulanten ärztlichen Versorgung zunächst eher skeptisch gegenüberstand (vgl. dazu ausführlicher Kapitel 4). Vor der Realisierung des Transformationsprozesses vermuteten die westdeutschen Beteiligten entsprechend auch vielfach, daß die ostdeutschen Ärzte ein gewisses Beharrungsvermögen in den bisherigen Strukturen an den Tag legen würden – so wurde etwa auch auf den hohen Frauenanteil (rund 63 Prozent) an den ambulant tätigen Ärzten (und damit eine gewisse Wahrscheinlichkeit umfangreicheren familiären Engagements) und das relativ hohe Durchschnittsalter (45 Jahre) der Ärzte verwiesen, die es eher fraglich erscheinen ließen, ob diese sich in großer Zahl niederlassen würden.[14] Auch wissenschaftliche Beobachter nahmen zu dieser Zeit an, daß es nur langsam zu einer Veränderung der Strukturen des ambulanten Gesundheitssystems kommen werde.[15]

Wenn aber die im Zuge des staatlichen Vereinigungsprozesses geschaffenen gesetzlichen Regelungen auch Leistungsstrukturen zugelassen hätten, die durch eine Parallelität unterschiedlicher Modelle ambulanter Versorgung gekennzeichnet sind und damit den Vorstellungen der großen Mehrheit der ostdeutschen Ärzte von einem langsameren und weniger umfassenden Übergang, aber auch den Vorstellungen zahlreicher normativ orientierter west- wie ostdeutscher Diskussionsteilnehmer offenbar eher entgegengekommen wären: Warum konnte sich dieses Szenario nicht realisieren? Warum wurde unter den potentiellen Entwicklungspfaden schließlich der zunächst als wenig wahrscheinlich angesehene, nämlich die extrem rasche Angleichung der Leistungsstrukturen an das westdeutsche Modell, realisiert?

Auf die Frage nach den Ursachen dieser raschen Transformation – und damit wird die dritte der angesprochenen Dimensionen von Systemwandel aufgegriffen – sind bislang höchst unterschiedliche Erklärungen angeboten worden: Einerseits wird der Prozeß einer »dominante[n] Strategie der raschen institutionellen Angleichung an das westdeutsche System« bestimmter west- und ostdeutscher Akteure zugeschrieben (Offe 1992: 69), also als Resultat zielgerichteten, strategischen Handelns gedeutet und als »erzwungener Strukturwandel« (Braun/Müller 1993) qualifiziert. Andererseits wird die

14 Vgl. etwa FAZ vom 17.8.1990.
15 Vgl. etwa den 1990 verfaßten Beitrag von Lehmbruch (1994b: 140–141).

These vertreten, der Prozeß sei »von einer derartigen Eigendynamik [geprägt gewesen], daß staatliches Handeln und staatliche Eingriffe die Entwicklung kaum hätten beeinflussen können« (Landes-Reg. Sachsen-Anhalt 1992: 3).[16]

Mit der vorliegenden Studie sollen die Ursachen der zunächst für wenig wahrscheinlich angesehenen hohen Dynamik des Prozeßverlaufes untersucht,[17] eine Einordnung der Ursachen dieser Dynamik in das »Wechselspiel zwischen Steuerungsversuchen und Eigendynamik« (Mayntz 1985: 37) vorgenommen und damit ein Beitrag zur Verbesserung des Steuerungswissens über das Gesundheitssystem geleistet werden.

Es dürfte schnell Konsens darüber zu erzielen sein, daß – wie auch immer die Abgrenzung zwischen gesellschaftlichen »Makro«- und »Mikro«-Phänomenen konzeptualisiert wird[18] – der dynamische Transformationsprozeß und sein Ergebnis, der »Systemwechsel« vom ostdeutschen zum westdeutschen Modus der ambulanten ärztlichen Versorgung, ein typisches Phänomen der Veränderung einer makrostrukturellen Variablen darstellt. Wir gehen davon aus, daß bei der Erklärung solcher makrostrukturellen Phänomene zwar einerseits das starke Gewicht des »Eingebettetseins« (Granovetter 1985) des Akteurhandelns in makrostrukturelle Rahmenbedingungen – nämlich unter anderem in die Logiken funktionaler Teilsysteme und systemischer Legitimationserfordernisse (z.B. Willke 1983; Luhmann 1986b), Sozial- und Machtstrukturen (z.B. Eisenstadt 1964; Rueschemeyer 1974; Rueschemeyer et al. 1992), Institutionen (March/Olsen 1984, 1989) – zentral zu berücksichtigen ist, daß andererseits aber auch die Handlungen, Interessen und Strategien sozialer Akteure (Lindenberg 1981, 1990; Friedman/Hechter 1988) wie schließlich auch Emotionen (Flam 1990; Badura 1994b: 46–48) ein ganz wesentliches Element sozialer Dynamik bilden und für die Diffusion sozialer Innovationen von Bedeutung sind: Die dynamischen Konsequenzen von Strukturen wirken über das Handeln von Individuen und Organisationen, welches über »Aggregateffekte« dynamisch auf die Strukturen zurückwirkt.[19]

---

16 Auch der Bundesminister für Gesundheit (BMG) verweist darauf, daß »der Prozeß der Umstrukturierung eine enorme Eigendynamik (entwickelte), der sich die betroffenen Heilberufler nicht entziehen konnten und wollten« (BMG 1995: 27).

17 Es soll also überprüft werden, warum die aus Kenntnis des ostdeutschen Systems und der Präferenzen der dortigen Akteure zum Zeitpunkt der Vereinigung von den Beteiligten formulierte Hypothese einer geringen Dynamik vom tatsächlichen Prozeßverlauf sodann falsifiziert wurde.

18 Vgl. einen Überblick über die verschiedenen Abgrenzungsmöglichkeiten bei Münch/Smelser (1987: 356).

19 Vgl. Mayntz (1985: 36–37); siehe zu diesem Zusammenhang auch Boudon (1980: 121–123).

Eine Analyse ohne Rückgriff auf Akteurhandeln, wie sie etwa in der Systemtheorie reklamiert oder innerhalb der populationsökologischen Variante der Organisationssoziologie (z.B. Hannan/Freeman 1977, 1984; Hannan 1992) praktiziert wird, würde diesen spezifischen Interdependenzen nicht hinreichend Rechnung tragen.[20] Die in der jüngeren Zeit intensivierten Bemühungen, zwischen »Akteur« und »System« vermittelnde Ansätze zu etablieren,[21] erscheinen daher gerade für die Untersuchung sozialer Dynamiken angemessen.[22]

Die Analyse muß hierbei berücksichtigen, daß sich die modernen Gesellschaften und ihre funktionalen Teilsysteme als Aggregate »komplex ineinandergeschachtelter, einander überlagernder und miteinander verwobener Handlungssysteme präsentieren« (Mayntz 1985: 29). Da dynamische Prozesse oftmals gerade durch Interaktionen zwischen den verschiedenen Handlungssystemen entstehen und ihren spezifischen Verlauf erhalten, muß eine empirische Untersuchung diesen Interdependenzen Rechnung tragen.

In den verschiedenen Handlungssystemen sind zugleich typischerweise unterschiedliche Kategorien von Akteuren involviert und daher an Transformationsprozessen der untersuchten Art beteiligt. In der Studie werden wir insbesondere auf drei Kategorien von Akteuren treffen:[23]

– *Individuen* sind mit Max Weber als »Akteure« besonders prädestiniert, sind doch sie »allein für uns verständliche Träger von sinnhaft orientiertem Handeln« (Weber 1972 [1922]: 6): Es sind Menschen, die Entscheidungen treffen, und jegliches soziale Handeln ist letztlich auf Individuen zurückführbar. In der vorliegenden Untersuchung wird davon ausgegangen, daß kognitive, motivationale und emotionale Aspekte die Handlungsorientierungen der Menschen bestimmen, wobei alle drei Dimensionen sowohl bei der Einschätzung bezüglich der zu aktivierenden individuellen Zielvorstellungen,[24] der zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen

20 Vgl. auch Boudon (1986: 29–32).

21 Vgl. etwa Franz (1986); Schüßler (1988); Weise (1989); Weyer (1993); Schimank (1995); Mayntz/Scharpf (1995a).

22 Zur Angemessenheit eines beide Paradigmen sozialwissenschaftlicher Theoriebildung berücksichtigenden Vorgehens gerade in der Transformationsforschung vgl. etwa auch Merkel (1994).

23 Die konkret beteiligten Akteure werden in Kapitel 4 vorgestellt.

24 Eine Reihe von Autoren (etwa Stigler/Becker 1977; Lindenberg 1990; Mayntz/Scharpf 1995a) schlagen in diesem Zusammenhang vor, davon auszugehen, daß die Individuen »Standardinteressen« wie soziale Wertschätzung, physisches Wohlbefinden, Handlungsfreiheit und Minimierung von Verlust realisieren wollen, die in den unterschiedlichen Si-

sowie der zu beachtenden Restriktionen, als auch bei der Beurteilung und schließlich der Auswahl der Handlungsalternativen simultan und interdependent handlungsorganisierend wirken.[25]

– Neben der Akteurkategorie der Individuen sind aber auch »Aggregatphänomene« von Individuen in die Analyse einzubeziehen. Sofern solche »Aggregatphänomene« von Individuen »intern« für die Zuschreibung von Entscheidungen und Handlungen hinreichend »einheitlich« strukturiert sind (was jeweils empirisch zu überprüfen ist), ist es im wesentlichen eine pragmatische Frage des jeweiligen Erklärungszusammenhanges, ob der Rekurs auf die die Aggregatphänomene konstituierenden Individuen vorgenommen wird oder die Aggregatphänomene selbst als handelnde Einheiten in die Analyse einbezogen werden (Coleman 1990: 5).[26]

Von besonderer Bedeutung für die Untersuchung von Prozessen in funktionalen Teilsystemen moderner Gesellschaften sind unter den »Aggregatphänomenen« sogenannte »*korporative Akteure*«. Hierunter werden zumeist formal organisierte Personen-Mehrheiten verstanden, die über

---

tuationen auf je verschiedene Weise handlungsleitend werden, daher vom Individuum spezifiziert werden.

25 Modelle rationaler Wahlhandlungen (vgl. zur soziologischen und politikwissenschaftlichen Nutzung solcher Modelle etwa Esser 1990, 1991; Coleman 1990; Lindenberg 1990, 1991; siehe auch den Überblick in Wiesenthal 1987 und die kontroversen Diskussionen zur sozialwissenschaftlichen Fruchtbarkeit dieses Paradigmas in den Sammelbänden von Coleman/Fararo 1992 und Zey 1992) sind daher nur unzureichend in der Lage, das menschliche Entscheidungsverhalten hinreichend abzubilden: Zum einen erfassen sie weder normorientiertes noch emotional motiviertes Verhalten angemessen (vgl. Scheff 1992; Etzioni 1992; Badura 1994b); des weiteren klammern sie die »Ambiguität« der Kognition realer Umweltzustände, persönlicher Präferenzen und Identitäten zumeist aus beziehungsweise vereinfachen sie unzulässig (vgl. March 1994: 175–220); und schließlich sind die Individuen – wie eine große Zahl empirischer Untersuchungen gezeigt hat (vgl. Überblicke etwa bei Schoemaker 1982; Markus/Zajonc 1985; Abelson/Levi 1985; Frey/Eichenberger 1989) selbst für hinreichend »eindeutig« definierte Problemstellungen weit davon entfernt, den Kalkulations- und Konsistenzanforderungen, die Theorien rationaler Wahlhandlungen formulieren, zu genügen, was für die gegenüber Laborsituationen meist deutlich komplexere soziale Realität in verstärktem Maß gelten dürfte. Modelle »eingeschränkter« Rationalität (vgl. etwa Simon 1955, 1956; Klopstech/Selten 1984) tragen zwar den begrenzten kalkulatorischen Kapazitäten der Individuen stärker Rechnung, die Einbindung normorientierten und emotional motivierten Verhaltens bleibt allerdings auch hierbei zumeist unbefriedigend (Schlicht 1990).

26 Die Betrachtung von Aggregatphänomenen als handlungsfähige (und handelnde) Akteure erscheint insbesondere auch dann plausibel, wenn im jeweils vorliegenden empirischen Kontext die Akteureigenschaft den Aggregatphänomen von anderen Akteuren zugeschrieben wird – diese also in ihren Entscheidungen davon ausgehen, daß die Aggregatphänomene zum Entscheiden und Handeln in der Lage sind (Geser 1990; Scharpf 1990).

zentralisierte, also nicht mehr den Mitgliedern individuell zustehende Handlungsressourcen verfügen. Entscheidungen über den Einsatz von Handlungsressourcen können bei korporativen Akteuren entweder hierarchisch oder durch Mehrheitsentscheidungen der Mitglieder erfolgen.[27] Inwieweit solche formalen Organisationen faktisch handlungsfähig sind, hängt zum einen von ihrer formellen »Verfassung« ab, insbesondere ihren binnenstrukturellen Entscheidungsregeln, die zu für die Mitglieder und/oder Angehörigen der Organisation verbindlichen Entscheidungen führen, zum anderen aber auch vom faktischen Verhalten der Individuen in diesen Organisationen, also der »gelebten Verfassung«.

Auch für korporative Akteure erscheint es plausibel, davon auszugehen, daß sie generelle Interessen wie beispielsweise die Sicherung des eigenen Bestandes, hinreichende Ressourcenzufuhr oder Autonomie verfolgen, die in der jeweiligen Situation vom korporativen Akteur spezifiziert werden, um handlungsleitend werden zu können (Schimank 1991). Es wird vermutet, daß bei ihnen – im Vergleich zu Individuen – Emotionen eine geringere Rolle einnehmen (Mayntz/Scharpf 1995a: 54–56), handlungsleitende Interessen, Normen und historisch gewachsene Organisationsidentitäten[28] hingegen bei der Situationsdeutung und Handlungswahl eine zentrale Rolle spielen (Wiesenthal 1995: 21–22).[29]

Besteht eine hinreichend einheitliche interne Strukturierung, kann die Handlungsfähigkeit (und Durchsetzungskraft) korporativer Akteure die von Individuen vielfach erheblich übersteigen, zumal sie oftmals mit einem nicht nur quantitativ erheblich größeren, sondern auch qualitativ unterscheidbaren Ressourcenpotential ausgestattet sind (Coleman 1990: 45–64). Dies gilt insbesondere, wenn es sich um staatliche oder »staatsnahe« formale Organisationen handelt, die unter Umständen über »legislative« und »exekutive« Kompetenz verfügen (Scharpf 1990: 32) und dadurch die Handlungsmöglichkeiten anderer Akteure entsprechend ihren eigenen Zielvorstellungen ex ante beeinflussen oder ex post auf Handlungen anderer Akteure durch Einzelfallkorrekturen oder Veränderungen der künftig geltenden »Spielregeln« reagieren können.[30]

---

27 Vgl. etwa Coleman (1974, 1990: 323–465); Vanberg (1992).

28 Dazu etwa Kreps (1990).

29 Insbesondere die Ambiguitäten komplexer Umwelten lassen es allerdings auch bei Organisationen fraglich erscheinen, ob ihre Entscheidungen den »Rationalitätspostulaten« der Theorien rationaler Wahlhandlungen genügen (vgl. March 1994).

30 Die »Akteurfähigkeit« einer formalen Organisation kann allerdings auch wieder verloren gehen: Ändern sich etwa die binnenstrukturellen Entscheidungsregeln oder die »gelebte

– Neben Individuen und korporativen Akteuren werden wir in der empirischen Untersuchung schließlich auf sogenannte »*aggregierte*« *Akteure* treffen. Unter »aggregierten« Akteuren soll eine »Gruppe« von Individuen (oder auch Organisationen) verstanden werden, die sich in einer gemeinsamen Lage befinden, in gewisser Weise auch wechselseitig beobachten und die Wirkungen des Handelns der jeweils anderen abschätzen können, jedoch hierbei – insbesondere aufgrund der hohen Zahl betroffener Individuen – nicht abgestimmt, sondern nur je einzeln handeln und entscheiden (Scharpf 1990: 18–21).[31]

  Insbesondere bei der Diffusion sozialer Innovationen (wie des Modelles »Niederlassung«) bedeutet nichtabgestimmtes, je individuelles Handeln allerdings nicht »Unabhängigkeit« der Handlungen beziehungsweise Entscheidungen der einzelnen Akteure voneinander: Vielmehr kann das Verhalten eines einzelnen »Mitglieds« einer solchen Gruppe von Akteuren – aus Gründen kognitiver, emotionaler oder »technischer« Art – auch davon abhängig sein, was die jeweils anderen dieser Gruppe tun.[32] Auch steuerungsinteressierte (z.B. staatliche oder verbandliche) korporative Akteure können sich diese wechselseitigen Abhängigkeiten zunutze machen (vgl. dazu Schimank/Wasem 1995).

Verfassung« in der Weise, daß nunmehr die Möglichkeit, für Mitglieder beziehungsweise Angehörige verbindliche Entscheidungen der Organisation zu bewirken, faktisch nicht mehr besteht, »degeneriert« die Organisation zu einem, unter dem Begriff des »Regimes« subsumierbaren, »institutionelle[n] und normative[n] Arrangement zur Handlungskonzertierung« (Schneider/Werle 1988: 11).

31 Insoweit unterscheiden sich »aggregierte Akteure« von der (im vorliegenden empirischen Fall nicht relevanten) Kategorie sogenannter »*kollektiver*« *Akteure* – etwa sozialer Bewegungen (Scharpf 1990: 15) –, die bei Fehlen eines organisatorischen Unterbaus und verbindlicher binnenstruktureller Entscheidungsregeln durch absichtsvolle Selbstkoordination zusammengefaßt werden: Kollektive Akteure sind damit zwar kaum zu langfristigen Strategien in der Lage, wohl aber zu kurzfristigen gemeinsamen Handlungen fähig.

32 Diffusionstheoretische Modellierungen fokussieren üblicherweise auf Interdependenzen, die daraus resultieren, daß Akteure, die eine Innovation bereits übernommen haben, auf Akteure treffen, die eine solche noch nicht übernommen haben, und so eine »Ansteckung« bewirkt werden kann, die zu einer Ausbreitung der Innovation führt (vgl. etwa typische Modellierungen bei Brown 1981; Diekmann 1992). Demgegenüber betonen »Schwellenwert-Modelle« (etwa Granovetter 1978; Granovetter/Soong 1986) und Modelle von »Produktionsfunktionen kollektiver Ereignisse« (Oliver/Marwell/Teixeira 1985; Marwell/Oliver 1993) Interdependenzen, die daraus resultieren, daß sich mit steigender Zahl der Übernehmer einer Innovation die relative Vorteilhaftigkeit für diejenigen, die sie bisher noch nicht übernommen haben, verändert. Einige typische Ursachen der Veränderung der relativen Vorteilhaftigkeit mit steigender Zahl der Übernehmer einer Innovation werden unter dem Begriff der Netzwerk-Externalitäten diskutiert (vgl. etwa Katz/Shapiro 1985, 1994; Liebowitz/Margolis 1994).

In der Untersuchung der Dynamik des Transformationsprozesses des ambulanten Gesundheitssystems in Ostdeutschland werden wir auf alle drei Typen von Akteuren – Individuen, korporative Akteure und aggregierte Akteure – treffen. Durch Rekonstruktion der »Logik der Situation«, in der sich diese verschiedenen Akteure im Transformationsprozeß befanden, durch Analyse ihrer »Logik der Selektion« zwischen den von ihnen wahrgenommenen Handlungsalternativen und durch Analyse der sich aus den Handlungen der Akteure – und insbesondere deren wechselseitigen Interdependenzen – ergebenden »Logik der Aggregation« (Esser/Troitzsch 1991: 18) soll das interessierende makrostrukturelle Phänomen (also die hohe Dynamik des Systemwechsels beziehungsweise der Diffusion der sozialen Innovation) erklärt und insoweit ein Beitrag zur Gesundheitssystemforschung geleistet werden.

Abrams hat darauf hingewiesen, daß bei der sozialwissenschaftlichen Rekonstruktion und Analyse singulärer »Ereignisse« (wie dem Transformationsprozeß der Leistungsstrukturen der ambulanten Versorgung) insbesondere drei Probleme bestehen: »the problem of detail, the problem of concreteness, and the problem of uniqueness« (Abrams 1982: 193). Anders als unter Umständen in einer historischen Arbeit,[33] ist mit dieser sozialwissenschaftlichen Untersuchung keine – möglichst alle konkreten Details umfassend zusammentragende, der historischen Einzigartigkeit des untersuchten Ereignisses Rechnung tragende – »Nacherzählung« beabsichtigt. Vielmehr geht es darum, das empirische Material so weit aufzubereiten, daß aus den Akteurkonstellationen analytisch isolierbare Muster erkannt und für eine theoretisch verallgemeinerungsfähige Erklärung geordnet werden können.

Lindenberg hat vorgeschlagen, bei dieser sozialwissenschaftlichen Rekonstruktion nach dem »Prinzip der abnehmenden Abstraktion« vorzugehen (Lindenberg 1991): Danach sind spezifische Einzelaspekte eines Ereignisses nur insoweit in die Analyse einzubeziehen, wie makrostrukturelle, insbesondere institutionelle Kontexte aus sich selbst heraus nicht hinreichend erklärungskräftig sind. Allerdings ist davon auszugehen, daß gerade in Umbruchsituationen, wie sie etwa im Zuge der deutschen Vereinigung in Ostdeutschland auftraten, institutionelle Strukturen ihre Orientierungswirksamkeit ver-

33 So spricht etwa Luhmann (1986a: 150–152) der Geschichtswissenschaft diese, das Singuläre umfassend zusammentragende, narrative Aufgabe zu, hält es jedoch für relativ chancenlos, daß Sozialwissenschaftler durch die Bearbeitung von Ereignissen und dem darin enthaltenen Akteurhandeln zu theoretisch relevanten Erklärungen kommen können (Luhmann 1988: 132, Fußnote 9).

lieren, so daß bei der Analyse von Fällen wie dem hier vorliegenden »situative Faktoren oder sogar individuelle Besonderheiten notwendigerweise ein wesentlich höheres Gewicht« gewinnen (Mayntz/Scharpf 1995a: 66). Die vorliegende Studie wird daher den spezifischen situativen Faktoren einen angemessenen Stellenwert beimessen müssen, um zu einer hinreichenden Erklärung der Transformationsdynamik im ostdeutschen ambulanten Gesundheitssystem gelangen zu können.

1.2 Weiterer Gang der Arbeit

Die Studie ist wie folgt aufgebaut: Da die Analyse des Transformationsprozesses unterschiedliche gesundheitspolitische Arenen und unterschiedliche Typen von Akteuren einbeziehen muß, erweist es sich als notwendig, auch mit unterschiedlichen Datenmaterialien zu arbeiten. Deren Beschreibung und Problematisierung wird in Abschnitt 1.3 vorgenommen.

In Kapitel 2 wird ein Abriß über die unterschiedlichen Strukturen des ostdeutschen und des westdeutschen Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung gegeben, wie sie sich beim »Fall der Mauer« darstellten. Mit dieser Skizze ist keine sozial(politik)geschichtliche Darstellung der Entwicklung der Gesundheitssysteme beabsichtigt; vielmehr sollen wesentliche Elemente beschrieben werden, soweit sie für das Handeln der im Transformationsprozeß relevanten Akteure von Bedeutung sind. Zunächst wird daher auf die Grundentscheidungen für das ostdeutsche und das westdeutsche ambulante Gesundheitssystem eingegangen, die im Nachkriegsdeutschland getroffen worden sind und bis zum Ende der DDR ihre prägende Kraft behalten haben (Abschnitt 2.1). Daran schließt eine Analyse der wesentlichen Strukturunterschiede hinsichtlich der Organisationsformen der Leistungserbringung und der Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung an (Abschnitt 2.2).

Im Mittelpunkt des Interesses der Untersuchung steht die Frage nach den Ursachen der Dynamik des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. In Kapitel 3 wird – nach einigen notwendigen Bemerkungen zu Problemen der Datenlage (Abschnitt 3.1) – die Entwicklung des Angleichungsprozesses unter Auswertung der verfügbaren Daten analysiert (Abschnitt 3.2).

Dem in Abschnitt 1.1 entwickelten theoretischen Bezugsrahmen entsprechend, läßt sich der spezifische Verlauf der Transformation des ostdeutschen Gesundheitswesens als Ergebnis einer Aggregation von Einzelentscheidun-

gen und -handlungen von Akteuren beschreiben, die unterschiedlichen Akteurkategorien zuzurechnen sind und in verschiedenen Arenen miteinander agieren. In Kapitel 4 wird die »Ausgangssituation« der im Transformationsprozeß relevanten staatlichen, verbandlichen und individuellen beziehungsweise aggregierten Akteure nach der Wende in der DDR mit den ihnen im Transformationsprozeß zur Verfügung stehenden Ressourcen und Steuerungsmöglichkeiten vorgestellt.

Der Transformationsprozeß ist wesentlich beeinflußt worden durch die Setzung von Rahmenbedingungen durch staatliche und verbandliche Akteure im Jahre 1990, auf die andere korporative wie individuelle Akteure reagiert haben. Die Setzung dieser Rahmenbedingungen mit ihren Wirkungen steht im Mittelpunkt von Kapitel 5. Zunächst wird auf die Ausformulierung der rechtlichen Rahmenbedingungen für den Transformationsprozeß durch die Verträge zwischen Bundesrepublik und DDR und durch Vereinbarungen der Selbstverwaltung des westdeutschen ambulanten Gesundheitssystems eingegangen (Abschnitt 5.1). Anschließend werden mit der Etablierung westdeutscher Ärzteverbände in Ostdeutschland und der Entstehung kommunaler Sorgen um durch die Polikliniken bedingten »roten Zahlen« in den öffentlichen Haushalten zwei zentrale Entwicklungen in Ostdeutschland untersucht (Abschnitt 5.2). Schließlich wird in einer »Momentaufnahme« die Situation der ostdeutschen Ärzte nach dem Abschluß des Einigungsvertrages, aber noch vor Inkrafttreten seiner krankenversicherungsrechtlichen Regelungen im 4. Quartal 1990 analysiert (Abschnitt 5.3).

Bei der »Momentaufnahme« der Situation der ostdeutschen Ärzte im Herbst 1990 wird sich zeigen, daß die kommende rasche Auflösung der poliklinischen Strukturen (die im Mittelpunkt von Kapitel 6 steht) bereits zu diesem Zeitpunkt überdeutlich »angelegt« war. Sie wurde allerdings (wie in Abschnitt 6.1 dargestellt) durch seit Anfang 1991 eintretende Entwicklungen partiell eigendynamischen Charakters zusätzlich verstärkt. Während die meisten ostdeutschen Bundesländer die Dynamik des Transformationsprozesses entweder begrüßten oder ihr zumindest nicht aktiv gegenzusteuern suchten, entwickelten die Länder Brandenburg und Berlin eigene Konzeptionen, die zunächst zum Ziel hatten, dem raschen Auflösungsprozeß poliklinischer Einrichtungen entgegenzuwirken. Diese (in Abschnitt 6.2) untersuchten Aktivitäten blieben in ihrer Wirksamkeit allerdings begrenzt. »Zu spät« und schon daher ebenfalls von nur begrenzter Wirksamkeit blieben (in Abschnitt 6.3 untersuchte) »Rettungsversuche«, die Ende 1992 im Kontext des Gesundheitsstrukturgesetzes Veränderungen der durch den Einigungsvertrag getroffenen Regelungen für die ostdeutschen Länder vorsahen.

Kapitel 7 greift schließlich noch einmal einige wesentliche empirische Feststellungen der Arbeit auf und faßt die in den einzelnen Abschnitten entwickelten Stränge zu einem Erklärungsmodell der Dynamik des Transformationsprozesses zusammen.

1.3 Datenbasis

Der vorliegende Versuch, das makrostrukturelle Phänomen der Dynamik des Transformationsprozesses im gesellschaftlichen Teilsystem der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland mittels der Rekonstruktion der Akteurkonstellationen und Entscheidungsprozesse der unterschiedlichen Beteiligten (korporative Akteure, Individuen) zu erklären, erfordert einen Forschungsansatz, der sich sowohl auf qualitative wie auf quantitative Daten stützt.

Entsprechend verwendet die Untersuchung mehrere Informationsquellen. Unter den *qualitativ* nutzbaren Datenquellen ist zunächst auf schriftliche Dokumente der untersuchten korporativen Akteure hinzuweisen, wie etwa Verbandszeitschriften, Presseerklärungen, Drucksachen gesetzgebender Körperschaften. Einer der beteiligten Verbände gestattete dem Verfasser darüber hinaus, seine Akten mit Protokollen von Sitzungen von Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung des ambulanten Gesundheitssystems einzusehen und auszuwerten.

Qualitativ nutzbar sind darüber hinaus die Ergebnisse von knapp 40 ausführlichen mündlichen Experteninterviews mit Vertretern von Bundes- und Länderministerien, Verbänden, Kommunen und weiteren Beteiligten, die zwischen 1991 und 1993 durchgeführt wurden. Diese Interviews gaben weiteren Aufschluß zum einen über das faktische Geschehen, zum anderen aber auch über die Situationswahrnehmungen dieser Akteure. Da die Interviewpartner teilweise ausdrücklich darum baten, mit ihren Aussagen nicht namentlich zitiert zu werden, wurden den Interviews projektinterne Kennziffern zugewiesen, mit denen sie zitiert werden. Neben den Experteninterviews führte der Verfasser im Januar und im März 1991 jeweils eine Gruppendiskussion zum Transformationsprozeß in den Polikliniken durch.

Unter den *quantitativ* auswertbaren Datenquellen ist hinsichtlich eines zahlenmäßigen Überblickes über den Verlauf der Transformation in erster Linie auf von den Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführte Statistiken zurückzugreifen.

Allerdings stößt man hier insbesondere für die »entscheidenden« ersten Monate des Transformationsprozesses auf erhebliche Mängel, teilweise auch auf Widersprüche in den Daten (über die Probleme der Datenlage wird in Abschnitt 3.1 informiert). Diese Datenmängel sind teilweise sicherlich der Aufbausituation in Ostdeutschland geschuldet, allerdings ist nicht auszuschließen, daß das Defizit an Vollständigkeit und Konsistenz der Daten teilweise auch interessenpolitisch motiviert war.

Eine wesentliche Rolle im Transformationsprozeß spielten die ostdeutschen kreisfreien Städte und Landkreise als Träger poliklinischer Einrichtungen. Um über die Experteninterviews hinausgehende, quantifizierbare Aussagen über die Entscheidungen und Handlungen dieser Akteure gewinnen zu können, wurde im Rahmen der Untersuchung im Dezember 1992 eine überwiegend mit standardisierten Fragen arbeitende Erhebung bei sämtlichen kreisfreien Städten und Kreisen in den neuen Ländern (sowie dem Land Berlin und den Ostberliner Bezirken) durchgeführt, deren Rücklauf in den Monaten Dezember 1992 bis Mai 1993 erfolgte. Der hieraus gewonnene Datenkörper »Kommunen 1992« repräsentiert 101 der seinerzeit 215 kreisfreien Städte und Kreise sowie das Land Berlin und 10 Ostberliner Bezirke. Bezogen auf 15,723 Mio. Einwohner in den neuen Ländern einschließlich Berlin-Ost (Stichtag 30.6.1992) repräsentieren die kommunalen Gebietskörperschaften, die sich an der Befragung beteiligt haben, rund 52 Prozent der ostdeutschen Bevölkerung.

Zentrale Bedeutung im Transformationsprozeß kommt weiterhin den ostdeutschen Ärzten zu. Die Untersuchung konnte hier insbesondere drei Datensätze für die vorliegende Fragestellung auswerten:

1. Im Frühjahr 1990 führten die Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Göttingen und das ostdeutsche Institut ISOG Medizinsoziologe gemeinsam eine Befragung ostdeutscher Ärzte im Bezirk Halle durch, die zu zwei Veröffentlichungen (Felsch et al. 1991; Wilhelm et al. 1993) führte. Für die vorliegende Untersuchung konnten dem Verfasser von Dr. Wilhelm (Göttingen) ein umfassender Tabellenband und eine Auszählungsliste dieser Befragung, an der 1420 Ärzte des Bezirkes Halle – darunter 868 Ärzte aus dem ambulanten Bereich – teilnahmen, zur Verfügung gestellt werden.

2. Ein zweiter Datenkörper, der für die vorliegende Untersuchung ausgewertet werden konnte, ist das »Arztbarometer 1990«, eine im Herbst 1990 von Infratest Gesundheitsforschung, ISOG Medizinsoziologie und dem Zentrum für Epidemiologie und Gesundheitsforschung (ZEG) durchge-

führte schriftliche Befragung ambulant und stationär tätiger ostdeutscher Ärzte, die an die Befragung im Bezirk Halle im März/April 1990 anknüpfte. Aus dem »Arztbarometer 1990« stand dem Verfasser der vollständige Datensatz als ASCII-File zur Verfügung und wurde mit SAS am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung für die Fragestellungen dieser Untersuchung ausgewertet. Die mit den Schichtungsmerkmalen Fachdisziplin, Alter (10-Jahres-Altersklassen) und Region (DDR-Bezirke) gewichtete 10-Prozent-Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit aller im DDR-Ärzteregister (Hochschulkaderprojekt; Stand 31.12.1989) eingetragenen Ärzte ergab für den im vorliegenden Kontext interessierenden ambulanten Bereich zunächst eine rohe Bruttostichprobe von 2 700 Fällen. Mit 1 485 verwertbaren Rücklaufbogen aus dem ambulanten Bereich betrug die Nettoausschöpfung der rohen Bruttostichprobe 55 Prozent.

Da das »Arztbarometer 1990« unabhängig von den Forschungsinteressen dieser Untersuchung durchgeführt wurde, bezieht sich der primär mit standardisierten, aber auch einer Reihe von offenen Fragen arbeitende Fragebogen auf ein breites Spektrum gesundheits- und versorgungspolitischer Themen. Im Mittelpunkt standen – neben den üblichen statistischen Informationen – insbesondere vier Bereiche: Beschreibung und Beurteilung der Arbeitsorganisation, der Arzt-Patienten-Beziehung und der Arbeitszufriedenheit; Meinungen zu Entwicklungstrends und Strukturveränderungen im Gesundheitswesen; Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche hinsichtlich der eigenen beruflichen Zukunft; Informations- und Meinungsfragen zur medizinisch-technischen Ausstattung sowie zum Arzneimitteleinsatz.

Da davon auszugehen war – und die Datenauswertung hat diese Vermutung bestätigt –, daß Geschlecht, Alter und Region (DDR-Bezirk, umcodiert auf neues Bundesland) der Befragten in bezug auf die hier untersuchte Fragestellung für das Antwortverhalten der Ärzte von wesentlicher Bedeutung sind – und die bei Anwendung von Gewichtungsverfahren implizit vorausgesetzte Homogenitätsannahme (Schnell 1993) insoweit gewisse Plausibilität beansprucht –, wurde entlang der Verteilung dieser drei Merkmale im DDR-Ärzteregister zum Stand 31.12.1989 ein Gewichtungsvektor (»WEIGHT1«) erstellt, mit dem die 1 485 Fälle in den Auswertungen gewichtet wurden.[34] Zwar ist aufgrund der Übersiedlung von

34 In den Logit- und logistischen Tobit-Analysen, über die in den Kapiteln 5 und 6 berichtet wird, die mit der LOGISTIC-Prozedur (Logit-Analysen) beziehungsweise der LIFEREG-Prozedur (logistische Tobit-Analyse) des SAS-Paketes durchgeführt wurden, wurde auf-

ostdeutschen Medizinern nach Westdeutschland nach der Öffnung der DDR-Grenzen nicht auszuschließen, daß das DDR-Ärzteregister zum Stand 31.12.1989 für eine Analyse im zweiten Halbjahr 1990 selbst bereits »verzerrt«, jedoch sind die Abweichungen der Verteilung in der Nettostichprobe hinsichtlich der genannten Merkmale gegenüber der Verteilung in dieser »Grundgesamtheit« so deutlich, daß eine Aussagen für die Gesamtpopulation der seinerzeitigen ambulant tätigen ostdeutschen Ärzte beabsichtigende Auswertung unter Einsatz des Gewichtungsvektors sachgerechter als ein Verzicht hierauf erscheint.[35]

3. Der Datenkörper »Arztbarometer 1991« schließlich basiert auf einer von Infratest Gesundheitsforschung, Zentrum für Epidemiologie und Gesundheitsforschung und Epidemiologische Forschung Berlin in Zusammenarbeit mit dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln im vierten Quartal 1991 durchgeführten Folgebefragung zum »Arztbarometer 1990«, in die alle Ärzte einbezogen wurden, die für das »Arztbarometer 1990« verwertbare Rückläufe eingesandt hatten. Die Untersuchung knüpft inhaltlich an das »Arztbarometer 1990« an und fängt die Entwicklung im Jahre 1991 ein. Die Daten des »Arztbarometer 1991« sind auf Individualbasis mit den Daten des »Arztbarometer 1990« verknüpfbar.

   Für den im vorliegenden Kontext interessierenden ambulanten Bereich ergab sich mit 1 107 auswertbaren Fragebögen eine Nettoausschöpfung der rohen Bruttostichprobe von 74 Prozent. Für die Auswertungen wurde wiederum anhand der Faktoren Geschlecht, Alter und Region ein Gewichtungsvektor (»WEIGHT2«) berechnet, mit dem die befragten Ärzte auf die Population im DDR-Ärzteregister zum Stand 31.12.1989 umgewichtet wurden.

Schließlich spielen auch die Patienten im Transformationsprozeß eine Rolle, insbesondere hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit dem Versorgungsgeschehen. Neben der Nutzung einiger veröffentlichter Studien konnte die Untersuchung hier zum einen auf ausgewählte Tabellen einer im Frühjahr und Sommer 1991 im Auftrag des Berliner Senates durchgeführten Erhebung bei

---

grund von Beschränkungen der genannten Prozeduren auf die Verwendung der Gewichtungsfaktoren verzichtet.

35 Der Gewichtungsfaktor 1990 (WEIGHT1) für die nach Alter, Geschlecht und Bundesland differenzierten Teilmengen der Stichprobe beträgt 1, wenn der Anteil einer Teilmenge in der Stichprobe genau dem Anteil in der Grundgesamtheit entspricht; ein Gewichtungsfaktor größer 1 verweist auf eine in der Stichprobe unterrepräsentierte Teilmenge, ein Gewichtungsfaktor kleiner 1 verweist auf eine in der Stichprobe überrepräsentierte Teilmenge.

Ostberliner Einwohnern (mit 1 527 verwertbaren Fragebögen – Epidemiologische Forschung Berlin/Infratest Gesundheitsforschung 1993a) und zum anderen auf eine von Epidemiologische Forschung Berlin/Infratest Gesundheitsforschung (1993b) im ersten Halbjahr 1992 durchgeführte Repräsentativerhebung zur sozialen und gesundheitlichen Lage im Beitrittsgebiet (mit 2 321 verwertbaren Fragebögen) zurückgreifen.

Gestützt auf diese – qualitativen wie quantitativen, die zentralen Akteure im Transformationsprozeß erfassenden – Datenmaterialien kann die vorliegende Untersuchung die wesentlichen Bestimmungsfaktoren des Transformationsprozesses des ambulanten ostdeutschen Gesundheitssystems erfassen und in ein Erklärungsmodell der Dynamik dieses Prozesses zusammenfügen.

Kapitel 2

Vierzig Jahre unterschiedlicher Gesellschafts- und Gesundheitspolitik und ihre Auswirkungen auf das System der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Herausdifferenzierung von spezifischem Handlungssinn, darüber hinaus von speziellen Funktionsrollen, deren Träger in bezug auf den Handlungssinn kontinuierlich spezifische Handlungen vollziehen, und schließlich die institutionelle Verfestigung, insbesondere durch organisatorische Zusammenfassungen von Rolleninhabern, waren oben (Abschnitt 1.1) als geeignete Kriterien zur Identifikation gesellschaftlicher Teilsysteme angesehen worden. Werden diese Kriterien auf »Gesundheitssysteme« bezogen, ist festzustellen, daß auf der Ebene der spezifischen sinnhaften Handlungen zwischen den industrialisierten Staaten weitgehende Parallelitäten beobachtet werden können (Evans 1983; Zweifel 1994; Badura/Feuerstein 1994: 19): Da die Gesundheitssysteme regelmäßig entlang des kurativen Paradigmas ausgerichtet sind, steht eine mehr oder weniger starke Konzentration auf somatische Problemstellungen und auf technische Lösungen im Vordergrund, um die herum die Arzt-Patienten-Beziehung in vergleichbarer Weise organisiert ist.[1]

Jedoch bereits auf der Ebene der speziellen Funktionsrollen (etwa: Abgrenzung der Aufgaben von Arzt und Krankenschwester) werden die jeweiligen Rollen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen verschieden definiert und voneinander abgegrenzt (dazu beispielsweise Döhler 1993). Am stärksten sind schließlich die Unterschiede auf der Ebene der institutionellen Verfestigungen: In der Ausgestaltung der Leistungs- und Regelungsstrukturen

---

1 Die gesundheitswissenschaftliche Forschung hat in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend die soziale Bedingtheit von Krankheit und den Einfluß anderer als medizinischer Kausalitäten für Gesundheit in den Mittelpunkt gestellt (vgl. einen Überblick etwa bei Badura/Schott/Trojan 1991): Damit relativiert sich die »Bedeutung der Medizin« (McKeown 1982) und insoweit auch die Zentralität des Arzt-Patienten-Verhältnisses – eine Erkenntnis, die für das (in gewisser Weise mit dem kurativen Paradigma konkurrierende) Public Health-Paradigma zentral geworden ist (vgl. auch die Überlegungen zu einer stärker patientenorientierten Systemgestaltung im Gesundheitswesen bei Badura 1994a).

besteht zwischen den Gesundheitssystemen innerhalb der westlichen Industrienationen eine große Heterogenität[2] (und Spekulationen über eine Konvergenz[3] haben sich bislang empirisch nur hinsichtlich einzelner Aspekte bestätigt)[4].

Gilt dies schon für Staaten mit einer »gemeinsamen« Grundentscheidung für Demokratie und Pluralismus und eine im Grundsatz marktwirtschaftlich verfaßte Wirtschaftsordnung (wie die OECD-Staaten), kann es nicht überraschen, daß sich die Gesundheitssysteme von Staaten mit so unterschiedlichen Gesellschaftsordnungen wie der Bundesrepublik und der DDR ebenfalls in zentralen Konstruktionselementen unterschieden. Zwar läßt sich – wie für andere Politikbereiche in der ehemaligen DDR auch[5] – für das ostdeutsche Gesundheitswesen eine geringere funktionelle Ausdifferenzierung und Autonomie als für sein westdeutsches Gegenstück diagnostizieren (Düllings 1991), jedoch ist auch das Gesundheitswesen der DDR im Hinblick auf die oben entwickelten Kriterien als funktionelles gesellschaftliches Teilsystem zu identifizieren. Wie nahezu alle Bereiche von Wirtschaft und Gesellschaft hatten sich jedoch auch die Gesundheitssysteme der DDR und der Bundesrepublik in der Art der Binnendifferenzierung und der Beziehungen zu anderen gesellschaftlichen Teilsystemen in den vier Jahrzehnten der Eigenstaatlichkeit der DDR wesentlich auseinanderentwickelt.

Das Ausmaß der zu beobachtenden Strukturunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland variierte allerdings innerhalb der einzelnen Bereiche des Gesundheitssystems beträchtlich. So bestanden im Bereich der Krankenhausversorgung durchaus starke Affinitäten beider Systeme, da (auch) die westdeutsche Krankenhausversorgung traditionell durch einen beträchtlichen staatlichen Einfluß gekennzeichnet ist (Wiemeyer 1984; Neubauer 1993).[6]

---

2 Vgl. etwa Pfaff (1990); OECD (1992; 1994b); Alber/Bernardi-Schenkluhn (1992); Schneider et al. (1993); van Doorslaer et al. (1993).

3 Vgl. zum Beispiel Field (1973); Mechanic (1975).

4 Vgl. Hurst (1991); Bernardi-Schenkluhn (1992); OECD (1994b).

5 Vgl. Willke 1991: 146–148; Pollack 1992; Lutz 1994.

6 Insbesondere der versorgungsorientierte Ansatz (Krankenhausbedarfsplanung), der Verzicht auf pretiale Steuerung zugunsten eines Kostenerstattungsprinzips (Selbstkostendeckungsgrundsatz) und die große Bedeutung öffentlicher Trägerschaft – wenngleich in Westdeutschland Trägerpluralismus bestand (1988 waren nur 35 Prozent der Krankenhäuser und 50 Prozent der Krankenhausbetten in staatlicher Trägerschaft, 65 Prozent der Krankenhäuser und ebenfalls 50 Prozent der Krankenhausbetten demgegenüber in frei-gemeinnütziger oder privater Trägerschaft; vgl. SVR-KAG 1992: Tabellen 523 u. 525), gegenüber einer eindeutigen Staatsdominanz in der DDR (85 Prozent der Krankenhäuser mit 92 Prozent der Krankenhausbetten waren 1988 in staatlicher Hand; vgl. Statistisches Amt der DDR 1989: 340) – werden als die wesentlichen Merkmale der westdeutschen Kran-

Wesentliche Strukturunterschiede bestanden hingegen in der Ausgestaltung der Regelungsstrukturen (für das Gesundheitssystem generell sowie speziell für die ambulante ärztliche Versorgung), in der Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Finanzierungsträgern und Leistungserbringern sowie hinsichtlich der Leistungsstrukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung,[7] einem Bereich, der bereits in der Sowjetischen Besatzungszone und anschließend auch von der Staats- und Parteiführung der DDR teilweise aus pragmatischen, insbesondere aber auch aus gesellschaftspolitischen Überlegungen »umgestaltet« wurde.

Entwicklung dieser systembedingten Unterschiede des ambulanten Sektors in West- und Ostdeutschland und Stand dieser Unterschiede zum Zeitpunkt der Wende in der DDR sollen in diesem Kapitel analysiert werden. Mit dieser Analyse wird zweierlei bezweckt: Zum einen soll sie dem Leser insoweit eine Orientierung über die Strukturelemente des ambulanten Sektors in den beiden Gesundheitssystemen bieten, wie dies das Verständnis der vorliegenden Studie erfordert (ohne daß damit eine allgemeine Beschreibung des west- wie des ostdeutschen Gesundheitssystems beabsichtigt wäre).[8]

Zum anderen aber soll sie – entsprechend dem aufgezeigten theoretischen Bezugsrahmen (Abschnitt 1.1) – die historisch-institutionelle Dimension der »Logik der Situation«, in der sich die relevanten Akteure zu Beginn des Transformationsprozesses befanden, ausleuchten: Wenn auch (oder gerade weil) die Vereinigung ein »Experiment« (Giesen/Leggewie 1991) war, für welches alle Beteiligten keine fertigen Strategien in ihren Schubladen hatten, so prägen die historischen Entwicklungen und vorfindbaren Strukturen auch

---

kenhausversorgung angesehen, die eine hohe Affinität zum ostdeutschen stationären Sektor bewirkten (Henke/Leber 1993: 22–23; Eisen 1992: 78). Im Bereich der Krankenhausversorgung waren es daher weniger *Struktur-* als vielmehr *Niveau-Unterschiede*, sowohl im Hinblick auf die medizinisch-technische Ausstattung als insbesondere auch hinsichtlich der baulichen Infrastruktur, durch die sich ost- und westdeutsches Gesundheitswesen voneinander unterschieden (dazu: SVR-KAG 1991; Korneli 1991; Lischka/Thiele 1992).

7 Das in dieser Arbeit zur Ausgangssituation und zum Transformationsprozeß in der ambulanten ärztlichen Versorgung Entwickelte gilt weitgehend parallel auch für die zahnärztliche Versorgung. Vgl. für eine Analyse der Ausgangssituation in der zahnärztlichen Versorgung SVR-KAG (1991: 142–144) sowie die Fallstudie in zwei ostdeutschen Kommunen bei Schmid-Schween (1993). Zu einer knappen Analyse des Transformationsprozesses in diesem Bereich vgl. SVR-KAG (1992: 79–81).

8 Bekanntlich sind einige Strukturelemente des bundesdeutschen Gesundheitssystems durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl. I, S. 2266) nicht unbeträchtlich modifiziert worden. Da es im vorliegenden Zusammenhang jedoch um die Rekonstruktion des davor liegenden Transformationsprozesses geht, wird auf die bundesdeutsche Situation vor dem GSG rekurriert.

in einer solchen Konstellation Situationswahrnehmung, Selbstverständnis und Handlungsoptionen der Entscheidungsträger. Dies gilt für die Akteure auf der politischen und administrativen staatlichen Ebene, die die gesundheitspolitischen Regelungen im Beitrittsprozeß der DDR zur Bundesrepublik zu treffen und umzusetzen hatten, für die verbandlichen Akteure, die ihre Interessen bezüglich der Ausgestaltung (und gegebenenfalls Implementation) von Elementen der Regelungs- und Leistungsstruktur zu formulieren hatten, aber auch für die Akteure auf der individuellen Ebene, insbesondere die Ärzte (bei ihren Entscheidungen über die künftige Ausgestaltung ihrer ärztlichen Tätigkeit) und die Patienten (bei ihren Inanspruchnahme-Entscheidungen).

Zunächst erfolgt eine Skizze der unterschiedlichen Grundentscheidungen für das ost- und das westdeutsche ambulante Versorgungssystem in der Nachkriegszeit (Abschnitt 2.1), daran schließt eine Darstellung der wesentlichen Unterschiede in Regelungs- und Leistungsstruktur an (Abschnitt 2.2).

2.1 Strukturentscheidungen für das ambulante ärztliche Gesundheitssystem in der Nachkriegszeit in Ost- und Westdeutschland

Nachdem in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Deutschland der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Behandlung durch niedergelassene, freiberufliche Ärzte, die mit ihren Patienten – oft an der staatlichen Medizinaltaxe orientierte (Tennstedt 1977: 68/69) – freie Honorarvereinbarungen abschlossen, dominierte, wurde die vertragliche Arzt-Patienten-Beziehung seit Gründung und Ausbau der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für deren Versicherte zunehmend durch vertragliche Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den einzelnen Ärzten überlagert (Huerkamp 1985: 194–199, 1989: 62–63): Die Krankenkassen beschäftigten hierbei die Ärzte entweder im Angestelltenverhältnis oder schlossen Vergütungsverträge mit niedergelassenen Ärzten. Da die Krankenkassen in dieser Konstellation – naturgemäß – in einer relativ starken Position waren, die von der Mehrheit der Ärzte nicht nur unter ökonomischen Aspekten, sondern auch in bezug auf das wachsende Selbstbewußtsein als Profession als mißlich empfunden wurde (Göckenjan 1987, 1989), bemühten diese sich – unter Einsatz insbesondere auch der Streikwaffe – um eine kollektivvertragliche Einbettung der ärztlichen Einzelverträge mit den Krankenkassen, was ihnen seit dem »Berliner Abkommen« von 1913 auch zunehmend gelungen war (dazu z.B.: Feige

1980; Francke 1987; Döhler/Manow-Borgwardt 1992b). Diese Entwicklung fand im Vorkriegsdeutschland einen vorläufigen Abschluß mit der Brüningschen Notverordnung vom Dezember 1931: Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte wurde nunmehr ausschließlich in Kollektivverträgen zwischen Krankenkassen und (neu gegründeten) Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt, denen der zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassene Arzt beitrat. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen zugleich die Gewähr für eine ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der GKV-Mitglieder geben sollten,[9] endete die Weimarer Republik insgesamt mit einer deutlichen Stärkung der niedergelassenen Ärzte, die in der NS-Zeit ausgebaut wurde.

Teilweise hatten Krankenkassen in den zwanziger Jahren im Zuge der Auseinandersetzungen mit der Ärzteschaft kasseneigene »Ambulatorien« mit angestellten Ärzten gegründet. Diese Einrichtungen wurden sehr rasch von den ärztlichen Standesorganisationen als fundamentale Bedrohung bewertet, reproduzierten die damit verbundenen Anstellungsverträge zwischen Krankenkasse und einzelnem Arzt doch jene Phase der Übermacht der Krankenkassen, die man durch die Kollektivverträge gerade zu überwinden begonnen hatte. Zudem entsprachen die Ambulatorien – auch wenn sie in erster Linie aus strategischer und weniger aus gesundheits- oder versorgungspolitischer Motivation errichtet worden waren – sozialdemokratischen und gewerkschaftlichen gesundheitspolitischen Leitvorstellungen und standen damit auch im Gegensatz zum vorherrschenden gesellschafts-, sozial- und gesundheitspolitischen Selbstverständnis in der ärztlichen Profession.[10] Die ärztlichen Interessenvertreter bemühten sich daher um ein staatliches Verbot dieser kasseneigenen Ambulatorien, welches sie nach 1933 auch zügig durchsetzen konnten (Parlow/Winter 1974; Hansen et al. 1981; Döhler 1984; Leibfried/Tennstedt 1986).

Jenseits der Behandlung durch niedergelassene oder durch von den Krankenkassen beschäftigte Ärzte wurde ambulante Behandlung vor 1933 in geringerem Umfang auch durch Werksärzte wahrgenommen, die von Betrieben, teilweise auch von Betriebskrankenkassen, zur Deckung von Versor-

---

9 § 4 Abs. 2 von Teil V Kapitel I der Vierten Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutz des inneren Friedens vom 8.12.1931 (RGBl. I, S. 699).

10 Allerdings wurden diese sozialdemokratisch-gewerkschaftlichen Vorstellungen von einer Minderheit in der Ärzteschaft mitgetragen (vgl. einen Überblick über die zeitgenössische sozialdemokratische, gewerkschaftliche und innerärztliche Diskussion bei Hansen et al. 1981: 160–195).

gungsdefiziten angestellt worden waren (Häussler/Schräder/Schulz 1990: 11). Auch dieses institutionelle Arrangement wurde in der nationalsozialistischen Phase auf Betreiben der Ärzteschaft, die eine Behandlung ausschließlich durch Niedergelassene anstrebten, im Grundsatz abgeschafft und lebte nur in wenigen Fällen während des Zweiten Weltkriegs wieder auf (Kirchberger 1986: 223–225). Schließlich wurde ambulante Behandlung im Vorkriegsdeutschland auch – in geringerem Umfang und ohne ausdrückliche gesetzliche Regelung (Schäfer 1952) – in Krankenhäusern sowie in den Krankenhäusern angeschlossenen »Polikliniken« durchgeführt, eine Form der Leistungserbringung, die auch während des Zweiten Weltkriegs erhalten blieb.

Insgesamt fanden die alliierten Siegermächte, die im Juni 1945 die »oberste Regierungsgewalt in Deutschland« einschließlich »aller Befugnisse der deutschen Regierung« übernommen hatten,[11] damit in bezug auf die ambulante ärztliche Gesundheitsversorgung eine Situation des Vorrangs der Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen durch niedergelassene Ärzte vor, der während der nationalsozialistischen Herrschaft im Vergleich zur Entwicklung vor 1933 ausgebaut worden war. Durch das Instrument der Kollektivverträge hatten sich die niedergelassenen Ärzte zudem aus der individuellen Abhängigkeit von den Krankenkassen befreien können und partizipierten über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands und den Reichsausschuß der Ärzte und Krankenkassen an der Steuerung ihres Sektors.

Nachdem der von den Besatzungsmächten als gemeinsames höchstes Machtorgan für Deutschland eingesetzte Alliierte Kontrollrat infolge des sich rasch entwickelnden Ost-West-Gegensatzes die ihm zugedachte Koordinierungsfunktion faktisch kaum wahrnehmen konnte, wurden auch im Bereich des Gesundheitssystems die Strukturentscheidungen für den Wiederaufbau weitgehend von den einzelnen Besatzungsmächten in ihren jeweiligen Zonen getroffen. Dies gilt insbesondere für das Gesundheitssystem »im engeren Sinne«, in bezug auf welches es lediglich vereinzelt zu Kontrollratsdirektiven kam,[12] das Schwergewicht von Beginn an aber auf den je eigenen Politiken der Siegermächte in ihren Besatzungszonen lag. Demgegenüber nahm das Bemühen um eine gemeinsame Krankenversicherungspolitik der vier Mächte – und damit um das Gesundheitssystem »im weiteren Sinne« – im

11 Vgl. die Erklärung der Alliierten vom 5. Juni 1945, abgedruckt z.B. in Ellwein/Hesse (1987: 461).

12 So wurde etwa die Reichsärztekammer durch Kontrollratsbeschluß aufgelöst, auch kam es zunächst zu gemeinsamen Beschlüssen in Einzelaspekten der Bekämpfung von Epidemien (dazu: Kirchberger 1986).

Rahmen der Beratungen des Manpower-Direktorats des Alliierten Kontrollrats, das ein eigenes Sozialversicherungskomitee gegründet hatte, ein größeres Gewicht ein.[13] Allerdings gingen schließlich auch hier die Alliierten in ihren Besatzungszonen jeweils eigene Wege.

2.1.1 Durchsetzung der poliklinischen Versorgungsform in Ostdeutschland

Die in Ostdeutschland seit 1945 vorgenommene Neuorganisation der Strukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung läßt sich zwar nicht (entgegen einer bei westdeutschen Beobachtern langen Tradition[14]) pauschalierend als »Sowjetisierung« bezeichnen, da – wie oben skizziert – sowohl in der praktischen Organisation der gesundheitlichen Versorgung durch die Krankenkassen als auch in Reformüberlegungen insbesondere sozialdemokratischer und gewerkschaftlicher Sozial- und Gesundheitspolitiker vor 1933 Anknüpfungspunkte für eine alternative Organisation der Versorgungsstrukturen bestanden.[15] Dennoch ist ohne Zweifel zutreffend, daß die im Sommer 1945 beim Stellvertreter für Zivilverwaltung des Obersten Chefs der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) eingerichtete Abteilung »Gesundheit« (dazu Foitzik 1990: 63) wie auch die im gleichen Zeitraum errichtete Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG; dazu Welsh 1990) und (später) das zuständige Ministerium der DDR wesentliche Elemente des sowjetischen ambulanten Gesundheitssystems in ihrer Gesundheitspolitik auf Deutschland übertrugen.[16] Dabei ist die Entwicklung aller-

---

13 So verabschiedete das Manpower-Direktorat des Kontrollrates im Dezember 1946 den Entwurf eines gesamtdeutschen Sozialversicherungsgesetzes, das – wäre es in den westlichen Besatzungszonen implementiert worden – die traditionelle deutsche Sozialversicherung – und insbesondere auch die Krankenversicherung – wesentlich umgestaltet und Auswirkungen auch auf die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung gehabt hätte (vgl. zur Genese und dem weiteren Verlauf dieser Initiative ausführlich Hockerts 1980: 21ff.).

14 Vgl. etwa Weiß (1957: 6), Rolf (1975: 29); weiterhin Frerich/Frey(1993: 209).

15 Auch blieben in der unmittelbaren Nachkriegszeit während der NS-Herrschaft in die skandinavischen Länder emigrierte, nach Ostdeutschland zurückgekehrte Sozialhygieniker offenbar nicht ohne Einfluß auf die Gesundheitspolitik (Niehoff/Schneider/Wetzstein 1992: 206).

16 Wenn Schneider/Niehoff (1992: 33) betonen, es handele sich bei den Unterschieden zwischen dem ost- und dem westdeutschen Gesundheitssystem nicht um solche zwischen demjenigen einer sozialistischen und demjenigen einer kapitalistischen Gesellschaftsord-

dings »nicht gradlinig und nicht ohne Widersprüche« (Ruban 1981: 13) verlaufen, da einerseits bis zum Mauerbau 1961 die zeitweise zu nachhaltigem Ärztemangel führende Abwanderung von Medizinern nach Westdeutschland, andererseits auch Reformdiskussionen über eine Steigerung von Effektivität und Effizienz der Behandlung im ambulanten Sektor zu mehrfachen Modifikationen führten.

Als die sowjetische Militäradministration im Sommer 1945 zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten Spezialambulatorien gründen ließ und den Gesundheitsämtern spezifische ambulatorische, behandelnde Einheiten angeschlossen wurden, hingegen niedergelassenen Ärzten nur unter einschränkenden Rahmenbedingungen erlaubt wurde, diese Krankheiten zu behandeln,[17] geschah dies noch weniger aus strategischen Überlegungen zur Umgestaltung des Gesundheitssystems, als vielmehr aus spezifischen Sachüberlegungen (Kirchberger 1986: 203–205). Bereits 1946/47 vertrat die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands (SED) allerdings die Forderung nach »Verstaatlichung« als »demokratischem« Weg einer »Neuordnung des Gesundheitswesens« (SED 1947a: 168), »unter Ausschaltung aller privatwirtschaftlicher Interessen« (SED 1946: 37). Dies sollte durch die Errichtung von »gemeindliche[n] Polikliniken« (SED 1947: 154) bewirkt werden, die mit angestellten Ärzten arbeiten und »mit allen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen« ausgestattet sein sollten (SED 1947a: 174), da nur so »alle Errungenschaften der medizinischen Wissenschaft der gesamten Bevölkerung dienstbar gemacht« werden könnten (SED 1947a: 168–9). Zudem sollten »Betriebsambulanzen« (SED 1947: 150) eingerichtet werden, »zur Verhütung und zur rechtzeitigen Erkennung und Behandlung von Krankheiten« (SED 1947a: 173).

Die zitierten SED-Forderungen lassen bereits deutlich die fünf programmatischen Zielrichtungen erkennen, die mit der Forderung nach Einführung poliklinischer Versorgungsformen verbunden waren:[18] Zum einen ging es um das allgemeine gesellschaftspolitische Interesse der in Ostdeutschland Regierenden an einer Überwindung kapitalistischen Wirtschaftens, welches eine Sozialisierung des Gesundheitssystems einschloß. Diese Sozialisierung wurde – zweitens – gleichzeitig als Weg zur »Demokratisierung« des Gesundheitssystems verstanden. Drittens bestand die Vorstellung – die auch

---

nung, sondern um zwei Systeme aus der Brandbreite in Europa vorfindbarer Gesundheitsdienste, wird dieser sowjetische Einfluß über Gebühr vernachlässigt.

17 Befehle 25, 30 und 194 der SMAD. Vgl. dazu Pritzel (1977: 29–30).

18 Dazu aus damaliger Sicht der Anhänger dieser Politik auch Winter (1948).

sozialdemokratische und gewerkschaftliche Sozialpolitiker in der Weimarer Republik bewegte –, daß zwischen erwerbswirtschaftlicher Ausübung des ärztlichen Berufs und ärztlichem Ethos ein Spannungsverhältnis bestehe, das durch die Einführung des Anstellungsverhältnisses aufgelöst werden könne.[19] Viertens war eine stärkere Integration von Prävention und Therapie, insbesondere auch im Bereich betrieblicher Gesundheitsgefährdungen, intendiert. Und schließlich bestand die Vorstellung, die Diffusion des medizinisch-wissenschaftlichen und medizinisch-technischen Fortschritts sei – vor allem wegen des erforderlichen hohen investiven Aufwandes – mittels der überkommenen Struktur der Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes nicht leistbar, sondern erfordere »größere« Behandlungseinrichtungen.

Seit Jahresbeginn 1947 wurde mit der Schaffung neuer Strukturen der Gesundheitsversorgung entsprechend dieser Zielsetzungen begonnen. Zunächst wurden insbesondere in Brandenburg, aber auch in anderen Ländern der sowjetischen Besatzungszone, vereinzelt Polikliniken gegründet. Gleichzeitig wurden die Krankenhäuser in den Ländern der sowjetischen Besatzungszone verstärkt zur ambulanten Behandlung verpflichtet und einzelne Krankenhausambulanzen in Polikliniken umgewandelt (Winter 1948: 13). Im Dezember 1947 wurden die Landesregierungen und Landesgesundheitsämter dann durch SMAD-Befehl verpflichtet, die Kommunen bei der Errichtung von Polikliniken und Ambulanzen »mit allen Mitteln … zu fördern«.[20] Den zu errichtenden Einrichtungen sollten Räume und medizinisch-technische Ausstattung sowie Arzneimittel zur Verfügung gestellt werden. Finanziert werden sollten die Einrichtungen durch Einnahmen von (nicht sozialversicherten) Patienten, Zuschüsse der Sozialversicherung[21] und Zuschüsse

---

19 »Nur so kann sich der Arzt in wirtschaftlich sicherer Stellung mit den vom Staat gewährten Mitteln dem Kranken ganz widmen« (SED 1947b: 168).

20 Befehl Nr. 272 der SMAD vom 11.12.1947; der Befehl ist abgedruckt in Lehmann (1949: 272).

21 Bereits vor der Errichtung poliklinischer Einrichtungen hatte die sowjetische Militäradministration im Juli 1945 mit der Schaffung der »Versicherungsanstalt Berlin« als einheitlichem Sozialversicherungsträger ein weiteres zentrales Faktum der Veränderung auch für die ambulante Gesundheitsversorgung geschaffen, der im Laufe des Jahres 1946 »Einheitsversicherungen« in den anderen Länder in Ostdeutschland folgten (dazu ausführlicher Tennstedt 1977: 233f., 323f.; Wissell 1947: 25ff.; Peters 1978: 134ff.). Im Januar 1947 wurde mit der Sozialpflichtversicherungsverordnung ein einheitlicher Rahmen für diese Einheitsversicherung in der gesamten sowjetischen Besatzungszone geschaffen (dazu Lehmann 1949), noch bestehende Krankenkassen wurden geschlossen. Zunächst wurde bei der Errichtung der neuen Versicherungsträger formal an das – durch die Aufbaugesetzgebung der nationalsozialistischen Ära außer Kraft gesetzte – Prinzip der Selbstverwaltung der Sozialversicherung in eigenständigen Körperschaften angeknüpft. 1956 wurde die

der Länder. In den den SMAD-Befehl begleitenden »Vorschriften« der DZVG wurde – neben der Regelung organisatorischer Einzelheiten – herausgestellt, daß diese »demokratische[n] Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge« den »Grundpfeiler« der künftigen Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland darstellen sollten.[22]

Parallel zu Errichtung und Ausbau von »öffentlichen« Ambulatorien und Polikliniken ordnete die sowjetische Militäradministration im Herbst 1947 auch den Aufbau eines »Betrieblichen Gesundheitswesens« an: »Zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten in den Betrieben der sowjetischen Zone« sollten in Betrieben mittlerer Größe Sanitätsstellen, in Betrieben mit mehr als 5 000 Beschäftigten Betriebsambulatorien und -polikliniken mit teilweise haupt-, teilweise nebenberuflichen Ärzten errichtet werden.[23] Die Räumlichkeiten hatten die Betriebe zu stellen, die auch die laufenden Sachkosten zu finanzieren hatten. Das Personal war von den »Organen des Gesundheitswesens«, also den Landes- und kommunalen Gesundheitsverwaltungen, einzustellen, die Personalkosten von der Sozialversicherung zu finanzieren. Auch hierzu erging eine begleitende Verordnung der DZVG,[24] in der deutlich gemacht wurde, daß die ambulante Krankenbehandlung neben arbeitsmedizinischen und arbeitshygienischen Aufgaben einen Schwerpunkt der neu zu errichtenden betrieblichen Gesundheitseinrichtungen darstellen sollte.

Während die Betriebspolikliniken und -ambulatorien bei der Rekrutierung von Ärzten zumindest teilweise auf Werksärzte in den Betrieben zurückgreifen konnten, waren die öffentlichen Einrichtungen vollständig neu mit angestellten Ärzten zu besetzen, was sich als schwierig erwies, da die Errichtung von Polikliniken – wie auch die DDR-Geschichtsschreibung einräumte (z.B. Mette 1970: 62–63) – nur bei einer Minderheit von Ärzten auf (von den Sowjets und der SED propagandistisch vervielfachten; z.B. Wilk 1948) Zuspruch stieß, jedoch mehrheitlich heftigen Widerspruch hervorrief. Die Gesundheitsverwaltung bemühte sich, insbesondere durch finanzielle Anrei-

---

»Leitung« der Sozialversicherung dem Freien Deutschen Gewerkschaftsbund übertragen (Manz/Winkler 1985: 221).

22 »Vorschriften für die Arbeit in Polikliniken und Ambulanzen« der DZVG vom 24.11. 1947; abgedruckt in Lehmann (1949: 274).

23 Befehl Nr. 234 der SMAD vom 9.10.1947 (ZVOBl. 1948, S. 1); der Befehl ist abgedruckt in Lehmann (1949: 263).

24 Verordnung über die Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten und Maßnahmen zur Regelung der Arbeitsbefreiung im Krankheitsfalle (ZVOBl. 1948, S. 4, abgedruckt in Lehmann 1949: 267).

ze (dazu Weiß 1952), aber auch durch eine systematische Bevorzugung der Polikliniken und Ambulatorien gegenüber niedergelassenen Ärzten, etwa bei der Materialzuteilung (Jahn 1949, zit. nach Kirchberger 1986: 218), die Attraktivität der Tätigkeit in diesen Einrichtungen zu erhöhen. Auch wurden den niedergelassenen Ärzten Angebote einer Teilzeittätigkeit in Polikliniken gemacht, so daß sie ihre Praxis nicht vollständig hätten aufgeben müssen (Schneider 1948: 87–91), wovon – zumindest der DDR-Geschichtsschreibung zufolge (etwa Mette 1970: 63) – in der Anfangszeit offenbar auch Gebrauch gemacht wurde.

Im übrigen aber blieb die Tätigkeit als niedergelassener Arzt – und auch die Neuaufnahme einer Tätigkeit als Niedergelassener – in dieser »Anfangsphase« der Errichtung poliklinischer Einrichtungen weiterhin möglich, und die sozialversicherte Bevölkerung konnte zwischen Ärzten der Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten wählen, sofern diese – was wohl der Regelfall war – in einem Vertragsverhältnis mit der Sozialversicherung standen.[25] Eine spezifische organisierte Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte, die auf kollektiver Ebene Verhandlungen mit der Sozialversicherung hätte führen können, wurde allerdings nicht mehr zugelassen; die Kassenärztlichen Vereinigungen waren bereits 1946 in die »Industriegewerkschaft 15/Gesundheitswesen« des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (FDGB) überführt worden (Frerich/Frey 1993: 31).

Bereits 1949 wurde die Niederlassung weiterer Ärzte allerdings wesentlich erschwert: Ein Antrag auf Niederlassung durfte nur noch gestellt werden, wenn die örtlichen Körperschaften eine Arztstelle ausgeschrieben hatten.[26] Eine Ausschreibung war nur zulässig, wenn auf absehbare Zeit nicht zu erwarten war, daß eine bestehende Unterversorgung (entsprechend zu entwickelnder »Bedarfszahlen«) durch Neugründung oder Erweiterung von poliklinischen Einrichtungen beseitigt werden könnte. Berufsanfängern war die Niederlassungserlaubnis zudem immer dann zu versagen, wenn ihnen in dem entsprechenden Bezirk eine Stelle als angestellter Arzt angeboten werden konnte. Ausdrückliches Ziel der Regelungen war es (nach § 1 der Anordnung), »das Netz der öffentlichen Behandlungsstellen zu verstärken«.

---

25 § 34 der Verordnung über Sozialpflichtversicherung vom 28.1.1947 (abgedruckt und erläutert in Lehmann 1949: 110f.) regelte das Nähere über diese Vertragsbeziehungen.

26 Vgl. dazu und zum folgenden die Anordnung über die Niederlassung der Ärzte vom 23.2.1949 (ZVOBl. I, S. 125) sowie die hierzu ergangene Erste Durchführungsbestimmung zur Anordnung über die Niederlassung der Ärzte vom 1.6.1949 (ZVOBl. I, S. 441).

Nicht nur bei den Berufsanfängern, sondern auch bei den bereits in Niederlassung tätigen Ärzten nahm der Druck, sich ebenfalls in ein Beschäftigungsverhältnis bei ambulanten Behandlungseinrichtungen zu begeben, tendenziell seit Anfang der fünfziger Jahre zu, auch wenn dies – wohl insbesondere wegen der Gefahr einer Verstärkung der Abwanderung von Ärzten in den Westen – kein linearer Prozeß war: So wurde einerseits mit der Einführung (ab 1956) eines neuen Strukturelementes der ambulanten Versorgung – sogenannter »Staatlicher Arztpraxen«, in denen insbesondere im ländlichen Raum im Regelfall ein einzelner angestellter (praktischer) Arzt mit Praxismitarbeitern tätig war – ein dem freiberuflichen Arzt ähnliches arbeitsorganisatorisches Setting geschaffen. Auch wurden die Rentenanwartschaften, die niedergelassene Ärzte erwerben konnten, 1959 erhöht und an die angestellter Ärzte angeglichen (Jahn 1963: 414). Andererseits ließ die SED keinen Zweifel daran, daß sie Niederlassungswünsche junger Ärzte weiterhin als zu korrigierende »Verirrungen« ansah, denen keinesfalls stattgegeben werden dürfe (etwa Gehring 1958).

Widersprüchlich war auch die die Niederlassungsanordnung von 1949 ersetzende Anordnung vom Beginn des Jahres 1961:[27] Einerseits wurden die Möglichkeiten zur Neu-Niederlassung formal gelockert, indem die explizite Voraussetzung, daß eine Unterversorgung nicht durch poliklinische Einrichtungen behoben werden könnte, gestrichen und die Übergabe der Praxis an ein Kind des Praxisinhabers wieder erlaubt wurde; andererseits blieb es bei der Vorgabe, daß die Erlaubnis zur Niederlassung von einer »Bedürfnisprüfung« abhängig war. Verkauf oder Verpachtung einer Praxis blieben auch weiterhin unzulässig. Typisch für die ambivalente Politik war auch die »Anordnung über die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten in ambulanten staatlichen Gesundheitseinrichtungen« von Anfang 1962,[28] die einen »niedergelassenen«, gleichwohl aber angestellten Arzt in staatlichen Arztpraxen und Ambulatorien schaffen wollte, der »Praxistätigkeit und Arbeitsweise in persönlicher Verantwortung«, gleichwohl aber nach den »Weisungen der zuständigen Organe der Staatsmacht« ausüben sollte.

Faktisch blieb es in den folgenden Jahrzehnten bei der restriktiven Niederlassungserlaubnis – zumal die Möglichkeit der Abwanderung von Ärzten nach dem Mauerbau nicht mehr gegeben war und insoweit »Rücksichtnahmen« entbehrlich wurden. Dies führte dazu, daß die Zahl der niedergelasse-

27 Anordnung über die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten in eigener Praxis vom 15.2.1961 (GBl. II, S. 93).
28 Anordnung vom 8.2.1962 (GBl. II, S. 112).

nen Ärzte kontinuierlich abnahm und sich ihr Durchschnittsalter stetig erhöhte. Demgegenüber wurde der weitere Ausbau von Polikliniken und Ambulatorien sowie – bis Mitte der siebziger Jahre – der staatlichen Arztpraxen vorangetrieben. Auch die ambulante Behandlung durch Fachambulanzen an Krankenhäusern und Medizinischen Hochschulen und Akademien wurde ausgebaut. Beim Fall der Mauer befand sich daher der weitaus überwiegende Teil der ausschließlich ambulant tätigen Ärzteschaft in einem Beschäftigungsverhältnis mit dem staatlichen oder betrieblichen Gesundheitswesen, zudem wurde ein nennenswerter Teil ambulanter Behandlung durch in stationären Einrichtungen tätige Ärzte erbracht. Nur ein verschwindend geringer Teil übte hingegen die ärztliche Tätigkeit noch in »freier Praxis« als niedergelassener Arzt aus: Ende 1989 waren noch 341 der (gerechnet in Vollbeschäftigten-Einheiten) 20 570 ambulant tätigen Ärzte in der Niederlassung (ISD 1990: 281).

2.1.2 Verfestigung des ambulanten Behandlungsvorranges durch niedergelassene Ärzte in Westdeutschland

Während die Sowjetunion in ihrer Besatzungszone mit den skizzierten Maßnahmen für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung eine deutlich vom zuvor in Deutschland praktizierten System abweichende Neugestaltung durchsetzte und hieran diejenigen (teils kommunistischen, teils sozialdemokratischen) Deutschen beteiligte, die Reformen – unter anderem in Anknüpfung an Vorkriegsarrangements – befürworteten, bestanden in der unmittelbaren Nachkriegszeit weder bei den westlichen Alliierten noch bei den Politikern und Fachbeamten in den westdeutschen Ländern und Zentralbehörden Reformvorstellungen für das Gesundheitssystem, die über eine »Entnazifizierung« hinausreichten. Auch die Krankenkassen setzten sich – auch als Ergebnis des parallel schnell an Bedeutung zunehmenden Wettbewerbs zwischen den Kassenarten – nicht nachhaltig für strukturelle Veränderungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung gegenüber den in den dreißiger Jahren geschaffenen Fakten ein (vgl. etwa Glock 1949: 383–384). Demgegenüber plädierten die ärztlichen Interessenverbände vehement für eine Beibehaltung der bisherigen Versorgungsstruktur im ambulanten Sektor.

Zwar entwickelten sich die rechtlichen Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Tätigkeit in den unmittelbaren Nachkriegsjahren in den einzelnen westlichen Besatzungszonen und Ländern durchaus unterschiedlich:

So übernahmen in einigen Bundesländern zunächst die Ärztekammern, in anderen die Versicherungsämter die Funktion von Kassenärztlichen Vereinigungen, die ab 1948 wieder errichtet wurden; auch war die Beteiligung der Krankenkassen an der Zulassung von Kassenärzten in diesen ersten Jahren unterschiedlich geregelt (Überblicke: Berger 1974; Deppe 1987a), und in sehr vereinzelten Fällen (insbesondere in Berlin) entstanden auch zeitweilig kasseneigene Ambulatorien und kommunale Polikliniken. Insgesamt aber stand zu keiner Zeit ernsthaft in Frage, daß die ambulante Versorgung im wesentlichen nur durch niedergelassene Ärzte erfolgen sollte.

So kam es im Ergebnis nicht nur zur Wiederherstellung der kassenärztlichen Versorgungsstruktur, wie sie sich im Vorkriegsdeutschland herausgebildet hatte. Vielmehr gelang es den niedergelassenen Ärzten, insbesondere mit dem Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR), noch weitere »Verbesserungen« ihrer Position gegenüber der Situation in der Weimarer Republik durchzusetzen, die ihnen nahezu eine »Monopolstellung« (Göckenjan 1987) sicherten: Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhielten den Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Behandlung der GKV-Versicherten. Sie hatten mit den Krankenkassen Kollektivverträge mit unmittelbarer Wirkung für und gegen den einzelnen Kassenarzt zu schließen (dazu: Küchenhoff 1955: 418). Den Krankenkassen wurde es untersagt, ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Eigeneinrichtungen mit angestellten Ärzten zu errichten.[29] Aufgrund der Sondersituation in der unmittelbaren Nachkriegszeit in Berlin-West noch bestehende kommunale Polikliniken konnten nur noch die ersten drei Jahre nach Inkrafttreten des GKAR zu Lasten der Krankenkassen Versicherte behandeln.[30]

Diese gesetzlich abgesicherte Position niedergelassener Ärzte wurde in den Folgejahrzehnten tendenziell weiter ausgebaut, etwa durch die Übertragung von Aufgaben der Prävention und Früherkennung, die nach traditionellem Verständnis dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zugeordnet waren (Rosewitz/Webber 1990: 113–146; Labisch/Tennstedt 1991).

Alternative Organisationsformen der ambulanten ärztlichen Tätigkeit galten demgegenüber lange innerärztlich und in der öffentlichen Diskussion als illegitim – auch vor dem Hintergrund des »professionellen Kollektivgedächtnisses« (Döhler 1990: 30), das die Abwehr von Polikliniken und Ambulatorien verinnerlicht hatte. Entsprechend wurden Kritiken an den beste-

29 § 368d Abs. 1 Satz 2 u. 3 RVO i.d.F. d. GKAR vom 17.8.1955 (BGBl. I, S. 514).
30 Artikel 3 Abs. 1 Nr. 2 des GKAR.

henden institutionellen Arrangements und darauf aufbauende Reformvorschläge – wie sie etwa Anfang der siebziger Jahre von gewerkschaftlicher Seite vorgetragen wurden[31] – nicht nur ärztlicherseits energisch bekämpft, sondern fanden auch in der breiten politischen Öffentlichkeit keinen größeren Widerhall.

Erst im Kontext der Ende der siebziger Jahre in der Bundesrepublik einsetzenden gesundheitsökonomischen Deregulierungs- und Wettbewerbsdiskussion wurde die Konzeption des Sicherstellungsauftrags und Versorgungsmonopoles durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder stärker hinterfragt. So wurden hier Konzepte diskutiert, wie den Sicherstellungsauftrag wieder von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenkassen zu überführen und diesen die Möglichkeit zu geben, ärztliche Leistungen bei einzelnen oder verbandlich organisierten Ärzten »einzukaufen« oder »alternative« Versorgungsstrukturen, die den US-amerikanischen »Health Maintainance Organizations« (HMO; Reinhardt 1988) nachempfunden wären, einzuführen (von der Schulenburg 1982; Wissenschaftliche Arbeitsgruppe Krankenversicherung 1987; Hauser 1988). In den Sozialwissenschaften wurden im selben Zeitraum aus gesundheits- und versorgungspolitischen Überlegungen Konzepte stärker vernetzter, die Einzelpraxis ersetzender Angebotsformen verstärkt thematisiert,[32] ohne jedoch im politischen Raum auf größere Resonanz zu stoßen.[33]

---

31 Unter der generellen Diagnose »Die Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes wird zunehmend modernen medizinischen Anforderungen nicht mehr gerecht« (Jahn et al. 1971: 52) wurde in diesem Kontext vorgeschlagen, sogenannte »Medizinisch-technische Zentren«, die als nicht-gewinnorientierte Körperschaften mit festangestellten Ärzten und weiteren, paraprofessionellen Mitarbeitern hätten betrieben werden sollen, zu errichten, die für die niedergelassenen Ärzte einer Region (wie auch für die Krankenhäuser) sämtliche aufwendigeren diagnostischen Maßnahmen hätten durchführen sollen (Jahn 1977).

32 Vgl. etwa die Stellungnahmen von Huber, Rosenbrock, von Ferber im Kontext der 1987 gebildeten Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Enquete-Kommission 1990b: 262–271).

33 Vgl. etwa die Beratungen des Bundestags-Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung zum Gesundheitsreformgesetz von 1988 (BT-Drucks. 11/3480).

2.2 Die Regelungs- und Leistungsstruktur der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ost- und Westdeutschland vor der »Wende«

Die Skizze der grundlegenden Weichenstellungen für das ambulante ärztliche Gesundheitssystem in Ost- und Westdeutschland hat gezeigt, daß in Ostdeutschland früh die Entscheidung für einen Vorrang poliklinischer Versorgung getroffen wurde, die bis Ende der fünfziger Jahre durchgesetzt und bis zum Ende der SED-Herrschaft auch beibehalten wurde, so daß freiberufliche, niedergelassene Ärzte im Herbst 1989 nur noch eine zu vernachlässigende Rolle in der Versorgung spielten. Demgegenüber bestand in Westdeutschland faktisch lange ein gesundheitspolitischer Konsens, nicht nur an die Strukturen anzuknüpfen, die sich zum Ende der Weimarer Republik herausgebildet hatten, sondern – in Fortführung von in der nationalsozialistischen Phase getroffenen Entscheidungen – über diese hinaus einen weitgehenden Vorrang der ambulanten ärztlichen Versorgung durch freiberufliche, niedergelassene Ärzte festzuschreiben.

Mit einer Beschreibung dieser Grundentscheidungen sind die beiden Systeme der ambulanten ärztlichen Versorgung allerdings für die Zwecke der Untersuchung noch nicht hinreichend charakterisiert. Im folgenden soll daher auf einige zentrale Merkmale der Regelungs- und Leistungsstruktur, wie sie sich den Akteuren nach der Wende in der DDR im Herbst 1989 darstellte, vergleichend eingegangen werden.

2.2.1 Steuerung des ambulanten Versorgungssystems

Ein hohes Ausmaß an Politikverflechtung (Scharpf/Reißert/Schnabel 1976) und (neo-)korporatistischer Arrangements (Lehmbruch 1988) gelten bereits generell als wesentliche Merkmale des politischen Systems der »halb-souveränen« (Katzenstein 1987) Bundesrepublik: Staatliche Akteure betreiben Politik vielfach nicht (mehr) durch hierarchische Steuerung, sondern »in fortgesetzten Aushandlungsprozessen« (Kaufmann 1991: 25) mit – teilweise vom Staat gegründeten, zumindest aber von ihm als Repräsentanten ihrer Klientel anerkannten und mit Mitwirkungsrechten bei Politikformulierung und Implementation ausgestatteten (Schmitter 1979: 94–95) – Interessenverbänden. Diese Aushandlungsprozesse stehen allerdings unter der ständigen

latenten Drohung des Rückgriffs auf das letztlich verfügbare direkte staatliche Interventionspotential (Streeck/Schmitter 1985: 147).

Diese generelle Feststellung gilt für das *bundesdeutsche Gesundheitssystem* – und hier gerade für den ambulanten Sektor – in besonderem Maße: Steuerungsentscheidungen in diesem Sektor werden typischerweise nicht alleine durch staatliche Institutionen getroffen. Vielmehr setzt der Staat zwar einen regulativen Rahmen, schafft die zur Steuerung vorgesehenen Institutionen (bzw. verleiht autonom entstandenen korporativen Akteuren öffentlich-rechtlichen Charakter und/oder belehnt sie mit quasi-öffentlichen Aufgaben) und grenzt deren Kompetenzen voneinander ab, überläßt diesen Akteuren jedoch – unter seiner Aufsicht, teilweise mit gesetzlich eingeräumten Ersatzvornahmevorbehalten – weitgehende Ausgestaltungsrechte (Neubauer 1987, 1988; Alber 1992: 95–102).

Auch die seit Mitte der siebziger Jahre vorherrschende Kostendämpfungspolitik – in deren erster Phase der ambulante Sektor insbesondere im Mittelpunkt stand – ist in besonderem Maße durch dieses Politikmuster gekennzeichnet, wurden hierbei doch wesentlich die korporativen Akteure der »gemeinsamen Selbstverwaltung« (Neubauer/Rebscher 1984) des ambulanten Sektors[34] zur Selbstregulierung – im Rahmen gesetzlich formulierter Zielvorgaben und unter staatlicher Interventionsdrohung für den Fall der Verweigerung – verpflichtet (Groser 1993; Wasem 1993c: 141–146). Hierzu hat der Gesetzgeber die institutionellen Rahmenbedingungen für die Akteure der Selbstverwaltung in mehreren Kostendämpfungsgesetzen zu verändern gesucht, um die Verhandlungsstärke der Krankenkassenseite gegenüber der Seite der Kassenärzte zu erhöhen.[35]

Im Ergebnis hat sich bezüglich des ambulanten Versorgungsbereiches eine äußerst komplexe Governance-Struktur[36] herausgebildet, in der ein intertemporal hoch stabiles Netzwerk korporativer Akteure (Döhler 1991) durch eine breite Vielfalt eingesetzter Instrumente und Interventionsformen (»Vielfachsteuerung«; Herder-Dorneich/Wasem 1986) Steuerungsleistungen erbringt, dessen Steuerungsergebnisse sich in einer außerordentlichen Heterogenität von Typen von Rechtsquellen (Ebsen 1994) widerspiegeln.

---

34 Krankenkassenverbände, KBV und KVen sowie gemeinsame Gremien dieser Beteiligten, wie etwa der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (zu letzterem: Döhler/Manow-Borgwardt 1992b).

35 Dazu etwa Ryll (1993).

36 Vgl. zum »Governance«-Konzept etwa Kooiman/van Vliet (1993). Zur Anwendung auf das bundesdeutsche Gesundheitssystem vgl. etwa Blanke (1994).

Diesem hoch verflochtenen Sektor sind vielfach »Resistenz gegen politische Steuerungsversuche« (Mayntz 1991: 41) und mannigfaltige »Reformblockaden« (Rosewitz/Webber 1990) attestiert worden, da die vorhandenen extensiven Vetomöglichkeiten »Reformen an Haupt und Gliedern« lange wenig chancenreich erscheinen ließen. Inwieweit hieraus auf mangelhafte Problemlösungsfähigkeit geschlossen werden darf, ist allerdings umstritten: Zum einen wurde darauf verwiesen, daß staatliche Steuerungspolitik auf dem Weg inkrementaler »systemkonformer« Weiterentwicklungen durchaus zu in Langfristperspektive beeindruckender Systemgestaltung fähig gewesen sei (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a; Alber 1992: 163–168). Zum anderen wurde betont, daß andere Formen der Steuerung die Defizite staatlicher Steuerungsfähigkeit kompensieren könnten (Mayntz 1991: 42) – so ist etwa darauf hingewiesen worden, daß gerade im ambulanten Sektor die korporativen Akteure auf der Selbstverwaltungsebene beachtliche Steuerungsleistungen vollbracht hätten (Groser 1993; Wasem 1993c: 141–146), so daß eine generelle Etikettierung des Sektors als problemlösungsunfähig inadäquat sei.

Kann somit der bundesdeutsche ambulante Sektor als typisches Beispiel eines zwischen Hierarchie und Markt angesiedelten, korporativ und netzwerkartig geprägten Steuerungssystems gelten,[37] erscheint der ambulante Sektor in der *DDR* als »klassisches« Gegenstück: ein streng hierarchisch gegliedertes Steuerungssystem. Das Gesundheitssystem insgesamt, und damit auch die ambulante Versorgung, war in die Planungs- und Lenkungsstrukturen des »demokratischen Zentralismus« der sozialistischen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung eingebunden. Planung und Organisation der Wirtschaft und der Gesundheitsversorgung sollten eine »untrennbare Einheit« bilden (Gürtler/Rothe 1975: 76), weshalb die personellen und sachlichen Ressourcen für das Gesundheitssystem vom Volkswirtschaftsplan bis in die Pläne für die einzelnen Gesundheitseinrichtungen zugeteilt wurden (dazu z.B. Bandowski/Eckardt 1986; Penzel et al. 1988). Ein direkter Durchgriff von der Spitze bis auf die einzelnen im Gesundheitssystem operierenden Einrichtungen sollte die Erfüllung der Planziele sichern. Mit autonomen Gestaltungsspielräumen ausgestattete, staatlich begründete oder gar im We-

37 Mayntz/Scharpf (1995b: 24–27) schlagen in Anlehnung an Atkinson/Coleman (1989) eine Typisierung der Teilsysteme nach dem Ausmaß staatlicher Handlungsfähigkeit einerseits und der Handlungsfähigkeit der im System agierenden gesellschaftlichen Akteure andererseits vor. Für das ambulante Gesundheitssystem in der Bundesrepublik ist nach den skizzierten Befunden bei beiden Variablen von einer »mittleren« Handlungsfähigkeit auszugehen, was – entlang dieser Typologie – die Kategorisierung als »Politiknetzwerk« nahelegt.

ge der Selbstorganisation entstandene, korporative Akteure hatten in diesem Steuerungssystem keinen Platz.

Die Entscheidungsstrukturen im Gesundheitssystem zeichneten sich entsprechend auf den ersten Blick durch eine durchgängige Hierarchie aus, die sich vom Gesundheitsministerium der DDR über die Bezirksärzte und Kreisärzte (als den Leitern der Abteilungen »Gesundheits- und Sozialwesen« bei den Bezirks- und Kreisverwaltungen) bis zur Hierarchie in den einzelnen gesundheitlichen Einrichtungen (mit dem ärztlichen Direktor als Leiter der Einrichtung) erstreckte (vgl. etwa Schär 1988: 22–25). Hierbei galt das sogenannte »Prinzip der doppelten Unterstellung«, nach dem die auf einer Hierarchieebene Verantwortlichen einerseits den jeweiligen örtlichen Volksvertretungen (Bezirkstage, Kreistage), andererseits den jeweiligen Fachstellen der nächst höheren Hierarchieebene unterstellt waren[38] – wobei letztere Unterstellung nicht nur faktisch, sondern auch von der Konzeption des Systems her eindeutig dominierte, galt es doch, ein »einheitliches Wirken« der Bezirks- und Kreisexekutiven durch den Ministerrat zu »gewährleisten«.[39]

Das Bild einer auf den ersten Blick klaren Kompetenzzuweisung wird allerdings getrübt, wenn die Dualität der Hierarchien von Staat und Partei berücksichtigt wird: Die Abteilung Gesundheit im Zentralkomitee der SED war zwar gegenüber dem Apparat des Gesundheitsministeriums personell ausgesprochen klein,[40] da jedoch einerseits das Primat der Partei gegenüber staatlichen Institutionen auch hier galt, andererseits große Teile des Ministeriums ohnehin ausschließlich operativ mit der Kontrolle von Einrichtungen des Gesundheitssystems befaßt waren, hatten die Gesundheitspolitiker der Partei einen starken Einfluß. Faktisch konnten sie relativ weitgehend Vorgänge durch Definition als »politisch« vom Gesundheitsministerium weg an sich ziehen. Die Koexistenz von staatlicher und Parteihierarchie wiederholte sich auf den unteren Ebenen: Dort war zwar offensichtlich die Position von Bezirks- und Kreisarzt vergleichsweise stärker gegenüber den örtlichen Parteifunktionären, jedoch wurden auch hier immer wieder Eingriffe der Partei in die konzeptionelle wie operative Gesundheitspolitik beobachtet (Interview mjw18063).

---

38 Vgl. für das Gesundheitssystem aus Sicht der damaligen DDR-Gesundheitsadministration: Gläß/Gürtler (1980: 30–39); zu den Wirkungen des Prinzips der »doppelten Unterstellung« allgemein vgl. Neckel (1992: 254–256).

39 § 5 Abs. 1 des Gesetzes über die örtlichen Volksvertretungen in der Deutschen Demokratischen Republik vom 4.7.1985 (GBl. I, S. 213).

40 Laut Interviewaussage umfaßte sie zum Zeitpunkt des Sturzes Honeckers acht Mitarbeiter (Interview mjw18063; Kennzeichnung der Interviews: projektinterne Verschlüsselung).

Hinzu kommt, daß infolge eines auch in anderen Politikbereichen – etwa bei der Alterssicherung – beobachteten »zielgruppenspezifischen Paternalismus« (Meyer 1989: 434) Staats- und Parteiführung die Errichtung von schließlich vierzehn zu dem territorialen und betrieblichen Gesundheitssystem »parallelen« gesundheitlichen Versorgungssystemen beschlossen beziehungsweise zugelassen hatten (Volpp 1991: 6).[41] Die Sondersysteme waren den jeweiligen Fachministerien unterstellt[42] und der Steuerung durch das Gesundheitsministerium weitgehend entzogen (Interview mjw18063).[43]

Trotz dieser Einschränkungen erscheint die Frage nach der Steuerungsfähigkeit für den ambulanten Sektor in der DDR – zumindest im Vergleich zur Bundesrepublik – zunächst unproblematisch: Aufgrund der hierarchischen Organisation des Gesundheitssystems und der vergleichsweise direkten Unterstellung des Sektors in die Logik des politischen Systems war die Möglichkeit, in dem Sektor umfassendere Reformen durchzuführen, grundsätzlich gegeben[44] – die skizzierte Durchsetzung des Primates poliklinischer Versorgungsformen ist hierfür ein eindrucksvolles Beispiel.

Erhöhte Steuerungsfähigkeit durch staatliche Akteure bedeutet allerdings zunächst nur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, daß die Sektorergebnisse den Vorstellungen der politischen Akteure entsprechen – inwieweit hiermit auch eine größere Problemlösungsfähigkeit verbunden ist, bleibt dabei offen: Die teilweise abrupten »Kurswechsel«, die die DDR-Gesundheitspolitik im ambulanten Sektor mehrfach vollzogen hat – etwa hinsichtlich der Bedeutung des Allgemeinarztes in der medizinischen Versorgung und der den Patienten eingeräumten Arztwahlrechte (Günther 1990) – weisen darauf hin, daß die im westdeutschen System im Regelfall gegebene Notwendigkeit, die in dem Politikfeld tätigen Akteure an für den Sektor grundlegenden Steuerungsent-

---

41 Solche Einrichtungen bestanden etwa für den Staats- u. Regierungsapparat, für die Streitkräfte, für Beschäftigte in bestimmten Verkehrsbetrieben, für die im Uranbergbau Beschäftigten etc. Motiv für die Errichtung der Sondersysteme ambulanter (teilweise auch stationärer) gesundheitlicher Versorgung war zum einen die Schaffung von spezifischen Systemloyalitäten, zum anderen aber waren sie auch Ausfluß der starken Orientierung der DDR-Gesundheitspolitik an der Erhöhung der Arbeitsproduktivität in als besonders wichtig angesehenen Bereichen (zu letzterem aus damaliger DDR-Sicht: Schär 1988).

42 Also zum Beispiel dem Verkehrsministerium, Energieministerium, Verteidigungsministerium etc.

43 Vielfach handelte es sich hierbei allerdings nur um vergleichsweise kleine »Systeme«: 1989 gehörten 77 Polikliniken beziehungsweise Ambulatorien zu diesen Sondersystemen (Häussler / Schräder / Schulz 1990: 13).

44 In der erwähnten Typologie von Mayntz / Scharpf wäre die Handlungsfähigkeit staatlicher Akteure als hoch, die nicht-staatlicher gesellschaftlicher Akteure hingegen als gering einzustufen – die Autoren schlagen hierfür den Begriff des »Etatismus« vor (1995b: 25).

scheidungen zu beteiligen, nicht nur als Verlust von Steuerungsfähigkeit, sondern durchaus auch als Gewinn an Problemlösungsrationalität interpretiert werden kann, gerade weil sie den Sektor vor solchen erratischen Schwankungen der Regulierung im allgemeinen bewahrt.[45]

2.2.2 Sicherstellung der Versorgung

In der *Bundesrepublik* lag die Aufgabe, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit ambulanten ärztlichen Leistungen sicherzustellen, bei den Kassenärztlichen (Bundes-)Vereinigungen, die hierzu im Rahmen eines komplexen, in den Detailregelungen im Zeitablauf mehrfach variierten, Verhandlungsgefüges Verträge mit den Verbänden der Krankenkassen zu schließen hatten.[46]

Im Zuge der Sicherstellung der Versorgung waren die KVen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen beauftragt, »Bedarfspläne« aufzustellen.[47] Faktisch aber spielte die Bedarfsplanung bis Herbst 1989 in der Steuerung niederlassungsinteressierter Ärzte so gut wie keine Rolle.[48]

Die sich so weitgehend »ungesteuert« entwickelnden Zahlen niedergelassener Ärzte standen denn auch lange im Zentrum einer Kritik an Effizienz und Effektivität des ambulanten westdeutschen Sektors: Einerseits wurden

---

45 Allgemein zu dieser Überlegung Milgrom/Roberts (1990: 78); Kaufmann (1991: 22–23).

46 Vgl. zu diesem Verhandlungsgefüge etwa Ryll (1993). Die ärztliche Versorgung der 10 Prozent nicht in der GKV versicherten Personen bleibt im folgenden zumeist außerhalb der Betrachtung, da die für diesen Komplex im Vereinigungsprozeß getroffenen Regelungen für den Transformationsprozeß der Versorgungsstrukturen keine relevante Rolle gespielt haben.

47 Vgl. §§ 99ff. SGB V in der 1989/90 geltenden Fassung.

48 Nachdem durch Bundesverfassungsgerichtsurteil 1960 die Abhängigkeit der Erteilung der Zulassung als Kassenarzt von einer Bedürftigkeitsprüfung als verfassungswidrig eingestuft worden war, jeder Arzt bei Erfüllung bestimmter persönlicher Voraussetzungen somit einen Rechtsanspruch auf die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung erworben hatte, bezog sich die Bedarfsplanung bis 1986 ausschließlich auf das mit zunehmender Ärztedichte stetig an Bedeutung verlierende Ziel, »Unterversorgung« bestimmter Regionen mit Kassenärzten zu vermeiden. Seit 1986 konnten auch regionale Planungsbereiche, die nach vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen aufgestellten Richtlinien als »überversorgt« galten, für niederlassungswillige Ärzte gesperrt werden, wobei aber mindestens 50 Prozent der regionalen Planungsbereiche im Bundesgebiet nicht gesperrt sein durften. Hiervon war jedoch bis 1989/90 so gut wie kein Gebrauch gemacht worden.

die trotz »Bedarfsplanung« erheblichen Unterschiede in den Arztdichten zwischen den verschiedenen Regionen als ungleiche Zugangschancen der Patienten bewirkend kritisiert (etwa Schmidt/Jahn/Scharf 1988a: 79), andererseits wurde ab Beginn der achtziger Jahre zunehmend eine generelle »Überversorgung« mit Kassenärzten festgestellt, die insbesondere zur Verschärfung des Wettbewerbs der Ärzte untereinander mit (angesichts der postulierten Fähigkeit der Ärzte zu angebotsinduzierter Nachfrage) effizienzbeeinträchtigenden Konsequenzen geführt hätte.[49]

Seit Mitte der achtziger Jahre wurde darüber hinaus zunehmend auch die Verteilung der Ärzte nach Fachgebieten kritisch beurteilt: Die Relation zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten habe sich in einer die Grundversorgung beeinträchtigenden Weise zugunsten der spezialisierten Versorgung durch Fachärzte verschoben,[50] so daß der aus der ärztlichen Tätigkeit hinsichtlich des Gesundheitszustandes erzielbare Nutzen hinter den möglichen Erträgen bei einer stärker ausgeprägten allgemeinärztlichen Versorgung zurückgeblieben sei (Schmidt/Jahn/Scharf 1988a: 158–164). Dem ist allerdings entgegengehalten worden, daß die hohe Zahl der Fachärzte eine umfangreiche ambulante Behandlung jener Patienten, die ansonsten in den stationären Bereich verlagert worden wären, ermöglicht habe (Arnold 1993b: 95), mit der Folge höherer Kosten im stationären Bereich, die gegenzurechnen seien.[51]

In der *DDR* lag die Aufgabe, die ambulante Versorgung sicherzustellen, demgegenüber beim Staat. Entsprechend der Integration des Gesundheitssystems in die »sozialistische Territorialplanung« (Franz 1975: 107) enthielt der Volkswirtschaftsplan der DDR hinsichtlich der personellen, materiellen und finanziellen Planung einen eigenen Planteil »Gesundheitswesen« (Winter 1980: 24; Bandowski/Eckardt 1986). Darin wurden für diejenigen Einrichtungen, für die das Gesundheitsministerium zuständig war, die zur Verfügung stehenden Ressourcen zugeteilt.

---

49 Vgl. etwa Herder-Dorneich (1985), von der Schulenburg (1987b), Zalewski (1984). Empirisch ist der Zusammenhang zwischen steigenden Arztzahlen und Struktur und Volumen der Versorgungsleistungen allerdings vermutlich komplexer als monokausale Erklärungen der »anbieterinduzierten« Nachfrage vermuten lassen (vgl. etwa Breyer 1984; Adam 1983).

50 Kamen 1970 noch auf 100 praktische Ärzte/Allgemeinärzte 81 Fachärzte, so hatte sich die Relation bis 1989 auf 138 Fachärzte je 100 praktische Ärzte/Allgemeinärzte verschoben (SVR-KAG 1991: 284).

51 Allerdings ist in regionalen Querschnittsvergleichen beobachtet worden, daß die Einweisungshäufigkeit in Krankenhäuser gerade mit der Facharztdichte anstieg (z.B. Borchert 1980). Zu möglichen Erklärungsansätzen vgl. Huber/Köse/Schneider (1993: 36).

Die regionale Verteilung der Ärzte (wie des nichtärztlichen Personals und der materiellen und finanziellen Ressourcen) auf die Bezirke wurde vom Gesundheitsministerium vorgenommen, entsprechend die Aufteilung auf die Kreise durch die Bezirksärzte und auf die einzelnen Einrichtungen durch die Kreisärzte, jeweils in Abstimmung mit der regionalen Planungskommission. Hierbei sollten sich die Planer bezüglich der Ärztedichten an – zuletzt 1975 festgelegten (Harych 1990b) – »Kennziffern« über die wünschenswerte Erreichbarkeit der Ärzte der verschiedenen Fachgebiete für die Bevölkerung orientieren.

Für die Stellenplanung und Personalrekrutierung war insbesondere der Kreisarzt zuständig. Für die Medizinstudenten bedeutete dies umgekehrt, daß der Kreisarzt des bisherigen Wohnortes, zu dem sie im allgemeinen regelmäßig Kontakt hielten, auf ihre weitere Berufsplanung wesentlichen Einfluß hatte: Einerseits war so die regionale Wahlfreiheit (und teilweise auch die Wahl der Fachrichtung) für die angehenden Ärzte begrenzt, andererseits bestand (positiv gewendet) im Regelfall schon in einem sehr frühen Stadium Sicherheit über den künftigen beruflichen Werdegang (Interview mjw28091).

Trotz der Einbindung des Arztberufes in ein Planungssystem war hinsichtlich der regionalen Verteilung von Ärzten für die DDR wie für die Bundesrepublik eine deutliche Ungleichverteilung mit geringeren Arztdichten auf dem »flachen Land« und in Arbeiterwohnvierteln festgestellt worden (dazu auch: SVR-KAG 1991: 116–117). Hingegen konnte – nachdem die politische Bewertung der Notwendigkeit einer allgemeinärztlichen Versorgung mehrfach variierte – eine größere »Ausgewogenheit« in bezug auf die Facharzt-Allgemeinmediziner-Relation als in der Bundesrepublik bewirkt werden.[52] Insgesamt entsprach die Arztdichte im ambulanten Bereich in der DDR in etwa derjenigen in der Bundesrepublik,[53] wurde allerdings nicht als »Überversorgung« problematisiert – im Gegenteil war die staatliche Gesundheitspolitik bis zuletzt um einen Anstieg der Ärztezahlen im ambulanten Bereich bemüht.[54]

---

52 1989 kamen in der DDR auf 100 Allgemeinmediziner 118 Ärzte der übrigen Fachrichtungen (ISD 1990: 281). Damit kam auf je 1854 Einwohner ein ambulant tätiger Allgemeinmediziner, während in Westdeutschland auf 1902 GKV-Versicherte ein allgemeinärztlicher Kassenarzt/Vertragsarzt kam. Bei den Fachärzten kamen in der Bundesrepublik 1376 GKV-Versicherte auf einen Kassenarzt mit Gebietsbezeichnung, in der DDR hingegen 1575 Einwohner auf einen Facharzt.

53 Allerdings dürfte der Anteil ärztlicher Arbeitszeit, der administrativen Tätigkeiten zuzurechnen war, insgesamt größer als in der Bundesrepublik gewesen sein.

54 Da die ambulant tätigen Ärzte in der DDR nicht untereinander in Wettbewerb standen und

2.2.3 Träger der Versorgung

Die Versorgung war in der *Bundesrepublik* – wie skizziert – den »Kassenärzten« (bzw. im Bereich der Ersatzkassen: den »Vertragsärzten«) übertragen, die ihre Tätigkeit in »freier Praxis«[55] ausübten. Die Kassenärzte erzielten aus an die KVen gezahlten Gesamtvergütungen ein Honorar, welches sich weit überwiegend nach den vom Arzt erbrachten einzelnen Leistungen bemaß[56] und aus welchem der Arzt sowohl seine Investitions- wie laufenden Kosten der Praxis und den Unternehmerlohn finanzierte. Über das »Profil« seiner Praxis (Art der erbrachten Leistungen, eingesetzte Geräte, Zahl der nichtärztlichen Mitarbeiter etc.) entschied jeder Kassenarzt im Rahmen einer Reihe berufs- und kassenarztrechtlicher Reglementierungen (etwa Abhängigkeit der Abrechenbarkeit von Leistungen vom Fachgebiet und unter Umständen von Befähigungsnachweisen, Standortplanung für bestimmte medizinisch-technische Großgeräte; dazu etwa Meyer 1993; Offermanns 1993) weitgehend autonom.

Der Vergütung des Arztes nach Einzelleistungen in Verbindung mit seiner Dispositionsfreiheit über sein Leistungsspektrum ist seit Mitte der siebziger Jahre wiederholt die Wirkung zugesprochen worden, zu einem Anstieg der Leistungsmengen (insbesondere im rationalisierungsfähigen medizinisch-technischen Bereich) über das »medizinisch Notwendige« hinaus und einer »Überversorgung« mit medizinisch-technischer Infrastruktur beizutragen. Die gemeinsame Selbstverwaltung (deren interne »Machtverteilung« zwischen Krankenkassen und Kassenärzten der Gesetzgeber seit Beginn der Kostendämpfungspolitik zugunsten der Krankenkassenseite zu verschieben

---

nicht über Vergütungen für erbrachte Leistungen, sondern durch – unterschiedliche Leistungsintensitäten und -belastungen weitgehend nicht berücksichtigende – Festgehälter entlohnt wurden, erscheint plausibel, daß die primär aus den Konsequenzen des Wettbewerbs heraus für die Bundesrepublik thematisierten Probleme der perzipierten »Überversorgung« in der DDR nicht zu beobachten waren, vielmehr umgekehrt – wie auch modelltheoretisch ableitbar (vgl. etwa von der Schulenburg 1981: 186–87; Metze 1982: 88–89) – festzustellen war, daß es vom Ausmaß des »ärztlichen Ethos« des einzelnen Arztes abhing, ob dieser bedarfsgerechte Leistungsmengen abgab oder die fehlende ökonomische Motivation auch auf die Arbeits- und Leistungsmotivation mit der Konsequenz einer »Unterversorgung« durchschlug (Günther 1990: 140; Weiss/Wolfram/Köhler 1990: 97).

55 § 32 Abs. 1 Zulassungsverordnung Ärzte in der 1989/90 geltenden Fassung. Eine Minderheitsmeinung (z.B. Lüders 1991) vertritt allerdings die Auffassung, auch angestellte Ärzte könnten »Kassenärzte« sein.

56 § 85 Abs. 4 SGB V i.d. 1989/90 geltenden Fassung. Vgl. dazu etwa Liebold/Zalewski (1992: zu § 85 Rdnr. 78).

trachtete)[57] reagierte hierauf – unter dem latenten Druck des Gesetzgebers – mehrfach zum einen mit Regelungen, die die Auswirkungen der Leistungsexpansion auf die Ausgaben der Krankenkassen begrenzten, zum anderen mit relativen »Abwertungen« der Leistungsvergütungen für medizinisch-technische Leistungen (Groser 1993; Wasem 1993c).

Der Kassenarzt übt seine Tätigkeit typischerweise in Form einer Einzelpraxis aus. In den letzten Jahren hat allerdings der Anteil der Ärzte in Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften[58] sowie die Beteiligung an Labor- und anderen Apparategemeinschaften stetig zugenommen.[59] Fachübergreifende Gemeinschaftspraxen spielen hierbei hingegen nach wie vor nur eine untergeordnete Rolle.

Typischerweise besteht in der Bundesrepublik keine institutionalisierte Verbindung zwischen den präventiven und kurativen Maßnahmen des niedergelassenen Arztes und der Tätigkeit der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen sowie der Betriebsärzte – wie es auch umgekehrt dem Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen sowie dem Betriebsarzt verwehrt ist, kurativ tätig zu sein. Gering ausgeprägt ist auch die Verbindung zwischen dem niedergelassenen Arzt und nichtärztlichem Fachpersonal des Gesundheitssystems: Kooperationen etwa in den Bereichen der Prävention oder Rehabilitation chronischer Erkrankungen mit Psychologen, Ernährungsberatern oder Sozialarbeitern und Sozialpädagogen sind zwar bei entsprechender Initiative des einzelnen Arztes möglich, stehen jedoch hinsichtlich ihrer Finanzierung vor erheblichen Schwierigkeiten und haben auch daher eher Seltenheitswert (Fuchs 1991).

Nach 1945 zeichnete sich das westdeutsche Gesundheitssystem auch durch eine relativ starke Abschottung zwischen ambulanter Behandlung durch niedergelassene Ärzte und stationärer Behandlung im Krankenhaus aus: Anspruch auf eine Ermächtigung zur ambulanten Behandlung ohne eine Bedarfsprüfung hatten in der Bundesrepublik außer den Kassenärzten nur

---

57 Vgl. zur »Asymmetrie« zwischen Krankenkassen und KVen etwa Mayntz/Klitzsch/Ubeländer (1981: 47–53), Griesewell (1985: 575–578), Ryll (1993).

58 Zur Abgrenzung dieser beiden Kooperationsformen vgl. KBV (1991: 14–15).

59 1989 waren von den 69 861 zugelassenen Kassenärzten bereits 13 341 einer Gemeinschaftspraxis angeschlossen (KBV 1991a: 186, 194); allerdings ist der nach wie vor hohe Anteil von Gemeinschaftspraxen zwischen Ehepartnern und Verwandten (gut 40 Prozent; KBV 1992: 243) zu berücksichtigen. Amtliche Daten über den Anteil der Ärzte in Praxisgemeinschaften sind nicht veröffentlicht – in einer Ärztebefragung von Andersen/von der Schulenburg (1987) waren rund 4 Prozent der Ärzte in einer Praxisgemeinschaft niedergelassen (1990: 67).

die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen, und auch diese nur in einem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang (dazu Zuck 1990). Darüber hinaus konnten leitende Krankenhausärzte an der Versorgung beteiligt werden, allerdings nur, soweit nach der Bedarfsplanung für bestimmte Fachrichtungen oder Subspezialisierungen die Versorgung durch Kassenärzte nicht ausreichend sichergestellt war. Seit 1986 waren auch Ambulanzen psychiatrischer Krankenhäuser sowie – bei Bedarf – psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zur ambulanten Versorgung zugelassen, seit 1989 auch sogenannte sozialpädiatrische Zentren. Schließlich wurde 1988 auch eine Regelung über eine zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und poststationäre Nachsorge durch Krankenhäuser beschlossen,[60] die allerdings im hier interessierenden Zeitraum noch nicht von der Selbstverwaltung umgesetzt war. Im übrigen waren die Krankenhäuser ausschließlich auf die vollstationäre Behandlung ihrer Patienten beschränkt. Umgekehrt allerdings konnten Kassenärzte ihre Patienten als »Belegärzte« auch stationär betreuen.[61]

Ein charakteristisches Merkmal des westdeutschen Versorgungssystems war zudem, daß die ambulante ärztliche Versorgung nur äußerst gering in die Rehabilitation, insbesondere chronisch Kranker, integriert war – was auch mit der Tatsache zusammenhängt, daß Rehabilitation bei Erwerbstätigen primär Aufgabe der Rentenversicherungsträger war, die diese weit überwiegend stationär in eigenen Einrichtungen erbrachten.

Die Dominanz der Einzelpraxis ist – ebenso wie die »Abschottung« des ambulanten gegenüber dem stationären Sektor sowie zum betrieblichen Gesundheitssystem und dem öffentlichen Gesundheitsdienst – in der gesundheitspolitischen Diskussion in der Bundesrepublik vielfach als sowohl kostentreibend als auch effektivitätsmindernd kritisiert worden.[62] Auch die mangelnde Verzahnung zwischen Akutbehandlung durch den niedergelassenen Arzt und der stationären Rehabilitation ist Gegenstand umfassender Kritik und tiefgreifender Reformvorschläge gewesen.[63]

In der *DDR* waren Träger der Versorgung hingegen in erster Linie die Polikliniken und Ambulatorien. Die in den Polikliniken, Ambulatorien und

---

60 Vgl. § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i.d. 1989/90 geltenden Fassung.

61 1989 waren rund 5 500 Kassenärzte belegärztlich tätig (KBV 1991e: A 27). Ihr Anteil an allen Kassenärzten betrug damit rund 7 Prozent – gegenüber noch rund 8,4 Prozent im Jahr 1980 (KBV 1991e: A 24, A 28).

62 Vgl. etwa Schmidt/Jahn/Scharf (1988b); Enquete-Kommission (1990a: 123–128); Häussler/Schräder/Mall (1993); Feuerstein (1994).

63 Etwa Badura (1989, 1991, 1994a); Enquete-Kommission (1990a: 77ff.).

Staatlichen Arztpraxen beschäftigten Ärzte erhielten ein Gehalt, dessen Höhe sich aus einem mehrstufigen Aushandlungsprozeß ergab (Interview mjw 18063): Die Tarifstruktur für die im Gesundheitssystem Beschäftigten wurde vom Gesundheitsministerium und der Gewerkschaft Gesundheitswesen in einem »Rahmenkollektivvertrag« (dazu Penzel et al. 1988: 102–104) ausgehandelt, bedurfte allerdings der anschließenden Genehmigung durch das SED-Politbüro. Das zur Vergütung der Beschäftigten im Gesundheitssystem insgesamt zur Verfügung stehende Finanzvolumen wurde in jährlichen vierseitigen Verhandlungen zwischen Gesundheitsministerium, Gewerkschaft Gesundheitswesen, Staatssekretariat für Arbeit und Staatlicher Plankommission ausgehandelt und bedurfte ebenfalls der anschließenden Genehmigung durch das Politbüro. Aufgrund der vergleichsweise geringen Priorität des Gesundheitssystems für die politischen Akteure wurden die Arztgehälter hierbei im Zeitablauf nur unterdurchschnittlich angepaßt.

Nachdem bereits Anfang der siebziger Jahre in Modellversuchen selektive materielle Anreize für Ärzte getestet wurden (sogenanntes »Prinzip der materiellen Interessiertheit«; Rolf 1975: 152–153), wurden seit Mitte der achtziger Jahre in begrenztem Umfang flächendeckend auch leistungsbezogene Vergütungsbestandteile eingeführt (Arnold/Schirmer 1990: 114). Da ein tragfähiger Kriterienkatalog für die Verteilung der hierfür vom jeweiligen Kreis zur Verfügung gestellten Mittel aber nicht bestand, wurden diese Zuschläge vom ärztlichen Direktor der Einrichtung häufig entweder an alle Ärzte verteilt, oder es flossen sachfremde – auch: politische – Überlegungen in die Vergabe mit ein (Interview mjw02102). Die – wenigen – niedergelassenen Ärzte wurden zwar theoretisch durch die Sozialversicherung nach einer – 1952 zuletzt angepaßten – Gebührenordnung nach Einzelleistungen vergütet, faktisch aber wurde zumeist eine Honorierung nach Fallpauschalen praktiziert (Interview mjw18063).[64]

Im Gegensatz zu den in der Bundesrepublik dominanten Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes waren in der DDR, soweit die ambulante Versorgung durch Polikliniken und Ambulatorien durchgeführt wurde, regelmäßig mehrere Ärzte mehrerer Fachrichtungen »unter einem Dach« medizinisch tätig. Die der Einrichtung zur Verfügung stehende medizinisch-technische Ausstattung (die – zumindest im Vergleich zu der in der Bundesrepublik –

64 Hierbei konnten die niedergelassenen Ärzte – bei überdurchschnittlich hohen Arbeitszeiten – im Regelfall deutlich überdurchschnittliche Einkommen erzielen, die allerdings in den letzten Jahren der DDR offenbar stagnierten, da die Fallpauschalen nicht den steigenden Praxiskosten angepaßt wurden (Interview mjw18063).

tendenziell als »unterversorgend« zu qualifizieren war) wurde von den Ärzten gemeinsam genutzt. In den zahlreichen Außenstellen von Polikliniken sowie in den staatlichen Arztpraxen waren die Ärzte hingegen zumeist »Einzelkämpfer«.[65]

Die für die Bundesrepublik charakteristische Trennung zwischen primär kurativ tätigem Kassenarzt und präventiv auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes tätigem Betriebsarzt bestand im Betriebsgesundheitswesen der DDR, welches mit primär kurativer Orientierung nach 1945 installiert wurde, zunehmend jedoch auch präventive Aufgaben unter Berücksichtigung aus der Arbeitswelt herrührender Gesundheitseinflüsse wahrnehmen sollte,[66] nicht. Auch nahmen in der »territorialen« Gesundheitsversorgung die Ärzte in Polikliniken, Ambulatorien etc. typischerweise auch solche Aufgaben wahr, die in der Bundesrepublik dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zugewiesen waren.

Institutionell stärker verankert als in der Bundesrepublik war auch die horizontale Kooperation zwischen Ärzten und nichtärztlichem Fachpersonal insbesondere im präventiven und rehabilitativen Bereich durch die seit Mitte der fünfziger Jahre (überwiegend aufgrund gesetzlicher Vorgaben[67], teilweise aber auch auf Initiative aus der Ärzteschaft)[68] errichteten sogenannten »Dispensaire«-Einrichtungen, in denen Patienten mit bestimmten Indikationen[69] ambulant behandelt wurden. Auch hierin folgte die DDR in erster Linie einem sowjetischen Modell, knüpfte aber auch an vereinzelte Entwicklungen in der Weimarer Republik an. In den »Dispensaire«-Einrichtungen waren – je nach behandeltem Krankheitsbild – neben den behandelnden

---

65 Durch die Außenstellen von Polikliniken, Sprechstunden von Poliklinikärzten außerhalb der Polikliniken sowie die Institute der Ambulatorien, Ambulanzen und staatlichen Arztpraxen war die Versorgung im übrigen weit weniger »zentralisiert«, als im Westen vielfach vermutet wurde. Zu einer typischen Standortstruktur ambulanter ärztlicher Einrichtungen vgl. etwa Schräder / Jacobs (1991).

66 Vgl. die Aufgabendefinition in den §§ 4 bis 7 der Verordnung über das Betriebsgesundheitswesen und die Arbeitshygieneinspektion vom 11. Januar 1978 (GBl. I, S. 61; abgedruckt in Vollmer 1990b: 123–128).

67 Vgl. etwa Anweisung zur weiteren Erhöhung der Qualität und Effektivität der Diabetikerbetreuung vom 22.6.1984 (VuM Nr. 7, S. 89); Methodische Hinweise zur Dispensaire-Betreuung Nierenkranker vom 1.7.1984 (VuM Nr. 7, S. 93); Richtlinie zur frühzeitigen Erkennung von Geschwulstkrankheiten und zur Betreuung von Geschwulstkranken vom 21.12.1986 (VuM 1987 Nr. 2, S. 9); Richtlinie zur Betreuung von Patienten mit hämatologischen Erkrankungen vom 17.2.1981 (VuM Nr. 2, S. 15).

68 Vgl. Tautz (1990: 256–257).

69 Hierzu gehörten insbesondere Diabetes mellitus, Lungenkrankheiten, Rheuma, onkologische Krankheitsbilder, Hauterkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen und Sucht (Häussler / Schräder / Mall 1993: 116).

Ärzten auch Psychologen, Krankengymnasten, Ernährungsberater, Ergotherapeuten und Gesundheitsfürsorger beschäftigt (Häussler/Schräder/Mall 1993: 118; Ohlmer 1990).

Schließlich war die das Versorgungssystem der Bundesrepublik kennzeichnende starke institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der DDR in mehrerer Hinsicht durchbrochen: Polikliniken waren vielfach an Krankenhäusern errichtet worden.[70] Ambulante Behandlung wurde auch in sogenannten »Fachambulanzen« an Krankenhäusern durchgeführt, deren Zahl Ende 1989 bei rund 700 gelegen haben dürfte (Interview mjw06082).[71] Anders als in der Bundesrepublik waren auch Polikliniken an Medizinischen Hochschulen und Akademien stärker in die ambulante ärztliche Versorgung integriert.[72]

Allerdings ist durchaus umstritten, inwieweit die stärkere Ausrichtung der Strukturen des ostdeutschen Gesundheitssystems an einer horizontalen wie vertikalen Verzahnung sich in einem bedarfsgerechteren Versorgungsgeschehen als in der Bundesrepublik niedergeschlagen hat. Hinsichtlich des Betriebsgesundheitswesens weisen empirische Untersuchungen darauf hin, daß es zwar »mit Sicherheit viele Einzelbeispiele« für die als systemspezifischer Vorteil angesehene »komplexe«, nämlich Kuration und Prävention

---

70 1989 waren von den 626 Polikliniken 138 an Krankenhäusern angesiedelt (ISD 1990: 277).

71 Wenn von den rund 50 Fachambulanzen an konfessionellen Krankenhäusern abgesehen wird, die von diesen angesichts mangelnder Möglichkeiten für die Kirchen, Polikliniken oder Ambulatorien zu betreiben, gegründet wurden und daher teilweise auch eine diesen Einrichtungen entsprechende größere Autonomie gegenüber den Krankenhäusern hatten (BMG 1991), handelte es sich im Regelfall um hoch spezialisierte ambulante Sprechstunden von im übrigen stationär tätigen (Interview mjw28091) Krankenhausärzten. Fachambulanzen deckten daher vielfach ein Leistungsspektrum (häufig mit Dispensaire-Charakter) ab, das sowohl hinsichtlich der apparativen Ausstattung als auch in bezug auf die persönlichen Kenntnisse der Ärzte in den ambulanten Einrichtungen nicht erbracht werden konnte.

72 Die 110 Universitätspolikliniken (1989) waren nicht nur für die Sicherung von ambulantem Patientengut für Forschung und Lehre konzipiert, sondern sollten – anders als in Westdeutschland – auch als wichtiger Baustein für hochspezialisierte ambulante Behandlung dienen. Insgesamt ist davon auszugehen, daß insgesamt mehr als 20 Prozent der in Ostdeutschland erbrachten ambulanten Leistungen in Hochschul-Polikliniken stattfanden (Ewert 1993: 1). Allerdings war die apparative Ausstattung der Hochschulpolikliniken teilweise eher schlechter als die der territorialen Polikliniken, da das für sie zuständige Hochschulministerium diesen Einrichtungen oftmals nur geringe Priorität bei der Mittelvergabe beimaß (Interview mjw18063). Faktisch leisteten die Universitätspolikliniken daher teilweise auch umfangreiche Beiträge zur ambulanten Grundbetreuung. So geht der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen zur Hochschulmedizin davon aus, daß bis zu 80 Prozent der Leistungen der Hochschulkliniken dem Bereich der »Normalversorgungsleistungen« zuzurechnen waren (Wissenschaftsrat 1991: 155).

verbindende, arbeitsmedizinische Betreuung in diesen Einrichtungen gab, jedoch seien »gewisse Zweifel an der breiten Wirksamkeit dieses Konzepts angebracht« (Häussler/Schräder/Schulz 1990: 31). Insbesondere die Entscheidung zur kurativen Inanspruchnahme des Betriebsgesundheitssystems war seitens der Patienten sehr viel stärker von praktischen Erwägungen beeinflußt als durch medizinische.

Ambivalent wird auch die Effizienz der durchgesetzten Dispensaire-Struktur beurteilt: Die Koordination zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Fachpersonal hinsichtlich einer »ganzheitlicheren« Herangehensweise an chronische Erkrankungen wird hierbei zumeist positiv bewertet.[73] Hier gilt vor allem die Schulung von Patienten im Umgang mit ihren chronischen Erkrankungen, etwa nach der Entlassung aus der stationären Behandlung, als bedarfsgerecht.

Andererseits wird zumeist bemängelt, daß durch die »Zwangselemente« des Dispensaire-Systems vielfach auch Effektivitäts- und Effizienzminderungen hervorgerufen wurden: Ärzten außerhalb des Dispensaires war die Behandlung der jeweiligen Krankheiten faktisch untersagt (Günther 1990: 141), während spiegelbildlich dazu die Patienten gehalten waren, sich bezüglich dieser Krankheiten ausschließlich in Dispensaire-Behandlung zu begeben (Interview mjw28091). Bei (insbesondere älteren) multimorbiden Patienten führte die obligatorische Spezialisierung dazu, daß unter Umständen neben einem Allgemeinarzt mehrere Dispensaire-Einrichtungen aufgesucht werden mußten, was nicht nur einen integrativen Ansatz erschwerte, sondern mangels Koordinierung vielfach auch zu wenig effizienten Mehrfachuntersuchungen führte (Friedemann 1990: 251). Entsprechend bewirkte die Spezialisierung auf der Seite der Ärzte eine verschiedentlich als effizienzbeeinträchtigend angesehene Enge des ärztlichen Tätigkeitsfeldes (Nowak et al. 1990: 83; Appen 1990: 107). Der Zwangsaspekt trug den Dispensaire-Einrichtungen zudem den Vorwurf einer »präventionsmotivierten sozialen Kontrolle« (Niehoff/Schrader 1991: 64) ein, die Patientenzufriedenheit minderte.

Sehr unterschiedliche zusammenfassende Bewertungen prägen daher die Beurteilung der Dispensaire-Versorgung: Wird sie von ihren Kritikern als »ineffizient und patientenunfreundlich« eingeschätzt (SVR-KAG 1991: 119), so wird auf der anderen Seite betont, sie habe bei vorhandenen Defiziten eine

---

73 Auf Unterschiede in der Einlösung des »ganzheitlichen« Ansatzes zwischen den einzelnen Krankheiten, für die Dispensaires errichtet waren, aber auch bezüglich der Behandlung einer Krankheit zwischen den einzelnen Dispensaire-Einrichtungen wird allerdings hingewiesen (Berndt 1991: 196–201; Tautz 1990; Interview mew19083).

insgesamt erhaltenswerte Struktur für die interdisziplinäre Betreuung insbesondere chronisch Kranker geboten (Jacobs/Schräder 1993).

Zwiespältig fällt schließlich auch das Urteil hinsichtlich der tatsächlichen Auswirkungen der verschiedenen institutionellen Arrangements, die auf eine stärkere Verzahnung der ambulanten mit der stationären Versorgung in der DDR zielten, aus: Erwartete man zunächst von der Ansiedlung von Polikliniken an Krankenhäusern, daß Patienten ambulant wie stationär vom selben Arzt behandelt werden könnten, so stellte sich schnell heraus, daß dies insbesondere aufgrund der unterschiedlichen organisatorischen Abläufe von Poliklinik und Krankenhaus nicht realisierbar war (bereits: Jahn 1963: 411). Verzahnende Wirkungen versprach man sich daher in bezug auf dieses Strukturmerkmal seit den sechziger Jahren primär durch die »einheitliche Leitung« beider miteinander verbundenen Einrichtungen durch einen gemeinsamen ärztlichen Direktor, von der man erwartete, daß sie die Kooperation zwischen den Ärzten beider Bereiche vertiefen würde. Das Ausmaß, mit dem diese Zielsetzung in der Praxis realisiert wurde, dürfte stark variiert haben: Vielfach waren die Polikliniken an Krankenhäusern faktisch selbständig, und die Kooperation unterschied sich nicht wesentlich von der des Krankenhauses zu anderen ambulanten Einrichtungen (Interviews mew19083; mjw18063).

Stärker integrative Wirkungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dürften von der ambulanten Tätigkeit der Fachambulanzen der Krankenhäuser ausgegangen sein, da deren Ärzte von der Konzeption her sowohl ambulant als auch stationär tätig waren und daher eine kontinuierliche Betreuung der Patienten in beiden Versorgungsstufen durchaus möglich war. In den letzten Jahren der DDR hatte sich allerdings teilweise auch hier herausgebildet, daß Ärzte in Krankenhäusern entweder nur in den Fachambulanzen oder nur im stationären Bereich tätig waren (Interview mjw18063). Auch den Polikliniken an Medizinischen Hochschulen und Akademien kam oftmals verzahnende Funktion zu, wenn die Ärzte der Polikliniken bei der Vorstellung der zunächst von ihnen ambulant behandelten Patienten im stationären Bereich beteiligt waren (Interview mjw18063).

Verzahnenden Charakter hatten schließlich auch die Dispensaire-Einrichtungen: Teilweise waren diese (etwa in Form von Fachambulanzen) an Krankenhäuser angegliedert, oder es bestanden zwischen den die Dispensaire-Betreuung durchführenden (Poliklinik-)Ärzten und den auf die jeweiligen Krankheitsbilder spezialisierten Krankenhausabteilungen enge Beziehungen, so daß eine Abstimmung über therapeutische Maßnahmen und ein entsprechender Datenfluß möglich waren (Interview mew19083; Funke/Gromnica-

Ihle/Paulick 1990). Die praktische Realisierung dieser Möglichkeiten wird allerdings auch hier kontrovers diskutiert.

2.2.4 Arztwahlrecht der Patienten

Beide Gesundheitssysteme ähnelten sich gegen Ende der DDR darin, daß sie zwar dem Patienten ein Recht einräumen wollten, einen »Arzt des Vertrauens« aufsuchen zu können, zugleich aber aus übergeordneten steuerungs- und gesundheitspolitischen Überlegungen keine unregulierte, völlig »freie« Arztwahl zulassen wollten. Die Entwicklung des Arztwahlrechtes ist in der Bundesrepublik allerdings erheblich kontinuierlicher als in der DDR verlaufen.

In der *Bundesrepublik* war mit dem Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 einerseits geregelt worden, daß die Versicherten »freie Wahl unter den Kassenärzten« haben sollten; auch sollte eine »genügende Zahl von Ärzten« zur Verfügung stehen, damit das Arztwahlrecht realisiert werden könnte. Andererseits sollten die Versicherten den Kassenarzt »innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln« dürfen.[74] Von dem im Quartal zunächst aufgesuchten Arzt sollten die Patienten – falls zur Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich – durch »Überweisung« an andere Ärzte weitergeleitet werden. Der Kassenwettbewerb hat allerdings seit den siebziger Jahren durch eine »Liberalisierung« der Krankenscheinausgabe vielfach faktisch – wo aufgrund der regionalen Verfügbarkeit von Kassenärzten der jeweiligen Fachrichtungen möglich – zu einer weitgehend »freien« Arztwahl auch mehrerer Ärzte innerhalb eines Zeitraums geführt.[75]

In der *DDR* war mit den Krankenordnungen von 1952 und 1961 für die Sozialversicherten ein Wahlrecht bezüglich der von ihnen präferierten Gesundheitseinrichtung (oder eines niedergelassenen Arztes), jedoch kein explizites Wahlrecht bezüglich eines einzelnen Arztes innerhalb einer Gesundheitseinrichtung festgelegt worden (Mühlmann/Keune 1980: 140). Mitte der sechziger Jahre wurde zur Stärkung des »Hausarzt-Gedankens« ein sogenanntes »Bereichsarztsystem« eingeführt, bei dem den Allgemein- und Kinderärzten der poliklinischen (und anderen) Einrichtungen jeweils bestimmte Wohngebiete als ihr Verantwortungsbereich zugeteilt wurden. Die Wahlfrei-

---

74 §§ 368 d Abs. 1 u. Abs. 3, 368a Abs. 1 RVO i.d.F. d. GKAR.

75 Vgl. WIdO (1980). Eine diese »Liberalisierung« der Krankenscheinausgabe untersagende gesetzliche Regelung von 1981 wurde von den Kassen im Wettbewerb faktisch nicht umgesetzt (Müller/Wasem 1984).

heit der Patienten auch im Hinblick auf die Gesundheitseinrichtungen wurde damit deutlich begrenzt: Sie konnten im Regelfall nur den ihnen zugeteilten Bereichsarzt aufsuchen. Allerdings setzte sich rasch die Erkenntnis durch, daß ein »Hausarzt« das Vertrauen der Patienten genießen müsse, und in dem »Gemeinsamen Beschluß« der Staats- und Parteileitung von 1973 zur Gesundheitspolitik wurde das Recht der Wahl eines Hausarztes des Vertrauens ausdrücklich hervorgehoben (Ewert 1992: 16). Seitdem wurde – unabhängig von den sozialversicherungsrechtlichen Regelungen[76] – ein gesundheitsrechtlicher Anspruch auf freie Arztwahl postuliert (Mühlmann/Keune 1980: 140–141). In der Praxis erwiesen sich allerdings in größeren Einrichtungen vielfach die wechselnden Arbeitszeiten der Ärzte sowie Abwesenheiten wegen Krankheit, Mutterschaft oder Fortbildung als Begrenzungen der Möglichkeit, eine kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen (Nowak et al. 1990: 46; Interview mjw02101; positiver: Günther 1990: 141–142).

Der Arztwechsel wurde hier – wie in der Bundesrepublik – durch eine »Quartalsbindung« begrenzt,[77] die dadurch realisiert werden sollte, daß die Arztbesuche in das Sozialversicherungsheft der Versicherten eingetragen wurden (Interview mjw02102). Fachärzte sollten – abgesehen von HNO-Ärzten, Gynäkologen, Augenärzten und Dermatologen – nur nach Überweisung in Anspruch genommen werden können,[78] in der Praxis wurde dies allerdings offenbar regional unterschiedlich gehandhabt. Fachambulanzen an Krankenhäusern konnten vielfach, Polikliniken an Medizinischen Hochschulen und Akademien grundsätzlich nur nach Überweisung aufgesucht werden (Interviews mjw02102; mjw28091).

2.2.5 Finanzierung des ambulanten Versorgungsbereichs und Ausgabenniveau

Einer gängigen Unterscheidung zufolge (etwa Majnoni d'Intignano 1993) können Gesundheitssysteme hinsichtlich der Quellen der Finanzierung typisiert werden nach den »Idealtypen« des »rein beitragsfinanzierten« (Bismarck-Ansatz) und des »rein steuerfinanzierten« Systems (Beveridge-An-

76 Die die Krankenordnung ablösenden Sozialversicherungsverordnungen von 1977 (abgedruckt in Vollmer 1990a) enthielten kein ausdrückliches Arzt- oder auch nur Einrichtungs-Wahlrecht mehr.

77 § 19 Abs. 2 SVO; § 38 Abs. 2 SVStV.

78 § 19 Abs. 2 SVO; § 38 Abs. 2 SVStV.

satz; Semachko-Ansatz). Gemessen an den »Idealtypen« erweisen sich sowohl das westdeutsche als auch das ostdeutsche System als »Mischformen«, die allerdings auf der Skala zwischen beiden »reinen« Typen an deutlich unterschiedlichen Enden angesiedelt sind: In Westdeutschland bestand eine deutliche Dominanz der Beitragsfinanzierung – 1989 wurden rund 62 Prozent der Gesundheitsausgaben[79] über Beiträge zu diversen Versicherungsträgern, hingegen lediglich 14 Prozent aus Steuermitteln finanziert;[80] der Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde zu deutlich über 80 Prozent aus Beiträgen finanziert.[81] In Ostdeutschland bestand hingegen eine (im Zeitablauf kontinuierlich gewachsene) deutliche Dominanz einer Steuerfinanzierung – je nach Berechnungsweise wurden zwischen zwei Drittel und drei Viertel der Gesundheitsausgaben (einschließlich der Ausgaben für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) über Steuern, der übrige Teil über Beiträge zu Versicherungsträgern finanziert (Nowak et al. 1990: 31), wobei eine sinnvolle gesonderte Herausrechnung des beitragsfinanzierten Anteils des ambulanten Bereiches – da die Sozialversicherung ihrerseits in den Staatshaushalt integriert war (dazu ausführlicher: Frerich/Frey 1993: 292–299) – kaum möglich erscheint.[82]

Auch aufgrund seiner direkten Einbindung in den Staatshaushalt war das ambulante Gesundheitssystem in Ostdeutschland deutlich stärker als sein westdeutsches Gegenüber unmittelbar von der jeweiligen politischen Prioritätensetzung abhängig.

In den Auseinandersetzungen um die Transformation des ambulanten ostdeutschen Gesundheitssystems spielte die Frage nach dessen Effizienz und Effektivität immer wieder eine Rolle (und diese Thematisierung war – wie noch zu zeigen sein wird – für den Ablauf des Transformationsprozesses und seine Dynamik nicht ohne Bedeutung): Während einige Akteure die An-

---

79 Gesundheitsausgaben in der in der Bundesrepublik gebräuchlichen Abgrenzung einschließlich der Lohnfortzahlung und Krankengeldzahlung bei Arbeitsunfähigkeit.

80 Berechnet nach SVR-KAG (1992: verschiedene Tabellen). Die übrigen Gesundheitsausgaben wurden durch die Patienten (im Wege von Zuzahlungen oder Selbstmedikation) oder durch die Arbeitgeber (Lohnfortzahlung) aufgebracht.

81 Berechnet nach SVR-KAG (1992: verschiedene Tabellen), Schneider et al. (1993: verschiedene Tabellen).

82 Während die »territorialen« Einrichtungen ausschließlich aus Haushaltsmitteln (einschließlich der darin enthaltenen Finanzierungsanteile der Sozialversicherung) finanziert wurden, wurden in den Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitssystems die Investitionen und die allgemeinen laufenden Kosten (Energie etc.) von den Betrieben getragen (vgl. Anordnung über die Finanzierung der betrieblichen Einrichtungen und Maßnahmen für die Betreuung der Werktätigen vom 28.3.1972, GBl. I, S. 225).

sicht vertraten, die skizzierten Elemente der Leistungsstruktur im ostdeutschen Gesundheitssystem böten die Möglichkeit zu einer bedarfsgerechteren Versorgung bei niedrigeren Ausgaben als in Westdeutschland (etwa Huber 1990), wurde von anderen die These vertreten, hierfür gebe es »keinen Beweis« (Arnold/Schirmer 1990: 131), oder es wurde festgestellt, Polikliniken könnten als typische Elemente »sozialistischer Mißwirtschaft« (Pforringer 1990) quasi definitionsgemäß nicht wirtschaftlich sein.

Ein empirischer Vergleich von Effizienz und Effektivität, der über qualitative Plausibilitätsüberlegungen aufgrund bestimmter Strukturmerkmale hinausginge, müßte allerdings »Inputs« und »Outputs« beider Systeme einander gegenüberstellen. Dies scheitert aber nicht nur an theoretisch-konzeptionellen Problemen, sondern auch an der Verfügbarkeit der erforderlichen Daten.

Bereits bei einer Gegenüberstellung der finanziellen »Inputs«, die gegenüber Versuchen der »Output«-Messung vergleichsweise einfach ist, stellen sich methodische Probleme: Bei internationalen Vergleichen hat sich in jüngerer Zeit als »Standard« herauskristallisiert, die Gesundheitsausgaben über Kaufkraftparitäten auf eine Basiswährung umzustellen (dazu etwa: Gerdtham/Jönsson 1991). Ist die Bildung von gesundheitsspezifischen Kaufkraftparitäten aufgrund der starken administrativen Einflüsse auf die Preisbildung aber schon innerhalb des Bereiches der OECD-Staaten problematisch, gilt dies bei einem Vergleich mit den osteuropäischen Planwirtschaften in verstärktem Maße.

Beschränkt sich der Vergleich daher auf eine Gegenüberstellung der nominellen Gesundheitsausgaben beider Staaten[83] im Jahr 1989, ergeben sich für das Gesundheitssystem insgesamt Pro-Kopf-Ausgaben für die Bundesrepublik von rund 2 922 DM, gegenüber rund 1 046 Mark in der DDR; für den ambulanten Bereich betrugen die Pro-Kopf-Ausgaben in der Bundesrepublik rund 491 DM, in der DDR rund 126 Mark.[84] Bei allen Schwierigkeiten des Vergleiches dieser Größen erscheint daher die Aussage gerechtfertigt, daß die Ausgaben für Gesundheit in der DDR auf einem deutlich niedrigeren Niveau als in der Bundesrepublik lagen und daß dies für das ambulante Gesundheitssystem noch einmal in verstärktem Maße gilt. Hierbei ist das niedrigere Ausgabenniveau bis Ende der siebziger Jahre eingetreten, während

83 Dies mag insoweit nicht zu völlig verzerrten Ergebnissen führen, als das Statistische Bundesamt für die Gesamtlebenshaltung im Frühjahr 1990 eine Verbrauchergeldparität von 1 DM zu 0,93 DDR-Mark ermittelte (StBA 1990b) – eine nicht allzuweit von 1 : 1 entfernte Relation.

84 Berechnet nach Schneider et al. (1993: 85).

das Ausgaben*wachstum* auf den unterschiedlichen Niveaus in den achtziger Jahren in etwa parallel verlief (Schneider et al. 1993: 85).

Weitgehend ähnlich lautet die Schlußfolgerung, wenn die Gesundheitsausgaben beider Länder in Relation zur Wirtschaftskraft gesetzt werden: Für das Gesundheitssystem der DDR ergibt sich hierbei für 1989 insgesamt ein Anteil am »Nettoprodukt« der DDR von rund 6,0 Prozent, gegenüber einer »Gesundheitsquote« am Nettoinlandsprodukt der Bundesrepublik von rund 9,1 Prozent. Bezogen auf den ambulanten Sektor betrug die Quote in der DDR rund 0,7 Prozent des Nettoproduktes, in der Bundesrepublik rund 1,5 Prozent des Nettoinlandsproduktes.[85]

Die niedrigeren Ausgaben der DDR für das Gesundheitssystem der DDR werden einerseits auf die geringe Priorität des Gesundheitssystems für die politische Führung zurückzuführen sein, die diese angesichts der zentralistischen Entscheidungsstrukturen und der Haushaltsfinanzierung des Gesundheitssystems über Ausgabenentscheidungen sowohl für den Personalbereich als auch im investiven Bereich umsetzen konnte (Arnold/Schirmer 1990: 75–77). Andererseits spiegelt sich in ihnen die generelle Beobachtung internationaler Längs- und Querschnittsvergleiche wider, daß die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eine der zentralen Determinanten nicht nur der absoluten Höhe der Gesundheitsausgaben, sondern auch des Anteils der Gesundheitsausgaben am Sozial- beziehungsweise Inlandsprodukt einer Volkswirtschaft ist (Newhouse 1987; Pfaff 1990; Donnelly 1992).[86]

Trotz des deutlich niedrigeren Ausgabenniveaus wäre das ostdeutsche Gesundheitssystem allerdings dann als weniger effizient als sein westdeutsches Gegenüber einzustufen, wenn seine »Outputs« um so stärker hinter denen des westdeutschen Systems zurückblieben. Der »Output« des Gesundheitssystems ist ein mehrdimensionaler Begriff, entsprechend unterschiedliche Konzepte zu seiner Messung können formuliert werden.[87] Da aufgrund der Ungewißheit des Eintritts von Behandlungsbedarf bereits die Vorhaltung von Kapazitäten an Gesundheitseinrichtungen Vorteile für die Gesellschaft stiftet (vgl. Weisbrod 1964), könnte auf einer »untersten« Ebene ein Effizienzver-

---

85 Berechnet nach Schneider et al. (1993: 85), StBA (1990a: 566, 669).

86 In einer einfachen OLS-Regressionsanalyse für die OECD-Staaten mit der »Gesundheitsquote« als abhängiger und dem Bruttoinlandsprodukt als unabhängiger Variablen können etwa für 1993 rund 53 Prozent der Varianz der Gesundheitsquote durch die unterschiedliche Höhe des Bruttoinlandsproduktes erklärt werden (berechnet nach OECD 1994a: 38).

87 Vgl. Modelle der Mehrstufigkeit des »Produktionsprozesses« im Gesundheitssystem etwa bei Gäfgen (1990), Wille et al. (1994: 45–52). Konzepte zur Output-Messung siehe etwa bei Feldstein (1967) oder Drummond (1989).

gleich bereits durch Messung der Relation zwischen den aufgewendeten finanziellen Ressourcen und der damit etablierten Infrastruktur gesundheitlicher Einrichtungen erfolgen (vgl. etwa Ulrich 1988: 20; Hillebrandt 1995: 64),[88] jedoch wird die Infrastruktur zumeist zur »Input«-Seite gerechnet.

Würden – auf einer nächsten Output-Ebene – die vom Gesundheitssystem abgegebenen medizinischen Leistungen als Output-Indikator des Gesundheitssystems angesehen, müßte eine vergleichende Effizienzmessung darauf abzielen, in welchem Gesundheitssystem Leistungsmenge je Kopf und finanzielle Aufwendungen je Kopf in einem »günstigeren« Verhältnis stünden.[89] Auf aggregiertem Niveau verfügbar sind für die Leistungsmengen allerdings nur die sehr kruden Indikatoren »Krankenhaustage je Einwohner« und »Arztkontakte je Einwohner«. Die aus der vergleichenden Gegenüberstellung dieser Indikatoren der Leistungsmengen[90] mit den eingesetzten finanziellen Ressourcen ableitbare Aussage einer relativ größeren technischen Effizienz des (ambulanten) DDR-Gesundheitssystems vernachlässigt jedoch wiederum das wesentlich höhere Niveau der medizinisch-technischen Ausstattung des bundesdeutschen Gesundheitswesens, die im ambulanten Bereich – neben einer vergleichsweise deutlich besseren Vergütung der westdeutschen ambulant tätigen Ärzte[91] – eine wesentliche Ursache für das höhere westdeutsche Ausgabenniveau darstellt.

---

88 Würde die Infrastruktur als Output-Indikator angesehen, ergäben sich gemessen an den kruden Indikatoren der Krankenhaus-»Bettendichte« und der »Arztdichte« im niedergelassenen Bereich für Bundesrepublik und DDR sehr ähnliche Werte (vgl. Schneider et al. 1993: 93, 119), was bei den skizzierten Relationen der finanziellen Inputs zur Schlußfolgerung einer – so verstandenen – größeren Effizienz des ostdeutschen Gesundheitssystems führen würde. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß das DDR-Gesundheitswesen in erheblichem Maße weniger »technikintensiv« ausgestattet war als das westdeutsche – Betten- und Arztzahlen taugen insoweit nur höchst eingeschränkt als Indikatoren für die etablierte Infrastruktur. Das deutlich geringere Ausgabenniveau der DDR im ambulanten Bereich hat eine seiner Ursachen gerade auch in dieser geringeren Ausstattung mit Medizintechnik.

89 Dies entspricht dem üblichen Verständnis von »technischer« Effizienz (vgl. zum Beispiel Culyer 1991: 66).

90 In der DDR entfielen 1988 rund 2,6 Krankenhaustage auf jeden Einwohner (ISD 1990: 334), in der Bundesrepublik hingegen rund 3,4 (SVR-KAG 1992: 424). Im ambulanten Bereich wurden in der DDR rund 9,3 Arztkontakte je Einwohner und Jahr (ISD 1990: 276), in der Bundesrepublik Mitte der achtziger Jahre rund 10,5 Arztkontakte je Einwohner gemessen (Robra et al. 1991).

91 Während in der Bundesrepublik das durchschnittliche Bruttoeinkommen vor Steuern niedergelassener Ärzte etwa das 3,5-fache des durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommens betrug (Brenner 1992), lag das durchschnittliche Arzteinkommen in der DDR nur etwa 20 Prozent über dem durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen (vgl. Statistisches Jahrbuch

Ein aussagekräftiger Vergleich aber müßte letztlich nicht auf die medizinischen Leistungen abzielen, sondern auf die durch ihre Erbringung bewirkten Veränderungen im Gesundheitszustand und deren nutzenmäßige Bewertung durch die Bevölkerung.[92] Würde als Indikator für die Veränderungen im Gesundheitszustand die Veränderung der Lebenserwartung verwendet, ergäbe sich für die DDR seit Mitte der siebziger Jahre (wie auch für andere osteuropäische Staaten; vgl. Forster/Jósan 1990) weitgehend eine Stagnation bei weiterem Wachstum der Lebenserwartung in der Bundesrepublik (Wiesner 1991: 7–24) – was unter Berücksichtigung des vergleichbaren Ausgabenwachstums in den achtziger Jahren den Schluß einer größeren Effizienz des westdeutschen Gesundheitssystems zulassen würde. Allerdings ist in den letzten Jahren zunehmend Übereinstimmung erzielt worden, daß eine Messung der Gesundheitszustände über Mortalitätsdaten hinausgehen sollte – Überlegungen, die insbesondere zur Entwicklung des Konzeptes der »qualitätsbereinigten Lebensjahre« (quality-adjusted life years – QALYs) geführt haben.[93] Dieses zumeist für den Vergleich der Kosteneffektivität ausgewählter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen eingesetzte Konzept läßt sich zwar prinzipiell auch auf der Ebene ganzer Gesundheitssysteme anwenden,[94] die datenmäßigen Voraussetzungen für die Anwendung dieses anspruchsvollen Ansatzes für den Vergleich der beiden deutschen Gesundheitssysteme sind aber nicht gegeben.[95]

---

der DDR 1990: 114 und SVR-KAG 1991: 117). Seit den siebziger Jahren war das Einkommen der DDR-Ärzte nur deutlich unterproportional im Vergleich zur übrigen Bevölkerung angehoben worden (Arnold/Schirmer 1990: 115).

92 Effizienz im Sinne der »cost-effectiveness« (z.B. Culyer 1991: 66).

93 Vgl. Williams (1985); Drummond (1989), Luce/Elixhauser (1990), Richardson (1994).

94 Vgl. einen entsprechenden ambitionierten Versuch der Messung der zeitlichen Entwicklung von QALYs für die Bundesrepublik bei Neipp (1987).

95 So ergab die Untersuchung über »Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in der ehemaligen DDR«, daß nur für einen kleineren Teil der untersuchten Gesundheitsprobleme sowohl für die Bundesrepublik wie für die DDR Daten vorlagen und selbst in diesem Teil oftmals keine Vergleiche angestellt werden konnten, »weil entweder unterschiedliche Problemdefinitionen zugrundegelegt waren, weil fragliche Sachverhalte unterschiedlich vollständig erfaßt wurden, weil die Befunde hier oder dort nicht ausreichend verallgemeinerungsfähig sind, oder weil andere methodische Erfordernisse nicht erfüllt sind« (BMG 1993: 624). Die Beeinträchtigungsniveaus aus Daten der beiden deutschen Staaten über das Krankheitsgeschehen abzuleiten, erscheint daher nicht möglich, und auch der »Ausweg«, zu ihrer Rekonstruktion auf hinreichend differenzierte Daten etwa über Arbeitsunfähigkeitstage, Bezieher von Erwerbsunfähigkeitsrenten etc. zurückzugreifen (so der Ansatz von Neipp für die Bundesrepublik) scheitert an unterschiedlichen Definitionen und Erfassungspraktiken zwischen beiden deutschen Staaten. Auch hinreichend differen-

Selbst wenn eine adäquate Erfassung der unterschiedlichen Volksgesundheitszustände in beiden deutschen Staaten möglich wäre, würde sich demnach das kaum lösbare Problem der Zurechenbarkeit von Leistungen des Gesundheitssystems auf den Gesundheitszustand stellen (etwa Parkin 1991): Eine Position wie sie etwa von der KV Berlin in der Auseinandersetzung um die Polikliniken vertreten wurde – »daß die Tatsachen des sozialistischen Gesundheitswesens einleuchtend für jeden das Versagen belegten, allein schon in der unbestreitbaren Produktion einer kürzeren Lebenserwartung« (o.V. 1991b: 52) – übersieht, daß eine monokausale Wirkungszuschreibung vom Gesundheitssystem auf den Gesundheitszustand kaum adäquat ist, der Gesundheitszustand vielmehr auch von zahlreichen anderen, hinsichtlich ihres relativen Einflusses kaum zu quantifizierenden, Ursachen – insbesondere wohlstands-, arbeitsplatz-, umwelt- und lebensstilbezogenen Faktoren – abhängt. Gerade hinsichtlich dieser anderen Faktoren aber unterschieden sich Bundesrepublik und DDR stark.[96] Eine Arbeitsgruppe der Weltbank schätzte den Anteil des kurativ orientierten Gesundheitssystems an den Unterschieden in den Gesundheitszuständen und Lebenserwartungen zwischen Ost- und Westeuropa auf maximal 10 Prozent (Preker/Feachem 1993: 16).

Schließlich stände auch dann, wenn das Problem der Zurechenbarkeit von Aktivitäten des *Gesundheitssystems* auf Gesundheitszustände befriedigend lösbar wäre, eine Untersuchung der Effizienz des *ambulanten Sektors* immer noch vor der Schwierigkeit, die Wirkungen dieses Teilbereichs des Gesundheitssystems auf Gesundheitszustände zu isolieren. Für den Krankenhausbereich mag es noch plausibel erscheinen, bestimmte Mortalitäts- und Morbiditätskennziffern dem Einfluß dieses Teilsektors des Gesundheitssystems zuzuschreiben (vgl. etwa Huber/Köse/Schneider 1993: 67–69) – für den ambulanten Bereich, der insbesondere die geringfügigeren Krankheitsanlässe abschließend behandelt, bei schwerwiegenderen Erkrankungen aber den Patienten zur stationären Behandlung weiterverweist, erscheint dies hingegen kaum möglich.

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß auf der Input-Seite das DDR-Gesundheitswesen mit erheblich weniger Ressourcen als das westdeutsche ausgestattet war. Seine Versorgung mit Ärzten und Krankenhausbetten entsprach hingegen in etwa der in Westdeutschland, allerdings verfügte es über ein er-

---

zierende, ost- und westdeutsche Populationen umfassende Befragungsdaten liegen schließlich nicht vor.

96 Beispielhaft sei auf die in der DDR offenbar deutlich schlechteren Werte umweltbezogener Faktoren verwiesen (etwa Thriene 1991).

heblich geringeres Maß an Medizintechnik als sein westdeutsches Gegenüber. Das Zurückbleiben der DDR hinsichtlich der Lebenserwartung wird aber nur teilweise hierauf, teilweise hingegen auf andere (etwa arbeitswelt- und umweltbedingte) Faktoren zurückzuführen sein. »Anspruchsvollere« Outputmessungen, die etwa auch die Lebensqualität berücksichtigen würden, sind nicht möglich. Weder die Aussage, das (ambulante) ostdeutsche Gesundheitswesen sei bedarfsgerechter und kostengünstiger, noch die Gegenthese erscheinen insgesamt empirisch hinreichend absicherbar.

2.2.6 Zwischenergebnis

Die »Bestandsaufnahme« der beiden ambulanten Gesundheitssysteme für den Zeitpunkt vor der »Wende« in der DDR hat gezeigt, daß diese Systeme sowohl in bezug auf die Regelungsstruktur als auch in bezug auf die Leistungsstruktur eine deutlich voneinander abweichende Entwicklung durchlaufen hatten. »Symbolträchtigste« Differenz ist die Dominanz freiberuflicher Ärzte in Westdeutschland versus an poliklinischen Einrichtungen tätiger Ärzte in Ostdeutschland. Zudem bestanden unterschiedliche Rahmenbedingungen der Steuerung, der Finanzierung, der Organisation der Leistungserbringung und der institutionellen Regelungen der Verzahnung des ambulanten Bereiches mit anderen Versorgungssektoren. In der Tendenz bot hierbei das ostdeutsche Versorgungssystem auch aus Sicht einiger westdeutscher Beobachter durchaus attraktive Anknüpfungspunkte für ein bedarfsgerechtes »Systemdesign« der gesundheitlichen Versorgung, allerdings wurden diese Anknüpfungspunkte im praktischen Leistungsgeschehen wohl nur teilweise genutzt. Zugleich wies gerade der ostdeutsche ambulante Sektor ein deutlich geringeres Ausgabenniveau auf als der westdeutsche, ohne daß ein Vergleich der Effizienz beider ambulanten Gesundheitssysteme befriedigend möglich wäre.

Kapitel 3

Die Angleichung der ostdeutschen Versorgungsstrukturen an das westdeutsche Modell – ein quantitativer Überblick

Fanden die Beteiligten zum Zeitpunkt der Wende in der DDR erhebliche Strukturunterschiede zwischen den ambulanten Gesundheitswesen der beiden deutschen Staaten vor (vgl. Kapitel 2), so ist der Zeitraum nach dem Fall der Mauer und insbesondere nach dem Beitritt zur Bundesrepublik durch einen Prozeß des rapiden Umbruchs in Richtung auf eine Angleichung der Versorgungssysteme gekennzeichnet. Dieser Prozeß soll in diesem Kapitel in seinen quantitativen Dimensionen skizziert werden, bevor es im folgenden Kapitel um seine Analyse geht. Zunächst sind allerdings einige knappe Bemerkungen zu den verwendeten Daten und ihren Problemen voranzuschicken.

3.1 Probleme der Datenlage

Während die DDR mit dem »Ärzteregister« über eine zuverlässige Datenbasis über Bestand und Zusammensetzung der in ambulanten Einrichtungen tätigen sowie niedergelassenen Ärzteschaft verfügte, muß die Datenlage über die in diesen Einrichtungen tätigen Ärzte sowie die niedergelassenen Ärzte für die Entwicklung im Jahresverlauf 1990 wie auch für die ersten Monate von 1991 als teilweise unbefriedigend bewertet werden (so auch KBV 1993: 251). Dies ist überwiegend Ergebnis der spezifischen Verhältnisse der Übergangssituation, jedoch ist nicht auszuschließen, daß hier auch strategisches Verhalten von Akteuren, die über die Möglichkeit zur Datenerhebung und -sammlung verfügten, einfließt.

Folgende Datenquellen stehen für die Skizze der Entwicklung der ambulanten Versorgung zur Verfügung:

1. Ärzteregister der DDR (dazu: ISD 1987): Die letzten, von den Beteiligten noch als zuverlässig beurteilten Daten liegen für den Stichtag 31.12.1989 vor (ISD 1990: 281–284). Das Hochschulkaderprojekt wurde zwar bis zum Beitritt zur Bundesrepublik fortgeführt, die Reliabilität der gemeldeten Daten wird allerdings von den Beteiligten – insbesondere hinsichtlich der Zahl möglicher Ausreisen von Ärzten nach Westdeutschland – allgemein als kaum mehr zuverlässig angesehen. Die Datenquelle kann daher zur Beschreibung des Ausgangspunktes der Transformation herangezogen werden, nicht mehr jedoch für die Analyse des eigentlichen Prozesses.

2. Zulassungsstatistiken beziehungsweise (ab 1.1.1991) Arztregister der im Jahresverlauf 1990 gegründeten ostdeutschen KVen: Die KVen verfügten ab Sommer 1990 über Daten derjenigen Ärzte, die eine Zulassung als Kassenarzt beantragt hatten beziehungsweise denen gegenüber eine solche Zulassung ausgesprochen worden war. Eine Rekonstruktion dieser Daten für die ersten Monate war den KVen – laut eigener Angabe – jedoch nicht möglich. Erstmals zugänglich und veröffentlicht sind diese Daten für den Stichtag 31.12.1990.[1]

   In ihre Arztregister hätten die KVen ab 1.1.1991 auch die in poliklinischen Einrichtungen beschäftigten Ärzte eintragen müssen. Da für Abrechnungszwecke die Erfassung einzelner poliklinischer Ärzte jedoch nicht erforderlich war (vgl. dazu Abschnitt 5.1), die Abrechnungen der poliklinischen Einrichtungen ohnehin bis einschließlich September 1991 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchgeführt wurden und die Zahl der Poliklinikärzte sich stetig verringerte, verzichteten die KVen in den ersten Monaten von 1991 teilweise auf die Erfassung der Poliklinikärzte im jeweiligen Arztregister. Eine vollständige Erhebung der Poliklinikärzte im Arztregister liegt daher erst seit Herbst 1991 vor – bei der Mehrzahl der KVen allerdings nur in Form eines »Hilfsregisters«, das anders als das eigentliche Arztregister keine Alters- und Geschlechtsspezifizierung und teilweise auch keine Differenzierung nach der Fachrichtung der Ärzte enthält.

---

1 Die in StBA (1991: 29–35; jeweils Spalte: »davon hauptamtliche Tätigkeit – ambulant – niedergelassen«) veröffentlichten Daten stellen eine durch die KBV vorgenommene Rekonstruktion der Daten aus den Arztregistern dar. Die Reliabilität der Daten wird auch von den Beteiligten als nicht unproblematisch eingeschätzt (Interview mjw15031).

Zum Stichtag 31.12.1991 ist erstmals ein Auszug aus dem – aus den Angaben der KVen erstellten – Bundesarztregister der KBV veröffentlicht worden (KBV 1992: 252). Diese Quelle steht ab diesem Zeitpunkt jährlich jeweils für den 31.12. zur Verfügung.[2]

3. Parallel zum Arztregister verfügten die KVen ab Jahresbeginn 1991 monatlich über die Zahl derjenigen Ärzte, die Abschlagszahlungen auf das Kassenarzthonorar erhielten, weil sie ihren Praxisbetrieb als niedergelassener Arzt tatsächlich aufgenommen hatten; diese – nur auszugsweise veröffentlichten – Daten haben die KVen dem Verfasser zur Verfügung gestellt. Ab 1.10.1991 wurde die Zahl der Ärzte, die Abschlagszahlungen erhalten hatten, nur noch vierteljährlich ermittelt; auch diese – ebenfalls nur auszugsweise veröffentlichten – Daten haben die KVen dem Verfasser zur Verfügung gestellt. Eine Differenzierung der Ärzte, die Abschlagszahlungen erhalten hatten, nach Fachgruppen konnte dem Verfasser von den einzelnen KVen nur für den Zeitraum von Januar bis Oktober 1991 bereitgestellt werden.

   Die Zahl der Ärzte, die jeweils wegen ihrer Niederlassung Abschlagszahlungen erhalten haben, erscheint allerdings teilweise wenig plausibel – dies gilt etwa für den Ausweis einer von Januar auf Februar und März 1991 rückläufigen Zahl in Sachsen-Anhalt (vgl. dazu Abb. 1, S. 86).[3]

   Mit Übernahme der Zahlung der Vergütungen für die poliklinischen Einrichtungen durch die KVen ab 1.10.1991 haben diese von den Trägern

---

2 Für den 31.12.1992 vgl. KBV (1993: 256); für den 31.12.1993 vgl. KBV (1994: Tabelle A13); für den 31.12.1994 vgl. KBV (1995: Tabelle A13). Für Berlin 1993 und 1994 von der KV Berlin zur Verfügung gestellt.

3 Drei Erklärungen für dieses unplausible Phänomen erscheinen denkbar: Zunächst ist es möglich, daß die mitgeteilte Zahl der Ärzte, die Abschlagszahlungen erhalten haben, zu hoch ausgewiesen wurde – eine solche Fehlausweisung könnte auf Datenfehler, aber auch auf strategisches Handeln der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zurückzuführen sein, die – unter dieser Annahme – die Zahl angeblich vollzogener Niederlassungen im ersten Monat der Geltung des Rechts des Einigungsvertrages bewußt hoch ausfallen lassen wollte. Weiterhin erscheint denkbar, 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, sich jedoch nicht als Niedergelassene betätigt haben. Ein drittes Erklärungsmuster könnte schließlich darin liegen, daß sich tatsächlich die Zahl der niedergelassenen Ärzte durch Praxisaufgabe oder durch Übersiedlung in den Westen verringert hat. Das dritte Erklärungsmuster wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber dem Verfasser bemüht – es erscheint allerdings relativ unwahrscheinlich, daß die Abwanderung von Ärzten, die sich zuvor im Osten niedergelassen hatten, in den Westen so stark gewesen sein sollte, daß sie die Zahl der Neuzugänge in die Niederlassung sogar überkompensiert hätte.

im Rahmen des Abrechnungsprozesses auch die Zahl der in den Einrichtungen beschäftigten Ärzte abgefragt. Diese vierteljährlich erhobenen Werte wurden dem Verfasser von den KVen zur Verfügung gestellt.

4. Die KBV hatte im November 1990 die Träger der poliklinischen Einrichtungen in Vorbereitung der Leistungsvergütung für poliklinische Einrichtungen um Mitteilung der Zahl und Fachrichtungen der bei ihnen beschäftigten Ärzte gebeten. Diese Daten sind (unter der insoweit nicht zutreffenden Überschrift »am 31.12.1990«) veröffentlicht.[4]

   Da für die Vergütung der poliklinischen Einrichtungen (wie bereits angesprochen) die Zahl der in ihnen beschäftigten Ärzte nicht bekannt sein mußte, beschränkte sich die KBV für die ersten neun Monate des Jahres 1991 darauf, die Zuordnung der Ärzte zu »Einrichtungs-Größenklassen« abzufragen.[5]

5. Nähere Informationen über die Modalitäten der Niederlassung beziehungsweise des Verbleibs in den poliklinischen Einrichtungen lassen sich aus dem »Arztbarometer 1991« gewinnen – einer Erhebung, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung von Infratest Gesundheitsforschung gemeinsam mit anderen Forschungsinstituten im 4. Quartal 1991 durchgeführt wurde. Auch aus der im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführten Erhebung »Kommunen 1992« können Informationen über den Transformationsprozeß genutzt werden.[6]

Aus diesen Ausführungen ergibt sich bereits, daß keine konsistente, von den beteiligten Institutionen geführte Datenquelle besteht, die die Entwicklung der Gesamtzahl der ambulant tätigen Ärzte und ihre Disaggregation in niedergelassene Ärzte und Ärzte in poliklinischen Einrichtungen kontinuierlich abbildet. Für Informationen über nähere Modalitäten des Prozesses sind in jedem Falle ergänzende Datenquellen heranzuziehen. Insbesondere weist für den Zeitraum vom 1.1.1991 bis zum 30.9.1991 keine Datenquelle kontinuierlich und konsistent die Zahl der in poliklinischen Einrichtungen beschäftigten Ärzte aus (nicht insgesamt und infolgedessen auch weder in einer Differenzierung nach Ländern, noch in einer Differenzierung nach Fachgebieten), während für die Zahl der niedergelassenen Ärzte im gleichen Zeitraum

---

4 Vgl. StBA (1991: 29–35; jeweils Spalte: »davon hauptamtliche Tätigkeit – ambulant – in Polikliniken und sonstigen Einrichtungen«).

5 Die Träger hatten ihre Einrichtungen einer der folgenden Größenordnungen zuzuordnen: 1 Arzt, 2 bis 5 Ärzte, 6 bis 10 Ärzte, 11 und mehr Ärzte.

6 Vgl. zu den beiden genannten Erhebungen auch Abschnitt 1.3.

zwei Quellen (Einträge in Arztregister und Statistik der Ärzte, die Abschlagszahlungen erhalten haben) zur Verfügung stehen, von denen aber allenfalls nur eine (Statistik der Ärzte mit Abschlagszahlungen) das tatsächliche Niederlassungsverhalten zuverlässig abbildet.[7]

Um die Entwicklung der in poliklinischen Einrichtungen beschäftigten Ärzte in diesem Zeitraum rekonstruieren zu können, ist es daher erforderlich, die Daten über Abschlagszahlungen an niedergelassene Ärzte der jeweils laufenden Monate, die Erhebung der KBV bei den Einrichtungen vom November 1990 und die Statistiken der KVen über Abschlagszahlungen an Einrichtungen ab Oktober 1991 miteinander zu verknüpfen. Hierbei zeigt sich allerdings, daß die Datenquellen offensichtlich nur beschränkt miteinander kompatibel sind: So klafft etwa bei der durch Verknüpfung der Datenquellen rekonstruierten Zahl der insgesamt ambulant tätigen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern zu den Stichtagen 31.12.1990 und 1.10.1991 eine erhebliche Diskrepanz, deren Erklärung eher in Datenmängeln als in einer tatsächlichen Veränderung der Arztzahlen in diesem Ausmaß liegen dürfte (vgl. Tabelle 1).[8]

Noch deutlich unbefriedigender als die Datenlage zur Entwicklung der Zahlen von in poliklinischen Einrichtungen beschäftigten beziehungsweise in der Niederlassung tätigen Ärzten ist die Datenlage hinsichtlich der ambulanten Versorgung durch Ärzte, die in Fachambulanzen an Krankenhäusern

---

7 Zwischen den in den Arztregistern und den in den Statistiken über Abschlagszahlungen ausgewiesenen Niederlassungszahlen bestehen teilweise erhebliche Diskrepanzen. Während es plausibel erscheint, daß die Zahl der niedergelassenen Ärzte laut Arztregister die Zahl der Ärzte mit Abschlagszahlungen übersteigt, kann (da insbesondere in den ersten Monaten von 1991 Ärzte sich bereits »vorsorglich« als »niedergelassen« in das Ärzteregister haben eintragen lassen, ohne tatsächlich ihre kassenärztliche Tätigkeit in eigener Praxis aufzunehmen), gibt es für das gegenteilige Phänomen kaum eine plausible Begründung. Tatsächlich gehen die Differenzen zwischen beiden Statistiken jedoch in beide Richtungen: So lag etwa im April 1991 die Zahl der Ärzte, die als »niedergelassen« im Arztregister eingetragen sind, in Mecklenburg-Vorpommern um rund 350 und in Sachsen-Anhalt um rund 550 über der Zahl der Ärzte mit Abschlagszahlungen in diesen Bundesländern; umgekehrt allerdings lag in Brandenburg die Zahl der Ärzte mit Abschlagszahlungen um rund 550, in Thüringen um rund 480 und in Sachsen um rund 250 höher als die Zahl der als »niedergelassen« eingetragenen Ärzte im Arztregister.

8 Da die (in Tabelle 1) ausgewiesene Summe der Ärzte über das Beitrittsgebiet insgesamt zu den Stichtagen 31.12.1990 und 1.1.1991 nahezu unverändert geblieben ist, müßten die Veränderungen in den einzelnen Ländern in erster Linie durch Wanderungen zwischen den Ländern hervorgerufen worden sein. Solche Wanderungen haben aber faktisch kaum stattgefunden: In der Untersuchung »Arztbarometer 1991« gaben nur 0,12 Prozent der Ärzte für ihren Arbeitsplatz ein anderes Bundesland als im »Arztbarometer 1990« an.

Tabelle 1 Entwicklung der Zahl ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland (VBE)

Bundesland	31.12. 1989	31.12. 1990	01.10. 1991	31.12. 1991	31.12. 1992	31.12. 1993	31.12. 1994
a) nach Bundesländern							
Brandenburg	2 902	2 409	2 589	2 602	2 834	3 010	3 025
Mecklenburg-Vorpommern	2 510	2 763	1 881	2 063	2 090	2 276	2 340
Sachsen	6 152	4 725	5 041	5 193	4 980	5 343	5 487
Sachsen-Anhalt	3 472	2 329	2 650	3 089	2 891	3 063	3 115
Thüringen	3 247	2 401	2 548	2 712	2 811	2 984	3 040
Berlin-Ost	2 287	2 411	2 444	1 899	2 001	2 111	2 277
Gesamt	20 570	17 038	17 153	17 558	17 607	18 787	19 284
b) nach Fachgebieten							
Allg./ Prakt. Ärzte	9 449	8 316	8 389	8 588	8 360	8 703	8 705
Augenärzte	831	623	789	808	832	889	926
Chirurgen	925	729	596	610	618	714	757
Gynäkologen	1 167	895	1 275	1 305	1 432	1 531	1 583
HNO	671	487	622	637	643	701	732
Dermatologen	604	460	527	539	554	583	605
Internisten	1 980	1 722	1 910	1 955	2 003	2 193	2 294
Pädiater	2 299	1 651	1 485	1 520	1 385	1 352	1 332
Neurologen	698	458	482	493	544	590	622
Orthopäden	492	320	438	448	465	540	583
Radiologen	352	135	166	170	220	242	282
Urologen	246	161	248	254	288	329	351
Sonstige	855	1 081	226	231	263	420	512
Gesamt	20 570	17 038	17 153	17 558	17 607	18 787	19 284

Quellen bzw. Berechnungsgrundlagen – 31.12.1989: Institut für medizinische Datenverarbeitung und Statistik (1990: 281); 31.12.1990: Angaben der KBV in StBA (1991: 29–35); 1.10.1991: Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen; 31.12.1991: Bundesarztregister der KBV (KBV 1992: 252); 31.12. 1992: Bundesarztregister der KBV (KBV 1993); 31.12.1993: Bundesarztregister der KBV (KBV 1994: Tab. 9, 13); 31.12.1994: Bundesarztregister der KBV (KBV 1995: Tab. A9).

tätig waren. Hier fand bereits zur DDR-Zeit keine systematische Erhebung des Umfangs dieser ambulanten Tätigkeit durch im Regelfall überwiegend stationär tätige Krankenhausärzte statt. Für die Zeit nach dem Beitritt zur Bundesrepublik liegen ebenfalls keine kontinuierlichen Erhebungen vor, zumal der rechtliche Status dieser Einrichtungen zunächst unklar und streitig

war (vgl. dazu Abschnitt 6.1). Für einen Teil der Einrichtungen (nämlich Krankenhausfachambulanzen mit Dispensaire-Auftrag und solche in kirchlicher Trägerschaft) schrieb das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 eine Verpflichtung für die Länder fest, die Fachambulanzen und die Zahl der jeweils in ihnen tätigen Ärzte dem BMG und den KVen zu melden. Die Meldungen, die größtenteils zum Stichtag 1.10.1992 erfolgten, sind allerdings nicht einheitlich aufgebaut. Der BMG gestattete dem Verfasser, diese Meldungen der Länder auszuwerten.

Auch hinsichtlich der Entwicklung der ambulanten Versorgung durch Universitätspolikliniken, deren rechtlicher Status nach dem Beitritt zur Bundesrepublik teilweise ebenfalls streitig war (vgl. dazu Abschnitt 6.2), liegen keine kontinuierlichen oder aggregierten Daten vor. Von ausgewählten Universitätskliniken wurden für die vorliegende Untersuchung allerdings beispielhaft Daten zur Verfügung gestellt.

3.2 Verlauf des Angleichungsprozesses

Die nachfolgenden Aussagen zur Entwicklung in der ambulanten ärztlichen Versorgung sind vor dem Hintergrund der skizzierten Reliabilitätsprobleme der Daten mit gewissen Vorbehalten zu versehen. Zunächst wird auf die Entwicklung der Zahl ambulant tätiger Ärzte insgesamt (ohne solche in Fachambulanzen und Universitätspolikliniken) eingegangen, anschließend auf die unterschiedliche Entwicklung bei niedergelassenen und in poliklinischen Einrichtungen beschäftigten Ärzten.[9] Schließlich wird (soweit möglich) die Entwicklung im Bereich der Fachambulanzen und der Universitätspolikliniken skizziert.

---

9 Die zur Verfügung stehenden Daten aus den von den Beteiligten erstellten Datenquellen erlauben es für den Zeitraum ab Ende 1990 nicht mehr, hinsichtlich der in Einrichtungen beschäftigten Ärzte nach der Art der Einrichtung (Poliklinik, Ambulatorium, staatliche Arztpraxis, …) zu unterscheiden. Sofern sich aus dem Kontext nichts anderes ergibt, werden daher im folgenden die Ausdrücke »beschäftigter Arzt«, »in poliklinischen Einrichtungen beschäftigter Arzt« oder »Poliklinikarzt« jeweils synonym für die Gesamtheit der im Angestelltenstatus arbeitenden Ärzte, unabhängig von der Art der Einrichtung, verwendet.

3.2.1 Ambulant tätige Ärzte insgesamt

Zum 31.12.1989 waren in Vollbeschäftigten-Einheiten berechnet 20 570 Ärzte ambulant tätig (vgl. Tabelle 1). Wird berücksichtigt, daß ein gewisser Teil der Ärzte teilzeitbeschäftigt war,[10] müßten rund 21 500 bis 22 000 Ärzte ambulant tätig gewesen sein.[11] Am 31.12.1990 betrug diese Zahl gut 17 000. Dies ist zu einem Teil Ergebnis eines (in seiner Größenordnung nicht rekonstruierbaren) statistischen Effektes, da nunmehr die Ärzte an Universitätspolikliniken nicht mehr erfaßt sind;[12] jedoch spiegeln sich hierin zu einem weiteren Teil auch Abwanderungen von Ärzten nach Westdeutschland, zu einem geringen Teil Abwanderungen in andere Versorgungsbereiche und ein Nettoüberschuß der Aufgabe der Berufstätigkeit über die Zahl neuer Ärzte wieder.[13] Die Verringerung der Arztzahlen im Jahresverlauf 1990 trifft weitgehend alle Arztgebiete (vgl. Tabelle 1, Teil b). Hingegen sind nicht alle Bundesländer (bzw. bis 3.10.1990: DDR-Bezirke) in gleichem Maße betroffen (vgl. Tabelle 1, Teil a), ohne daß hierfür plausible Begründungen verfügbar wären – teilweise mögen auch Datenmängel der Erhebung zum 31.12.1990 in Form von Übererfassungen (etwa in Mecklenburg-Vorpommern) oder Untererfassungen (etwa in Sachsen-Anhalt) vorliegen.[14]

Seit Jahresbeginn 1991 sind die Arztzahlen – insbesondere durch einen Abgänge älterer Ärzte überkompensierenden Neuzugang junger Ärzte – wieder geringfügig angestiegen. Die Entwicklung ist allerdings in den einzelnen Bundesländern uneinheitlich verlaufen. Das gleiche gilt für die Entwicklung in den Fachrichtungen. Insbesondere die Zahl der Pädiater, die in den neuen

---

10 Dem Datensatz »Arztbarometer 1990« zufolge, waren (gewichtet) 11,2 Prozent der Ärzte/Ärztinnen im ambulanten Bereich im Herbst 1990 in Teilzeitbeschäftigung.

11 Die »Arztdichte« ambulant tätiger Ärzte (gemessen in Vollbeschäftigten-Einheiten) lag damit Ende 1989 in der DDR bei rund 1,27 Ärzten je 1 000 Einwohner, gegenüber einem Wert von rund 1,18 in der Bundesrepublik. Deutlich oberhalb des bundesdeutschen Wertes lag hierbei nur (Ost-)Berlin mit einer Dichte ambulant tätiger Ärzte von 1,77 je 1 000 Einwohner (Schneider et al. 1993: 95).

12 Diesen Hinweis verdankt der Verfasser Frau Dr. Bardehle, Bielefeld.

13 Der Untersuchung »Arztbarometer 1990« zufolge waren zum Befragungszeitpunkt (Herbst 1990) nur rund 1 Prozent der am 31.12.1989 im ambulanten Bereich tätigen Ärzte in andere Versorgungsbereiche (Krankenhaus, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialamt) abgewandert. Allerdings hat die Abwanderung etwa in den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den letzten Wochen des Jahres 1990 zugenommen, so daß der Effekt zum Stichtag 31.12. 1990 größer zu veranschlagen ist.

14 Die ambulante Arztdichte ist durch diesen Rückgang der Arztzahlen im Jahr 1990 mit rund 1,05 unter das westdeutsche Niveau gesunken – nur in Berlin lag sie mit rund 1,8 Ärzten je 1 000 Einwohner nach wie vor erheblich über dem westdeutschen Niveau.

im Vergleich zu den alten Bundesländern eine deutlich größere Arztdichte aufwiesen, hat hierbei spürbar abgenommen.[15] Für 1993 ist demgegenüber in allen Bundesländern ein starker Anstieg zu verzeichnen. Dieser ist darauf zurückzuführen, daß aufgrund der Verschärfung der Bedarfsplanungsregelungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 in starkem Umfang Krankenhausärzte (in den alten wie den neuen Bundesländern) aus dem Krankenhaus in die Niederlassung gegangen waren, bevor dort Zulassungssperren griffen.

3.2.2 Niedergelassene und poliklinisch beschäftigte Ärzte

Seit Frühjahr 1990 waren in der damaligen DDR Niederlassungen wieder unter gegenüber dem bisherigen Recht erleichterten Bedingungen möglich (vgl. dazu Abschnitt 5.1). Im IV. Quartal 1990 kam es – insbesondere in den letzten Wochen des Jahres – zu einer größeren Zahl von Niederlassungen, und zum 31.12.1990 waren mit 2 139 Ärzten bereits rund 12,6 Prozent der Ärzte niedergelassen (vgl. Abbildung 1).[16]

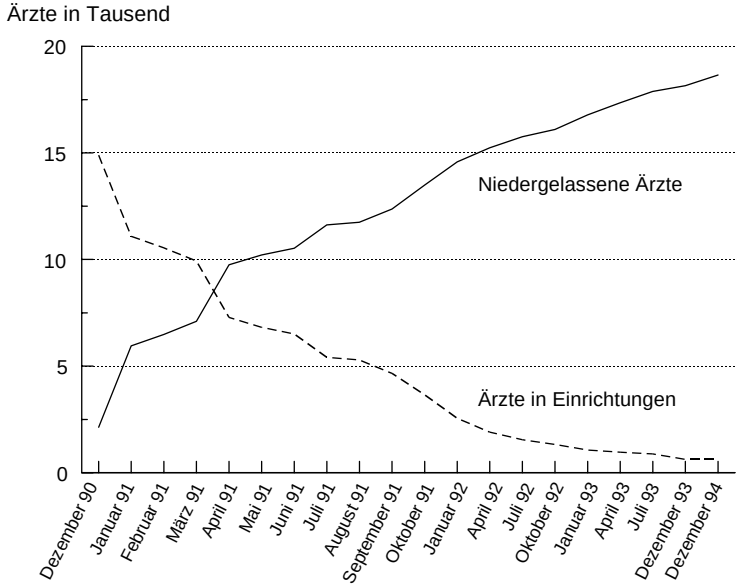
Eine sehr viel größere Zahl hatte allerdings zu diesem Zeitpunkt bereits die Niederlassung für den Jahreswechsel 1990/1991 geplant: Zum 1.1.1991 stieg die Zahl der Niederlassungen (gemessen in Ärzten, die Abschlagszahlungen erhielten) nämlich sprunghaft auf 5 952 Ärzte (entsprechend bereits einem Drittel der Ärzte) an. Von diesem Zeitpunkt an erfolgte ein rascher, weiterer Anstieg der Niederlassungszahlen, und bereits im April 1991 war die Zahl der niedergelassenen Ärzte höher als die der Ärzte, die an einer poliklinischen Einrichtung beschäftigt waren. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte nahm weiterhin zu, mit überproportionalen Sprüngen zum Ende des zweiten und des dritten Quartals 1991. Zum Jahreswechsel 1991/92 waren bereits mehr als 14 000 Ärzte (und damit über 80 Prozent der Ärzte) in der

---

15 Die deutliche Abnahme der Kategorie »Sonstige« in Tabelle 1 seit Jahresende 1990 ist demgegenüber wenig aussagekräftig, da zahlreiche dieser Ärzte über mehrere Gebietsbezeichnungen (zumindest aber über die Berechtigung, als praktischer Arzt tätig werden zu können) verfügten und seit Beginn 1991 in einer dieser anderen Disziplinen tätig sind.

16 Da – wie beschrieben – die Zahl der Ärzte in Einrichtungen zwischen 31.12.1990 und 1.10.1991 nicht bekannt ist, waren für die Darstellung der Entwicklung bestimmte Annahmen zu treffen. Die aufgrund dieser Annahmen geschätzten Werte für Ärzte in Einrichtungen liegen für Januar bis März 1991 jeweils um einige Hundert unterhalb der von der KBV geschätzten Werte, für April 1991 um rund 300 oberhalb der von der KBV geschätzten Werte (vgl. KBV 1991c und KBV 1991e).

Abb. 1 Niedergelassene Ärzte und Ärzte in Einrichtungen Dezember 1990 bis Dezember 1994



Niederlassung, und seit Sommer 1993 sind schließlich über 17 000 Ärzte in der Niederlassung. Die Ärzte in poliklinischen Einrichtungen sind nunmehr marginalisiert und bilden Ende 1994 nur noch 3 Prozent der ambulant tätigen Ärzte.

Eine nähere Analyse der Daten zeigt, daß zwischen den ostdeutschen Bundesländern (einschließlich Berlin-Ost) beachtliche Unterschiede in der Niederlassungsentwicklung bestehen (vgl. Abbildung 2).

In *Berlin-Ost* lag die Niederlassungsquote bereits zu Beginn der hier statistisch dokumentierten Entwicklung (31.12.1990) deutlich unter dem Durchschnitt (128 Niederlassungen entsprechend einer Niederlassungsquote von 5,6 Prozent). Zwar stieg hier die Niederlassungsquote zum Jahreswechsel 1990/1991 um mehr als das Doppelte an und verdoppelte sich noch einmal bis April 1991 (602 Niederlassungen entsprechend einer Niederlassungsquote von 24,9 Prozent), die Niederlassungsquote bleibt hiermit im Vergleich zu den anderen Bundesländern jedoch deutlich unterdurchschnittlich. In den Folgemonaten stockt die Niederlassungsentwicklung zudem. Erst im

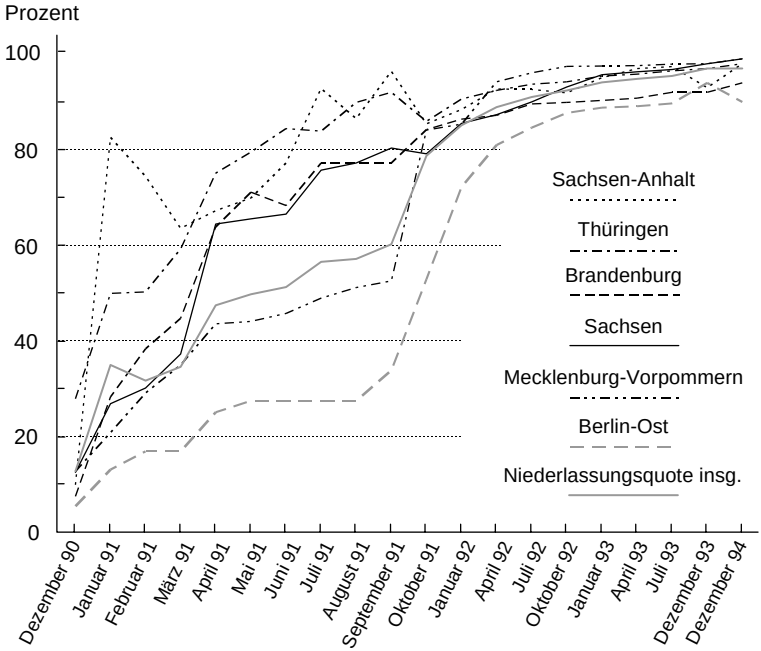
September 1991 kommt es wieder zu nennenswerten Niederlassungsaktivitäten. Mit Beginn des vierten Quartals 1991 steigt allerdings die Niederlassungsentwicklung deutlich an und zum Jahreswechsel 1991/1992 sind nahezu drei Viertel aller Ost-Berliner Ärzte in der Niederlassung. Der Niederlassungsanteil steigt dann bis Ende 1993 weiter auf rund 94 Prozent an. Daß der Niederlassungsanteil 1994 wieder leicht zurückgeht (vgl. Abbildung 2), da die ausgewiesene Zahl der Polikliniker um rund 100 zunimmt, ist nach übereinstimmender Aussage aller Beteiligten auf einen Abgrenzungsfehler bei den Meldungen zurückzuführen, da teilweise offenbar für 1994 auch Ärzte, die an Krankenhausfachambulanzen beschäftigt waren, bei der Zahl der in poliklinischen Einrichtungen beschäftigten Ärzte einbezogen wurden.[17] Wird dieser Effekt berücksichtigt, dürfte der Anteil der Niedergelassenen in Ostberlin im Vergleich zum übrigen Beitrittsgebiet Ende 1994 nach Brandenburg am niedrigsten gewesen sein.

Auch in *Brandenburg* war die Niederlassungsquote zu Beginn der hier statistisch dokumentierten Entwicklung (mit 179 Niederlassungen, entsprechend einer Niederlassungsquote von 7,4 Prozent am 31.12.1990) unterdurchschnittlich. Zum Jahresbeginn 1991 vervierfachte sich die Niederlassungsquote allerdings. In den Folgemonaten stieg sie bis Mai 1991 deutlich an und lag damit erheblich oberhalb des Durchschnitts. Nachdem die Niederlassungen von Mai auf Juni 1991 leicht zurückgegangen waren (erhielten im Mai 1 712 Ärzte Abschlagszahlungen, waren es im Juni noch 1 646, entsprechend einer Niederlassungsquote von 65,6 Prozent), kam es über die Sommermonate nur noch zu geringen Anstiegen. Mit Beginn des vierten Quartals 1991 ist auch hier ein deutlicher Anstieg der Niederlassungsquote festzustellen, seitdem hat sich der Anstieg deutlich verlangsamt. Seit Frühjahr 1992 liegt die Niederlassungsquote in Brandenburg nunmehr unterhalb des Durchschnitts und dürfte – wenn der Abgrenzungsfehler bei den Meldungen in Berlin Ende 1994 berücksichtigt wird – seit 1993 im gesamten Beitrittsgebiet am geringsten sein.

In *Mecklenburg-Vorpommern* lag die Niederlassungsquote am 31.12. 1990 (Beginn des hier dokumentierten Zeitraumes) mit 12,6 Prozent auf dem durchschnittlichen Niveau. Der Anstieg der Niederlassungen zum 1.1.1991 und in den Folgemonaten bis Juli 1991 verlief unterdurchschnittlich (Niederlassungsquote im Juli 1991 62,2 Prozent gegenüber einem Durchschnitt

17 Die KV Berlin sah sich auf Anfrage des Verfassers nicht in der Lage, eine um diesen Effekt bereinigte Zahl der Ärzte in Polikliniken zu übermitteln.

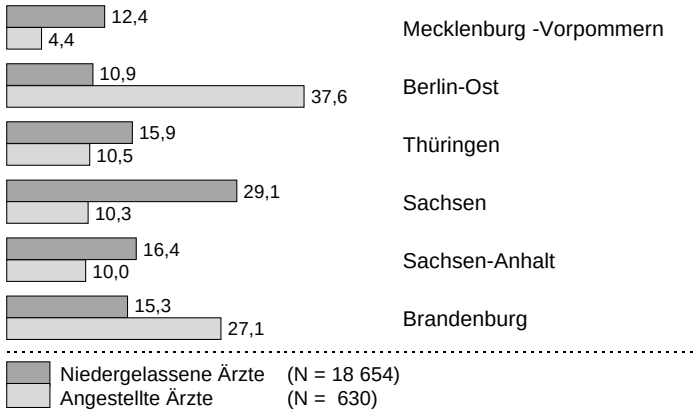
Abb. 2 Niederlassungsquote nach Bundesländern (Anteil der niedergelassenen Ärzte an den – rekonstruierten – insgesamt tätigen Ärzten des jeweiligen Monats)



im Beitrittsgebiet von 67,9 Prozent), so daß die Niederlassungsquote nach der von Berlin die zweitniedrigste war. Ab September 1991 verlief der Anstieg der Niederlassungen dann allerdings überdurchschnittlich stark. Zu einem erheblichen Anstieg kam es noch einmal im April 1992 – seit diesem Zeitpunkt weist Mecklenburg-Vorpommern die höchste Niederlassungsquote unter den Ländern des Beitrittsgebietes aus.

Auch in *Sachsen* entsprach die Niederlassungsquote am 31.12.1990 mit 12,4 Prozent ziemlich genau dem Durchschnitt des Beitrittsgebietes. Zum 1.1.1991 stieg diese Quote mit einer Verdoppelung nur unterdurchschnittlich an und verharrte im ersten Quartal 1991 auf diesem Niveau. Zum April 1991 kam es allerdings nahezu zu einer Verdoppelung der Niederlassungen gegenüber dem Vormonat (Anstieg der Niederlassungsquote von 37,2 Prozent auf 64,4 Prozent), und die Niederlassungsquote lag ab diesem Zeitpunkt überdurchschnittlich hoch. Nachdem sich der Anstieg der Niederlassungen

Abb. 3 Niedergelassene Ärzte und angestellte Ärzte nach Bundesländern – Stichtag 31.12.1994 (Anteile in % an N)



im Herbst 1991 zunächst verlangsamt hatte, pendelte die Niederlassungsquote bis 1993 um den Durchschnittswert für alle Länder des Beitrittsgebietes. Seit diesem Zeitpunkt verläuft sie oberhalb des Durchschnittswertes.

Lag die Niederlassungsquote in *Sachsen-Anhalt* zu Beginn des hier untersuchten Zeitraumes (31.12.1990) mit 9,8 Prozent noch unterhalb des Durchschnitts, so schnellte der ausgewiesene Wert zum 1.1.1991 auf 82,6 Prozent (1 923 von 2 329 Ärzte erhielten danach Abschlagszahlungen). Es ist allerdings bereits darauf hingewiesen worden, daß hier von einem Vorliegen erheblicher Datenfehler auszugehen ist (vgl. Abschnitt 3.1) – darauf deutet nicht nur hin, daß die für Januar 1991 ausgewiesene Niederlassungsquote im Ländervergleich exzeptionell hoch ist, sondern auch, daß sie danach rasch wieder absinkt und im März 1991 nur noch bei 61,7 Prozent liegt. Danach verläuft der Anstieg der Niederlassungen bis Herbst 1991 im großen und ganzen parallel zur Entwicklung des Durchschnitts für alle Länder und seitdem leicht unterdurchschnittlich. Seit Jahresende 1992 liegt die Niederlassungsquote damit nahe beim Durchschnitt im Beitrittsgebiet.

In *Thüringen* schließlich war die Niederlassungsquote zu Beginn der hier dokumentierten Entwicklung (31.12.1990) mit 27,8 Prozent mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt der anderen Länder des Beitrittsgebietes. Zum 1.1.1991 stieg die Zahl der Niederlassungen gegenüber dem 31.12. 1990 noch einmal um 80 Prozent an (auf eine Niederlassungsquote von 49,9 Prozent). Wird nun berücksichtigt, daß die Daten von Sachsen-Anhalt für

Tabelle 2 Niedergelassene Ärzte nach Fachgebieten[a] in Ostdeutschland

Fachgebiet	31.12. 1990	1.1. 1991	1.2. 1991	1.3. 1991	1.4. 1991	1.9. 1991	1.6. 1991	1.7. 1991	1.8. 1991	1.9. 1991	31.12. 1991	31.12. 1992	31.12. 1993	31.12. 1994
Allg. / Prakt. Ärzte	15,8	41,7	45,4	50,1	66,7	69,6	71,3	76,0	77,4	80,1	88,0	95,6	97,6	98,0
Augenärzte	16,4	44,5	49,0	51,1	66,6	66,6	67,8	72,7	75,0	80,0	86,0	95,6	97,9	97,9
Chirurgen	6,6	16,0	17,8	18,2	30,0	31,0	32,8	37,6	37,9	41,3	64,4	88,2	95,0	94,3
Gynakölogen	12,8	45,7	49,7	53,7	69,5	70,7	70,6	77,1	78,2	80,0	88,7	94,8	97,2	97,5
HNO	9,9	36,6	39,6	43,4	57,4	58,5	60,4	59,8	66,0	68,8	81,2	93,5	94,7	94,5
Dermatologen	13,3	35,2	38,6	37,2	52,5	55,9	57,4	61,7	63,6	66,7	77,2	89,9	94,3	95,4
Internisten	9,5	30,0	31,9	35,2	50,0	53,3	54,9	59,1	60,6	64,7	79,2	91,7	95,7	94,4
Pädiater	10,5	29,7	30,5	33,1	48,9	51,6	52,6	58,2	59,4	64,5	79,2	92,8	95,9	96,4
Neurologen	7,2	30,1	30,6	30,2	46,5	48,3	49,7	57,2	58,9	62,1	79,5	91,4	95,2	95,7
Orthopäden	9,7	37,8	38,4	39,0	52,0	52,9	54,4	62,2	62,6	64,6	77,7	91,0	93,9	95,0
Radiologen	0,7	9,6	8,0	7,8	17,4	22,5	24,1	29,5	30,9	32,2	54,1	83,2	91,3	89,4
Urologen	3,7	28,6	33,8	34,0	56,4	49,5	50,6	52,5	49,7	54,3	80,7	93,4	97,3	96,0
Sonstige[b]	3,7	11,3	3,4	3,6	5,4	5,6	9,2	12,8	10,4	12,6	66,2	92,5	96,0	96,5
Alle Fachgebiete	12,6	35,5	38,0	41,5	56,8	59,4	61,2	66,2	67,8	71,2	83,6	93,9	96,6	96,7
Variations-Koeff. (ungew.)	1,79	3,9	5,6	5,9	6,5	6,0	5,5	5,2	5,7	5,6	1,18	0,12	0,03	0,05

a In % der ambulant tätigen Ärzte des Fachgebiets. Rekonstruierte Basis: Aufgrund teilweise fehlender Werte für Poliklinikärzte (und damit die Grundgesamtheit) unter der Annahme, daß sich die Gesamtzahl der Ärzte eines Gebiets vom Stand 31.12.1990 zum Stand 31.12.1991 (vgl. Tabelle 1) kontinuierlich verändert.

c Sonstige enthält: Anästhesisten, Arbeitsmediziner, Biochemiker, Kinder- und Jugendpsychiater, Lungenärzte, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Hygieneärzte, medizin. Genetiker, Physiologen, Ärzte f. Physiotherapie, Ärzte f. Gerichtsmedizin, Ärzte f. Sportmedizin und Laborärzte.

Quellen bzw. Berechnungsgrundlagen – 31.12.1990: Angaben der KBV, in: StBA (1991: 29); 01.01.1991 – 30.09.1991: Niedergelassene Ärzte (Ärzte mit Abschlagszahlungen): Angaben der KVen; Grundgesamt.: berechnet nach StBA (1991: 29) und KBV (1992: 252); 31.12.1991: Bundesarztregister der KVB (KBV 1992: 252); 31.12.1992: Bundesarztregister der KBV (KBV 1993: 256); 31.12.1993: Bundesarztregister der KBV (KBV 1994: Tab. A9); 31.12.1994: Bundesarztregister der KBV (KBV 1995: Tab. A9)

die ersten Monate von 1991 (wie skizziert) fehlerhaft sind, ist davon auszugehen, daß die Niederlassungsquote in Thüringen zu diesem Zeitpunkt realiter am höchsten war. Da die Niederlassungen sich seitdem etwa parallel zur allgemeinen Entwicklung verändert haben, liegt die Niederlassungsquote in Thüringen bis Anfang 1992 erheblich über dem Durchschnitt und zu den meisten Stichtagen im Vergleich aller Länder am höchsten. Seit Frühjahr 1992 hat sich das Niederlassungswachstum jedoch nur noch unterdurchschnittlich entwickelt, so daß die Niederlassungsquote seit Ende 1992 etwa dem Durchschnitt des Beitrittsgebiets entspricht.

Insgesamt weist der Vergleich der Niederlassungsentwicklung zwischen den einzelnen Ländern somit große, erklärungsbedürftig erscheinende Diskrepanzen auf (vgl. dazu Abschnitt 6.2). Andererseits nimmt das Ausmaß der Unterschiede, wie aus Abbildung 2 ersichtlich, im Zeitablauf ab, da tendenziell in allen Ländern die Niederlassung zur absolut dominierenden Form der Berufsausübung wird.[18] Dennoch sind die nach wie vor im Angestelltenstatus tätigen Ärzte auch Mitte 1993 noch immer in beachtlichem Umfang unterschiedlich auf die Länder verteilt (vgl. Abbildung 3):[19] Während in Brandenburg nur 14,6 Prozent der insgesamt im Beitrittsgebiet niedergelassenen Ärzte tätig sind, kommen auf dieses Land 26 Prozent der weiterhin angestellten Ärzte des Beitrittsgebietes. Auch in Berlin-Ost sind die angestellten Ärzte deutlich überrepräsentiert: Kommen auf dieses Gebiet doch nur 12,3 Prozent der niedergelassenen, jedoch 28,9 Prozent der angestellten Ärzte des Beitrittsgebietes. Umgekehrtes gilt entsprechend für die übrigen vier Länder.

Eine Annäherung der Niederlassungsquoten zeigt sich auch für die – aufgrund von Problemen der Datenverfügbarkeit nicht kontinuierlich verfolgbare – Niederlassungsentwicklung in der Differenzierung nach den *Facharztgruppen* (vgl. Tabelle 2). Hier fällt auf, daß die Niederlassungsneigung in den ersten Monaten des Jahres 1991 zunächst recht unterschiedlich war: Während insbesondere Allgemeinärzte beziehungsweise praktische Ärzte, Gynäkologen und Augenärzte rasch hohe und deutlich überdurchschnittliche

---

18 Die Aussage abnehmender Diskrepanzen in der Niederlassungsentwicklung bestätigt sich auch rechnerisch, wenn die Unterschiede zwischen den Niederlassungsquoten der einzelnen Länder durch den Variationskoeffizienten gemessen werden: Lag dieser im Januar 1991 noch bei 18,7 so sank er bis Juli 1991 auf 10,7, betrug im Januar 1992 nur noch 0,5 und sank dann rasch auf rund 0,1.

19 Das in Abbildung 3 skizzierte Bild ist allerdings durch den oben erwähnten, mutmaßlichen Abgrenzungsfehler bezüglich der Ärzte aus Krankenhausambulanzen in Berlin in nicht genau quantifizierbarem Umfang verzerrt.

Niederlassungsquoten aufwiesen, waren demgegenüber die Niederlassungsquoten bei Radiologen, Chirurgen und der Gruppe der »sonstigen« Ärzte deutlich unterdurchschnittlich. Im vierten Quartal 1991 allerdings näherten sich die Niederlassungsraten wesentlich an; Ende 1992 schließlich waren zwar die Niederlassungsraten von Radiologen und Chirurgen und »sonstigen« Ärzten noch unterdurchschnittlich, und die von Allgemeinmedizinern, Augenärzten und Gynäkologen lagen noch an der Spitze – in allen Fachgebieten hatte sich jedoch die Niederlassung als absolut dominante Form der Berufsausübung durchgesetzt.[20]

3.2.3 Modalitäten der Niederlassung

Die Ärzte, die sich niederließen, begannen ihre freiberufliche Tätigkeit zunächst in erheblichem Umfang in bislang poliklinisch genutzten Räumen. Aus der Befragung »Kommunen 1992« ergibt sich, daß in allen Kreisen beziehungsweise kreisfreien Städten die Möglichkeit bestand, sich in bislang poliklinisch genutzten Räumen niederzulassen. Nach dem »Arztbarometer 1991« waren im 4. Quartal 1991 rund zwei Drittel der Ärzte in den Räumen derjenigen Einrichtung tätig, in der sie bisher im Beschäftigungsverhältnis gestanden hatten; weitere 10 Prozent waren in anderen kommunal vermittelten Räumen tätig. Im Zeitablauf ist allerdings der Anteil der niedergelassenen Ärzte in ehemals poliklinischen Räumen zurückgegangen, da die Ärzte zunehmend Praxen außerhalb der Einrichtungen eröffnet haben.[21]

In etwa westdeutschen Relationen entsprechend, waren (laut »Arztbarometer 1991«) im Herbst 1991 rund 14 Prozent der Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis tätig, rund 15 Prozent in einer Praxisgemeinschaft, hingegen rund 71 Prozent in einer Einzelpraxis.[22] Die Tatsache, daß die ostdeutschen Ärzte bislang in der Poliklinik »gemeinschaftlich« tätig waren und immer

---

20 Entsprechend sinkt der die Unterschiede zwischen den Niederlassungsquoten der Facharztgruppen messende Variationskoeffizient, der in den ersten drei Quartalen von 1991 bemerkenswert stabil blieb, im vierten Quartal 1991 deutlich, um seitdem nur noch verschwindend geringe Werte anzunehmen (vgl. Tabelle 2).

21 Nach der Befragung »Kommunen 1992« waren in den ersten Monaten des Jahres 1993 noch rund 42 Prozent der Ärzte, die zum Zeitpunkt des Beitritts in diesen Kommunen beschäftigt waren, als niedergelassene Ärzte in ehemals poliklinisch genutzten Räumen tätig.

22 Mit 84 Prozent liegt das Niveau der Ärzte, die einer Laborgemeinschaft angeschlossen sind, oberhalb des westdeutschen Niveaus, während der Anteil von rund 6 Prozent, die einer anderen Apparategemeinschaft angeschlossen sind, etwa auf westdeutschem Niveau liegt (vgl. für die alten Bundesländer etwa Andersen/van der Schulenburg 1990: 67).

noch überwiegend »unter einem Dach«, nämlich den Gebäuden ihrer ehemaligen poliklinischen Einrichtungen, tätig sind, hat also nicht dazu geführt, daß sie in größerem Umfang in Form einer Gemeinschaftspraxis kooperieren. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß die in Westdeutschland verbreiteten Gemeinschaftspraxen von Ehepartnern in Ostdeutschland kaum eine Rolle spielen.

Mit rund 91 Prozent hat die weit überwiegende Mehrheit der neu niedergelassenen Ärzte (»laut Arztbarometer 1991«) in die medizinisch-technische Ausstattung ihrer Arztpraxen investiert. Das Investitionsvolumen lag hierbei allerdings im allgemeinen unterhalb des in Westdeutschland bei Neuniederlassungen üblichen Niveaus.[23] Der in den Arztpraxen nunmehr vorhandene »Gerätepark« orientierte sich aber in den meisten Fällen an der in den entsprechenden Fachgebieten in Westdeutschland vorfindbaren Ausstattung. In aller Regel konnten die Ärzte hierbei auf Bankkredite zurückgreifen und öffentliche Mittel erhalten (vgl. Abbildungen 4 und 5).

Abb. 4
Modalitäten der Investitionsfinanzierung: Erhalt öffentlicher Mittel

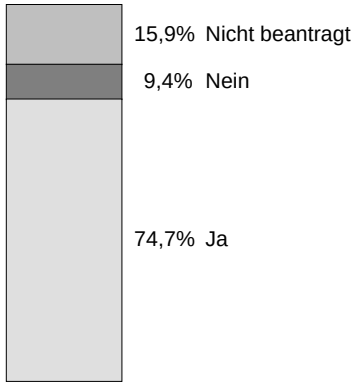
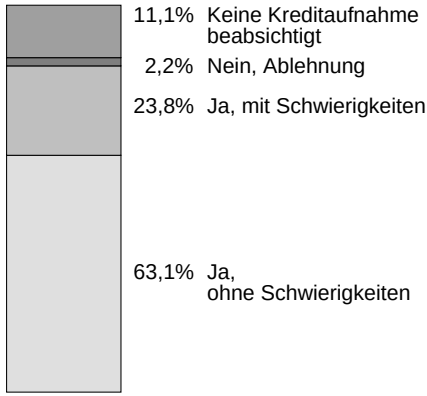
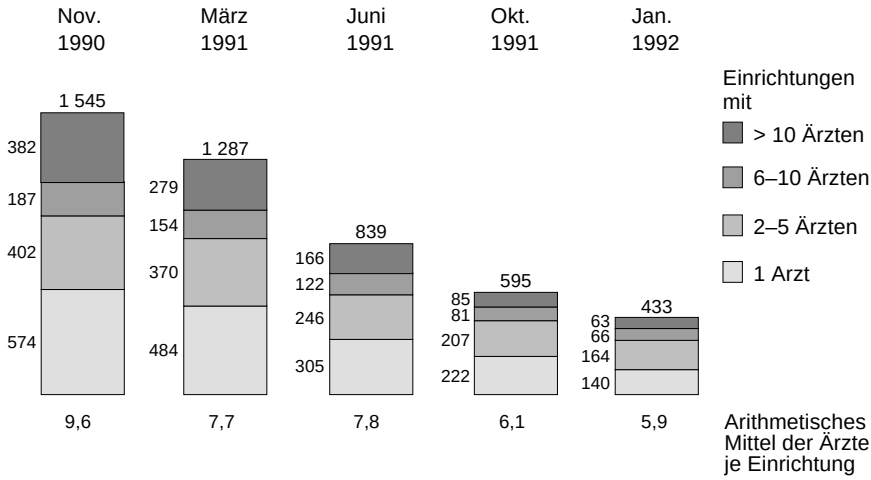


Abb. 5
Modalitäten der Investitionsfinanzierung: Gewährung von Bankkrediten



23 Bei einer im ersten Quartal 1994 für Kinderärzte in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt durchgeführten Befragung wurden bei Adjustierung nach der Niederlassungsdauer bereits keine nennenswerten Unterschiede in der apparativen Ausstattung mehr festgestellt (Haase et al. 1995: 549).

Abb. 6 Poliklinische Einrichtungen nach Größenklassen



Quellen: Berechnet nach Angaben der KVen, der KBV und des AOK-BV

3.2.4 Anzahl und Größenklassen poliklinischer Einrichtungen

Der rasche Rückgang der Zahl der Ärzte, die in poliklinischen Einrichtungen beschäftigt sind, ist – naturgemäß – von einem deutlichen Rückgang der Zahl poliklinischer Einrichtungen begleitet gewesen.

Eine Verringerung der Zahl der Einrichtungen um rund 70 Prozent ergab sich hierbei bereits im Laufe des Jahres 1990: Bestanden am 31.12.1989 noch 5 248 poliklinische Einrichtungen, in denen Ärzte beschäftigt waren (ISD 1990: 277), so betrug ihre Zahl im November 1990 nur noch 1 545 (Angaben der KBV). Da (wie gesehen) die Zahl der in poliklinischen Einrichtungen beschäftigten Ärzte im gleichen Zeitraum nur um etwa 30 Prozent zurückgegangen ist, sind offensichtlich in überdurchschnittlichem Maße Ärzte aus sehr kleinen Einrichtungen (z.B. »Einzelärzte« aus staatlichen Arztpraxen) im Jahresverlauf nach Westdeutschland oder in den letzten Wochen des Jahres in die Niederlassung gegangen, so daß diese Einrichtungen nach dem Weggang der Ärzte nicht mehr bestanden. Entsprechend stieg die

durchschnittliche Zahl von Ärzten je Einrichtung von rund 4,1 Ende 1989 auf rund 9,6 Ende 1990.

Von November 1990 bis Januar 1992 hat die Zahl der poliklinischen Einrichtungen noch einmal um rund 70 Prozent abgenommen (vgl. Abbildung 6). Da zugleich aber die Zahl der in den Einrichtungen beschäftigten Ärzte (wie gesehen) um über 80 Prozent zurückgegangen ist, hat sich die durchschnittliche Größe der Einrichtung auf 5,9 Ärzte verringert.

Wie Abbildung 6 zeigt, hatte die Entwicklung im Jahresverlauf 1991 dazu geführt, daß einerseits der Anteil der Einrichtungen mit nur einem Arzt an allen Einrichtungen etwas geringer wurde, andererseits der Anteil der Einrichtungen mit mehr als 10 Ärzten deutlich zurückging, während der Anteil der Einrichtungen mit 6 bis 10 Ärzten weitgehend konstant blieb. Hingegen stieg der Anteil der Einrichtungen mit 2 bis 5 Ärzten deutlich an. Hierin drückt sich die Tatsache aus, daß Einrichtungen, die zunächst eine größere Anzahl von Ärzten beschäftigten, deutlich kleiner geworden sind, während Einrichtungen, die nur einen Arzt hatten, von diesem vielfach verlassen wurden. Aus dem immer noch relativ hohen Anteil von Einrichtungen mit mehr als 5 Ärzten darf allerdings nicht geschlossen werden, daß diese Ärzte jeweils »unter einem Dach« arbeiten – in nicht wenigen Fällen haben die Träger der Einrichtungen im Zuge des Transformationsprozesses mehrere dezentral, häufig an einem (inzwischen) vereinzelten ärztlichen Arbeitsplatz arbeitende Ärzte formal in *einer* poliklinischen Einrichtung zusammengefaßt.[24] Aus diesem Grunde ist auch die Verfolgung der poliklinischen Einrichtungen nach Größenklassen über Januar 1992 hinaus nicht aussagekräftig.

3.2.5 Ambulante Versorgung durch Fachambulanzen

Genaue Angaben über die Zahl der in der DDR ehemals etablierten gewesenen Fachambulanzen sind nicht veröffentlicht; ihre Zahl wird auf rund 700 geschätzt (Interviews mjw06082; mjw18063). Über die Zahl der in der DDR in diesen Fachambulanzen (größtenteils nur mit einem Teil ihrer Arbeitszeit, da im übrigen stationär tätig) eingesetzten Fachärzte und eine etwaige Umrechnung in Vollbeschäftigten-Einheiten sind keine verläßlichen Informationen verfügbar.

---

24 Interview mjw16012 sowie Ergebnis der Befragung »Kommunen 1992«.

Tabelle 3 Datenlage zu Fachambulanzen (FA) am 1. Oktober 1992

Bundesland	Zahl der Krankenhäuser mit FA	Zahl der FA	Zahl der Ärzte in FA	Zahl der Ärzte (VBE) in FA
FA mit Dispensaireauftrag				
Berlin	x	x	t.v.	x
Brandenburg	x	x	x	x
Mecklenburg-Vorpommern	x	x	x	–
Sachsen	x	x	x	–
Sachsen-Anhalt	x	x	x	x
Thüringen	–	–	–	–
FA in kirchlicher Trägerschaft				
Berlin	x	x	x	x
Brandenburg	x	x	x	x
Mecklenburg-Vorpommern	x	–	x	–
Sachsen	x	–	x	–
Sachsen-Anhalt	x	x	x	x
Thüringen	x	x	x	–
Sonstige FA				
Berlin	–	–	–	–
Brandenburg	x	x	x	x
Mecklenburg-Vorpommern	–	–	–	–
Sachsen	x	–	x	–
Sachsen-Anhalt	x	x	x	x
Thüringen	–	–	–	–

x = Daten verfügbar t.v. = Daten teilweise verfügbar – = keine Daten

Zusammengestellt vom Verfasser nach: Meldungen der Länder an den BMG nach § 311 Abs. 2 Satz 3 SGBV. Die Unterlagen wurden dem Verfasser vom BMG zur Verfügung gestellt.

Über die Versorgung durch Fachambulanzen seit dem Beitritt liegen keine kontinuierlichen Informationen vor. Zum Stand 1.10.1992 haben die neuen Länder 1993 (entsprechend einer durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Regelung)[25] dem BMG die einzelnen noch bestehenden Fachambulanzen und die Zahl der in diesen tätigen Ärzte gemeldet, soweit diese

25 § 311 Abs. 2 Satz 3 SGB V i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes. Vgl. dazu Abschnitt 6.3.

Fachambulanzen entweder einen Dispensaire-Auftrag ausführten oder sich in kirchlicher Trägerschaft befanden. Drei Länder haben darüber hinaus auch diejenigen Fachambulanzen gemeldet, die keines der beiden Merkmale erfüllten, gleichwohl Leistungen erbracht haben (vgl. Tabelle 3).

Werden die Meldungen der Länder systematisch ausgewertet, zeigt sich, daß die Kriterien, nach denen die Meldungen abgegeben wurden, nicht einheitlich sind (vgl. Tabelle 3): Für die Fachambulanzen mit Dispensaire-Auftrag sind zwar von allen Ländern (mit Ausnahme Thüringens, das offensichtlich aufgrund eines administrativen Fehlers keine Meldung abgegeben hat) sowohl die Krankenhäuser als auch die Zahl der an diesen Krankenhäusern in den unterschiedlichen Abteilungen etablierten Fachambulanzen mitgeteilt worden, hinsichtlich der Zahl der Ärzte ist jedoch teilweise (Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen) nur die Zahl der in den Fachambulanzen tätigen Ärzte gemeldet worden, teilweise (für einige Häuser in Berlin) wurde nur eine Umrechnung in Vollbeschäftigten-Einheiten mitgeteilt, während in anderen Fällen (Brandenburg, Sachsen-Anhalt, einige Häuser in Berlin) sowohl die Zahl der in den Fachambulanzen tätigen Ärzte als auch eine Umrechnung in Vollbeschäftigten-Einheiten übermittelt wurde. Für die Fachambulanzen in kirchlicher Trägerschaft (für die auch eine Meldung für Thüringen vorliegt) kommt einschränkend hinzu, daß Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen nur die Zahl der Häuser mit Fachambulanzen, jedoch nicht die Zahl der Fachambulanzen selber meldeten.

Aufgrund dieser Unterschiede in den Meldungen lassen sich – unter Zuhilfenahme von Umrechnungsfaktoren – nur tendenzielle Ergebnisse über den Umfang der Versorgung durch Fachambulanzen zum Stand Oktober 1990 ermitteln (und sind daher mit gewissen Vorbehalten zu interpretieren): Aus den Meldungen für die Einrichtungen, für die sowohl die Zahl der Ärzte in Fachambulanzen als auch die Umrechnung in Vollbeschäftigten-Einheiten vorliegt, läßt sich ein Umrechnungsfaktor für die Fälle ermitteln, in denen nur eine der beiden Größen gegeben ist; ebenso läßt sich aus den Meldungen für die Häuser, die auch die Zahl der Fachambulanzen gemeldet haben, ein Umrechnungsfaktor für solche Häuser, deren Zahl der Fachambulanzen nicht gemeldet wurde, berechnen.

Werden diese Operationen durchgeführt, ergibt sich, daß insgesamt für Oktober 1992 in 133 Krankenhäusern 284 Fachambulanzen gemeldet wurden. Wird berücksichtigt, daß aus Thüringen keine Meldung der Fachambulanzen mit Dispensaire-Auftrag eingegangen ist und nicht auszuschließen ist, daß auch in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen noch Fachambulanzen tätig sind, die weder einen Dispensaire-Auftrag wahrnehmen

noch sich in kirchlicher Trägerschaft befinden, dürfte die Gesamtzahl der noch betriebenen Fachambulanzen über 300 gelegen haben. Im Vergleich zur Schätzung von 700 Fachambulanzen zum Ende der DDR blieb damit nahezu die Hälfte dieser Einrichtungen bis Oktober 1992 bestehen.[26] In diesen Fachambulanzen waren zu diesem Zeitpunkt noch rund 1020 Ärzte tätig, umgerechnet in Vollbeschäftigten-Einheiten dürfte dies 350 bis 450 Stellen entsprechen.[27]

Über die Entwicklung der Zahl der Fachambulanzen und der hierin tätigen Ärzte konnte der Verfasser keine Informationen erhalten, da diese Zahl routinemäßig nicht erfaßt wird und Sondererhebungen nicht durchgeführt wurden. Von den KVen werden offenbar nur die von den Fachambulanzen abgerechneten Fallzahlen und Leistungsvolumina erfaßt[28] – hierüber wurden dem Verfasser jedoch keine Daten zur Verfügung gestellt.

3.2.6 Ambulante Versorgung durch Universitätspolikliniken

Wie in Abschnitt 2.2 skizziert, war für das ostdeutsche System auch charakteristisch, daß die Universitätspolikliniken in starkem Maße sowohl in die ambulante Basisversorgung integriert waren als auch hochspezialisierte ambulante Leistungen erbrachten. Aggregierte Daten über die Entwicklung der Versorgungsleistungen dieser Einrichtungen nach dem Beitritt zur Bundesrepublik liegen ebensowenig vor wie Daten über die in diesen Einrichtungen tätigen Ärzte.

Soweit Daten über Versorgungsleistungen einzelner Hochschulen beschaffbar waren, zeigt sich ein uneinheitliches Bild (vgl. Tabelle 4): So ist es an der Medizinischen Fakultät in Dresden offensichtlich von 1989 bis Anfang 1993 zu keinen nennenswerten Veränderungen der ambulanten poliklinischen Leistungen (gemessen in »Fällen«, also Krankenscheinen im angegebenen Zeitraum) gekommen. Für Leipzig und Jena gilt dies für die Zeit

---

26 Die (mit der skizzierten Umrechnung rekonstruierten) Fachambulanzen verteilen sich wie folgt auf die drei Kategorien: 36 Krankenhäuser betrieben 55 Fachambulanzen mit Dispensaire-Auftrag, 39 Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft betrieben 93 Fachambulanzen, und 58 Krankenhäuser betrieben 136 Fachambulanzen, die keines der beiden Merkmale erfüllten.

27 Von den rund 1 020 Ärzten (350–450 Vollbeschäftigten-Einheiten) entfielen rund 160 (oder 50–70 Vollbeschäftigten-Einheiten) auf Dispensaires, rund 420 (oder 130–190 Vollbeschäftigten-Einheiten) auf Fachambulanzen in kirchlicher Trägerschaft, die übrigen auf Fachambulanzen, die keines der beiden Merkmale erfüllten.

28 Telefonische Auskünfte mehrerer ostdeutscher KVen.

Tabelle 4 Fallzahlen ostdeutscher Hochschulpolikliniken

	Dresden	Leipzig	Magdeburg	Erfurt	Jena	Halle
1989	245 111		241 853			173 042
1990	227 724		209 962			171 158
1991			180 988			138 000
1992			152 479			105 000
1991 I	58 420	58 791		46 077	54 377	
1991 II	69 715	67 622		48 466	61 777	
1991 III	65 697	63 765		41 729	56 403	
1991 IV	86 495	58 354		41 180	62 401	
1992 I	64 464	61 110		41 601	69 947	
1992 II	63 260	61 997		40 505	68 703	
1992 III	57 892	55 673		26 717	54 753	
1992 IV	64 247	58 266		33 738	56 714	
1993 I	60 698			36 371	48 829	

Quellen: Angaben der Hochschulen sowie Ewert (1993)

seit Anfang 1991, während die Medizinische Hochschule in Erfurt bis zum 1. Quartal 1993 einen Rückgang der Fallzahlen gegenüber dem 1. Quartal 1991 von gut 20 Prozent und die Medizinische Akademie Magdeburg sowie das Universitätsklinikum Halle-Wittenberg seit 1989 im Durchschnitt einen jährlichen Rückgang der Fallzahlen um rund 15 Prozent zu verzeichnen hatten. Das verfügbare Material erlaubt keine zuverlässigen Differenzierungen nach Fachgebieten.

3.2.7 Zwischenergebnis

Nachdem in Kapitel 2 gezeigt worden ist, daß das ambulante Gesundheitswesen in der DDR nach 1945 eine vom bundesdeutschen System distinkt andere Entwicklung genommen hatte, läßt sich an dieser Stelle festhalten, daß sich die Versorgungsstrukturen des ostdeutschen Systems innerhalb kurzer Zeit nach der Wende in der DDR weitgehend an das westdeutsche System angeglichen haben: Hier wie dort ist der niedergelassene Arzt der mit Abstand gewichtigste Träger der Versorgung. Die poliklinischen Einrichtungen sind demgegenüber inzwischen weitgehend zu einer vernachlässigbaren »Restgröße« marginalisiert. Deutlich weniger stark war hingegen der Bedeutungsverlust für die Versorgung durch Krankenhausfachambulanzen und poli-

klinische Einrichtungen der Hochschulen. Die Untersuchung hat weiterhin ergeben, daß sowohl hinsichtlich des Prozeßverlaufes als auch hinsichtlich des Prozeßergebnisses bemerkenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern zu verzeichnen sind.

Die Übernahme des westdeutschen Versorgungsmodus in den neuen Bundesländern wäre nicht weiter erklärungsbedürftig, wenn zumindest eine der beiden folgenden Bedingungen vorgelegen hätte: Wie in anderen Politikfeldern hätten die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Zuge der Vereinigung, – insbesondere also der Einigungsvertrag – die definitive Beseitigung der poliklinischen Versorgungsform und Abwicklung der Einrichtungen verfügen müssen, etwa deren Schließung zum 31.12.1990. In diesem Fall könnte sich das Interesse des Sozialwissenschaftlers allenfalls darauf richten, wie die Entscheidung zur Abwicklung zustande gekommen und implementiert worden ist, ob sie zu einer Beeinträchtigung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung geführt hat und wie die Beteiligten in Ostdeutschland diese Abwicklung bewältigt haben. Oder – dies wäre die zweite »triviale« Erklärung für den beobachteten Angleichungsprozeß – das westdeutsche Versorgungssystem hätte den expliziten Zielvorstellungen der großen Mehrheit der ostdeutschen Ärzte entsprochen, die mit ihrem Gang in die Niederlassung also das realisiert hätten, was sie »schon immer« gewollt haben – in diesem Fall würde sich das Untersuchungsinteresse wiederum auf den Prozeß der Implementation dieser Zielvorstellungen und auf die Akzeptanz bei den Patienten richten.

Allerdings liegen genau diese beiden Voraussetzungen nicht vor: Weder ist davon auszugehen, daß die Mehrheit der ostdeutschen Ärzte nach dem Fall der Mauer individuell die ärztliche Tätigkeit im Rahmen einer Niederlassung dem Verbleib in einer – reformierten – poliklinischen Einrichtung vorzog (vgl. dazu Kapitel 4), noch sahen die gesetzlichen Rahmenbedingungen die definitive Abwicklung der poliklinischen Einrichtungen vor (vgl. dazu Abschnitt 5.1), und zwar unter anderem genau deswegen, weil die Vertragspartner des Einigungsvertrages nicht ausschließen konnten, daß eine per Gesetz verfügte, definitive Abwicklung der Einrichtungen bei Unsicherheiten über die Reaktion der Ärzte zu einer Gefährdung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten führen würde. Daß die tatsächliche Entwicklung dennoch von einer erheblichen Dynamik in Richtung auf eine Angleichung an das westdeutsche System gekennzeichnet war, überraschte denn auch Beteiligte wie Beobachter (vgl. die Zitate in Abschnitt 1.1). Der Versuch einer Erklärung dieser überraschenden Dynamik steht im Mittelpunkt der folgenden Kapitel.

Kapitel 4

Die »Ausgangssituation« der im Transformationsprozeß relevanten Akteure

Wir gehen – entsprechend dem in Abschnitt 1.1 dargelegten theoretischen Bezugsrahmen – davon aus, daß der dynamische Prozeß der Substitution der durch poliklinische Einrichtungen bewirkten Versorgung durch eine Versorgung primär in der Hand freiberuflicher Ärzte durch Rekonstruktion der Situations-, Selektions- und Aggregationslogiken, in denen sich die beteiligten Akteure befanden, erklärt werden kann. An der Regelung, Sicherstellung und Finanzierung des ambulanten Versorgungssystems war (wie Kapitel 2 deutlich gemacht hat) in beiden Teilen Deutschlands eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure beteiligt, für die sich die politische Wende in der DDR und der Vereinigungsprozeß je in spezifischer Weise als Herausforderungen dargestellt hat. Hierbei ist davon auszugehen, daß die Akteure einerseits unterschiedliche Zielvorstellungen für das ostdeutsche Gesundheitssystem hatten, andererseits in unterschiedlichem Maße im Transformationsprozeß handlungsfähig gewesen sind, insbesondere über unterschiedliche Ressourcen und unterschiedliche Strategiefähigkeit verfügten.

Während in den nachfolgenden Kapiteln der *Prozeß* der Transformation des ostdeutschen ambulanten Gesundheitssystems untersucht wird, gibt dieses Kapitel einen Überblick über die »Ausgangssituationen« der in diesem Prozeß relevanten Akteure. Hierbei ist zunächst die Makroebene (korporative staatliche Akteure und Verbände) von der Mikroebene (einzelne Polikliniken mit ihrem Träger und ihrem Personal – hierunter vor allem den Poliklinikärzten – sowie die Patienten) zu unterscheiden (vgl. Abbildung 7).[1]

---

1 Auf längere Sicht hätten auch die in der stationären Versorgung tätigen Ärzte für den Transformationsprozeß relevante Akteure sein können, da im bundesdeutschen System das Krankenhaus für die meisten Ärzte nur ein vorübergehender Arbeitsplatz ist und sie anschließend in den ambulanten Bereich (nämlich in die Niederlassung) wechseln. In dem hier zur Rekonstruktion anstehenden Prozeß hat dieses Phänomen allerdings noch keine

Abb. 7 Relevante Akteure im Transformationsprozeß

		Vor der Vereinigung		**Nach der Vereinigung**	
		in West-deutschland	in Ost-deutschland	in Gesamt-deutschland	in Ost-deutschland
Makro-ebene	Staatliche Akteure (Politik)	Bundestag (Fraktionen) Bundes-regierung Bundesrat	Volkskammer (Fraktionen) Regierung der DDR	Bundestag Bundes-regierung Bundesrat	Landtage Landes-regierungen
	Para-staatliche Verbände	KBV Spitzen-verbände der Kassen		KBV Spitzen-verbände der Kassen	KVen Kranken-kassen-verbände Ärzte-kammer
	»Freie« Verbände	»Freie« Ärzte-verbände Arbeitgeber-verbände Gewerk-schaften	»Freie« ost-deutsche Ärzte-verbände »Ost-Ableger« west-deutscher Ärzte-verbände	»Freie« Ärzte-verbände Arbeitgeber-verbände Gewerk-schaften	»Freie« ost-deutsche Ärzte-verbände Landes-verbände gesamt-deutscher Ärzte-verbände
Mikro-ebene			Polikliniken: – Träger – Ärzte – übriges Personal Patienten		Polikliniken: – Träger – Leiter – Ärzte – übriges Personal Patienten

Rolle gespielt: Von den im Rahmen von »Arztbarometer 1990« befragten, im Herbst 1990 im stationären Bereich tätigen Ärzten beteiligten sich 941 Ärzte auch im Herbst 1991 am »Arztbarometer 1991« – von diesen waren nur drei Ärzte bis zum Befragungszeitpunkt des »Arztbarometer 1991« in den ambulanten Bereich (und zwar in die Niederlassung) gewechselt.

Auf der Makroebene ist wiederum eine Unterscheidung der Situation vor und nach der Vereinigung notwendig, da mit dem Untergang der DDR bestimmte Akteure verschwanden, die ostdeutschen Länder neu entstanden und bestimmte, bisher westdeutsche Akteure zu gesamtdeutschen Akteuren wurden.

4.1 Staatliche Akteure in Westdeutschland/Gesamtdeutschland

Für die Situation *vor der Vereinigung* und die damit angesprochene entscheidende Phase der Setzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Vereinigung sind in Westdeutschland unter den staatlichen Akteuren insbesondere der *Bundestag* mit den hierin vertretenen politischen Parteien und die *Bundesregierung* anzusprechen. Hinsichtlich dieser Akteure ist davon auszugehen, daß sie einerseits generelle deutschlandpolitische Zielvorstellungen verfolgen, die auf spezifisch gesundheitspolitische Problemstellungen ausstrahlen können. Hinsichtlich gesundheitspolitischer Aspekte werden sie andererseits sowohl Fragen der Gesundheitsversorgung in Ostdeutschland als auch mögliche Rückwirkungen auf die Regelungs- und Leistungsstrukturen in Westdeutschland berücksichtigen. Regierung und Opposition werden den gesamten wie den gesundheitssystemspezifischen Einigungsprozeß zudem unter dem Aspekt des politischen Parteienwettbewerbs betrachten. Aus diesen heterogenen Dimensionen, unter denen das ostdeutsche Gesundheitssystem von diesen Akteuren nach dem Fall der Mauer betrachtet werden wird, können sowohl Interessen an einer möglichst raschen Angleichung der Gesundheitssysteme als auch solche an institutionellen Abweichungen des ostdeutschen Systems, bis hin zu Vorschlägen, die Vereinigung zu Reformen auch in Westdeutschland zu nutzen, resultieren.

Die wichtigste – sowohl zur Steuerung anderer korporativer wie auch individueller Akteure geeignete – Ressource, die der Mehrheit im Parlament (die nach Ablauf interner Entscheidungsprozesse vielfach als ein einheitlicher Akteur anzusprechen sein dürfte) gemeinsam mit der Regierung zur Verfügung steht, ist die Rechtsetzung. Im Bereich der Gesundheitspolitik verfügt der Bund zwar »nur« in ausgewählten Bereichen über das Recht der (konkurrierenden) Gesetzgebung, während sie im übrigen Ländersache ist. Da der Bund jedoch über die Gesetzgebungskompetenz in bezug auf die Sozialversicherung verfügt (Art. 74 Nr. 12 GG), erschließt sich ihm aufgrund der Tatsache, daß rund 90 Prozent der Bürger bei den gesetzlichen Kranken-

kassen versichert sind, faktisch ein dominierender gesundheitspolitischer Gestaltungsspielraum. Innerhalb der Bundesregierung ist daher insbesondere das seinerzeit für die gesetzliche Krankenversicherung zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) ein für die Rahmenbedingungen des Transformationsprozesses wichtiger Akteur.

Die Bundesregierung verfügt darüber hinaus bereits im »Normalfall« über eine starke Position in der Deutschland- und Außenpolitik, in der das Parlament im Regelfall nur als nachträgliches Akklamationsorgan für die Ergebnisse der Vertragsverhandlungen mit anderen Staaten tätig wird (Rudzio 1991: 265–267). Diese starke Stellung der Exekutive (und hier in der Deutschlandpolitik des dafür zuständigen Bundeskanzleramtes) im Vergleich zum Parlament sollte – auch wegen des zeitlich komprimierten Verfahrens – im Verhandlungsprozeß mit der DDR über die vertraglichen Regelungen zur Vereinigung in besonderer Weise wirksam werden (Lehmbruch 1990: 472–474), ohne daß damit bereits ausgesagt wäre, daß die Bundesregierung innenpolitisch gegenüber dem normalen Politikprozeß über erhöhte Gestaltungsspielräume verfügt hätte (dazu: Robischon et al. 1995).

Die Opposition im Bundestag hätte demgegenüber die traditionell der Parlamentsminderheit zustehenden Rechte ausüben und dadurch die Politik der Regierungsmehrheit zu beeinflussen versuchen können. Eine potentiell wirksamere Ressource stand der SPD-Opposition im Bundestag aber seit Anfang Juni 1990 infolge der bei der Landtagswahl in Niedersachsen gewonnenen Bundesratsmehrheit zur Verfügung, hätte sie doch (und zeitweilig spielte der Kanzlerkandidat der SPD, Lafontaine, auch mit dieser Option)[2] damit drohen können, den Staatsvertrag mit der DDR über die Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion über den *Bundesrat* zu Fall zu bringen, wenn man ihr in bestimmten Sachfragen nicht entgegenkommen werde. Auch war aufgrund der beabsichtigten Grundgesetzänderungen durch den Einigungsvertrag (EV) die Zustimmung der SPD-Fraktion im Bundestag zu diesem Vertragswerk erforderlich. Dies führte dann dazu, daß die Regierungskoalition zu verschiedenen Themen die Einigung mit der SPD durch Spitzengespräche auf Parteiebene suchte (Lehmbruch 1990: 474). Allerdings ist fraglich, inwieweit die SPD eine Politik der Blockade des Vereinigungsprozesses mit der Begründung unterschiedlicher Auffassungen zu Sachfragen des Vereinigungsmodus in einzelnen Politikbereichen öffentlich hätte vertreten können. Jedenfalls hat

2 Die SPD-regierten Länder Niedersachsen und Saarland lehnten den ersten Staatsvertrag dann auch im Bundesrat ab, während die übrigen SPD-regierten Länder zustimmten (Korger 1993: 246).

die SPD zu keiner Zeit ernsthaft damit gedroht, daß ihre gegenüber der Bundesregierung abweichende Position zu Fragen der Organisation des Gesundheitssystems sie zu einer Ablehnung des ersten Staatsvertrages beziehungsweise des Einigungsvertrags veranlassen würde.

Nach der Vereinigung stand der Mehrheit im Parlament und der Regierung – über die Bundesratsmehrheit und die dadurch ausgelösten Konsenszwänge aber auch in eingeschränkterem Umfang der Bundestagsminderheit – die Möglichkeit offen, durch Veränderung der durch den EV geschaffenen gesetzlichen Regelungen die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für Ostdeutschland zu verändern. »Unterhalb« der Ebene von Gesetzgebungsinitiativen besaß die Bundesregierung zudem eine Reihe weiterer Möglichkeiten, die Implementation der Regelungen des EV zu beeinflussen: Durch »quasi-amtliche« Gesetzesinterpretationen konnte sie ebenso wie über das Institut der Rechtsaufsicht (über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Spitzenverbände der Krankenkassen und bundesweit tätige Krankenkassen) versuchen, ihre Auffassung über die »rechtmäßige« Auslegung des von den Vertragspartnern des Einigungsvertrags Gewollten hinsichtlich der Ausgestaltung des Gesundheitssektors in Ostdeutschland durchzusetzen. Auch hätte sich die Bundesregierung im Rahmen des korporativen gesundheitspolitischen Netzwerkes bemühen können, durch Verhandlungen, bei denen sie im Tausch für Wohlverhalten im Transformationsprozeß Zugeständnisse zu anderen Fragen in Aussicht stellte, auf die verbandlichen beziehungsweise parastaatlichen Akteure einzuwirken. Einflußmöglichkeiten konnte sie schließlich auch über ihre Rolle als dominanter Financier des Einigungsprozesses, also über die Ressource »Geld«, nutzen – zum Beispiel über die Formulierung von Vergabebedingungen für Transfers in die neuen Länder.

Die Zusammensetzung der Regierungsmehrheit im Bundestag und damit die Regierungskoalition änderte sich durch die der Vereinigung im Dezember 1990 folgenden ersten gesamtdeutschen Bundestagswahlen nicht. Ist der Akteur Bundesregierung daher vor und nach der Vereinigung identisch, so brachte die Regierungsneubildung für die 12. Legislaturperiode allerdings insoweit eine für den vorliegenden Kontext relevante Änderung mit sich, als die Zuständigkeit für die Gesetzliche Krankenversicherung (und damit auch für die sämtlich im Sachzusammenhang des Krankenversicherungsrechts stehenden Regelungen zur ambulanten Versorgung in Ostdeutschland) aus dem BMA herausgelöst und in ein neu gegründetes Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verlagert wurde (vgl. Organisationserlaß des Bundeskanzlers vom 24.1.1991, BGBl. I, S. 530) – eine Veränderung, die nicht nur

auf koalitionsstrategischen Überlegungen des Kanzlers beruhte, sondern mit der auch intendiert war, das insbesondere durch die Gesundheitsreform von 1988 (aber auch durch die vom BMA im Vereinigungsprozeß zunächst vertretenen Positionen) angespannte Verhältnis zwischen Leistungserbringern im Gesundheitssystem (hier vor allem: Ärzteverbände, aber auch pharmazeutische Industrie) und zuständigem Bundesressort zu verbessern.[3] Entsprechend war in der Binnendifferenzierung des Bundestages nicht mehr der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, sondern der Gesundheitsausschuß zuständig.

4.2 Staatliche Akteure in Ostdeutschland

Den politischen und staatlichen Akteuren in Westdeutschland standen *vor der Vereinigung* als entsprechende ostdeutsche Akteure die *Regierung der DDR* und die Volkskammer mit ihren Fraktionen gegenüber: zunächst, nach dem Fall der Mauer, die »alte« Volkskammer und die Übergangsregierung Modrow, dann – nach den Volkskammerwahlen vom März 1990 – die große Koalition der Regierung de Maizière mit einer entsprechenden Mehrheit in der Volkskammer und schließlich (nach dem Auseinanderbrechen der großen Koalition im Juni 1990) die konservativ-liberale Koalition, weiterhin unter de Maizière. Aufgrund der zentralisierten politischen Entscheidungsstruktur in der Vor-Wende-DDR verfügten diese Akteure formell über erhebliche Gestaltungsrechte auch im Bereich der Gesundheitsversorgung, und es erscheint plausibel, daß sie durchaus Zielvorstellungen bezüglich der institutionellen Ausgestaltung der Ordnung des Gesundheitssystems hatten: Diese

3 Insoweit paßt es ins Bild, daß der bisherige Leiter der für die GKV im BMA zuständigen Abteilung, Jung, der an der »Verstimmung« der Leistungserbringer über die Gesundheitspolitik der Bundesregierung nicht unbeteiligt war, nicht in das BMG übernommen wurde, sondern neue Aufgaben im BMA übernahm. Darüber hinaus wurden der neuen Gesundheitsministerin Hasselfeldt mit dem bisherigen Abteilungsleiter für »Innere Angelegenheiten, Soziales, Umwelt« aus dem Bundeskanzleramt (BKaA), Wagner, als BMG-Staatssekretär und dem bisherigen BKaA-Gruppenleiter »Soziales«, Schulte, als Nachfolger Jungs in der Leitung der GKV-Abteilung zwei »Aufpasser« aus dem Bundeskanzleramt zur Seite gestellt. Das BMG verfolgte zunächst auch dezidiert einen »Entspannungskurs« gegenüber den Leistungserbringern. Daß im Frühjahr 1992 der bisherige Parlamentarische Staatssekretär im BMA, Seehofer, Hasselfeldt ablösen und – in einer »Sachkoalition« mit der SPD – die bisherige Kostendämpfungspolitik in zugespitzter Form fortsetzen würde (vgl. dazu Perschke-Hartmann 1993, 1994), war zu jener Zeit noch nicht absehbar.

werden sich an den je spezifischen Erfahrungen und Bewertungen der individuellen Akteure in bezug auf das bisherige DDR-Gesundheitssystem, unter Gesichtspunkten des Parteienwettbewerbs an ihren Einschätzungen der Bewertung des Gesundheitssystems in der Bevölkerung, schließlich aber auch an deutschlandpolitischen Überlegungen orientiert haben, woraus im einzelnen sehr unterschiedliche Vorstellungen resultieren konnten.

Im Vergleich zu den staatlichen und politischen Akteuren in Westdeutschland waren DDR-Regierung und Volkskammer allerdings in mehrfacher Weise in der Nutzung der ihnen theoretisch zur Verfügung stehenden Ressourcen restringiert, was nicht nur Einfluß auf die innenpolitischen Gestaltungsmöglichkeiten, sondern – wichtiger noch – auch Einfluß auf die Verhandlungsstärke und damit die Verhandlungsergebnisse mit der Bundesrepublik im Zuge der Vereinigung erwarten läßt: Zunächst hatten die nunmehr in der DDR politisch Verantwortlichen nahezu ausnahmslos keine politischen Erfahrungen; auch konnten sie nur auf eine begrenzte Loyalität der Ministerialbürokratie in den ostdeutschen Ministerien vertrauen, welche ihrerseits angesichts der veränderten politischen Lage ebenfalls nur begrenzt handlungsfähig war. Beide Umstände zusammengenommen führten dazu, daß die westdeutschen Parteien, nachdem die westdeutsche Logik der Parteienkonkurrenz im Zuge des Wahlkampfes zu den Volkskammerwahlen auch in der DDR dominant geworden war (dazu: Lehmbruch 1990, 1991), die ostdeutschen Minister und Fraktionen mit westdeutschen Beratern unterstützten – welche teilweise so großen Einfluß gewannen, daß Beobachter der deutsch-deutschen Verhandlungen den Eindruck gewannen, »daß die westdeutschen Vertreter sozusagen an beiden Seiten des Verhandlungstisches saßen« (Seibel 1992: 339).

Innenpolitisch wie in ihrer Verhandlungsstärke bei den Verhandlungen mit der bundesdeutschen Seite waren die Verhandlungsführer der DDR aber auch durch die anhaltenden, massenhaften Übersiedlungen von DDR-Bürgern in die Bundesrepublik beschränkt, die als Schwäche der ostdeutschen Seite, die nur durch eine rasche Vereinigung behoben werden könne, interpretiert wurden (Lehmbruch 1994b: 133).

Mit der Vereinigung entstanden in *Ostdeutschland* fünf neue *Länder*,[4] und kurz darauf fanden Landtagswahlen statt, die im Falle Brandenburgs zu einer SPD/FDP/Bündnis 90-Koalition, in Sachsen zu einer absoluten CDU-Mehrheit und in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern zu

4 Vgl. Art. 1 Abs. 1 des EV i.V.m. Anl. II Kap. II Sachgebiet A Abschn. II des EV.

CDU/FDP-Koalitionen führten. Inwieweit die neuen Länder Zielvorstellungen hinsichtlich der makrostrukturellen Variable »Ausgestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung« hatten, könnte zunächst zweifelhaft erscheinen. Allerdings ist es wohl plausibel, davon auszugehen, daß die Sozial- und Gesundheitspolitiker in den ostdeutschen Ländern zumindest dann an der konkreten Ausgestaltung der ambulanten Versorgung in ihrem Einzugsgebiet interessiert gewesen sein dürften, wenn entweder Arbeitsmarktaspekte angesprochen waren oder die Versorgung ihrer Bürger mit medizinischen Leistungen beeinträchtigt zu werden drohte: Ein eventueller Ressourceneinsatz dürfte daher weniger auf eine – sei es ordnungs-, sei es interessenpolitisch motivierte – Streben nach makrostruktureller Gestaltung als vielmehr nach konkreter Problemlösung vor Ort zurückzuführen sein.

Landesregierungen und Landtage verfügen in der Bundesrepublik, wird von der Rechtsaufsicht über KVen und Krankenkassen sowie deren Landesverbände abgesehen, über keine spezifischen sozialrechtlichen Kompetenzen bei der ambulanten ärztlichen Versorgung, da der Bund seine Gesetzgebungsmöglichkeiten hier abschließend ausgeschöpft hat. Daher ist die Ressource Rechtsetzung von den ostdeutschen Ländern in bezug auf die hier verfolgte Fragestellung nur begrenzt einsetzbar. Wohl aber können die Länder versuchen, ihren Einfluß auf die Bundesgesetzgebung (durch den Bundesrat, aber auch durch die parteipolitischen Netzwerke) geltend zu machen.

Zudem haben sie die Möglichkeit, aus ihrer allgemeinen Zuständigkeit für das Gesundheitssystem unter Beachtung des Primates bundesrechtlicher Regelungen in die Gestaltung der gesundheitlichen Infrastruktur einzugreifen. Soweit die Wahrnehmung gesundheitspolitischer Aufgaben durch die Kommunen angesprochen ist, können die Landesregierungen darüber hinaus zum einen über ihre Kommunalaufsicht, zum anderen über ihre Möglichkeiten, zweckgebundene finanzielle Ressourcen in die Kommunen zu lenken, Einfluß ausüben.

Die mit der Vereinigung entstandenen ostdeutschen Landesregierungen waren allerdings in der ersten Phase nach dem Beitritt durch erhebliche Beschränkungen der Handlungsfähigkeit gekennzeichnet. Da die SED im Zuge der Zentralisierung von Entscheidungskompetenzen die 1945 errichteten Länder 1952 beseitigt hatte (Hanja 1990), bedeutete der Länderaufbau einen völligen Neuanfang, zumal man auf das in den DDR-Bezirksverwaltungen beschäftigte Personal nur in sehr begrenztem Umfang zurückgreifen wollte. Zudem war sowohl dem Personal der Ministerialbürokratie – wenn von den »Westimporten« abgesehen wird – als auch den Landespolitikern der nunmehr für die neuen Länder geltende rechtliche Rahmen noch weitgehend

fremd. Auch verfügten die ostdeutschen Landespolitiker im Regelfall über keinerlei politische Erfahrungen. Aus diesen Gründen dauerte es bis weit in das Jahr 1991 hinein, bis die Ministerialbürokratie in den Fachministerien (hier insbesondere: in den für die Sozialversicherung zuständigen Ministerien) funktionsfähig war.[5]

Durch das Instrument der »Patenschaften«, die westdeutsche Länder übernahmen, wurde die ostdeutsche Landespolitik in beachtlichem Umfang durch »Aufbauhelfer« aus der westdeutschen Länder-Ministerialbürokratie unterstützt. So wesentlich diese Unterstützung für den Aufbau einer arbeitsfähigen Ministerialverwaltung auch war,[6] bewirkte sie allerdings vielfach, daß die Aufbauhelfer in erster Linie die spezifischen Perspektiven ihrer heimatlichen Landespolitik mit nach Ostdeutschland brachten und versuchten, daraus ihre Politik abzuleiten (Benz 1993a: 339). Für die aus der DDR-Vergangenheit resultierenden ostdeutschen Besonderheiten im Bereich des Gesundheitssystems, auf die gegebenenfalls mit einem spezifischen Politikinstrumentarium hätte reagiert werden können, das über die weitgehende Abstinenz der westdeutschen Länder in der Gestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgungsstrukturen hinausgegangen wäre, waren sie teilweise wenig sensibilisiert.[7]

Eine Sonderstellung unter den Ländern nimmt hinsichtlich seiner Handlungsfähigkeit Berlin ein, da die administrative Einheit Berlin-Ost als DDR-Bezirk (anders als die neu geschaffenen Länder) bereits vor der Vereinigung bestand und durch die Fusion mit Westberlin (Artikel 1 Abs. 2 des EV) die dortige, im Vergleich zu den ostdeutschen Ländern handlungsfähige Senatsverwaltung für die politische Steuerung auch Ostberlins nutzbar gemacht werden konnte. Von den DDR-Kommunalwahlen im Mai 1990 bis zur Bildung einer gesamtberliner Regierung im Februar 1991 wurde Berlin von einer Doppelregierung – eine SPD/Alternative Liste-Koalition im Westberliner Abgeordnetenhaus und Senat sowie eine große Koalition von SPD und CDU in der Ostberliner Stadtverordnetenversammlung und dem Magistrat – gelenkt; nach den Wahlen zum Gesamtberliner Abgeordnetenhaus vom Dezember 1990 ergab sich in Gesamtberlin ebenfalls eine große Koalition von CDU und SPD. Die Handlungsfähigkeit des aus den Neuwahlen hervorgegangenen Senats in bezug auf die ambulante Versorgung wurde zunächst allerdings dadurch beeinträchtigt, daß die gesundheitliche Versorgung aus koa-

5 Interviews mjw20081; mjw22081; mew20091; mjw 02101; mjw08101.
6 Vgl. dazu etwa König (1993: 147)
7 Interviews mjw20081, mew20091, mjw22081.

litionspolitischen Überlegungen aus der bisherigen Zuständigkeit des Senators für Soziales herausgelöst und in eine neu gegründete Senatsbehörde für Gesundheit eingebracht wurde.

4.3 Verbandliche Akteure in Westdeutschland/Gesamtdeutschland

Wenden wir uns nach den staatlichen Akteuren nunmehr den *verbandlichen Akteuren* in der Situation *vor der Vereinigung* zu, so ist für den *westdeutschen* Gesundheitssektor eine Differenzierung zwischen parastaatlichen und »freien« Verbänden zweckmäßig (vgl. Abbildung 7).[8] Beiden Typen von Verbänden ist zunächst gemeinsam, daß sie über die für Verbände typischen Ressourcen wie Mitgliedermobilisierung, Lobbytätigkeit gegenüber staatlichen Akteuren, Beeinflussung der Öffentlichkeit durch Werbung und Information etc. verfügen. Parastaatliche Verbände sind »freien« Verbänden gegenüber allerdings insoweit in einer privilegierten Position, als sie über gesetzlich zugewiesene Mitglieder und über Handlungsrechte sowie -verpflichtungen bei der Durchführung staatlich gesetzten Rechts verfügen. Ihnen kommt daher eine Doppelrolle zu: Einerseits sind sie Interessenverbände, die vielfach auch in besonderer Weise an Aushandlungsprozessen über die Gestaltung von gesetzlichen Rahmenbedingungen des Politikfeldes beteiligt sind; andererseits werden sie zur Durchführung quasi-hoheitlicher Aufgaben vom Staat in Anspruch genommen. Für den Transformationsprozeß sind unter den *parastaatlichen Verbänden* die Kassenärztliche Bundesvereinigung einerseits und die Spitzenverbände der Krankenkassen andererseits hinsichtlich der Einflußmöglichkeiten auf die Entstehung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung von besonderer Bedeutung. Bei beiden Akteuren ist ex ante nicht eindeutig zu bestimmen, welche Ziele sie in bezug auf das ostdeutsche Gesundheitswesen verfolgen werden.

Für die KBV als Interessenvertretung der westdeutschen ambulant tätigen Ärzte erscheint es einerseits unmittelbar evident, daß sie zumindest dann ein ausgeprägtes Interesse an einer ihren auf das westdeutsche Gesundheitssystem bezogenen Zielvorstellungen entsprechenden Ausgestaltung der institutionellen Struktur des ostdeutschen Gesundheitssystems besitzt, wenn sie da-

8 Vgl. v.d. Schulenburg (1987a); Groser (1992a); Webber (1992); Behaghel (1994).

von ausgeht, daß Strukturentscheidungen für Ostdeutschland zumindest mittelfristig auch Auswirkungen auf das System der gesundheitlichen Versorgung in Westdeutschland und damit für die Rahmenbedingungen des Handelns der Kassenärzte haben. Andererseits wird sie zu berücksichtigen haben, daß sie künftig unter Umständen auch ostdeutsche Ärzte mit gegebenenfalls abweichenden Zielvorstellungen wird vertreten müssen. Sofern diese Überlegung allerdings als weniger gewichtig eingeschätzt wird, kann aufgrund der in Kapitel 2 skizzierten gesundheitspolitischen Entwicklungen in der Nachkriegs-Bundesrepublik davon ausgegangen werden, daß die KBV eine Ausrichtung der ostdeutschen Regelungs- und Leistungsstrukturen am westdeutschen Muster durchzusetzen beabsichtigen wird. Sie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als ein in hohem Maße strategiefähiger korporativer Akteur gezeigt, der immer dann, wenn er glaubhaft machen kann, daß er die breite Mehrheit der niedergelassenen westdeutschen Ärzteschaft vertritt, über ein beträchtliches Einflußpotential im politischen Raum verfügt (Webber 1992).

Von stärkeren Ambivalenzen als bei der KBV dürfte die Definition von Zielvorstellungen hinsichtlich der Ausgestaltung der institutionellen Arrangements der ambulanten Versorgung in Ostdeutschland bei den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen geprägt sein. Auch die Kassenverbände werden Regelungen über Steuerungs- und Leistungsstrukturen des Gesundheitssystems in Ostdeutschland einerseits unter der auf dieses Gebiet bezogenen versorgungspolitischen Perspektive, andererseits unter der Perspektive möglicher Rückwirkungen für West- beziehungsweise Gesamtdeutschland betrachten. Aufgrund der für die Nachkriegsentwicklung konstatierten relativen Verhandlungsschwäche der Krankenkassenseite gegenüber der KBV, die der Gesetzgeber (wie in Abschnitt 2.2 angesprochen) in der Kostendämpfungspolitik mehrfach zu korrigieren suchte, könnten die Krankenkassen interessiert sein, die deutsch-deutsche Vereinigung zur Stärkung ihrer relativen Position zu nutzen, was allerdings zu erheblichen Konflikten in den Beziehungen zu ihren kontinuierlichen Vertragspartnern in der Kassenärzteschaft führen würde. Neben Überlegungen zur Versorgungssituation in Ostdeutschland und Rückwirkungen auf die westdeutschen Strukturen ist bei den Krankenkassenverbänden zugleich davon auszugehen, daß sie die in individuellen wie kollektiven Kassenwahlrechten[9] begründete Kon-

9 Individuelle Kassenwahlrechte bestanden insbesondere für die Angestellten, die zwischen der zuständigen Pflichtkasse und mehreren Angestellten-Ersatzkassen wählen konnten. Kollektive Kassenwahlrechte bestanden für Betriebe und Handwerksinnungen, die nach

kurrenz zwischen den Kassenarten ebenfalls in ihre Überlegungen bei der Zielformulierung einbeziehen werden – in der Vergangenheit hatte dieser Umstand verschiedentlich die Entwicklung und Durchsetzung gemeinsamer Ziele und Handlungsstrategien beeinträchtigt, was in Fällen, in denen die kassenärztliche Versorgung berührt war, regelmäßig in einer gestärkten Position der KBV mündete.[10]

Unter den Spitzenverbänden der Krankenkassen kommen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), dem Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK-BV) und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-BV) besonderes Gewicht bei: Jeder dieser drei Verbände kann beachtliche politische Unterstützung mobilisieren. Die Strategiefähigkeit von AOK-BV und BKK-BV ist allerdings durch die bei ihnen realisierte paritätische Selbstverwaltung eingeschränkter als die des VdAK, dessen Selbstverwaltung nur aus Versichertenvertretern besteht (Veith 1988: 66–69). Beim AOK-BV treten zusätzliche Restriktionen durch das vergleichsweise große Gewicht der AOK-Landesverbände bei der Entscheidungsfindung hinzu (Interview mjw28121).

Unter den *»freien« Verbänden* sind zunächst die bundesweit tätigen fachgebietsübergreifenden Ärzteverbände (insbesondere der Hartmannbund,[11] der Verband der niedergelassenen Ärzte – NAV und der Marburger Bund) und die fachgebietsbezogenen Ärzteverbände für den Transformationsprozeß von Bedeutung. Wie bei der KBV ist auch bei diesen Verbänden davon auszugehen, daß sie zumindest dann, wenn sie annehmen müssen, daß Strukturentscheidungen für das Gesundheitssystem in Ostdeutschland auf ihre westdeutschen Mitglieder zurückwirken, ausgesprochen intensive Interessen bezüglich dessen Ausgestaltung besitzen, die sich an einer Übernahme des westdeutschen Modelles orientieren dürften. Soweit sie allerdings auch auf eine Ausdehnung nach Ostdeutschland ausgerichtete Interessen verfolgen, werden sie die Zielvorstellungen (potentieller) ostdeutscher Mitglieder einzubeziehen haben.

Da die freien Verbände keine Doppelfunktion – zugleich Interessenverband und öffentlich-rechtliche Körperschaft mit gesetzlich zugewiesenen Aufgaben – wahrnehmen (müssen), können sie die Mitgliederinteressen vehementer in der Öffentlichkeit artikulieren als die KBV. Zu den Ressourcen

---

Mehrheitsentscheidung der Beschäftigten Betriebs- beziehungsweise Innungskrankenkassen errichten konnten (vgl. dazu Enquete-Kommission 1990a).

10 Vgl. dazu etwa Griesewell (1985); Rosewitz/Webber (1990); Veith (1988: 147–150).

11 Vgl. dazu Groser (1992a).

dieser Verbände (mit Ausnahme des in erster Linie die Krankenhausärzte repräsentierenden Marburger Bundes) gehört neben der »normalen« Verbandstätigkeit auch ihr Einflußpotential auf die KVen und die KBV: Die Verbände bemühen sich, bei den Wahlen zu den Vertreterversammlungen und Vorständen dieser kassenärztlichen Selbstverwaltungsgremien Mehrheiten zur Durchsetzung ihrer berufspolitischen Zielvorstellungen zu gewinnen (dazu: Behaghel 1993; 1994).

Zu den »freien Verbänden« können im vorliegenden Zusammenhang auch die Spitzenverbände der Sozialpartner – Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) sowie Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG) – gerechnet werden. Zunächst mag fraglich erscheinen, ob diese Verbände über allgemeine ordnungspolitische Interessen hinaus spezifische Vorstellungen hinsichtlich der Ausgestaltung des ostdeutschen Gesundheitssystems verfolgen, ist das Gesundheitssystem doch nur einer von vielen Wirtschaftssektoren. Schnittstellen zu ihrem Wirkungsfeld ergeben sich allerdings zunächst darüber, daß beide Seiten über die Besetzung der Selbstverwaltungskörperschaften der Krankenkassen und ihrer Verbände an gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Des weiteren bewirkt die hälftige Beitragsaufbringung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer, daß sich kostenrelevante Entscheidungen über die Versorgungsstrukturen in Lohnnebenkosten der Arbeitgeber und Lohnabzügen der Beschäftigten widerspiegeln. So haben denn auch beide Seiten wiederholt gesundheitspolitische Programme beschlossen. Innerhalb des DGB gilt darüber hinaus, daß mit der ÖTV eine Einzelgewerkschaft Beschäftigte des Gesundheitssystems vertritt,[12] so daß hier zum einen davon auszugehen ist, daß beschäftigungsrelevanten Entscheidungen der Gesundheitspolitik Bedeutung zugemessen wird, zum anderen aber auch versorgungspolitische Dimensionen der Gesundheitspolitik zum Interessenbereich gehören. Der DGB hat hierbei (wie in Abschnitt 2.1 skizziert) in der Vergangenheit verschiedentlich Reformmodelle propagiert, in denen die ambulante Versorgung nicht mehr nur durch niedergelassene Ärzte, sondern auch durch kooperative, auch nichtärztliche Gesundheitsberufe einschließende Einrichtungen wahrgenommen würde,[13] während die Versorgungsstrukturen in den Arbeitgeber-Programmen nur von untergeordneter Bedeutung waren.

12 Dies gilt auch für die DAG.
13 Vgl. Schmidt et al. (1988b: 102–112).

Zu den Ressourcen beider Seiten gehört neben den generellen Möglichkeiten, die öffentliche Meinung zu mobilisieren und im politischen Raum Befürworter der jeweiligen Auffassungen zu gewinnen, aufgrund der Selbstverwaltung der GKV auch die Möglichkeit der Einflußnahme auf die inhaltlichen Positionen der Krankenkassenverbände.

4.4 Verbandliche Akteure in Ostdeutschland

Betrachten wir die Akteurszene *vor der Vereinigung* in Ostdeutschland, so ist auffällig, daß die für das westdeutsche Steuerungssystem der Gesundheitsversorgung typischen parastaatlichen Verbände hier aufgrund der (in Abschnitt 2.2 untersuchten) Zentralisierung der gesundheitspolitischen Regelungs- und Leistungsstrukturen auf die staatlichen Organe fehlten. Als quasi-parastaatlicher Akteur ist zwar die FDGB-Gewerkschaft »Gesundheit und Sozialwesen« anzusehen, die jedoch wie der FDGB insgesamt mit der Wende in der DDR rapide an Ansehen und Repräsentationskraft verlor.

Aus der Perspektive der betroffenen Individuen bedeutete das Fehlen parastaatlicher Akteure verminderte Chancen, daß ihre Interessen zur Geltung kommen konnten. Aus der Perspektive staatlicher und verbandlicher Akteure, die an Steuerung des Politikfeldes interessiert sind, konnte dieses Fehlen je nach Konstellation die Durchsetzung ihrer Steuerungsabsichten erleichtern oder erschweren.[14]

---

14 In Fällen, in denen davon auszugehen wäre, daß die staatlichen Akteure beabsichtigten, Maßnahmen zu ergreifen, die sich gegen die Interessen der durch Verbände vertretenen Individuen richteten, wäre dann, wenn die Verbände – einer »logic of membership« folgend (Schmitter/Streeck 1981: 49–50) – ihre Ressourcen zur Gegensteuerung gegen die Absichten der staatlichen Akteure einsetzen würden, mit einer erschwerten Durchsetzungschance für staatliches Handeln zu rechnen, so daß die Abwesenheit der verbandlichen Akteure die Durchsetzbarkeit der steuerungspolitischen Absichten begünstigen würde. Würden die Verbände in dieser Situation dagegen – einer »logic of influence« folgend, da um längerfristige Einflußwahrung bedacht (Schmitter/Streeck 1981: 49–50) – das staatliche Politikziel gegen die eigene Mitgliedschaft unterstützen, ginge der Staat aus einer Situation mit Verbänden gestärkt im Vergleich zu einer Situation ohne Verbände hervor. Dies gilt entsprechend, wenn staatliches Ziel und Interessen der potentiell von Verbänden vertretenen Individuen ohnehin zusammenfallen (vgl. dazu auch Schimank/Wasem 1995).

Mit der Vereinigung wurden die hier betrachteten westdeutschen parastaatlichen Verbände auf Bundesebene (KBV, Spitzenverbände der Krankenkassen) qua gesetzlicher Regelung auch auf Ostdeutschland ausgedehnt, mutierten also zu »gesamtdeutschen« Akteuren. In dieser Eigenschaft hatten sie – der (in Abschnitt 2.2 beschriebenen) Kompetenzzuweisungsstruktur des bundesdeutschen Gesundheitssystems entsprechend – die Chance, an der Umsetzung der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des EV mitzuwirken und somit die gesundheitspolitische »Landschaft« in Ostdeutschland zu beeinflussen. Diese Einflußmöglichkeiten über die Ressource »Rechtsetzung« können weit überwiegend nur von KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam wahrgenommen werden. Je für sich können diese Beteiligten hingegen die Einflußmöglichkeiten über die Ressource »Information« der übrigen beteiligten Akteure nutzen.

Zugleich schuf der Einigungsvertrag die in Westdeutschland auf Landesebene bestehenden parastaatlichen Verbände auch für die neuen Länder: *Kassenärztliche Vereinigungen* und *Verbände der Krankenkassen* sowie *Ärztekammern*. Bei allen drei Typen kann davon ausgegangen werden, daß sie über spezifische Zielvorstellungen bezüglich der Ausgestaltung der Strukturen des ostdeutschen Gesundheitssystems verfügten, die insbesondere von der Interessenlage ihrer Mitglieder bestimmt gewesen sein dürften.

Die bedeutendste Ressource der KVen ist ihr Verteilungsmonopol für Kassenarzthonorare. Daneben verfügen sie gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen über Entscheidungskompetenzen hinsichtlich der Gesamtvergütung und der Zulassung von Ärzten zur Versorgung der GKV-Versicherten. Schließlich verfügen beide Seiten gegenüber politischen Akteuren, gegenüber ihren Vertragspartnern und auch gegenüber den individuellen Mitgliedern (Ärzten bei den KVen; Krankenkassen beziehungsweise Versicherte bei den Krankenkassenverbänden) über die Ressource »Information« (etwa über abgerechnete Leistungen und die Wirkungen von möglichen Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen gegenüber Politik und Krankenkassen; über rechtliche Regelungen gegenüber den einzelnen Ärzten).

Während die neuen ostdeutschen KVen, mit intensiver westdeutscher Unterstützung, bereits kurz nach dem Beitritt zumindest teilweise funktionsfähig waren, konzentrierten sich die westdeutschen Krankenkassen – auch, um im »Kampf um Mitglieder« im »neuen Territorium« (Windhoff-Héritier 1992) einen jeweils möglichst großen Anteil der GKV-Mitglieder versichern zu können – zunächst auf die Unterstützung beim Aufbau der ostdeutschen Krankenkassen (Schräder/Jacobs 1996: 236), stellten den Ausbau der Krankenkassenverbände demgegenüber hintan. Damit aber waren hinsichtlich der

Frage der Struktur der ambulanten Versorgung die ostdeutschen KVen strukturell in einer günstigeren Ausgangssituation als ihre Verhandlungspartner, die Krankenkassenverbände.

Gegenüber den KVen und den Verbänden der Krankenkassen sind die Ärztekammern nur mit vergleichsweise wenig »harten« Ressourcen ausgestattet, da sie zwar Expertise liefern können und aufgrund ihrer berufsethischen Aufgaben ein hohes öffentliches Ansehen besitzen, jedoch weder finanzielle Mittel verteilen können noch über rechtlich abgesicherte Mitwirkungsmöglichkeiten an Steuerungsentscheidungen der ambulanten ärztlichen Versorgung verfügen (Offermanns 1990).

Auch in bezug auf die parastaatlichen Verbände gilt für Berlin eine Sonderrolle: Hier waren keine neuen Verbände zu errichten; vielmehr wurden die bislang für Westberlin zuständigen Institutionen (KV, Landesverbände der Krankenkassen, Ärztekammer) auf Ostberlin ausgedehnt.[15]

In der unmittelbar der Wende in der DDR folgenden Phase fehlten zunächst dort nicht nur parastaatliche, sondern auch *freie Verbände*. In der Folgezeit entwickelten sich dann allerdings sehr rasch zwei Typen von Ärzteverbänden (Überblick bei Erdmann 1992): Einerseits entstanden spezifische ostdeutsche Verbände, andererseits »Ost-Ableger« der westdeutschen Ärzteverbände, die teilweise bereits vor der Vereinigung, ansonsten nach der Vereinigung offiziell mit den westdeutschen Verbänden zu Gesamtverbänden fusionierten. Einen Sonderfall stellt die Entwicklung des zunächst ostspezifischen »Virchow-Bundes« dar, der im Laufe des Jahres 1990 mit dem westdeutschen NAV eine Kooperation begann und 1991 mit ihm fusionierte. Hinsichtlich beider Typen von Verbänden ist unmittelbar evident, daß sie intensive spezifische Interessen an der Ausgestaltung des ostdeutschen Gesundheitssystems hatten. Im Falle originär ostdeutscher Ärzteverbände werden deren Zielvorstellungen sich an ihrer Mitgliedschaft orientiert haben. Bei den »Ost-Ablegern« westdeutscher Verbände wird die Herausbildung von Zielvorstellungeng hingegen dadurch gekennzeichnet gewesen sein, daß sie sowohl ihre westdeutsche Klientel als auch die ostdeutsche Klientel zu bedienen hatten.[16]

---

15 Für die KV Berlin siehe § 311 Abs. 4 Buchst. d) Satz 2 SGB V i.d.F. d. EV. Für die AOK Berlin siehe § 312 Abs. 2 Buchst. a) Satz 3 SGB V i.d.F. d. EV. Für die Ärztekammer Berlin folgt dies aus § 2 Abs. 1 Satz 2 Berliner Kammergesetz.

16 Vgl. zum Spannungsverhältnis zwischen der Verfolgung »westdeutscher« und »ostdeutscher« Interessen westdeutscher Verbände im Transformationsprozeß etwa Wiesenthal/Ettl/Bialas (1992) sowie Wielgohs/Wiesenthal (1995).

Die spezifisch ostdeutschen Verbände verfügten im Regelfall nicht nur über geringere materielle Ressourcen zur Durchsetzung ihrer Interessen als die Ableger westdeutscher Ärzteverbände, sondern auch über geringere Professionalität sowohl in der Binnenorganisation als auch in der Außendarstellung und Beeinflussung der öffentlichen Meinung und der staatlichen Akteure (Erdmann 1992).

4.5 Polikliniken und ihre Träger

Wenden wir uns nunmehr der *Mikroebene* zu, so stoßen wir dort zunächst auf die »poliklinischen Einrichtungen«, also jene Leistungsorganisationen, in denen die ambulante medizinische Versorgung bis zur Wiedervereinigung weit überwiegend durchgeführt wurde. Den zahlreichen (am 31.12.1989 waren es 5 248; ISD 1990: 277) Einrichtungen ist gemeinsam, daß sie in der Binnenstrukturierung aus mehreren Typen von Akteuren bestehen: den Eigentümern beziehungsweise »Trägern« der Einrichtung, den Poliklinik-Leitern, den in den Einrichtungen tätigen Ärzten und dem übrigen Personal. Inwieweit die poliklinischen Einrichtungen für die von uns untersuchte Phase intern hinreichend einheitlich strukturiert waren, um selber *als Organisationen* handeln und damit (entsprechend der in Abschnitt 1.1 entwickelten Überlegungen) als eigenständige korporative Akteure angesehen werden zu können, muß in diesem Stadium der Untersuchung noch offen bleiben.

Träger der poliklinischen Einrichtungen sind für die weit überwiegende Mehrzahl der Einrichtungen die kreisfreien Städte und Kreise. Die Träger der poliklinischen Einrichtungen werden im Transformationsprozeß einerseits als Adressaten der Steuerung durch die korporativen Akteure der Makroebene in Erscheinung treten, da jene versuchen können, die Entscheidungen der Kommunen in die Richtung ihrer Zielvorstellungen zu beeinflussen. Andererseits liegt nahe, daß die Kommunen ihrerseits zugleich auch für das Geschehen in den zu ihrem Bereich gehörenden poliklinischen Einrichtungen steuernde Akteure sind: Zum einen werden sie aufgrund ihrer kommunalen Gesamtverantwortung wie in ihrer Eigenschaft als Polikliniktäger spezifische, auf ihren kommunalen »Mikrokosmos« bezogene arbeitsmarkt-, gesundheitsversorgungs- und finanzpolitische Zielvorstellungen bezüglich der Entwicklung der ambulanten Versorgungsstruktur entwickeln. Des weiteren verfügen sie über für die Steuerung der Versorgungsstruktur zentrale Ressourcen wie Personalhoheit, Gebäude der poliklinischen Versorgung und Kommunalfinanzen. So-

fern die durch die korporativen Akteure der Makroebene gesetzten Rahmenbedingungen es zulassen, haben die Kommunen daher erheblichen Einfluß etwa darauf, ob eine poliklinische Einrichtung fortgeführt wird, in welchen Organisationsstrukturen und mit welchen einzelnen Beschäftigungsverhältnissen die poliklinische Einrichtung betrieben wird etc. Auch können sie über Art und Umfang möglicher Investitionen in die medizinisch-technische und bauliche Infrastruktur der Einrichtungen entscheiden. Beabsichtigen bislang in einer Einrichtung beschäftigte Ärzte sich niederzulassen, hat der Träger gegebenenfalls Entscheidungen über die Form der Kooperation in bezug auf die Niederlassung zu treffen.

Die ostdeutschen Kreise und kreisfreien Städte waren allerdings – zumal zu Beginn des Transformationsprozesses – in vielfacher Weise in ihrer Handlungsfähigkeit beschränkt. Zwar stellt die kommunale Ebene »das einzige Stück institutioneller Kontinuität im Übergang von der alten DDR in die neue Bundesrepublik dar« (Wollmann 1991: 237) – und im Vergleich zu den kreisangehörigen Gemeinden, denen in der ehemaligen DDR als eigenständigen politischen Instanzen »so gut wie keine Bedeutung« zukam (Berking/Neckel 1992: 153), so daß hier, gemessen an westdeutschen Maßstäben, eine funktionsfähige Kommunalverwaltung nie bestanden hat, waren die Kreise und kreisfreien Städte im politischen System der DDR eine wichtige Steuerungsebene. Allerdings hatte die SED 1952 im Zuge der Bemühungen um Machtkonzentration die bis dahin bestehenden Kreise zerschlagen und die Größenordnungen der Kreise wesentlich reduziert, so daß diese nach der Wende für die neuen Aufgaben nur mehr suboptimale Größenordnungen aufwiesen (Knemeyer 1993: 279–280). Zudem gilt auch für die Kreise, daß nach dem Zerfall des alten Regimes die leitenden politischen Funktionen im Regelfall von Personen eingenommen wurden, die bislang über keinerlei politische Erfahrungen verfügten. Hinzu kam, daß die Kreisverwaltungen bislang auf die Unterstellung sowohl unter die Bezirke als auch unter die örtlichen Parteileitungen eingestellt waren, deren beider Wegfall[17] die Verwaltungen weitgehend orientierungslos machte (Bernet 1992: 27–29) – eine Situation von der sich die Kreise insbesondere in der ersten Zeit nach dem Beitritt vielfach noch nicht wieder erholt hatten, zumal nunmehr die Fülle des neuen, kaum bekannten, bundesdeutschen Rechts die Möglichkeiten zu zielgerichtetem Handeln weiter erschwerte und die Hand-

17 Die Parteileitungen brachen mit dem Rücktritt des Zentralkomitee (ZK) der SED im November 1989 ein; die Bezirke entfielen mit dem Beitritt, soweit sie nicht in Regierungsbezirke bundesdeutschen Typs umgewandelt wurden.

lungsfähigkeit der Kreise anfänglich zudem auch wegen ihrer dünnen Finanzdecke problematisch war (dazu: Karrenberg 1993).

Bei der Analyse des Handelns der Kommunen als Träger der Polikliniken muß es der empirischen Untersuchung vorbehalten bleiben, zu eruieren, ob es für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand hinreichend ist, »die Kommune« als hinsichtlich ihrer Binnenstruktur nicht weiter thematisierten einheitlichen Akteur einzubeziehen, oder ob auf die relevanten Akteure innerhalb der Kommunen zurückzugreifen ist: Zwar mag es plausibel erscheinen, eine Kommune im Außenhandeln (z.B. gegenüber dem Land) als hinreichend einheitlich strukturierten korporativen Akteur zu betrachten, bei internen Entscheidungsprozessen der Kommunen ist jedoch nicht unwahrscheinlich, daß unterschiedliche Akteure mit je verschiedenen Präferenzen und Ressourcen agieren und dies ein einheitliches Handeln (z.B. gegenüber den poliklinischen Einrichtungen) nicht zuläßt. Für den Untersuchungsgegenstand zentrale Akteure innerhalb der kreisfreien Städte beziehungsweise Kreise sind seit der Kommunalwahl vom Mai 1990 zum einen der Hauptverwaltungsbeamte (bei kreisfreien Städten: der Oberbürgermeister, bei Landkreisen: der Landrat) sowie die betroffenen Dezernate (insbesondere das für das Gesundheitssystem zuständige Dezernat, aber auch – soweit es um finanzielle Fragen sowie um Immobilienangelegenheiten geht – die Kämmerei), zum anderen die Kommunalpolitiker (bei kreisfreien Städten: Mitglieder der Stadtverordnetenversammlung, bei Landkreisen: Mitglieder des Kreistages), wobei den Mitgliedern der für das Gesundheitssystem beziehungsweise für die Stadt- beziehungsweise Kreisfinanzen zuständigen Ausschüsse besonderes Gewicht beizumessen sein dürfte.

Auch was die kommunale Ebene anbetrifft, bildet Berlin wiederum insoweit eine Ausnahme, als dort die Steuerungsmöglichkeiten der politischen Akteure auf der Landesebene (Magistrat beziehungsweise Senat, Stadtverordnetenversammlung beziehungsweise Abgeordnetenhaus) in die »Bezirke« hinein deutlich größer sind als die Einwirkungsmöglichkeiten der anderen Länder auf ihre Kreise und kreisfreien Städte und die in den übrigen neuen Bundesländern geltende Aufgabentrennung zwischen Land und Kommunen sich hier vermischt.[18] Da zugleich mit dem Land Berlin – wie gesehen – ein tendenziell handlungsfähigerer Akteur als mit den neuen Bundesländern zur Verfügung steht, kann vermutet werden, daß die kommunale Ebene hier

18 Vgl. insbesondere das Allgemeine Zuständigkeitsgesetz sowie die hierzu ergangene Durchführungsverordnung sowie das Bezirksverwaltungsgesetz von Berlin.

stärker als in den übrigen neuen Ländern als steuernder Akteur (und entsprechend weniger stark als ein von den korporativen Akteuren der Makroebene gesteuerter Akteur) in Erscheinung treten wird. Die Handlungsfähigkeit der kommunalen Ebene wird in Berlin allerdings dadurch beeinträchtigt gewesen sein, daß die Ostberliner Bezirke erst mit den Kommunalwahlen vom Mai 1990 konstituiert wurden und ab diesem Zeitpunkt bis März 1992 sieben der elf Bezirksgesundheitsräte ihr Amt (zumeist in Auseinandersetzungen um die Poliklinik-Frage) verloren (Tagesspiegel vom 19.3.1992).

Wenn auch die Kommunen für die überwiegende Mehrheit der ambulanten Einrichtungen als Träger anzusprechen sind, so nehmen diese Funktion für Teilsegmente der poliklinischen Versorgung auch andere Organisationen/Körperschaften wahr: Soweit es sich um Universitätspolikliniken handelt, ist das jeweilige Land Träger der Einrichtungen; innerhalb der Landesregierung ist das für Hochschulangelegenheiten zuständige Ressort verantwortlich. Handelt es sich um ambulante Einrichtungen an Krankenhäusern in kirchlicher Hand, sind die Kirchen die anzusprechenden Träger. Bei den Betriebspolikliniken, waren zwar generell die Kommunen deren Träger (geworden),[19] soweit Fragen der Gebäudewirtschaft etc. angesprochen waren, ergaben sich jedoch weiterhin auch Berührungspunkte mit den Betrieben.

4.6 Ärzte in ambulanten Einrichtungen

Aus dem in den poliklinischen Einrichtungen zur Zeit der Wende beschäftigten Personal kommt den Ärzten im Transformationsprozeß gegenüber den übrigen Beschäftigtengruppen eine besondere Bedeutung zu, ist es doch die Form der *ärztlichen* Berufsausübung, durch die sich das ambulante westdeutsche und das ambulante ostdeutsche Gesundheitssystem besonders unterschieden. Wie auch in der übrigen Bevölkerung gründeten sich ab Oktober 1989 an vielen Orten in der DDR ärztliche Protest- und Reformgruppen, zumeist lose Verbindungen auf lokaler Ebene, die Ende 1989/Anfang 1990 teilweise in die Gründung regionaler, teilweise auch DDR-weiter Ärzteverbände übergingen.[20]

Damit einher gingen – in den neugegründeten Reformgruppen und -verbänden, aber auch in den poliklinischen Einrichtungen – vielfach intensive

19 Vgl. dazu Abschnitt 5.2.
20 Einen Überblick über die »Verbändeszene« in dieser Phase gibt Erdmann (1992: 331–339).

und engagierte Reformdebatten. Auch wenn Informationen über das bundesdeutsche Gesundheitssystem in groben Umrissen bei der Mehrzahl der Ärzte vorhanden waren:[21] für die meisten Ärzte begann nunmehr erstmals eine intensive Auseinandersetzung mit den Systemalternativen in der Gesundheitsversorgung und den generell sowie persönlich daraus entwickelbaren Optionen der Formen ärztlicher Berufsausübung.

Aus der ersten Zeit unmittelbar nach dem Fall der Mauer existieren keine Daten über die Situationsbewertungen und Zielvorstellungen der Ärzte in den poliklinischen Einrichtungen. Quantitatives (und zudem qualitatives) Material liegt erst mit einer im März und April 1990 von der Abteilung für Medizinsoziologie der Universität Göttingen und dem damaligen (DDR-)Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes (ISOG) durchgeführten postalischen Befragung von Ärzten des Bezirkes Halle vor (Felsch et al. 1991; Wilhelm et al. 1993):[22] Es handelt sich hierbei also um einen Zeitraum, in dem die Diskussion um die ostdeutschen Polikliniken in der Bundesrepublik bereits entbrannt war und die westdeutschen Ärzteverbände seit kurzem in Ostdeutschland aktiv geworden waren,[23] während die ostdeutschen politischen Akteure noch unisono proklamierten, daß diese Einrichtungen in Ostdeutschland integraler Bestandteil der Versorgung bleiben würden. Der Verfasser hat zudem neben einer Reihe von Experteninterviews Anfang 1991 zwei Gruppendiskussionen ostdeutscher Ärzte um eine Rekonstruktion der unmittelbaren Ausgangssituation bemüht.

Aus den vorliegenden Materialien ergibt sich insgesamt das Bild, daß die ostdeutschen Ärzte in der Zeit bis März/April 1990 in ihrer überwiegenden Mehrheit bestimmte Situationseinschätzungen und Zielvorstellungen teilen: Sie wünschen sich zuvörderst eine Aufwertung von sozialer Stellung und Ansehen des Arztes – im Gegensatz zu der »sozialistischen Gleichmacherei« (Wilhelm et al. 1993: 186). Hiermit einher geht (gerade auch nach dem nunmehr kontinuierlich möglichen Vergleich mit den westdeutschen Kollegen) der Wunsch nach verbesserten Einkommen.[24]

---

21 Vgl. auch Erdmann (1992: 328).

22 Die im folgenden aus dieser Untersuchung von ISOG und der Abteilung Medizinsoziologie der Universität Göttingen verwendeten Daten stammen teilweise *nicht* aus den Veröffentlichungen aus diesem Projekt, sondern sind aus Auszählungslisten und einem Tabellenband errechnet, den Dr. Jürgen Wilhelm von der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Göttingen dem Verfasser dankenswerterweise zur Verfügung gestellt hat.

23 Vgl. dazu unten Abschnitt 5.1 und 5.2.

24 Vgl. Wilhelm et al. (1993: 158); Erdmann (1992: 328); Ergebnisse der Gruppendiskussionen.

Gemeinsam ist den meisten Ärzten auch der Wunsch nach einer Verbesserung der medizinischen Handlungsmöglichkeiten. Hierbei bemühte sich die Mehrzahl der Ärzte offenbar um eine differenzierte Beurteilung der Leistungsfähigkeit des ostdeutschen Gesundheitssystems im Vergleich zu seinem westdeutschen Gegenüber: So sehen sie eher weniger Verbesserungspotentiale in der Prävention und in der Chronikerbetreuung, halten sie doch in diesen Bereichen das bisherige DDR-Gesundheitssystem überwiegend für erfolgreich.[25]

Demgegenüber artikuliert eine große Mehrheit Wünsche nach einer besseren medizinisch-technischen Ausstattung – allerdings besteht zugleich bei vielen der Eindruck, in den westdeutschen Arztpraxen sei »die Welt der Apparate zu stark in den Vordergrund gerückt« (Wilhelm et al. 1993:177). Strukturelemente des ostdeutschen Gesundheitssystems wie eine von den Ärzten gesehene Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Kooperation zwischen Ärzten, aber auch Kooperation zwischen Ärzten und nichtärztlichem Gesundheitspersonal, werden weit überwiegend als erhaltenswert angesehen (Wilhelm et al. 1993: 187, 191).

Die große Mehrheit der Ärzte wünscht sich schließlich eine Vergrößerung der Autonomie in der Arbeitsgestaltung: Insgesamt hatte sich in den achtziger Jahren gezeigt, daß nur rund die Hälfte der ambulant tätigen Ärzte in der DDR mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden war.[26] Besonders die bisherige strikte Reglementierung des ärztlichen Arbeitsalltags durch Vorgaben des Staates beziehungsweise der Poliklinikleitungen wird als des professionellen Status unwürdig empfunden. Verbesserungen erhofft man sich etwa hinsichtlich »Vorgaben, Reglementierung, fachfremden Bürokratismus, Berichtswesen (Statistiken) und anderen beruflich nicht gerechtfertigten Kontrollen« (Wilhelm et al. 1993: 160). Positiv an den bisherigen Arbeitsbedingungen empfinden sie hingegen weit überwiegend die Kollegialität und das Fehlen von Konkurrenz zwischen den Ärzten (Wilhelm et al. 1993: 151, 171).

Gilt hierbei, daß »Kritik und Befürwortung [des bisherigen DDR-Gesundheitswesens] in ihrer inneren Widersprüchlichkeit bei nahezu jedem Arzt zu erkennen sind« (Wilhelm et al. 1993: 188), so wird zugleich das bundesdeutsche ambulante Gesundheitssystem von einer großen Mehrheit der Ärzte ebenfalls ambivalent beurteilt: Zwar werden die freie Niederlassungsmöglichkeit, die Pluralität der Finanzierungsstrukturen und die größere Res-

25 Vgl. Wilhelm et al. (1993: 187, 191); Interviews mjw22031; mjw19071.
26 Vgl. Wiesenhütter (1991: 24) mit Hinweisen auf weitere Untersuchungen.

sourcenausstattung überwiegend positiv beurteilt; andererseits jedoch werden – neben der bereits angesprochenen, vermuteten »Übertechnisierung« – insbesondere »ärgerliche Polypragmasie aus Gewinnstreben und ohne entsprechende medizinische Indikation« und eine »absolute Privatisierung des ambulanten Sektors« (Wilhelm et al. 1993: 187) überwiegend kritisiert.

Stimmt so auf der einen Seite eine große Mehrheit der Ärzte in zentralen Beurteilungen und Zielvorstellungen überein, so lassen sich andererseits die Ärzte spätestens seit März/April 1990[27] in der Frage, welche Schlußfolgerungen daraus für das ostdeutsche Gesundheitssystem insgesamt und für die individuelle berufliche Zukunft gezogen werden, nicht mehr als einheitliche »aggregierte« Akteure[28] begreifen.

Dies gilt besonders bezüglich der »Niederlassungsfrage«, die bei den Reformdiskussionen von Beginn an immer von erheblicher Bedeutung gewesen ist. Dabei wird die »Niederlassungsfrage« von den Ärzten in den ersten Monaten zunächst noch weitgehend losgelöst von möglichen gesundheitspolitischen Anpassungserfordernissen an deutsch-deutsche Entwicklungen diskutiert: Zwar bietet das westdeutsche Gesundheitssystem einen Bezugspunkt, mit Blick auf welchen das eigene System und seine möglichen Veränderungen betrachtet wird, aber bis etwa in die Wochen vor der Volkskammerwahl (18. März 1990) hinein gehen die meisten Ärzte davon aus, daß die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems »DDR-intern« erfolgen wird.[29] Auf der anderen Seite erwarten die meisten Ärzte bereits sehr früh, daß Niederlassungen künftig in jedem Falle wieder zugelassen und damit *ein* Bestandteil einer kommenden gesundheitlichen Versorgungsstruktur sein werden.[30]

---

27 Die geführten Gruppendiskussionen und Einzelinterviews legen nahe, daß die folgenden, auf die Untersuchung im Bezirk Halle im Frühjahr 1990 gestützten Aussagen im Grundsatz und in der Tendenz auch für die Zeit von Oktober 1989 bis März 1990 gelten.

28 Zu den theoretischen Überlegungen, die zur Kategorisierung von Akteuren geführt haben, vgl. Abschnitt 1.1.

29 Ergebnis der Gruppendiskussionen. Daß dies auch die Sicht der Gesundheitspolitiker aller DDR-Parteien in dieser Phase war, ist etwa an ihren gesundheitspolitischen Positionen im Vorfeld der Volkskammerwahl zu erkennen (vgl. dazu: Ärzte-Zeitung vom 29.2.1990).

30 Ein erstes »Signal« in diese Richtung setzte der DDR-Gesundheitsminister der Modrow-Regierung, Thielmann, in zwei Schreiben an die Bezirksärzte im Februar 1990, in denen er zwar bekräftigt, daß das staatliche Gesundheitssystem »tragendes Prinzip der medizinischen Versorgung in der DDR« sei, die Niederlassungsanordnung von 1961 fortgelte und Niederlassungen nur nach den »örtlichen Realisierungsmöglichkeiten« und nach »Abstimmung mit der Verwaltung der Sozialversicherung« zulässig seien, jedoch zugleich für Entscheidungen über Niederlassungsanträge zuständigen Kreisärzten nahelegt, auf die bisherige »restriktive Handhabung« der Niederlassungsanträge künftig zu verzichten (vgl. die Zeitschrift Virchow-Bund 1 (1990): 21).

Tabelle 5 Typen ambulant tätiger Ärzte im März/April 1990 (Bezirk Halle, N = 847)

Entschlossen Niederlassungswillige	9,8%
Bedingt Niederlassungswillige	28,0%
Bedingte Polikliniker	26,6%
Entschlossene Polikliniker	28,2%
Nicht einzuordnen[a]	7,4%
Gesamt	100,0%

a Z.B.: Wechsel in den stationären Sektor geplant.

Quelle: Tabellenband und Auszählungslisten der Ärztebefragung Bezirk Halle 1990; von Dr. Wilhelm (Göttingen) zur Verfügung gestellt.

Mit dem Aufflammen der Kontroversen zur Poliklinikfrage in der Bundesrepublik beginnen die Ärzte erstmals zu realisieren, daß die künftige Gestaltung der Strukturen des ostdeutschen ambulanten Gesundheitswesens unter Umständen entscheidend auch von externen Einflüssen, nämlich gesundheitspolitischen Entscheidungen in der Bundesrepublik, abhängt.[31]

Spätestens für den Zeitraum der Befragung im Raum Halle (März/April 1990) erscheint es realistisch, in bezug auf den Niederlassungskomplex von vier Ärzte-»Typen« auszugehen, die sich in den Schlußfolgerungen, die sie für sich und für das ambulante Gesundheitssystem insgesamt ziehen, unterscheiden (vgl. Tabelle 5).

Ein erster Ärztetypus läßt sich als »*entschlossen Niederlassungswillige*« charakterisieren: Hierunter sollen solche ambulant tätigen Ärzte verstanden werden, die als angestrebte Form künftiger Tätigkeit die Niederlassung angeben und diese »auf jeden Fall« realisieren wollen. Nach den Daten der Hallenser Befragung waren zu diesem Zeitpunkt 83 von 847 Ärzten (also 9,8 Prozent) dieser Gruppe zuzurechnen. Es handelt sich signifikant überproportional um jüngere Ärzte (vgl. Tabelle 6). Die entschlossen Niederlassungswilligen haben im März/April 1990 signifikant überdurchschnittlich häufig eine »optimistische« Grundhaltung.[32]

31 Ergebnis der Gruppendiskussionen sowie Interviews mjw28091, mjw29091. Die Daten aus der Hallenser Untersuchung von März/April 1990 spiegeln daher vermutlich diesen Effekt bereits teilweise wider.

32 Während sich von allen befragten ambulant tätigen Ärzten 30 Prozent als »optimistisch« einschätzten, waren es bei den entschlossen Niederlassungswilligen 74 Prozent (berechnet nach Tabellenband aus der Befragung im Bezirk Halle, von Dr. Wilhelm, Göttingen, zur Verfügung gestellt).

Tabelle 6 »Typen« der Ärzte nach Altersgruppen (Bezirk Halle, %)

Typen	Alter				N
	< 35 J.	35–44 J.	45–54 J.	> 54 J.	
Entschlossen Niederlassungswillige	29	35	32	4	83
Bedingt Niederlassungswillige	28	32	37	3	237
Bedingte Polikliniker	24	19	49	8	225
Entschlossene Polikliniker	14	12	56	17	239
Alle Ärzte[a]	22	22	45	11	847

a Einschließlich nicht zu einem Typ zuordbarer Ärzte.

Quelle: Tabellenband und Auszählungslisten der Ärztebefragung Bezirk Halle 1990; von Dr. Wilhelm (Göttingen) zur Verfügung gestellt.

Die entschlossen Niederlassungswilligen äußern zum einen, daß für sie persönlich die angestrebten Verbesserungen am ehesten durch »Selbständigkeit« und »Privatmachen« (Wilhelm et al. 1993: 160) erreichbar sind. Zugleich treten sie aber auch entschieden dafür ein, daß der Anteil der poliklinischen Einrichtungen an der Versorgung möglichst rasch verringert wird, ihre individuelle Absicht also von einer entsprechend deutlichen und schnellen Umsteuerung des gesamten Sektors begleitet wird (vgl. Tabelle 7). Auch sprechen diese Ärzte sich signifikant deutlicher als die Gesamtheit der befragten ambulant tätigen Ärzte dafür aus, die poliklinischen Einrichtungen in Ärztehäuser für Einzel- oder Gruppen- beziehungsweise Gemeinschaftspraxen umzuwandeln.[33] Auch diese Gruppe plädiert allerdings »keineswegs nur für eine Übernahme des westdeutschen Systems« (Wilhelm et al. 1993: 189), sondern auch bei diesen Ärzten finden sich Stellungnahmen, die besagen, daß es sinnvoll sei, Elemente beider Gesundheitssysteme zu verbinden. Die entschlossen Niederlassungswilligen gehören allerdings – wie aus einer anderen Untersuchung (Erdmann 1992: 333) folgt – offenbar zu denjenigen Ärzten, die sich vergleichsweise früh ostdeutschen »Töchtern« solcher west-

33 Während sich in der Gruppe der befragten ambulant tätigen Ärzte insgesamt 25 Prozent dafür aussprachen, die Polikliniken zumindest vorläufig in ihrer bisherigen Form beizubehalten, plädierte unter den entschlossen Niederlassungswilligen niemand hierfür. Umgekehrt plädierten von der Gesamtgruppe 24 Prozent, von der Gruppe der entschlossen Niederlassungswilligen hingegen 34 Prozent für eine Nutzung als Praxen für niedergelassene Ärzte (die übrigen Ärzte in beiden Gruppen sprachen sich für verschiedene Mischnutzungskonzepte aus). Berechnet nach Tabellenband aus der Hallenser Befragung, von Dr. Wilhelm (Göttingen) zur Verfügung gestellt.

Tabelle 7 Präferenzen zur »Umbau-Geschwindigkeit« nach Ärztetypen (Bezirk Halle, %)

Typen	Anteil der Polikliniken				N
	vorläufig beibehalten	allmählich reduzieren	schnell reduzieren	weiß nicht/ keine Antw.	
Entschlossen Niederlassungswillige	0	40	58	2	83
Bedingt Niederlassungswillige	2	73	25	0	237
Bedingte Polikliniker	36	60	3	1	225
Entschlossene Polikliniker	51	47	1	1	239
Alle Ärzte[a]	27	58	14	1	847

a Einschließlich nicht zu einem Typ zuordenbarer Ärzte.

Quelle: Tabellenband und Auszählungslisten Ärztebefragung Bezirk Halle 1990; von Dr. Wilhelm (Göttingen) zur Verfügung gestellt.

deutscher Ärzteverbände (wie etwa dem Hartmannbund) anschließen, die für einen radikalen und raschen Systemwandel eintreten.

Zu den Ärzten des Typus »entschlossen Niederlassungswillige« gehören – wenn auch aus anderen Motiven als die übrigen Ärzte dieses Typus – auch Teile der Gruppe der (ehemaligen) Leiter größerer poliklinischer Einrichtungen: Den ärztlichen Direktoren dieser Einrichtungen kam im hierarchisch strukturierten DDR-Gesundheitssystem die wichtige Funktion eines Scharnieres zwischen Gesundheitseinrichtung, staatlicher Gesundheitsbürokratie und Kreisorganen zu. Wegen dieser exponierten Stellung war eine Nähe zum politischen System, die sich in einer SED-Mitgliedschaft dokumentierte,[34] vielfach Voraussetzung für eine solche Position. Im Zuge der Demokratisierung gesellschaftlicher Teilsysteme, die die Wende in der DDR begleitete, setzten die beschäftigten Ärzte und das übrige Personal in zahlreichen Fällen demokratisch legitimierte Neubesetzungen der Leitungsfunktionen durch;[35] andere Poliklinikleiter blieben im Amt, wurden aber argwöhnisch beäugt (Interviews mjw22031; mjw02102). Diese Ärzte sahen aufgrund ihrer per-

34 Teilweise werden Leitern auch enge Verzahnungen zur Staatssicherheit vorgeworfen (vgl. ausführlicher o.V. 1991a).

35 Die »Verordnung über die Besetzung leitender Stellen im Gesundheitswesen« vom 4. Juli 1990 (GBl. I, S. 622) vollzog mit ihrer Verpflichtung, sämtliche Stellen von Poliklinikleitern neu auszuschreiben, insoweit nur eine Entwicklung nach, die vielerorts bereits abgelaufen war.

sönlichen Biographie für sich vielfach keine realistischen Alternativen außer der Niederlassung. Aufgrund der vielfältigen Beziehungen, die sie innerhalb der staatlichen Administration mobilisieren konnten, gelang es Teilen dieser Ärztegruppe sogar, sich bereits Anfang 1990 Räumlichkeiten und Geräte zu sichern und eine Praxis als niedergelassener Arzt zu eröffnen.[36] Ehemalige Leiter poliklinischer Einrichtungen gehörten daher zu den ersten Ärzten, die sich bereits in einer sehr frühen Phase nach dem Mauerfall in der DDR niederließen.

Der zweite Ärztetypus soll als »*bedingt Niederlassungswillige*« bezeichnet werden. Es handelt sich hierbei um Ärzte, die zwar im März/April 1990 einerseits »anstreben«, in die Niederlassung zu gehen, andererseits aber auch (noch) Zweifel haben, ob dies sinnvoll ist: Sie wollen sich entweder »nicht jetzt, aber vielleicht später« oder aber nur »unter bestimmten Bedingungen« niederlassen. Sie wollen das weitere politische Geschehen abwarten, etwa die konkrete Ausgestaltung der Rahmenbedingungen in einem sich neu gestaltenden Gesundheitssystem. Die Teilnehmer an den Gruppendiskussionen verweisen darauf, daß solche hinsichtlich einer Niederlassung zögerlichen Ärzte oftmals auch abwarten wollten, was denn die anderen Ärzte tun würden. Nach den Daten der Hallenser Befragung aus März und April 1990 sind rund 28 Prozent der ambulant tätigen Ärzte zu diesem Zeitpunkt dieser Gruppe zuzuordnen (vgl. Tabelle 5).

Auch die bedingt Niederlassungswilligen sind im Vergleich zur Gesamtgruppe der ambulant tätigen Ärzte signifikant jünger, aber der Effekt ist etwas geringer ausgeprägt als bei den entschlossen Niederlassungswilligen (vgl. Tabelle 6). Sie bezeichnen sich ebenfalls signifikant stärker als die Gesamtgruppe als »optimistisch«, aber auch dieser Effekt ist weniger stark ausgeprägt als bei den zur Niederlassung entschlossenen Ärzten.[37] Der weitaus größte Teil der bedingt Niederlassungswilligen spricht sich für eine allmähliche Verringerung des Anteils der poliklinischen Einrichtungen an der Versorgung aus, jedoch immerhin ein Viertel dieser Ärzte ist für eine schnelle Verringerung des poliklinischen Versorgungsanteils (vgl. Tabelle 7). Der Anteil, der sich für eine Umwandlung der Polikliniken in Praxen niederge-

36 Interviews mjw18063; mjw22081; Wilhelm et al. (1993: 148, 186).

37 47 Prozent der bedingt Niederlassungswilligen bezeichneten sich als »optimistisch«. Berechnet nach Tabellenband aus der Hallenser Befragung, von Dr. Wilhelm (Göttingen) zur Verfügung gestellt.

lassener Ärzte ausspricht, ist mit 39 Prozent deutlich größer als in der Gesamtgruppe (24 Prozent).[38]

Die »*bedingten Polikliniker*« stellen die dritte Kategorie von Ärzten dar, die im März/April 1990 zu beobachten sind: Es handelt sich hierbei um Ärzte, die zwar einerseits eine Fortsetzung des poliklinischen Beschäftigungsverhältnisses »anstreben«, sich aber andererseits entweder »unter bestimmten Bedingungen« oder zwar »jetzt nicht, aber vielleicht später« auch eine Niederlassung vorstellen können. Aus den Daten der Befragung im Bezirk Halle ergibt sich, daß diese Gruppe mit knapp 27 Prozent der befragten ambulant tätigen Ärzte etwa so groß ist wie die Gruppe der bedingt Niederlassungswilligen (vgl. Tabelle 5). In ihrer Altersstruktur entspricht diese Gruppe in etwa der Gesamtheit der befragten Ärzte – sie sind damit im Durchschnitt deutlich älter als die entschlossenen und bedingt Niederlassungswilligen.

Anders als bei den entschlossenen oder bedingten Niederlassungsanhängern besteht bei den bedingten Poliklinikern kaum der Wunsch nach einer schnellen Reduktion des poliklinischen Versorgungsanteils (vgl. Tabelle 7). Die bedingten Polikliniker wollen also nicht nur persönlich in der Poliklinik beschäftigt, sondern auch in einem zumindest auf absehbare Zeit poliklinisch geprägten Umfeld tätig bleiben. Entsprechend ist der Anteil der bedingten Polikliniker, der wünscht, daß diese Einrichtungen weiterhin als Polikliniken (30 Prozent) oder zumindest in einer Mischnutzung (51 Prozent) genutzt werden, überdurchschnittlich, der Anteil, der eine Umwandlung in Praxen niedergelassener Ärzte präferiert, entsprechend unterdurchschnittlich (18 Prozent). Nur eine Minderheit der bedingten Polikliniker (15 Prozent) ist »optimistisch« in bezug auf die Zukunft.[39]

Dem zuerst betrachteten Typus der entschlossen Niederlassungswilligen in gewisser Weise entgegengesetzt ist schließlich die vierte Ärzte-Kategorie, die »*entschlossene Polikliniker*« genannt werden soll. Es handelt sich also um diejenigen Ärzte, die zu diesem Zeitpunkt fest beabsichtigten, ihre ambulante ärztliche Tätigkeit weiter im Angestelltenverhältnis an einer poliklinischen Einrichtung auszuüben. In der Hallenser Befragung von März/April

38 Entsprechend ist unter den bedingt Niederlassungswilligen der Anteil derjenigen, die sich für eine Beibehaltung der Nutzung als poliklinische Einrichtung aussprechen, mit 4 Prozent deutlich geringer als in der Gesamtgruppe (mit 25 Prozent). Berechnet nach Tabellenband aus der Hallenser Befragung, von Dr. Wilhelm (Göttingen) zur Verfügung gestellt.

39 Berechnet nach Tabellenband aus der Hallenser Befragung, von Dr. Wilhelm (Göttingen) zur Verfügung gestellt.

1990 gaben rund 28 Prozent der ambulant tätigen Ärzte an, eine Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses in einer Einrichtung anzustreben und sich hierbei weder »unter bestimmten Bedingungen« noch »jetzt nicht, aber vielleicht später« eine Niederlassung vorstellen zu können (vgl. Tabelle 5). Dieser Ärztetypus ist damit in in etwa gleichstark wie die Gruppen der bedingt Niederlassungswilligen und der bedingten Polikliniker.

Es handelt sich bei den entschlossenen Poliklinikern im Vergleich zu der Gesamtgruppe der befragten ambulant tätigen Ärzte um überdurchschnittlich alte Ärzte: Knapp drei Viertel von ihnen sind älter als 45 Jahre, nur 14 Prozent sind jünger als 35 Jahre (vgl. Tabelle 6) – sie sind damit durchschnittlich auch noch einmal deutlich älter als die bedingten Polikliniker. Dieser Befund erscheint in doppelter Hinsicht plausibel: Er ist zum einen mit den Ergebnissen der psychologischen Transformationsforschung kompatibel, nach denen ältere Menschen aufgrund der im Vergleich zu jüngeren Menschen größeren »Investitionen« in einen spezifischen Lebensweg umfassende Veränderungen der Lebensumstände überdurchschnittlich zu vermeiden trachten (Trommsdorf 1994). Zum anderen sehen ältere Ärzte besonders stark ökonomische Risiken in einer Niederlassung. Aber auch jüngere Ärzte gehören dieser Gruppe an. Sie betonen teilweise, bei einer Niederlassung Konflikte zwischen »medizinischer Ethik und ökonomischen Zwängen« zu sehen, denen sie durch Verbleib im poliklinischen Beschäftigungsverhältnis ausweichen wollen.[40]

Jeweils rund die Hälfte der entschlossenen Polikliniker wünscht sich, daß der Anteil der poliklinischen Einrichtungen an der Versorgung erhalten bleibt oder daß er (nur) allmählich abgebaut wird (vgl. Tabelle 7); demgegenüber gibt es für einen schnellen Abbau keine Sympathien. Dieser Effekt ist noch einmal deutlicher ausgeprägt als bei den bedingten Poliklinikern. Die entschlossenen Polikliniker haben daher auch nur geringe Sympathien dafür, die Einrichtungen in Ärztehäuser oder Gruppen- beziehungsweise Gemeinschaftspraxen umzuwandeln.[41] Überwiegend sehen die entschlossenen Polikliniker bereits zu diesem Zeitpunkt der Zukunft mit gemischten Gefühlen entgegen – nur eine Minderheit von knapp 15 Prozent schätzt sich als »op-

40 Antworten auf offene Fragen von Ärzten dieses Typus in der Hallenser Studie. Aufzeichnung von Dr. Wilhelm (Göttingen) zur Verfügung gestellt.

41 Rund 49 Prozent der entschlossenen Polikliniker plädieren dafür, die Einrichtungen in ihrer bisherigen Verwendung zu belassen, rund 44 Prozent plädieren für eine Mischnutzung. Nur 6 Prozent nennen eine Umwandlung in Praxen für niedergelassene Ärzte als anzustrebende Veränderung.

timistisch« ein.[42] Sofern sich entschlossene Polikliniker verbandlich organisieren, schließen sie sich entweder ostdeutschen Ärzteverbänden, die dieser Option in ihrem Programm Raum geben (wie dem Virchow-Bund oder sich gründenden expliziten Poliklinikverbänden), oftmals jedoch auch ostdeutschen »Töchtern« des (in Westdeutschland die angestellten Ärzte vertretenden) Marburger Bundes an.[43]

Insgesamt ist also davon auszugehen, daß die ambulant tätigen Ärzte im Frühjahr 1990 nicht angemessen als *ein* aggregierter Akteur, sondern als mehrere aggregierte Akteure aufgefaßt werden müssen, die sich jeweils in einer ähnlichen Lage befanden. Dabei dominiert insgesamt die Gruppe der (entschlossenen oder bedingten) Polikliniker, und nur eine kleine Gruppe überwiegend jüngerer Ärzte ist als »entschlossen Niederlassungswillige« zu qualifizieren. Entsprechend zieht auch nur eine kleine Minderheit eine schnelle Reduktion des poliklinischen Versorgungsanteils vor.[44]

Für aggregierte Akteure hatten wir in Abschnitt 1.1 festgestellt, daß sie je einzeln – insoweit sie also nicht (die Kollektivgutproblematik überwindend) ihr individuelles Handeln (z.B. in Form von Verbandsbildung oder durch Nutzung der Leistungsorganisation Poliklinik für gemeinschaftliches Handeln) koordinieren – kaum über nennenswerte Ressourcen zur Beeinflussung des Transformationsergebnisses auf der Makroebene verfügen. Vielmehr ist umgekehrt davon auszugehen, daß die Ärzte als Adressaten »parametrischer Steuerung« (Lindblom 1965) durch ressourcenstarke korporative Akteure angesprochen werden, insbesondere dann, wenn ihre Handlungspräferenzen

---

42 Berechnet nach Tabellenband aus der Hallenser Befragung, von Dr. Wilhelm (Göttingen) zur Verfügung gestellt. Auf diese Ärzte trifft in besonderer Weise zu, daß Gesundheit und Wohlbefinden stark beeinträchtigt sind, sie mit Verstimmungen und Selbstwertkrisen zu kämpfen haben (Wilhelm et al. 1993: 149).

43 Interview mjw13081; Erdmann (1992: 333); zur Situation des Marburger Bundes im Transformationsprozeß der Polikliniken vgl. auch Abschnitt 5.2.

44 Die Teilnehmer an den Gruppendiskussionen schätzten für die unmittelbare Phase nach dem Fall der Mauer den Anteil der »entschlossenen« Polikliniker deutlich höher ein als sich für März/April 1990 aus den Daten der Untersuchung im Bezirk Halle ableiten läßt. Dies kann – neben einem möglichen Bias in der Rekonstruktion (der schon deswegen nicht ausgeschlossen werden kann, weil die Mehrzahl der an der Gruppendiskussion Anfang 1991 beteiligten Ärzte sämtlich nicht [mehr] ambulant tätig waren) – zum einen darin begründet sein, daß Teile der Ärzte durch die bis März/April 1990 gewonnenen zusätzlichen Informationen über das bundesdeutsche Gesundheitssystem eine positivere Einschätzung zur Niederlassung gewonnen haben. Auf der anderen Seite kann sich hierin allerdings auch schon die im Frühjahr 1990 vorausgegangene heftige Kontroverse westdeutscher Akteure über die Zukunft der Polikliniken niederschlagen.

denjenigen dieser steuerungswilligen und -fähigen korporativen Akteure widersprechen.[45]

Für sich genommen ist die isolierte Entscheidung eines Arztes über Niederlassung oder Verbleib in der Poliklinik für den Verlauf des Transformationsprozesses zunächst unerheblich. Die jeweils einzeln nur unbedeutenden Handlungsmöglichkeiten der Ärzte können allerdings – worauf so unterschiedliche Ansätze wie »Diffusions-«,[46] »Pfadabhängigkeits-«,[47] »Schwellenwert-«,[48] »Kritische-Masse-«[49] oder »Netzwerk-Externalitäten-«Modelle[50] aus je spezifischer Perspektive verweisen (und auf die in Kapitel 7 noch einmal eingegangen wird) – in ihrer Aggregationswirkung bedeutsame Konsequenzen für den Transformationsverlauf haben, wenn sie – auf die eine oder andere Weise – »Kettenreaktionen« auslösen. Mit der Feststellung, daß »bedingt Niederlassungswillige« und »bedingte Polikliniker« teilweise auch bekundeten, die Verhaltensweisen der jeweils anderen Ärzte einzubeziehen, hat sich bereits ein Element herauskristallisiert, das eine solche potentielle Dynamik auszulösen vermag.

4.7 Nichtärztliches Poliklinikpersonal und Patienten

Unter den Akteuren im Transformationsprozeß des ambulanten ostdeutschen Gesundheitssystems ist schließlich auch auf das nichtärztliche Personal in den Polikliniken und auf die Patienten einzugehen.

Das *nichtärztliche Personal* der Polikliniken soll an dieser Stelle nur summarisch betrachtet werden. Es ist anzunehmen, daß auch diese Beschäftigten über spezifische Zielvorstellungen einerseits bezüglich der Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen ihres Berufsalltags verfügen und ande-

---

45 Zu Überlegungen zu den Anlässen der Steuerung aggregierter Akteure durch steuerungswillige korporative Akteure vgl. Schimank/Wasem (1995).

46 Vgl. Rogers (1983). Zu typischen Modellierungen von Diffusionsprozessen vgl. Brown (1981); Diekmann (1992).

47 Vgl. Arthur et al. (1987); Arthur (1988, 1989); David (1985, 1988). Für eine Anwendung auf Veränderungsprozesse in Gesundheitssystemen vgl. Wilsford (1994).

48 Vgl. Schelling (1971); Granovetter (1978); Granovetter/Soong (1983, 1986). Zu einer Verbindung von Schwellenwert-Modellen mit Diffussionsmodellen vgl. Braun (1995).

49 Vgl. Oberschall (1980); Oliver/Marwell (1988); Marwell/Oliver (1993); Oliver/Marwell/Teixeira (1985).

50 Vgl. Katz/Shapiro (1985; 1994); Liebowitz/Margolis (1994).

rerseits ein sehr ausgeprägtes generelles Interesse am Erhalt ihrer Arbeitsplätze haben. Jedoch erscheint unmittelbar plausibel, daß diese aggregierten Akteure noch deutlich weniger als die Ärzte gezielt Ressourcen im Transformationsprozeß einsetzen können. Fraglich ist daher auch, ob sie überhaupt als in ihrem Entscheidungsverhalten zu beeinflussende Steuerungsadressaten steuerungsfähiger und -williger Akteure in Erscheinung treten oder ob sie vielmehr nur von den Entscheidungen anderer Akteure betroffen sind.

Aufgrund der großen, die Ärzteschaft deutlich überwiegenden Zahl dieser übrigen Beschäftigten ist allerdings umgekehrt nicht auszuschließen, daß die Wirkungen der Entscheidungen anderer Akteure auf das übrige Personal ihrerseits wieder zu Rückwirkungen bei den anderen Akteuren führen können.

Schließlich sind unter den Akteuren auf der Mikroebene die *Patienten* anzusprechen. Auch hier handelt es sich um aggregierte Akteure. Zwar sind die Patienten durch ihre Arzt-Patienten-Kontakte und über die institutionellen Arrangements, in denen medizinische Versorgung stattfindet, unmittelbar von Veränderungen im Systemdesign von Gesundheitssystemen betroffen, dennoch dürfte zumindest dann, wenn sie über keine praktischen Erfahrungen in alternativen institutionellen Settings verfügen, fraglich sein, ob sie über spezifische Zielvorstellungen über die makrostrukturelle Systemgestaltung verfügen, und a fortiori werden sie die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht in systemgestalterischer Absicht, sondern aus auf ihren individuellen Lebensbereich beschränkten Motiven nutzen wollen.

Die im vorliegenden Kontext relevante potentielle Ressource der Patienten ist, sofern sie eine entsprechende Wahlmöglichkeit eingeräumt erhalten, die Entscheidung zwischen dem Kontakt mit einem niedergelassenen Arzt oder einem Arzt einer Poliklinik. Isoliert bewirkt diese Entscheidung eines einzelnen Patienten nur einen marginalen Beitrag hinsichtlich des Transformationsergebnisses, von der Aggregatwirkung der Einzelhandlungen jedoch können erhebliche Einflüsse auf Transformationsverlauf und -ergebnis ausgehen. Auch dies gilt wieder in besonderem Maße, wenn entweder die diesbezüglichen Entscheidungen der Patienten wechselseitig interdependent sind oder als »Netzwerkexternalitäten« bei Entscheidungen anderer Akteure relevant werden. Diese Relevanz der einzelnen Patientenentscheidungen für die Aggregatwirkung macht die Patienten potentiell als Adressaten parametrischer Steuerung durch steuerungswillige korporative Akteure interessant.

Kapitel 5

Die Setzung der Rahmenbedingungen für das ambulante Versorgungssystem und deren Wirkung auf die Handlungsabsichten der ostdeutschen Ärzte

In diesem Kapitel sollen die Setzung der Rahmenbedingungen für das ambulante Versorgungssystem im Jahre 1990 und die Wirkung dieser Setzung auf die Handlungsabsichten der ostdeutschen Ärzte vor Inkrafttreten der krankenversicherungsrechtlichen Teile des Einigungsvertrages untersucht werden.

In einem »staatsnahen« Sektor[1] prägt die rechtliche Ausgestaltung der Regelungs- und Leistungsstrukturen wesentlich die Attraktivität unterschiedlicher Handlungsalternativen für die Beteiligten. Abschnitt 5.1 befaßt sich daher mit der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen des ambulanten Gesundheitssystems durch die (in Kapitel 4 vorgestellten) korporativen staatlichen und parastaatlichen *westdeutschen* Akteure[2] im Zuge des Einigungsprozesses:[3] Während einige Akteure die Chance sahen, über die Vereinigung »re-

---

1 Vgl. zum Konzept der »staatsnahen« Sektoren etwa Mayntz/Scharpf (1995b).

2 Die Analyse der den korporativen politischen wie verbandlichen Akteuren zur Verfügung stehenden Ressourcen (in Kapitel 4) hat bereits deutlich gemacht, daß die *ostdeutschen* Akteure in der Phase des Aushandelns der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Vereinigung in mehrerer Hinsicht in ihren Handlungsmöglichkeiten erheblich beschränkt waren. Zwar wäre eine Darstellung, die diese Akteure überhaupt nicht in die Analyse mit einbezöge, unvollständig, für den Regelungs-Outcome ist allerdings der Entscheidungsprozeß innerhalb der Gruppe der *westdeutschen* Akteure von erheblich größerer Bedeutung als die Abstimmung dieser westdeutschen mit den ostdeutschen Akteuren. Die westdeutschen Akteure stehen daher zwangsläufig im Blickpunkt der Analyse in Abschnitt 5.1.

3 Beabsichtigt ist damit keine umfassende Darstellung des gesamten gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses (vgl. dazu für die Verhandlungen über die beiden Staatsverträge etwa Manow 1994a), vielmehr interessieren uns lediglich diejenigen Aspekte, die spezifisch für den Transformationsprozeß der ambulanten Versorgung in Ostdeutschland von Bedeutung sind. Allerdings war der Entscheidungsprozeß zur »Poliklinik-Frage« – insbesondere in der Wahrnehmung der westdeutschen gesundheitspolitischen Akteure – mit der Entscheidung über andere gesundheitspolitische Issues verknüpft: war doch nicht nur über die Versorgungsstrukturen, sondern *simultan* auch über andere Systemelemente für Ostdeutschland – insbesondere die Strukturen der Sozial- und Krankenversicherungsträger – zu befinden. Wir müssen die Analyse der Entscheidungssituation über das ambulante

formerische Blütenträume« durchsetzen zu können, scheiterten diese jedoch weitgehend an »bewährten strategischen Allianzen« anderer Akteure. Resultat der Entscheidungsprozesse der westdeutschen gesundheitspolitischen Akteure sind einerseits gesetzliche Regelungen (insbesondere durch den Einigungsvertrag) und andererseits Vereinbarungen der Selbstverwaltungen von Krankenkassen und Kassenärzten im Herbst 1990.

Die Dynamik des Transformationsprozesses wurde aber nicht nur durch die westdeutschen gesundheitspolitischen Akteure beeinflußt, sondern auch durch die Ereignisse »vor Ort« in der ehemaligen DDR beziehungsweise dann den neuen Bundesländern: Wir müssen uns daher der »transformationsrelevanten Politik« *in Ostdeutschland* im Vorfeld des Inkrafttretens der Regelungen des Einigungsvertrages zuwenden (Abschnitt 5.2). Danach untersuchen wir in einer »Momentaufnahme« zwischen Unterzeichnung und Inkrafttreten der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des EV den Einfluß der von den korporativen westdeutschen wie ostdeutschen Akteuren gesetzten Rahmenbedingungen auf die Beurteilungen und Handlungsabsichten der ambulant tätigen ostdeutschen Ärzte (Abschnitt 5.3). Die Analyse wird zeigen, daß zu diesem Zeitpunkt bereits ein beachtliches, die seinerzeitigen Einschätzungen in der Politik übersteigendes Ausmaß an Veränderungen in den beabsichtigten Entscheidungen der ostdeutschen Ärzte stattgefunden hat, das für die Dynamik des Transformationsprozesses von erheblicher Bedeutung ist.

5.1 Von reformerischen Blütenträumen und bewährten strategischen Allianzen: Westdeutsche Gesundheitspolitik unter (Ver-)Einigungsdruck

Nachdem im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Überlegungen zur »Bewältigung« der deutsch-deutschen Entwicklung zunächst die Finanzierung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten gestanden hatte,[4] konzentrierten sich die auf dieses Politikfeld bezogenen Dis-

Gesundheitssystem daher als aus der Sicht dieser Akteure in den Gesamtzusammenhang gesundheitspolitischer Entscheidungen (über die Anhang 1 einen Überblick gibt) eingebettet behandeln.

4 Vgl. beispielhaft Dreßler (1989).

kussionen ab dem Zeitpunkt des Angebots einer Währungsunion zwischen Bundesrepublik und DDR durch den Bundeskanzler rasch auf die Frage der institutionellen Ausgestaltung eines neu zu ordnenden ostdeutschen Gesundheitssystems, und hier insbesondere darauf, ob es (wie etwa für das materielle Leistungsrecht der Rentenversicherung schnell und weitgehend unstrittig)[5] zu einem »Institutionenexport« zum einen hinsichtlich der Trägerstruktur des westdeutschen Krankenversicherungssystems, zum anderen hinsichtlich der westdeutschen Versorgungsstruktur, vor allem im ambulanten Bereich, auf das Gebiet der DDR kommen sollte.

5.1.1 Erste Schritte zur Neuordnung des ambulanten Gesundheitssystems

In bezug auf die Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich standen sich rasch zwei grundsätzlich unterschiedliche Positionen gegenüber. Auf der einen Seite vertraten insbesondere die sozialpolitischen Experten der SPD-Bundestagsfraktion,[6] in weniger grosser Deutlichkeit aber auch der AOK-Bundesverband,[7] die Position, daß es hier *nicht* zu einer schnellen und weitgehend unmodifizierten Übertragung der westdeutschen Arrangements kommen sollte: Das SPD-Konzept sah zwar die Möglichkeit von Niederlassungen vor, jedoch nur nach einer Bedarfsplanung, bei der »die vorhandenen Behandlungskapazitäten in Ambulatorien und Polikliniken zu berücksichtigen sind« (Dreßler 1990: 10), was bei einem durch Polikliniken gedeckten Bedarf in weiten Regionen Ostdeutschlands auf eine Blockade von Niederlassungsmöglichkeiten hinausgelaufen wäre. Die Polikliniken sollten eine dauerhafte Institutionalisierung in einer »Trägerschaft in der Hand der Krankenkassen« finden. Ihre Investitionen sollten nach dem Vorbild des westdeutschen Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus Steuermitteln finanziert werden (Dreßler 1990: 8). Das AOK-Konzept betonte, daß die ostdeutschen Ärzte die »Vorteile der Polikliniken und Ambulatorien« sähen, bewertete diese Einrichtungen als »ausbaufähige Ansätze« und schlußfolgerte, daß Niederlassungen erst ein »dritter Schritt einer Anpassung« sein sollten (AOK-Bundesverband 1990: 8).

---

5 Vgl. hierfür das den Gang der Diskussion bestimmende Konzept des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR; Kolb/Ruland 1990).
6 Insbesondere: Dreßler (1990). Vgl. zur Chronologie der Ereignisse jeweils Anhang 1.
7 Vgl. AOK-Bundesverband (1990).

Die Autoren dieser Positionspapiere gingen einerseits davon aus, daß es angesichts der absoluten Dominanz der poliklinischen Versorgungsstrukturen in Ostdeutschland nur sehr schwierig möglich sein würde, ohne eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität auf ein System der Versorgung durch niedergelassene Ärzte umzusteuern. Andererseits aber waren die Papiere offensichtlich nicht nur in bezug auf die in Ostdeutschland gegebene Situation formuliert, sondern beabsichtigten auch, über mögliche spätere Rückwirkungen auf West- beziehungsweise Gesamtdeutschland die Strukturen der ambulanten medizinischen Versorgung gegenüber dem westdeutschen Status quo im Sinne von Reformvorstellungen, wie sie in sozialdemokratisch-gewerkschaftlichen gesundheitspolitischen Konzeptionen (Eigeneinrichtungen der Kassen) traditionell eine große Rolle spielten, aber auch im Zuge neuerer, gesundheitsökonomisch inspirierter Reformüberlegungen (HMO-Modelle u.ä.) diskutiert wurden, zu verändern: Das »Sicherstellungsmonopol« der niedergelassenen Ärzte und ihrer KVen in der Bundesrepublik sollte mit einer real existierenden Alternative konfrontiert werden.

Gerade wegen der möglichen Rückwirkungen auf West- beziehungsweise Gesamtdeutschland war es aber nicht überraschend, daß diese Forderungen sowohl von der westdeutschen Ärzteschaft als auch von Sozial- und Gesundheitspolitikern der CDU/CSU/FDP-Regierungskoalition abgelehnt wurden: Die KBV forderte, »das bewährte System der ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik« nach Ostdeutschland zu exportieren, insbesondere Neuniederlassungen und die Umwandlung von Polikliniken in Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften zuzulassen, KVen zu errichten und diese als Vertragspartner einer künftigen GKV in der ambulanten Versorgung einzusetzen. Da die KBV es allerdings als realistisch ansah, daß eine Niederlassung für zahlreiche ostdeutsche Ärzte nicht in Betracht kommen würde (Interview mjw14031), sollten allerdings auch die Polikliniken weiterbestehen und »als Leistungserbringer in das System der ambulanten Versorgung« einbezogen werden (KBV 1990: 7). Koalitionsvertreter traten dafür ein, »alle rechtlichen Hemmnisse für die freiberufliche Niederlassung von Ärzten« zu beseitigen und eine »radikale Dezentralisierung und Reprivatisierung«[8] der Versorgungsstrukturen zu betreiben.

Die unterschiedlichen Auffassungen zu dieser Frage waren aus Sicht der Akteure allerdings eng gekoppelt mit einer Auseinandersetzung über die Krankenversicherungsstrukturen in Ostdeutschland: Hier waren sich SPD

8 Presseerklärung des FDP-MdB Thomae (abgedruckt in dfg 1990/11: 3).

und AOK nämlich ebenfalls einig, daß es zwar zur Herauslösung der Sozialversicherung aus dem FDGB und einer stärkeren Beitragsfinanzierung kommen, jedoch das westdeutsche gegliederte Krankenversicherungssystem allenfalls in weiterer Zukunft »exportiert« werden sollte.[9] Auch hier war die Absicht offenkundig, auf dem Weg über Regelungen für Ostdeutschland die künftige Krankenversicherungsstruktur in West- beziehungsweise Gesamtdeutschland zu beeinflussen. Dies mußte nun aber nicht nur den Widerstand von Vertretern der Regierungskoalition,[10] sondern insbesondere auch der übrigen Kassenarten hervorrufen, welche ihrerseits nun nicht nur für eine möglichst rasche und möglichst modifikationslose Übertragung des westdeutschen gegliederten Krankenversicherungssystems (Spitzenverbände 1990) plädierten, sondern sich zugleich auch der Unterstützung der KBV versicherten, indem sie für eine rasche »Entstaatlichung« der Anbieterstrukturen und den »Aufbau ärztlicher Organisationen«, mit denen eine ostdeutsche GKV Verträge für niedergelassene Ärzte wie poliklinische Einrichtungen abschließen würde, eintraten. Umgekehrt lehnte die KBV (ihrer traditionellen Befürwortung von Pluralität und Konkurrenz auf der Vertragspartnerseite entsprechend) in ihrem zeitgleich vorgelegten Papier »die Bildung regionaler einheitlicher Krankenkassen für die DDR« ab und sprach sich für ein »gegliedertes System der Krankenversicherung entsprechend der Struktur der Krankenversicherung in der Bundesrepublik« aus (KBV 1990: 6).

Zunächst schien es so, als ob sich die Gegner einer weitgehenden Übertragung der westdeutschen institutionellen Arrangements – die mit der Bewahrung poliklinischer Einrichtungen und der Skepsis gegenüber einem gegliederten Krankenversicherungssystem in der Tendenz auch auf einen breiten Konsens sozial- und gesundheitspolitischer Akteure in der DDR stießen[11] – innerhalb der westdeutschen Akteure würden durchsetzen können,

---

9 Die SPD formulierte explizit, ihr ginge es darum sicherzustellen, »daß im Gebiet der DDR nicht eine ähnlich zergliederte Krankenkassenlandschaft entsteht wie in der Bundesrepublik« (Dreßler 1990: 6). Die AOK wollte der DDR »die Einführung einer regional ausgerichteten selbstverwalteten Basiskrankenversicherung … empfehlen« (AOK-Bundesverband 1990: 6). Beide Akteure beabsichtigten zudem, die Neuordnung der Sozialversicherung in der DDR mit der in der Bundesrepublik politisch diskutierten »Organisationsreform der Krankenkassenstrukturen« zu verbinden, woraus folgte, daß die bundesdeutsche »Trägervielfalt« unterschiedlicher Krankenkassenarten in Ostdeutschland »frühestens in einem vierten Schritt« angedacht werden könne (AOK-Bundesverband 1990: 8).

10 Vgl. etwa neben der Position Thomaes auch die Erklärungen des sozialpolitischen Sprechers der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Günther (dfg 1990/12: 5) und des FDP-MdB Cronenberg (dfg 1990/11: 3).

11 Vgl. etwa die in der »Sozialcharta« des Runden Tisches in der Modrow-Periode niederge-

teilte doch auch der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) die Skepsis, »unser gegenwärtiges System ungefiltert [der DDR] zu oktroyieren«,[12] was dazu führte, daß die vom Ressort Mitte April vorgelegte erste Fassung einer westdeutschen Position für die Verhandlungen mit der DDR zum Staatsvertrag über die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion hinsichtlich der Versorgungsstrukturen überhaupt keine Aussage und in bezug auf die Krankenversicherung mit dem Vorschlag eines »kassenartenübergreifenden Trägers« eine Absage an die Übertragung der westdeutschen Krankenkassenstruktur enthielt.[13]

Allerdings gelang es den Befürwortern einer möglichst weitgehenden Übertragung des westdeutschen Systems, die »politische Arena« zu wechseln und ihre Forderungen nicht mehr nur in der nach der Volkskammerwahl gegründeten Arbeitsgruppe »Sozialunion« der westdeutschen Akteure vorzutragen, sondern insbesondere auf das Bundeskanzleramt, das in der Koordinierung der westdeutschen Verhandlungsposition eine starke Stellung einnahm (Lehmbruch 1991) und generell darauf abzielte, Abweichungen vom westdeutschen Status quo möglichst zu minimieren,[14] in ihrem Sinne einzuwirken (Manow 1994a: 106). Dies wurde ihnen dadurch erleichtert, daß der AOK-Bundesverband, der sich aufgrund der doppelten Ablehnung seiner Positionen sowohl in der »Kassenfrage« als auch in der »Poliklinikfrage« unter den Akteuren des GKV-Netzwerkes in die Isolation gedrängt sah, einen Kurswechsel vollzog (»um aus der Isolierung herauszukommen, in die wir uns manövriert hatten« – Interview mjw28121), auf die Versorgungsstrukturen in Ostdeutschland in weiteren Stellungnahmen nunmehr vorerst nicht weiter einging und hinsichtlich der Kassenstrukturen zunächst explizit auf die Position der übrigen GKV-Spitzenverbände überschwenkte.[15]

---

legten Vorstellungen (Sozialcharta der DDR 1990), die »Leitlinien zur Gesundheitsreform in der DDR« des Rudolf-Virchow-Bundes (Rudolf-Virchow-Bund 1990) sowie die (allerdings unter dem Einfluß westdeutscher sozialdemokratischer Berater formulierten) gesundheitspolitischen Eckpunkte der Koalitionsvereinbarung der Großen Koalition der Regierung de Maizière (Koalitionsvereinbarung 1990).

12 Interviewaussage des zuständigen BMA-Abteilungsleiters, Jung, laut Ärzte-Zeitung vom 6.3.1990.

13 »Entwurf krankenversicherungsrechtlicher Regelungen für die Gespräche mit der DDR für einen Vertrag über die Schaffung einer Währungsunion, Wirtschafts- und Sozialgemeinschaft zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik«, auszugsweise abgedruckt in: dfg 1990/15: 2 sowie dfg 1990/16: 3.

14 Vgl. etwa Schäuble (1991: 55).

15 Dies artikulierte sich insbesondere in einem gemeinsamen Schreiben aller GKV-Spitzenverbände an den BMA vom 25.4.1990 (abgedruckt in: dfg 1990/17: 2).

Im Ergebnis ging daher die westdeutsche Seite Ende April mit der Forderung in die Verhandlungen mit der DDR, daß dort ein gegliedertes Krankenversicherungssystem nach westdeutschem Muster einzuführen sei,[16] konnte diese im Grundsatz in den Verhandlungen auch durchsetzen und darüber hinaus nunmehr auch eine (im Verhandlungspaket der westdeutschen Seite zunächst nicht enthaltene) Selbstverpflichtung der DDR erwirken, nach der zwar eine »vorläufige … Fortführung der derzeitigen Versorgungsstrukturen, die zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendig sind«, betrieben werden dürfe, jedoch gleichzeitig »schrittweise eine Veränderung in Richtung des Versorgungsangebots der Bundesrepublik Deutschland mit privaten Leistungserbringern, insbesondere durch Zulassung niedergelassener Ärzte« einzuleiten sei.[17]

Als Ausfluß dieser Selbstverpflichtung der DDR, Schritte zur Angleichung der gesundheitlichen Versorgungssysteme zu unternehmen, beriet die DDR-Volkskammer im Juni und Juli 1990 unter anderem den Entwurf eines »Gesetzes zur Umstrukturierung des staatlichen ambulanten Gesundheitswesens, Veterinärwesens und Apothekenwesens«, mit dem die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen ermöglicht werden sollte.[18] Mit dem »Kammergesetz« sollten die Voraussetzungen für die Errichtung von Selbstverwaltungskörperschaften der freien Gesundheitsberufe geschaffen werden.[19] Auch die »Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst«,[20] die eine Einrichtung von Gesundheitsämtern in den Kreisen und kreisfreien Städten

---

16 Vgl. »Arbeitspapier für die Gespräche mit der DDR für einen Vertrag über die Schaffung einer Währungsunion, Wirtschafts- und Sozialgemeinschaft zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik«, auszugsweise abgedruckt in dfg 1990/18: 8–10.

17 Artikel 22 Abs. 2 des Vertrages über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik vom 18.8.1990 (Gesetz vom 25.6. 1990; BGBl. II, S. 517).

18 Die schließlich Mitte Juli von der Volkskammer verabschiedete Fassung des Gesetzes (Gesetz vom 22.7. 1990 – GBl. I, S. 1049) wirkte ihrem Wortlaut nach allerdings eher als eine Regelung zur Verhinderung einer solchen Privatisierung, da sie hierfür ein einstimmiges Votum aller Ärzte in der betroffenen Einrichtung vorsah und zudem »begründete Einsprüche« der übrigen Belegschaft »in die Entscheidungsfindung einzubeziehen« waren. Die Erschwerung der Privatisierung war offenbar vor allen Dingen durch die Sorge motiviert, kapitalkräftige westdeutsche Investoren könnten die Poliklinikgebäude erwerben und für Zwecke außerhalb der medizinischen Versorgung nutzen (vgl. Der Kassenarzt vom 26.9.1990: 22–24). Da das Gesetz durch den Einigungsvertrag nicht als »fortgeltendes« DDR-Recht qualifiziert wurde, verlor es mit dem Beitritt zur Bundesrepublik seine Geltung.

19 Gesetz vom 13.7.1990 (GBl. I, S. 711).

20 Verordnung vom 8.8.1990 (GBl. I, S. 1068).

nach westdeutschem Vorbild vorsah, welche damit Teile der Aufgaben, die bislang unter anderem von den Polikliniken wahrgenommen wurden, übertragen bekommen sollten, diente der Heranführung an die westdeutsche Struktur des Gesundheitssystems.

Wesentlich kontroverser als diese Maßnahmen wurden allerdings drei andere Anpassungsvorhaben der ostdeutschen Regierung diskutiert, die parallel dazu in Ostberlin und Bonn beraten wurden, und die schließlich auch weitestgehend die Normierungen im Einigungsvertrag[21] präformierten:[22] die Entwürfe für ein »Krankenkassenerrichtungsgesetz«,[23] eine »Krankenkassen-Vertragsverordnung«[24] und ein »Krankenhausfinanzierungsgesetz«[25].

5.1.2 Die Festschreibung des »Vorranges für den niedergelassenen Kassenarzt«

War über die westdeutsche Verhandlungsposition zum ersten Staatsvertrag unter den westdeutschen gesundheitspolitischen Akteuren (wie skizziert) schließlich ein weitgehender Konsens erzielt worden,[26] so brach dieser im Zuge der Verhandlungen über die Anpassungsvorhaben der ostdeutschen

---

21 Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands – Einigungsvertrag – vom 31.8. 1990 (Gesetz vom 23.9.1990; BGBl. II, S. 885).

22 Waren diese Anpassungsgesetze ursprünglich zur Umsetzung der im ersten Staatsvertrag von der DDR eingegangenen Verpflichtungen konzipiert, so wurde diese Zielsetzung von der Geschwindigkeit des Einigungsprozesses überholt; schließlich dienten sie – wenige Tage vor dem Beitritt beschlossen – (nur noch) als Rechtsgrundlage für den Zeitraum zwischen Beitritt (3.10.1990) und Inkrafttreten der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages (1.1.1991).

23 Schließlich verabschiedet durch Gesetz vom 13.9. 1990 (GBl. I, S. 1538).

24 Schließlich verabschiedet als Krankenkassen-Vertragsgesetz am 13.9.1990 (GBl. I, S. 1533).

25 Schließlich verabschiedet durch Gesetz vom 30.8.1990 (GBl. I, S. 1428).

26 Die SPD teilte diesen Konsens nicht. Die krankenversicherungs- und gesundheitspolitischen Regelungen waren allerdings zu keiner Zeit Gegenstand von Verhandlungen zwischen SPD und Regierungsparteien, im Gegensatz zu einigen anderen zentralen Aspekten des Staatsvertrages und seines Umfeldes, hinsichtlich derer sie Änderungen der von der Bundesregierung entwickelten Konzeption zur Voraussetzung für ihre Zustimmung zum Vertragswerk machte und auf die die Regierung – nachdem die SPD durch die niedersächsischen Landtagswahlen vom 13.5.1990 die Mehrheit im Bundesrat gewonnen hatte – teilweise auch einging: vgl. dazu die Beispiele des SPD-Fraktionsvorsitzenden Vogel in der 217. Sitzung des Deutschen Bundestages (Stenographischer Bericht: 217/17166); vgl. auch Lehmbruch (1990: 474).

Regierung wieder auf. Noch deutlicher als bei den Auseinandersetzungen über den ersten Staatsvertrag war es wiederum die Interdependenz zwischen Forderungen zur Versorgungsstruktur und zur Struktur des Kassensystems, die schließlich hinsichtlich beider Komplexe einer weitgehenden Orientierung der Anpassungsgesetze und schließlich des Einigungsvertrags am westdeutschen Recht Vorschub leistete.

Wiederum war es ein Vorstoß der Ortskrankenkassen, der für die Anpassungsgesetze der DDR weitreichende Abweichungen von den westdeutschen institutionellen Arrangements vorschlug: Hinsichtlich der Kassenstrukturen unternahm dieser mehrfach erheblich modifizierte »Formulierungsvorschlag« des AOK-Bundesverbandes für ein Krankenkassenerrichtungsgesetz der DDR noch einmal den Versuch, zunächst nur AOKs als regionale Einheitsversicherung zuzulassen, bei etwaiger Zulassung anderer Kassenarten jedoch einen einheitlichen Beitragssatz und einen vollständigen Finanzausgleich vorzusehen.[27] In bezug auf die Versorgungsstrukturen schlug man vor, daß die Versorgung »in einer Übergangszeit … in erster Linie durch die bestehenden Polikliniken und Ambulatorien« erfolgen solle; Niederlassungen sollten in dieser (nicht näher terminierten) Übergangsphase nur so weit zugelassen werden, wie sie zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich wären (dfg 1990/24: 6). Teilnahme an der Versorgung und Vergütung der Polikliniken sollten nicht über die neu zu errichtenden KVen, sondern in direkten vertraglichen Beziehungen mit den Krankenkassen geregelt werden (dfg 1990/23: 9).

Das Positionspapier führte wiederum zu einer breiten Ablehnungsfront nicht nur durch die übrigen Kassenarten, sondern auch durch die Verbände der Leistungserbringer,[28] die bewirkte, daß der AOK-Bundesverband zwar seine Positionen zur Frage der Kassenstrukturen aufrechterhielt,[29] jedoch

---

27 Die Fassung des »Formulierungsvorschlages zu den Übergangsvorschriften bei Aufbau einer gesetzlichen Krankenversicherung im heutigen Gebiet der DDR« vom 23.5.1990 ist auszugsweise abgedruckt in dfg 1990/23: 8–10; die Fassung vom 12.6.1990 ist auszugsweise abgedruckt in dfg 1990/24: 4–10.

28 Da das Papier außer den hier ausgeführten Elementen auch vom westdeutschen Recht abweichende Regelungsvorschläge für den Arzneimittelbereich enthielt, gehörten zu den Gegnern auch die pharmazeutische Industrie und die Apothekerschaft.

29 Auch hier konnte er sich allerdings nicht durchsetzen: Nicht nur wurden die anderen Kassenarten von Beginn an zur Versicherung im Beitrittsgebiet zugelassen – im Gegenteil gelang es den Verbänden der Betriebs- und Innungskrankenkassen sogar, in den Regelungen des am 13.9.1990 von der DDR-Volkskammer beschlossenen, bis Ende 1990 geltenden Krankenkassenerrichtungsgesetzes sowie im Einigungsvertrag in bezug auf die Regelungen zu den Gründungsvoraussetzungen für Krankenkassen dieser Kassenarten in

von seinen Forderungen zur Versorgungsstruktur rasch Abstand nahm: Als kurze Zeit später der BMA gemeinsam mit dem Ministerium für Gesundheit (MfG) der DDR einen ganz ähnlichen Vorschlag unterbreitete,[30] gehörten die Ortskrankenkassen bereits gemeinsam mit der verfaßten Ärzteschaft und den Ersatzkassen zu den Gegnern dieses Vorschlags.[31]

Zu diesem Zeitpunkt waren es hingegen die Betriebskrankenkassen, die aus dem Konsens von Ärzteschaft und übrigen Kassenarten ausscherten[32] und vehement für einen Erhalt poliklinischer Strukturen eintraten (BKK-Bundesverband 1990; Schönbach 1990). Allerdings hatte der BKK-Bundesverband in erster Linie die betrieblichen Polikliniken und Ambulatorien im Auge: Bezüglich dieser hatte der Verband – ausgehend von einer in seinem Auftrag durchgeführten Repräsentativumfrage, die eine hohe Wertschätzung des betrieblichen Gesundheitswesens in der ostdeutschen Bevölkerung ermittelte (BKK-Bundesverband Stabsabteilung Unternehmensplanung 1990) – begonnen (mit Unterstützung westdeutscher Investoren in Ärzte-Häuser und andere kooperative ärztliche Strukturen), Beratungen betriebspoliklinischer Einrichtungen durchzuführen.[33]

Diese Initiative stieß nicht nur auf die entschiedene Ablehnung der verfaßten Kassenärzteschaft, die sie als Bedrohung des Monopols freiberuflicher Tätigkeit empfand;[34] vielmehr fand sie auch nicht die Unterstützung der an-

---

Ostdeutschland für eine Übergangsperiode eine für sie »freundlichere« Ausgestaltung als im westdeutschen Recht vorgesehen durchzusetzen (Wasem 1990; Windhoff-Héritier 1992).

30 Auch in diesem Entwurf einer »Verordnung über die vertraglichen Beziehungen der Krankenversicherung zu den Leistungserbringern – Kassenvertragsverordnung« sollte der Sicherstellungsauftrag für niedergelassene Ärzte einerseits und für poliklinische Einrichtungen andererseits »gespalten« werden, und Niederlassungen sollten abzulehnen sein, »wenn für den Ort der Niederlassung im entsprechenden Fachgebiet eine angemessene Versorgung, die den Bedürfnissen auf eine gute und ausreichende Behandlung entspricht, gewährleistet ist« (zit. nach dfg 1990/25: 5). Zugleich war im Entwurf eines DDR-Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehen, daß die Investitionen poliklinischer Einrichtungen wie die Krankenhausinvestitionen in der Bundesrepublik aus Steuermitteln finanziert werden sollten.

31 Vgl. dfg 1990/28: 5–10.

32 Vgl. die abweichende Stellungnahme anläßlich der Anhörung zum Verordnungsentwurf von BMA/MfG, über die in dfg 1990/28: 5–6 berichtet wird.

33 Vgl. über das Konzept dieser Beratungen etwa Kahnert (1990).

34 In einem Schreiben an den Vorstandsvorsitzenden des BKK-Bundesverbandes vom 19.7.1990 warnte der KBV-Vorsitzende, ihm fehle »jedes Verständnis dafür, daß Sie … offensichtlich hinter dem Rücken der Kassenärzte in der DDR eine Systemveränderung der ambulanten Versorgung durch Betriebspolikliniken betreiben, die – wie Sie sicher wissen – in einem geeinten Deutschland auf das Versorgungssystem in der Bundesrepu-

deren Kassenarten, insbesondere der Ortskrankenkassen, die zwar (wie ja soeben erst dokumentiert) diese Vorstellungen versorgungspolitisch durchaus teilten, jedoch die Befürchtung hegten, daß »eine Einheit ›Betrieb, Betriebspoliklinik, Betriebskrankenkasse‹ den Betriebskrankenkassen einen erheblichen Startvorteil in Ostdeutschland ermöglicht hätte« (Interview mjw28121).

Angesichts des nahezu einhelligen Widerstandes gegen weiterreichende Modifikationen des westdeutschen Status quo und entsprechender »Interventionen« insbesondere der Ärzteschaft im Bundeskanzleramt,[35] konnten BMA und MfG diese Positionen nicht länger durchhalten.[36] Folglich einigten sich die Akteure schließlich auf spürbar weniger weitreichende Abweichungen von den für Westdeutschland geltenden Regelungen. Diese wurden zunächst für die Anpassungsgesetze der DDR beschlossen, die für die Zeit bis zum 31.12.1990 Gültigkeit haben sollten, fanden jedoch kurze Zeit später mit in wesentlichen Fragen überwiegend identischem Inhalt ebenfalls Eingang in die ab 1.1.1991 geltenden krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften des Einigungsvertrages.

Nach diesen Regelungen wurde die ambulante Versorgung grundsätzlich nach den »Spielregeln« des westdeutschen Kassenarztrechtes organisiert.[37] Hierzu wurde zunächst festgelegt, daß in Ostdeutschland – mit Ausnahme

---

blik zurückschlagen muß. Ich kann daher nur hoffen, daß die uns zugegangenen Berichte nicht den Tatsachen entsprechen und Sie auch für die DDR an einem Versorgungssystem durch ambulant in freier Praxis niedergelassene Kassenärzte mit uns gemeinsam festhalten.« (Kopie des Schreibens liegt dem Verfasser vor.)

35 Vgl. Ärzte-Zeitung sowie Handelsblatt vom 13./14.7.1990.

36 Der DDR-Gesundheitsminister, Kleditsch, stand den Versuchen des BMA, »poliklinikfreundlichere« Rahmenbedingungen durchzusetzen, ohnehin reserviert gegenüber. Er legte hingegen größeres Gewicht darauf, durch ein »Rationalisierungsschutzabkommen« Arbeitslosigkeit von (insbesondere nichtärztlichen) Mitarbeitern von Polikliniken zu vermeiden (Interview mjw01101). Die am 12.6.1990 zwischen dem MfG und dem Zentralvorstand der Gewerkschaft Gesundheits- und Sozialwesen der DDR geschlossene »Vereinbarung über den Schutz für Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen bei Rationalisierungsmaßnahmen und Strukturveränderungen« ist allerdings nach Rechtsauffassung der zuständigen west- beziehungsweise gesamtdeutschen Ressorts (BMA u. BMI) wegen nicht erfolgter »Registrierung« gemäß des Arbeitsgesetzbuches der DDR nicht rechtswirksam geworden; sie hat im Transformationsprozeß auch keine wesentliche Rolle gespielt.

37 Grundlage für diese prinzipielle Geltung auch des westdeutschen Kassenarztrechtes im Beitrittsgebiet war – wie auch für die übrigen Rechtsgebiete – die Regelung in Artikel 8 des EV, wonach in Ostdeutschland Bundesrecht in Kraft trat, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes geregelt wurde. Die in Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II des EV festgelegten »Überleitungsregelungen« für Ostdeutschland legten genau diese abweichenden Regelungen für das Sachgebiet »Krankenversicherung – Gesundheitliche Versorgung« fest.

Ostberlins, wo keine neue KV zu errichten war, da die (bisherige Westberliner) KV Berlin sich nunmehr auf den Ostteil der Stadt erstreckte[38] – KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts (K.d.ö.R.) neu errichtet werden sollten. Im Frühjahr 1990 waren in Ostdeutschland auf privatrechtlicher Basis »Kassenärztliche Vereinigungen« als Interessenverbände niederlassungsinteressierter ambulant tätiger Ärzte gegründet worden.[39] Diese privatrechtlichen Vereine wurden ermächtigt,[40] bis zur Bildung von KVen als Körperschaften öffentlichen Rechts – spätestens jedoch bis 30.6.1991[41] – deren Aufgaben wahrzunehmen.[42]

Die KVen sollten entsprechend des westdeutschen Kassenarztrechts den gesamten Sicherstellungsauftrag erhalten, also nicht nur in bezug auf die Versorgung durch niedergelassene Ärzte, sondern auch soweit die Versorgung durch poliklinische Einrichtungen durchgeführt wurde.[43] An den zunächst vom BMA verfolgten Gedanken eines gespaltenen Sicherstellungsauftrags erinnerte nur noch die den Krankenkassen eingeräumte Möglichkeit,[44] mit den Einrichtungen eigenständige Gesamtverträge schließen zu können – allerdings auch dies nur »im Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen«.

Die Regelungen des EV sahen nunmehr explizit vor: »Die Niederlassung in freier Praxis ist mit dem Ziel zu fördern, daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird.«[45] Der Anteil der poliklinischen Einrichtungen an der Versorgung sollte entsprechend verrin-

---

38 Vgl. § 311 Abs. 4 Buchst. d Satz 2 SGB V i.d.F. des EV.

39 Vgl. dazu Abschnitt 5.2.

40 § 5 Abs. 8 Satz 2 des Krankenkassen-Vertragsgesetzes u. § 311 Abs. 4 Buchst. d Satz 1 SGB V i.d.F.d. EV; bereits vorher hatte der DDR-Gesundheitsminister dies in einer Anordnung zur Errichtung Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigungen vom 29.8.1990 (GBl. I, S. 1448) geregelt.

41 In Berlin-Ost verlor die auch dort gebildete privatrechtliche »KV« zum Zeitpunkt der Ausdehnung der KV Berlin auf den Ostteil der Stadt (also zum 31.12.1990) die von ihr bis dahin wahrgenommene Kompetenz, Aufgaben der KV wahrzunehmen (Interview mjw21081).

42 Zwar hatte der DDR-MfG den privatrechtlichen »KVen« offenbar im September und Oktober 1990 bestätigt, sie seien nunmehr Körperschaften öffentlichen Rechts, jedoch unterrichtete der BMA die »KVen« und die ostdeutschen Länder (mit Schreiben vom 8.11.1990) über seine – von den Beteiligten akzeptierte – Rechtsauffassung, daß Körperschaften noch nicht ordnungsgemäß errichtet seien. K.d.ö.R. wurden die »KVen« vielmehr erst nach den auf der Grundlage des SGB V durchgeführten Wahlen und der Bildung der vorgesehenen Gremien. Vgl. dazu auch Abschnitt 5.2.

43 Vgl. § 2 u. § 5 Abs. 6 Krankenkassen-Vertragsgesetz.

44 § 311 Abs. 5 SGB V i.d.F.d. EV.

45 § 311 Abs. 10 Satz 2 SGB V i.d.F.d. EV.

gert werden, insbesondere durch »Umwandlung« von poliklinischen Einrichtungen in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften.[46] Um die Niederlassung zu fördern, verzichtete man auf den nach dem westdeutschen Recht erforderlichen Nachweis einer »kassenärztlichen Vorbereitungszeit« auch für Berufsanfänger sowie auf das seit 1989 in der Bundesrepublik geltende Niederlassungsverbot für über 55jährige Ärzte.[47]

Polikliniken und ähnliche Einrichtungen blieben allerdings »zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung … kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen«.[48] Zulassung zur Versorgung bedeutet hierbei insbesondere, daß der Träger der Einrichtung die erbrachten Leistungen in dem Umfang gegenüber den Krankenkassen abrechnen kann, wie diese zum Leistungsspektrum der kassenärztlichen (und kassenzahnärztlichen) Versorgung in der GKV gehören.[49] Über eine eventuelle Verlängerung ihrer Zulassung über den 31.12.1995 hinaus sollte dann der Zulassungsausschuß entscheiden, »insbesondere unter Berücksichtigung des Anteils der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte«.[50] Die Zulassung poliklinischer Einrichtungen sollte durch den Zulassungsausschuß widerrufen werden können, »wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist«.[51]

---

46 § 311 Abs. 10 Satz 2 u. 3 SGB V i.d.F.d. EV.

47 Vgl. § 311 Abs. 7 u. 9 SGB V i.d.F.d. EV.

48 § 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.d.F.d. EV.

49 Soweit die poliklinischen Einrichtungen Heil- und Hilfsmittel erbrachten, wurden sie bis zum 31.12.1993 zur Teilnahme an der Versorgung der GKV-Versicherten zugelassen; danach sollte eine Zulassung nur noch gewährt werden, »soweit eine wirtschaftliche Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln durch private Leistungserbringer nicht sichergestellt werden kann« (§ 311 Abs. 11 SGB V i.d.F.d. EV). Für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der häuslichen Pflegehilfe durch die Polikliniken gab es keine gesonderten Regelungen. Hinsichtlich der Nicht-GKV-Leistungen waren die Polikliniken entsprechend auf eine Finanzierung nach den hierfür geltenden Regelungen des bundesdeutschen Rechts (bzw. des Rechts der neuen ostdeutschen Länder) verwiesen. Dies galt insbesondere für verschiedene rehabilitative Leistungen, Tauglichkeitsuntersuchungen und Gutachten unterschiedlichster Art sowie (nicht nur, aber in besonderem Maße für Polikliniken des betrieblichen Gesundheitswesens) für unterschiedlichste arbeitsmedizinische Aufgaben.

50 § 311 Abs. 2 Satz 3 SGB V i.d.F.d. EV. Es handelt sich somit für den Zeitraum ab 1996 um eine »bedarfsorientierte Zulassung« (Stiller 1991: 11) – eine für das bundesdeutsche Kassenarztrecht untypische Konstellation, da eine bedarfsorientierte Beteiligung anderer als niedergelassener Ärzte an der ambulanten Versorgung ansonsten über das Institut der »Ermächtigung«, nicht aber der »Zulassung« erfolgt.

51 § 311 Abs. 2 Satz 2 SGB V i.d.F.d. EV.

Im Rahmen der Kompromißsuche zwischen den Betriebskrankenkassen und der KBV hatten sich die Beteiligten darauf verständigt (so Interview mmw06091), daß die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der KBV bis Ende 1995 eine Treuhandgesellschaft zur Übernahme der Trägerschaft von poliklinischen Einrichtungen betreiben konnten, soweit der Fortbestand dieser Einrichtungen zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich war.[52]

Infolge des ungeteilten Sicherstellungsauftrags der KVen auch für die Versorgung durch poliklinische Einrichtungen waren Regelungen zur mitgliedschaftsrechtlichen Stellung der an den Polikliniken tätigen Ärzte in diesen Körperschaften zu treffen. Da mehr als 95 Prozent der ambulant tätigen Ärzte zu dieser Zeit noch an poliklinischen Einrichtungen tätig waren, hätte eine Vorschrift, nach der – wie es der Entwurf einer »Poliklinikreformverordnung«, den eine beim Magistrat Ostberlins im Frühsommer 1990 gebildete Arbeitsgruppe »Ambulante medizinische Versorgung« Ende Juli vorlegte, vorschlug[53] – jeder an der ambulanten Versorgung teilnehmende niedergelassene oder poliklinisch tätige Arzt gleichberechtigt eine Stimme bei den Wahlen zur KV gehabt und sich daraus die Zusammensetzung der KV-Organe ergeben hätte, bedeuten können, daß die KVen von einer Mehrheit angestellter Ärzte beherrscht worden wären.

Die KBV forderte demgegenüber, die an poliklinischen Einrichtungen tätigen Ärzte statusmäßig wie in der Bundesrepublik über Krankenhäuser oder andere ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigte Ärzte zu behandeln, also als »außerordentliche« Mitglieder der KVen, ohne Stimmrecht – was bedeutet hätte, daß allein die Minderheit der niedergelassenen Ärzte in den Organen der KV stimmberechtigt gewesen wäre. Schließlich setzte sich der Marburger Bund mit einem Kompromißvorschlag durch (Interview mjw13081), nach welchem die Poliklinikärzte ordentliche Mitglieder der KVen werden und Niedergelassene und Polikliniker bis 31.12.1995 je 50 Prozent der Mandate in Vorstand und Vertreterversammlung der K.d.ö.R. einnehmen sollten.[54] Für die Gruppe der Polikliniker war hierbei vorgesehen, daß 60 Prozent der Mandatsträger aus den Leitern der Einrichtungen und 40 Prozent aus den nachgeordneten Ärzten stammen sollten. Auch für die ärztlichen Mitglieder in den Zulassungs-

52 Dies fand Eingang in § 311 Abs. 3 SGB V i.d.F.d. EV.
53 Vgl. Arbeitsgruppe Ambulante medizinische Versorgung (1990).
54 Vgl. § 311 Abs. 4 Buchst. c SGB V i.d.F.d. EV.

ausschüssen wurde eine »Parität« zwischen Poliklinikern und niedergelassenen Ärzten bis Ende 1995 vorgeschrieben.[55]

5.1.3 Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung

Inkrafttreten sollten die krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des EV nicht bereits mit dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik (3.10.1990), sondern erst zum 1.1.1991. Der Kompetenzzuweisungsstruktur des bundesdeutschen Gesundheitssystems entsprechend, hatten die Partner des EV die nähere Ausgestaltung des rechtlichen Rahmens für sich niederlassende Ärzte und poliklinische Einrichtungen Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten überlassen. Bereits seit Mitte Juni 1990 hatten die GKV-Spitzenverbände einerseits in einer Arbeitsgruppe untereinander, andererseits mit der KBV begonnen, Gespräche über vertragliche Gestaltungen für Ostdeutschland zu führen, welche erheblich intensiviert wurden, sobald sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen abzuzeichnen begannen.[56]

Da die KVen (wie gesehen) den Sicherstellungsauftrag durch Kassen-Vertragsgesetz und EV auch soweit zugesprochen bekommen hatten, wie die Versorgung durch poliklinische Einrichtungen erfolgte, waren KBV und KVen somit zugleich auch zum Vertragspartner der Kassen für die Regelungen über diese Einrichtungen geworden. Die Kassen verzichteten von vorneherein darauf, die (durch den EV immerhin eingeräumte) Möglichkeit auszuloten, mit Zustimmung der KV-Seite eigenständige Verträge mit Polikliniken oder deren Verbänden zu schließen (Interview mmw06091). Die poliklinischen Einrichtungen waren damit bei den Verhandlungen über die näheren Modalitäten ihrer Teilnahme an der Versorgung nicht direkt vertreten. Die Krankenkassen übernahmen damit quasi die gesetzliche Fiktion, daß die KV-Seite die Interessen auch der poliklinischen Einrichtungen gegenüber der Kassenseite wahrzunehmen hatte.

---

55 Vgl. § 311 Abs. 8 SGB V i.d.F.d. EV.

56 Soweit der Verlauf von Verhandlungen zwischen GKV-Spitzenverbänden und KBV angesprochen ist, stützt sich die folgende Darstellung neben Interviews mit Beteiligten (Interviews mmw30031; mjw14031; mmw06091) insbesondere auf eine durch einen Verband ermöglichte Durchsicht und Auswertung der Akten mit Verhandlungsniederschriften und internen Vermerken.

Während in Westdeutschland für die einzelnen Kassenarten traditionell unterschiedliche vertragliche Regelungen mit den Kassenärzten bestanden (und diese auch als Wettbewerbsparameter zwischen den Kassen eingesetzt wurden), herrschte Einigkeit, daß für Ostdeutschland – aus Praktikabilitätsgründen insbesondere für die dortigen Ärzte und poliklinischen Einrichtungen, aber auch für die verbandlichen Vertragspartner – kassenartenübergreifend zunächst möglichst weitgehend einheitliche Regelungen entwickelt werden sollten (Interview mmw14031). Zudem stimmten die KBV und die Spitzenverbände derjenigen Kassenarten, die in Westdeutschland auf der regionalen Ebene Vergütungsverträge schließen (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen), darin überein, daß in Ostdeutschland bis Jahresbeginn 1991 weder funktionsfähige Landesverbände der Krankenkassen noch für das »Vertragsgeschäft« hinreichend funktionsfähige KVen zur Verfügung stehen würden, die entsprechende Vergütungsvereinbarungen hätten aushandeln können. Daher entschieden sich diese Beteiligten dafür, nicht nur die ohnehin auf Bundesebene im Kontext der Bundesmantelverträge zu vereinbarenden Regelungen, sondern auch – »stellvertretend« für die eigentlich zuständigen Vertragspartner auf der Landesebene – Vergütungsvereinbarungen auf der Bundesebene zu schließen (Interviews mmw30031; mjw14031). Da bei den Ersatzkassen ohnehin auch Vergütungsverträge auf der Bundesebene geschlossen wurden,[57] konnten so sämtliche wesentlichen Fragen gemeinsam auf der Bundesebene verhandelt werden.

Die Beratungen wurden weit überwiegend auf der Fachebene geführt. Insbesondere beschränkte sich die Einbindung der Selbstverwaltungsebene (ehrenamtliche Vorstände) bei den GKV-Spitzenverbänden im wesentlichen auf Information durch die Mitarbeiter und die anschließende Ratifikation des Verhandlungsergebnisses. Dies kann (auch nach Aussagen der Beteiligten – Interview mmw06091) als Zeichen dafür gelten, daß die Kassenseite den Verhandlungen keinen großen Stellenwert beimaß.[58] Auch diejenigen Kas-

57 Dies hat sich erst durch die Vorgabe des GSG, daß die Ersatzkassen Gesamtverträge auf regionaler Ebene abzuschließen haben, zum 1.1.1993 geändert.

58 Die Einschätzung, daß den Vergütungsvereinbarungen kein großer Stellenwert beizumessen sei, wurde etwa auch durch den DGB geteilt, dessen sozial- und gesundheitspolitische Abteilung davon ausging, daß der Einigungsvertrag mit der Einräumung der gesetzlichen Zulassung der poliklinischen Einrichtungen bis Ende 1995 zunächst einen ausreichenden zeitlichen Rahmen für die Polikliniken geschaffen hatte. Aus diesem Grunde verzichtete man beim DGB auf eine ansonsten bei wichtigen gesundheitspolitischen Ereignissen regelmäßig praktizierte Abstimmung der DGB-Vertreter in den Vorständen der GKV-Spitzenverbände (Interviewmjw06081). Auch auf der Arbeitgeberseite fanden keine Abstimmungen zwischen den Selbstverwaltern und der BDA statt (Interview tjw16082).

senverbände (AOK-BV, BKK-BV), die sich während der Verhandlungen zum EV (wie skizziert) temporär für besonders »poliklinikfreundliche« Regelungen eingesetzt hatten, gingen in den Beratungen über die von der gemeinsamen Selbstverwaltung zu setzenden Rahmenbedingungen nur noch sehr begrenzt auf Konfrontationskurs mit der Kassenärzteschaft und den übrigen Krankenkassenarten (Interview mmw06091). Die Beratungen verliefen nach übereinstimmender Auskunft der Teilnehmer (Interviews mmw30031; mmw16091; mjw14031) denn auch – trotz zu Beginn weit auseinander liegender Vorstellungen – insgesamt eher harmonisch.

Einen *ersten Schwerpunkt* der Beratungen stellte der *Themenkomplex »Vergütungen«* – mit den beiden Teildimensionen der »Höhe der Gesamtvergütung« und der »Honorarverteilung auf die ambulant Tätigen« – dar.[59] Während in Westdeutschland das Wachstum der Gesamtvergütungen faktisch seit 1985 an die Zuwachsraten der beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten gebunden war (»Deckelung«), was dazu geführt hatte, daß die Honorare an die einzelnen Ärzte durch den Honorarverteilungsmaßstab über »fließende« Verteilungspunktwerte sowie die Bildung von »Töpfen« für verschiedene Leistungsarten verteilt wurden (Groser 1993), ging die KBV für Ostdeutschland zunächst im Juli 1990 mit der Forderung nach »ungedeckelten« Gesamtvergütungen in die Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden:[60] Nach dieser Forderung sollten ex ante feste Punktwerte bestehen (über deren Höhe zunächst wenig konkrete Vorstellungen bestanden), so daß sich die Höhe der Gesamtvergütungen der Krankenkassen an die KVen ausschließlich nach den erbrachten, mit den Punkten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bewerteten ärztlichen Einzelleistungen ergeben hätte. Nach diesem ersten Vorschlag sollten sowohl für die niedergelassenen Ärzte als auch für die poliklinischen Einrichtungen die gleichen Honorare von den Kassen gezahlt und entsprechend von den KVen an die jeweiligen Leistungserbringer verteilt werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnten diesen Vorschlag aus mehreren Gründen ab:[61] Sie befürchteten, bei Fehlen eines »Deckels« auf der Gesamtvergütung würde die Ausgabenentwicklung in Ostdeutschland unkontrollierbar. Nachdem ab Mitte August 1990 absehbar war, daß der EV eine strikt von den westdeutschen Beitragseinnahmen getrennte Finanzierung der ostdeutschen Leistungsausgaben bei gleichzeitiger Verpflichtung

59 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband.
60 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband.
61 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband sowie Interviews mmw30031; mmw06091.

zum »Grundsatz der Beitragssatzstabilität« eines für 1991 zudem gesetzlich vorgegebenen Beitragssatzes vorsehen würde,[62] forderten sie eine »Plafondierung«: Insgesamt sollte für die ambulante Versorgung nur ein im vorhinein festgelegter Anteil an den Beitragseinnahmen der Kassen in Ostdeutschland ausgegeben werden dürfen; im Rahmen dieser Plafondierung sollten den niedergelassenen Ärzten einerseits und den poliklinischen Einrichtungen andererseits jeweils getrennte, an den Fallzahlen und Fallwerten orientierte Teilbudgets zur Verfügung gestellt werden. An die niedergelassenen Ärzte sollte das entsprechende Teilbudget – wie im Westen – über einen »floatenden« Punktwert verteilt werden.

Auf heftige Ablehnung bei den Krankenkassen stieß aber vor allem der KBV-Vorschlag, auch die Polikliniken nach Einzelleistungen zu vergüten. Die KBV hatte insbesondere deswegen hierfür plädiert, weil so eine »automatische« Umschichtung der Honorare zwischen dem poliklinischen und dem niedergelassenen Bereich je nach Niederlassungsentwicklung bewirkt würde.[63] Außerdem sah die KBV die Gefahr, daß andere Honorarformen sich leicht an den tatsächlichen Kosten der poliklinischen Einrichtungen orientieren könnten: Da in den poliklinischen Einrichtungen jedoch auch Leistungen erbracht wurden, die nicht zur kassenärztlichen Versorgung gehörten, und die KBV sich zudem davon überzeugt zeigte, daß die Polikliniken insbesondere im nichtärztlichen Bereich personell überbesetzt seien, wäre die Vergütung der Polikliniken bei einer Orientierung an den tatsächlichen Kosten nach ihrer Einschätzung »zu hoch« ausgefallen – möglicherweise mit entsprechenden Rückwirkungen auf das für die Vergütung niedergelassener Ärzte zur Verfügung stehende Honorarvolumen.

Die Vertreter der Krankenkassen befürchteten jedoch, daß die Poliklinikärzte – deren von beiden Seiten gehörte Vertreter sich (in erster Linie wegen der »Gleichberechtigung« mit den niedergelassenen Ärzten und vermuteter Nachteile anderer Vergütungsformen) ebenfalls für eine Vergütung der Einrichtungen nach Einzelleistungen ausgesprochen hatten[64] – bei einer Einzelleistungsvergütung der Polikliniken interne »Überweisungsketten« zwischen den einzelnen Poliklinikärzten auslösen könnten und so die von der Poliklinik erbrachten Leistungsmengen stark ausgeweitet werden würden. Auch

62 Zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Ostdeutschland vgl. § 311 Abs. 1 SGB V i.d.F.d. EV; zur finanziellen Trennung von Ost- und West-GKV vgl. § 313 Abs. 1 u. 10 SGB V i.d.F.d. EV.

63 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband.

64 Vgl. auch Partsch (1991: 314).

AOK-BV und BKK-BV gewichteten die Gefahr eines ausgabentreibenden Leistungsmengenwachstums bei Vergütung der Einrichtungen nach Einzelleistungen stärker als die Chance, die Einrichtungen hierdurch stützen zu können. Statt dessen plädierte die Krankenkassenseite dafür, die poliklinischen Einrichtungen, ausgehend von ihren um nichtkassenärztliche Ausgabenanteile bereinigten Budgetansätzen des zweiten Halbjahres 1990, durch Fallpauschalen zu vergüten.

Angesichts dieser unterschiedlichen Ausgangspositionen von Krankenkassenverbänden und KBV bemühten sich beide Seiten in den Monaten August und September 1990 um eine Annäherung. Da das primäre Ziel der KBV darin bestand, für die sich niederlassenden Ärzte eine »ungedeckelte« Einzelleistungsvergütung durchzusetzen, war sie bereit, von ihrer Forderung nach Einzelleistungsvergütung auch der poliklinischen Einrichtungen abzurücken. Umgekehrt war die Kassenseite – insbesondere weil sie davon ausging, daß die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen noch auf längere Sicht von den Polikliniken erbracht werden würde, dort also das größere »Gefährdungspotential« einer Leistungsmengenexpansion bei Einzelleistungen bestand – vorrangig daran interessiert, für Polikliniken eine Pauschalhonorierung durchzusetzen, wofür sie bereit war, auf die Forderung nach einer »Deckelung« der Vergütungen für die niedergelassenen Ärzte zu verzichten.[65]

Da beide Seiten der Auffassung waren, daß für die Entwicklung eines Konzeptes einer pauschalierenden Honorierung der Polikliniken detailliertere Datengrundlagen (vernehmlich über die Anteile nichtkassenärztlicher Leistungen am Leistungsvolumen der Polikliniken) als bislang vorliegend erforderlich wären, verständigten sie sich darauf, die WIBERA AG, ein in Westdeutschland auf Einrichtungen des Gesundheitssystems spezialisiertes Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsunternehmen, mit einer (vom BMA finanzierten) Datenerhebung über die Leistungs- und Kostenstrukturen in poliklinischen Einrichtungen zu beauftragen. Bis hieraus Ergebnisse vorlägen, wollte man nähere Beratungen zur Vergütung der poliklinischen Einrichtungen zurückstellen.

Die »Vertagung« der Beratungen zur Poliklinikvergütung bot sich aus Sicht beider Seiten auch deswegen an, weil sie es ermöglichte, nach der grundsätzlichen Verständigung über eine ungedeckelte Einzelleistungsvergütung für die niedergelassenen Ärzte zunächst eine Einigung über deren Niveau zu suchen und ein Entgegenkommen der Kassenseite in diesem Punkt

65 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband.

später mit einer entsprechend geringeren Vergütung für die Polikliniken zu »verrechnen« – eine Lösung, die der KBV angesichts ihrer Präferenz für eine rasche Umstrukturierung in ein niederlassungsdominiertes System entgegenkam, die aber auch von den Krankenkassen getragen wurde.[66]

Dennoch blieben die Verhandlungen über das Niveau des Punktwertes für die niedergelassenen Ärzte zunächst kontrovers. Aus der Verpflichtung zur Finanzierung der GKV-Ost aus den dortigen Beitragseinnahmen bei gesetzlich fixiertem Beitragssatz und Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität hatte der EV für die in Ostdeutschland abgegebenen Arzneimittel[67] sowie für die zu Lasten der GKV abgerechneten Leistungen der Hebammen[68] eine Fixierung des ostdeutschen Vergütungsniveaus auf 45 Prozent des westdeutschen Vergütungsniveaus (»Einstiegswinkel«) festgelegt – was ungefähr den damaligen Relationen zwischen ostdeutschem und westdeutschem Durchschnittsgehalt der Arbeitnehmer entsprach; auch für die Vergütungen bei privatärztlicher und privatzahnärztlicher Behandlung sah der EV einen »Einigungsvertragsabschlag« von 55 Prozent (also einen »Einstiegswinkel« von 45 Prozent) gegenüber dem westdeutschen Honorarniveau vor.[69] Die Krankenkassen gingen daher für die kassenärztliche Vergütung zunächst mit der Forderung in die Verhandlungen, daß der in Ostdeutschland zu zahlende Punktwert sich – insbesondere, wenn auf eine »Deckelung« verzichtet würde – ebenfalls an einem »Einstiegswinkel« von nur 45 Prozent des durchschnittlichen westdeutschen Punktwertes orientieren müsse. Dies hätte nach den Berechnungen der Kassen einem Punktwert von 4,6 Pfennigen entsprochen.[70]

Dem hielt die KBV entgegen, daß die sich niederlassenden Ärzte in Ostdeutschland aufgrund der zu erwartenden zunächst geringeren technischen Ausstattung der Arztpraxen niedrigere Leistungsmengen als die westdeutschen Ärzte abrechnen würden, so daß das Ziel eines 45-Prozent-Honorar*volumens* auch bei einem relativ höheren »Einstiegswinkel« erreichbar sei.

---

66 Während insgesamt über die Verhandlungen wenig an die Öffentlichkeit drang, wurde die Verständigung, ein »Mehr« an Honoraren für die Niedergelassenen durch ein »Weniger« für die Polikliniken zu kompensieren, auch von der einschlägigen Fachpresse notiert (vgl. dfg 1990/38: 4).

67 Vgl. § 311 Abs. 1 Buchst. b SGB V i.d.F.d. EV.

68 Vgl. Kap VIII Sachgebiet G Abschnitt 3 Nr. 4 des EV.

69 Vgl. Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt 3 Nrn. 7 u. 8 des EV.

70 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband; Interview mmw06091.

Daher forderte sie einen Punktwert von 7,0 Pfennigen.[71] Schließlich gelang Anfang Oktober 1990 eine Verständigung, die auch rasch in der Öffentlichkeit bekannt wurde:[72] Danach sollte zum einen der Punktwert auf 6,1 Deutsche Pfennige festgelegt werden. Zum anderen waren die Auswirkungen des Vertrages kontinuierlich zu überprüfen – für den Fall, daß dabei der Anteil der Ausgaben der Kassen für die (die Vergütung der Polikliniken einschließenden) Gesamtvergütungen 20 Prozent ihrer Beitragseinnahmen nicht erreichte oder aber überschritt, verpflichteten sich die Vertragspartner, »über eine Anpassung der Vergütungssätze zu verhandeln«.[73] Allerdings sollte hierbei auch gelten, daß der Punktwert von 6,1 Pfennigen bei dieser Anpassung »unberührt«[74] bliebe beziehungsweise allenfalls nach oben[75] angepaßt werden dürfe. Offensichtlich beabsichtigten die Vertragspartner also (ganz im Sinne der Überlegungen, »Überzahlungen« bei den Kassenärzten mit Abschlägen vom Poliklinikhonorar zu »verrechnen«), ein etwaiges Überschreiten des 20-Prozent-Korridores in erster Linie durch eine entsprechende Anpassung der Poliklinikvergütungen nach unten zu korrigieren.

Hinsichtlich der Poliklinikvergütungen sollte sich die Erwartung, bereits Ende September über erste Daten aus dem WIBERA-Gutachten als Beratungsgrundlage verfügen zu können, als illusorisch erweisen, insbesondere da die Polikliniken die von ihnen erbetenen Daten vielfach nicht in der erforderlichen Differenzierung übermitteln konnten, da eine solche Differenzierung im Rahmen der bisherigen Finanzierungsmodalitäten nicht erforderlich gewesen war. Zwischenzeitlich hatte allerdings die KBV erste Vorstellungen

---

71 Ex post zeigte sich, daß die ostdeutschen Ärzte 1991 je Versicherten tatsächlich nur rund 73 Prozent der Leistungsmengen westdeutscher Ärzte erbracht hatten. Hierfür war neben der geringeren medizinisch-technischen Ausstattung und einem höheren Anteil von Allgemeinärzten/Praktikern wohl auch eine zunächst geringer ausgeprägte »Fingerfertigkeit« im Umgang mit der Gebührenordnung verantwortlich (Wasem 1993b: 122–124).

72 Vgl. dfg 1990/40: 7. Vertraglich endgültig vereinbart wurde die Vergütung schließlich in § 3 Abs. 2 des zwischen AOK-BV, BKK-BV, IKK-BV, BVLK einerseits und KBV andererseits im Dezember 1990 abgeschlossenen »Rahmen-Gesamtvertrages für die Bereiche der Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen« (im folgenden: Rahmen-Gesamtvertrag, abgedruckt etwa in Schönbach 1991). Für den Ostteil Berlins vereinbarten die Landesverbände der Krankenkassen mit der KV Berlin eine weitgehend identische Regelung. Für den Ersatzkassenbereich vereinbarten VdAK und AEV mit der KBV ebenfalls weitgehend identische Regelungen, die in einen »Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag« Eingang fanden.

73 Vgl. § 10 Satz 2 Rahmen-Gesamtvertrag.

74 § 10 Satz 3 Rahmen-Gesamtvertrag.

75 In der Anlage zum Anhang des Arzt-/Ersatzkassenvertrages ist entsprechend von einem »Mindestpunktwert« die Rede.

entwickelt, wie eine Vergütung poliklinischer Einrichtungen aussehen könnte, die einerseits den Vorstellungen der Krankenkassen nach einer Pauschalhonorierung entspräche, andererseits aber zugleich ihren eigenen Befürchtungen, nichtkassenärztliche Leistungen und personelle Überhänge im nichtärztlichen Bereich über Pauschalen mitfinanzieren zu müssen, Rechnung trüge.[76]

Zentraler Grundgedanke dieses, den Krankenkassen Ende September 1990 vorgestellten KBV-Konzeptes war, daß sich die Fallpauschalen für die ostdeutschen Polikliniken an den Fallwerten[77] der niedergelassenen Ärzte in Westdeutschland, korrigiert um den »Einigungsvertragsabschlag«, orientieren sollten. Da der durchschnittliche Fallwert in Westdeutschland in starker Abhängigkeit von der Fachrichtung steht,[78] sollte sich die Behandlungsfallpauschale, die einer Poliklinik pro Behandlungsfall zustehen würde, in Abhängigkeit von der jeweiligen Zusammensetzung der einzelnen Poliklinik mit den Ärzten der verschiedenen Arztgruppen, den durchschnittlichen Fallzahlen der Arztgruppen je Arzt im Westen und den voraussichtlichen fachgruppendurchschnittlichen Fallwerten der verschiedenen Arztgruppen in Westdeutschland ergeben.[79] Die Honorierung wäre somit – den beiden Befürchtungen der KBV Rechnung tragend – unabhängig von den Personalstrukturen der Polikliniken im nichtärztlichen Bereich und unabhängig von außerhalb der kassenärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen gewesen: Ein (mindestens) einen Poliklinikarzt im Quartal aufsuchender Patient würde für dieses Quartal einen »Behandlungsfall« darstellen und die einmalige Zahlung der für diese Poliklinik ermittelten spezifischen Behandlungsfallpauschale auslösen – völlig unabhängig von Zahl und Fachrichtung der vom Patienten im Quartalsverlauf aufgesuchten Ärzte, der von diesen erbrachten Leistungen und von den nichtärztlichen Personal-, Kosten- und Leistungsstrukturen der Einrichtung.

---

76 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband.

77 Ein »Fall« stellt im Kontext der westdeutschen Versorgung durch niedergelassene Ärzte die Behandlung eines Patienten durch *einen* Arzt während eines Quartales dar; besucht ein Patient mehrere Ärzte in einem Quartal, löst er also mehrere Fälle aus. Der »Fallwert« ist das Honorar, das auf einen Fall entfällt; es ergibt sich durch Multiplikation der für diesen Fall abgerechneten Punktzahlen mit dem zur Auszahlung kommenden Punktwert.

78 Vgl. etwa die Übersichten in Klose (1993).

79 In ersten Entwürfen sah das KBV-Konzept die Zuordnung der Ärzte der Polikliniken zu vier Bündeln von Arztgruppen vor (Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband), jedoch entschied man sich dann relativ rasch dafür, jeden Arzt einer der 15 Arztgruppen, die in Westdeutschland an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, zuzuordnen.

Die Krankenkassenseite stimmte diesem KBV-Konzept im Oktober 1990 in den Grundzügen zu.[80] AOK-BV und BKK-BV wiesen allerdings auf eine gravierende Benachteiligung der Polikliniken hin, die dadurch entstehen würde, daß Patienten insbesondere in größeren Einrichtungen in einem Quartal Behandlungen bei Ärzten mehrerer Fachrichtungen in Anspruch nehmen würden, hierdurch jedoch nur eine einzige Behandlungsfallpauschale ausgelöst würde. Zwar hatte sich die Kassenseite (wie beschrieben) gerade wegen der von ihr bei Ärzten mehrerer Fachrichtungen innerhalb einer Poliklinik gesehenen Gefahr von »Überweisungsringen« gegen eine Einzelleistungsvergütung für Polikliniken gewandt, die völlige Vernachlässigung mehrerer Arztkontakte bei der Vergütung aber erschien auf der anderen Seite ebenfalls unvertretbar (Interviews mmw06091; mmw30031).

Nach längeren Verhandlungen einigte man sich schließlich Mitte November 1990 auf die Anreicherung der Vergütungsformel um ein sogenanntes »Überweisungsgewicht«, das pauschal einen Ausgleich dafür schaffen sollte, daß der Patient bei niedergelassenen Ärzten unter Umständen mehrere Fälle, in der Poliklinik hingegen nur einen Behandlungsfall auslösen würde. Das Überweisungsgewicht (über dessen genaue Justierung mehrfach verhandelt wurde)[81] orientierte sich an der Zahl der in einer Poliklinik vertretenen verschiedenen Arztgruppen.[82] Wie Kritiker (etwa der DGB[83] oder der Verband der Krankenhausdirektoren[84]) später anmerkten, spiegelte es die in Westdeutschland registrierte Überweisungshäufigkeit allerdings nicht korrekt wider: Während (wie der Rahmen-Gesamtvertrag selber mitteilt) der Anteil der Überweisungen an allen Fällen in Westdeutschland 31 Prozent betrug, so daß ein (im Wege der Aufschlagskalkulation ermittelter) *durchschnittlicher* Aufschlag auf die Fallwerte 45 Prozent hätte betragen und bei Polikliniken mit zahlreichen Arztgruppen deutlich hätte darüber liegen müssen, wurden den Polikliniken je nach Zahl der in ihnen vertretenen Arztgruppen lediglich Zuschläge von zwischen 4 Prozent und 40 Prozent zugebilligt. Ostdeutsche Polikliniken mit Ärzten mehrerer Fachgruppen wurden nach diesem Modell daher im Regelfall erheblich »unterbezahlt«.[85]

---

80 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband.

81 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband.

82 Vgl. Anlage 1a zum Rahmen-Gesamtvertrag. Vgl. Erläuterungen zu der Behandlungsfallpauschalenhonorierung der Polikliniken etwa bei Fischer (1991a) sowie Partsch (1991).

83 Vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund (1991: 6–8).

84 Vgl. o.V. (1991c).

85 Wie erst bei Anwendung des Vergütungsmodus festgestellt wurde, spiegelte der Fallwert die westdeutschen Verhältnisse im übrigen auch deswegen nicht korrekt wider, weil bei

Rasch einig waren sich die Vertragspartner hingegen über die Höhe des »Einigungsvertragsabschlags« für die Polikliniken (Interview mmw06091): Hatte man durch die Festlegung des Punktwertes für niedergelassene Ärzte auf 6,1 Prozent für diesen Teilbereich einen Abschlag gegenüber dem durchschnittlichen westdeutschen Punktwert von 40 Prozent realisiert, so gingen die Beteiligten davon aus, daß gegenüber den Polikliniken ein »Einigungsvertragsabschlag« von 50 Prozent gerechtfertigt sei, da diese Einrichtungen ebenso wie die sich niederlassenden Ärzte noch nicht über die westliche medizinisch-technische Ausstattung verfügten, jedoch für die Polikliniken durch die Referenzgröße der westdeutschen Behandlungsfallwerte zunächst die westdeutschen Leistungsmengen und -strukturen in die Berechnung der Behandlungsfallpauschale Eingang gefunden hatten (Partsch 1991: 316).[86]

Stand das Grundmuster der Vergütungen der Polikliniken somit Mitte November fest, so dauerte es allerdings noch rund einen weiteren Monat, bis den Polikliniken und ihren Trägern konkrete Zahlen über die zu erwartende Höhe der Fallpauschalen bekanntgegeben wurden. Noch auf einer größeren Informationsveranstaltung der KBV Anfang Dezember in Berlin wurden zwar die zwischenzeitlich bereits bekannten Punktwerte der niedergelassenen Ärzte, jedoch keine Quantifizierungen der Fallpauschalen vorgestellt.[87]

Da die Gesamtvergütungen nach Ablauf eines Quartals fällig werden, mußten die Vertragspartner Regelungen über *Abschlagszahlungen* für den Quartalsverlauf treffen – insbesondere auch für das erste Quartal 1991, für das noch keine Vergleichswerte aus Vorquartalen zur Verfügung standen, an denen sich die Abschlagszahlungen hätten orientieren können. Hinsichtlich der Abschlagszahlungen für die sich neu niederlassenden Ärzte verständigten sich beide Seiten auf eine Orientierung an den durchschnittlichen Fall-

---

der Ermittlung der westdeutschen Fallwerte die (in einigen Fachgruppen durchaus größenordnungsmäßig relevanten) »Wegepauschalen« (bei Hausbesuchen etc.) nicht einbezogen waren, die aus diesen westdeutschen Fallwerten abgeleiteten Fallpauschalen für die ostdeutschen Polikliniken jedoch auch die Vergütung dieser Leistungen abdecken sollten (Interview mjw30091): Polikliniken mußten bei Hausbesuchen damit quasi auf die für Niedergelassene vorgesehenen Wegepauschalen verzichten.

86 War der gegenüber der Vergütung niedergelassener Ärzte höhere »Einigungsvertragsabschlag« auf kurze Sicht plausibel, so wirkte er auf mittlere Sicht allerdings nachteilig für die Polikliniken, da die niedergelassenen Ärzte mit zunehmender Investitionstätigkeit die Fallwerte ausdehnen konnten, während diese Möglichkeit für die Einrichtungen aufgrund der pauschalierten Vergütung nicht bestand, während gleichzeitig der höhere Einigungsvertragsabschlag der Polikliniken im Zeitablauf nicht abgeschmolzen wurde.

87 Vgl. Schreiben des BMA an KBV und GKV-Spitzenverbände vom 10.12.1990: »Es müssen konkrete Zahlen auf den Tisch gelegt werden …« (Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband).

zahlen und den – um 40 Prozent »Einigungsvertragsabschlag« gekürzten – Fallwerten westdeutscher Ärzte der entsprechenden Fachrichtungen.[88]

Bei den Abschlagszahlungen für poliklinische Einrichtungen entschieden sich die Vertragspartner dafür, daß diese sämtliche GKV-relevanten Leistungen der Polikliniken einschließen sollten – also neben der ambulanten ärztlichen Versorgung auch die von Polikliniken abgegebenen Heil- und Hilfsmittel sowie die von ihnen erbrachten Leistungen der häuslichen Pflege, nicht jedoch zahnärztliche Leistungen.[89] Zur Bestimmung der Höhe der Abschlagszahlungen für die einzelnen Polikliniken wählten die Vertragspartner als Bezugsbasis die jeweiligen Haushaltsansätze im November 1990, die zunächst einrichtungsspezifisch um einen Anteil für die in einer Poliklinik tätigen Zahnärzte gemindert und sodann um einen pauschal festgelegten Anteil für solche Leistungen der Polikliniken gekürzt wurden, die nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehörten.[90] Die so bereinigten Haushaltsansätze sollten sodann auf die im November 1990 beschäftigten Ärzte bezogen und dieser Pro-Kopf-Wert je ärztlichen Arbeitsplatz[91] für 1991 auf

---

88 Vgl. § 6 Abs. 3 Satz 2 Rahmen-Gesamtvertrag.

89 Für die zahnärztlichen Leistungen der Polikliniken liefen parallel Vertragsverhandlungen zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und GKV-Spitzenverbänden.

90 Die Kürzungsbeträge wurden nach der Anzahl der Ärzte in der jeweiligen poliklinischen Einrichtung festgelegt (§ 6 Abs. 4 Rahmen-Gesamtvertrag) und betrugen 10 Prozent für Einrichtungen bis einschließlich 10 Ärzten, 30 Prozent für Einrichtungen mit mehr als 10 Ärzten und 40 Prozent für Betriebspolikliniken bestimmter Wirtschaftsbereiche (für die man offenbar annahm, daß der nicht über die GKV zu finanzierende Anteil arbeitsmedizinischer Leistungen am Leistungsspektrum und damit am Budget besonders hoch war).

Wie die Ende Dezember 1990 schließlich vorliegenden Ergebnisse der (methodisch nicht unumstrittenen [vgl. etwa Jacobs/Kniesche/Schräder [992: 9–15]) WIBERA-Untersuchung zeigen sollten, waren diese pauschalen Abschläge für die Nicht-GKV-Leistungen der Polikliniken *erheblich zu hoch* ausgefallen: *Einschließlich* der in dieser Untersuchung nicht gesondert erhobenen, aber zum GKV-Leistungskatalog gehörenden (durch den Rahmen-Gesamtvertrag explizit in die Abschlagszahlungen als einbezogen zu betrachtenden) Heilmittel-Erbringung sowie der Abgabe von Hilfsmitteln und pflegerischen Leistungen, die quantitativ teilweise bedeutende Anteile am nichtärztlichen Leistungsspektrum der Polikliniken ausmachten, ergaben die Kosten für »sonstige Bereiche« nach dieser Untersuchung einen Anteil von ca. 27 Prozent an den um die zahnärztliche Versorgung gekürzten Haushaltsansätzen der Polikliniken mit mehr als 10 Ärzten (berechnet nach: WIBERA 1991: Anlage 6 i.V.m. Anlage 4). Ein die Heil- u. Hilfsmittel- und Pflege-Erbringung nicht ausgrenzender Abschlag für Nicht-GKV-Leistungen hätte daher allenfalls bei ca. 15–20 Prozent liegen dürfen. Einzelne Polikliniken mit mehr als 10 Ärzten hatten zudem Anteile von Nicht-GKV-Leistungen von weniger als 5 bis 10 Prozent. Insgesamt ist daher davon auszugehen, daß eine erhebliche Anzahl von Polikliniken durch die Abschläge nochmalig temporär deutlich »unterfinanziert« wurden.

91 Die Vertragspartner hatten sich zudem darauf verständigt, die Pro-Kopf-Werte auf maximal 10 000 DM je ärztlichen Arbeitsplatz und Monat zu begrenzen (vgl. Protokollnotiz

die Zahl der jeweils zum Monatsbeginn in der Poliklinik beschäftigten Ärzte bezogen werden, so daß auch bei den Abschlagszahlungen einer Verringerung der Arztzahl in einer Poliklinik durch Niederlassungen »automatisch« Rechnung getragen wurde.[92]

Neben den Vergütungsfragen befaßte sich ein *zweiter Themenkomplex* in den Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverbänden mit den *Modalitäten der Teilnahme ambulanter Einrichtungen an der kassenärztlichen Versorgung*. Hierbei ging es zunächst um eine Auslegung, welche poliklinischen Einrichtungen von der fünfjährigen »Zulassungsgarantie« des EV erfaßt wären. Der EV hatte die »bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (z.B. Polikliniken, Ambulatorien)« genannt[93] und damit mehrere »Regelungslücken« offengelassen.

Diese betrafen zunächst auch die Frage nach den Auswirkungen eines möglichen »Trägerwechsels« poliklinischer Einrichtungen: Wie bereits erwähnt, hatte – mit Unterstützung des BKK-BV – eine Reihe westdeutscher Investoren begonnen, sich für Betriebspolikliniken zu interessieren, und wollte diese – unter Erhalt ihrer polikliniksspezifischen Charakteristika, darunter auch des Angestelltenstatus der dort tätigen Ärzte – in privatwirtschaftliche Trägerschaft überführen. Einzelne dieser Projekte waren auch bereits weiter fortgeschritten. Der BKK-BV wollte durchsetzen, daß ein solcher Wechsel in privatwirtschaftliche Trägerschaft nicht die gesetzliche Zulassung als Einrichtung im Sinne des EV beeinträchtigte (Interview mmw 06091).

Die KBV hielt dem entgegen, daß durch die Nennung kommunaler, staatlicher und freigemeinnütziger Einrichtungen im EV eine privatwirtschaftliche Trägerschaft ausgeschlossen sei. Da die übrigen GKV-Spitzenverbände sich nicht dem Votum des BKK-Verbandes anschließen wollten (Interview mmw06091), konnte sich die Kassenärzteschaft mit ihrer restriktiven Interpretation durchsetzen, und auch der BKK-BV trug schließlich eine im Vorfeld der November-Sitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen veröffentlichte gemeinsame Empfehlung beider Seiten mit, in der es hieß:

---

zu § 4 Abs. 6 Rahmen-Gesamtvertrag). Auch hier zeigen die Daten des WIBERA-Gutachtens (WIBERA 1991: Anlagen 5 und 6), daß dies schon im Durchschnitt aller untersuchten Polikliniken eine Beschneidung der um Nicht-GKV-Leistungen bereinigten Budgetansätze bedeutete und je nach Einzelkonstellation einer Poliklinik hierdurch eine erhebliche weitere »Unterfinanzierung« eintreten konnte (anderer Meinung: Lubecki 1991: 310).

92 Zu den Auswirkungen dieser Regelung in den ersten Monaten des Jahres 1991 vgl. Abschnitt 6.1.

93 § 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.d.F.d. EV.

»Die Partner dieser Empfehlung warnen vor der vorschnellen und unkritischen Veräußerung kommunaler ambulanter Gesundheitseinrichtungen an private Investmentfirmen«, da dies »den rechtlichen Fortbestand der Einrichtung als zugelassene Gesundheitseinrichtung« gefährde.[94] Entsprechend vereinbarten die Vertragspartner im Dezember 1990, daß »es sich bei den Einrichtungen … um Einrichtungen in staatlicher, kommunaler oder frei-gemeinnütziger Trägerschaft, bei [Betriebspolikliniken] auch um Einrichtungen in der Trägerschaft eines Betriebes handeln« müsse.[95]

Wie in Abschnitt 2.2 beschrieben, wurde die fachärztliche ambulante Versorgung in der DDR auch durch Fachambulanzen an Krankenhäusern sowie durch Universitätspolikliniken sichergestellt. Waren die Krankenhausfachambulanzen noch im Krankenkassen-Vertragsgesetz der DDR als Teilnehmer an der ambulanten Versorgung genannt, so war von ihnen in der zitierten Formulierung des EV nicht mehr die Rede. Die KBV wünschte daher eine »Klarstellung«, daß Universitätspolikliniken und Fachambulanzen nicht zu den von der »Zulassungsgarantie« des EV erfaßten Einrichtungen gehörten, und konnte dies auch ohne Widerstände auf Kassenseite, die bei einer »Ausweitung« der Zulassungsgarantie (aufgrund der Fähigkeit der Mediziner, die Leistungsmengen in Grenzen selber zu bestimmen) ein weiteres Ausgabenwachstum befürchtete (Interview mmw30031), in die Verträge einbringen.[96]

Zum Themenkomplex der zuzulassenden Einrichtungen gehört schließlich auch die Frage nach der Gründung einer Treuhandgesellschaft für Polikliniken, auf die sich die Beteiligten (wie skizziert) bei den Verhandlungen zum EV als Kompromiß geeinigt hatten. Auf KBV-Seite bestand wenig Neigung, eine solche, die poliklinischen Strukturen konservierende Treuhandgesell-

---

94 Empfehlung Nr. 6 der »Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Situation ambulanter Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost« vom 2.11.1990 (abgedruckt in Schönbach 1991: 493–497).

95 Die Regelungen zu den Modalitäten der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung wurden für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen und die landwirtschaftlichen Krankenkassen in einem »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 1991/1: A-51) vereinbart (die hier zitierte Regelung in § 3 Abs. 2 des Anhanges). Eine identische Regelung wurde in den parallel vereinbarten Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag aufgenommen.

96 § 3 Abs. 4 des Anhangs zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.

schaft zu gründen. Aber auch bei den meisten Kassenverbänden war die Bereitschaft hierzu gering, zum einen, weil eine solche Auffangeinrichtung den »›Selbstzerstörungsprozeß‹ der Einrichtungen behindert« hätte,[97] zum anderen aber auch, weil die meisten Kassenverbände es ablehnten, über eine solche Gesellschaft faktisch Träger von Polikliniken zu werden (Interview mmw 06091). Daher bestand breites Einvernehmen darüber, daß man die Gründung der Treuhandgesellschaft so lange als möglich hinauszögern wollte (Interview mmw06091). Entsprechend restriktiv formulierten beide Seiten in der Erklärung im Vorfeld der Konzertierten Aktion, daß eine solche Gründung allenfalls für Betriebspolikliniken, und auch dort nur für den Fall einer Betriebsschließung, in Betracht kommen könne.[98]

Schließlich verständigten sich die Verhandlungspartner auf Wunsch sowohl der KBV als auch des VdAK (Interview mjw06091) darauf, die Möglichkeiten der Polikliniken, Personal rekrutieren zu können, restriktiv zu handhaben: Während der EV keine Aussage über die Personalbestände der poliklinischen Einrichtungen enthalten hatte, regelten Bundesmantelvertrag-Ärzte und Arzt-/Ersatzkassenvertrag, daß die Beschäftigung von Fachärzten in den Einrichtungen über den Personalstand vom 1.1.1991 hinaus sowie ab 1.1.1993 jede Neu- oder Wiederbesetzung einer Facharztstelle der Genehmigung des Zulassungsausschusses (bzw. bei der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Ersatzkassen: der Beteiligungskommission) bedürfe. Diese dürfe nur dann erteilt werden, wenn die Beschäftigung zur ordnungsgemäßen Sicherstellung der Versorgung erforderlich sei.[99]

5.1.4 Förderung der Niederlassung durch Subventionen

Unter den für den Transformationsprozeß relevanten Rahmenbedingungen, die auf der Ebene westdeutscher beziehungsweise gesamtdeutscher staatlicher Akteure im Jahresverlauf 1990 gesetzt wurden, ist auch kurz auf ein Maßnahmenbündel einzugehen, welches im fragmentierten bundesdeutschen politischen System nicht der Gesundheitspolitik, sondern der Wirtschafts- und Finanzpolitik zuzuordnen ist, so daß innerhalb der Bundesregierung

97 Zitat aus einem Vermerk eines Verbandes über eine Sitzung der Verhandlungskommission der Spitzenverbände mit der KBV (Akteneinsicht).
98 Vorbemerkung Nr. 3 der Gemeinsamen Empfehlung vom 2.11.1990.
99 § 3 Abs. 3 des Anhangs zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.

auch nicht der BMA, sondern die Bundesministerien für Wirtschaft (BMWi) und Finanzen (BMF) die relevanten Akteure sind.

Mit Beginn der Währungs- und Wirtschaftsunion bezogen BMWi und BMF ostdeutsche private Unternehmen und Existenzgründer in das bundesdeutsche Förderinstrumentarium ein (Rönnau 1991: 30). Zunächst standen hierbei insbesondere die ERP-Existenzgründungsprogramme (European Recovery Programmes) im Mittelpunkt, die zinsverbilligte Darlehen gewähren. In Westdeutschland gehören neben kleinen und mittleren Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft auch freiberuflich Tätige in den »wirtschaftsnahen« Bereichen (z.B. Steuerberater, Architekten, Ingenieure) zu dem potentiellen Empfängerkreis von ERP-Krediten, jedoch *keine* Freiberufler aus dem Gesundheitssystem.

BMWi und BMF, die über Förderrichtlinien den potentiellen Empfängerkreis und die Vergabebedingungen definieren, entschlossen sich, zur gezielten Förderung der Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen in Ostdeutschland[100] abweichend von den für Westdeutschland geltenden Regelungen auch Ärzten, Zahnärzten und Apothekern den Zugang zu ERP-Krediten zu ermöglichen. Auch in die später entstehenden übrigen staatlichen Subventionsprogramme für Ostdeutschland (etwa das Eigenkapitalhilfeprogramm) wurden die Heilberufe aufgenommen. Dagegen entschieden sich BMWi und BMF etwa Anfang 1991 ausdrücklich, im Rahmen der Förderrichtlinien des Kommunalkreditprogramms zwar Investitionen in kommunale Krankenhäuser, Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen, *nicht* jedoch in poliklinische Einrichtungen zuzulassen.[101]

5.1.5 Zwischenergebnis

In diesem Abschnitt ist der Prozeß der Setzung der Rahmenbedingungen für das ambulante Versorgungssystem durch korporative Akteure im Jahre 1990 untersucht worden. In Abschnitt 2.2 wurde festgestellt, daß sich das bundesdeutsche ambulante Gesundheitswesen zur Zeit des Vereinigungsprozesses nach weit überwiegender Auffassung durch eine – aus einem hohen Vetopotential Beteiligter in Verbindung mit einem hohen Ausmaß von Konflikthaftigkeit resultierende – beachtliche »Reformresistenz« auszeichnete, die allen-

100 Schreiben des BMWi an den Verfasser vom 28.9.1992; vgl. auch Ärzte-Zeitung vom 12.11.1991.

101 Interview mjw30091; vgl. auch BMF (1992: 106).

falls inkrementale, »systemkonforme« Weiterentwicklungen zuließ. Dieser Sektor sah sich nach dem Fall der Mauer mit einem erheblich von seinen institutionellen Arrangements abweichenden DDR-Gesundheitssystem konfrontiert. In bezug auf die im Zuge des Vereinigungsprozesses vorzunehmenden Veränderungen präferierten einige westdeutsche korporative Akteure (SPD, BMA, jeweils zeitweise: AOK-BV und BKK-BV) Vorstellungen, nach denen es nicht nur in Ostdeutschland auf längere Sicht bei abweichenden Versorgungsstrukturen geblieben wäre, sondern mit denen offenbar auch intendiert war, Rückwirkungen auf West- beziehungsweise Gesamtdeutschland auszulösen. Diese Vorschläge stießen auf die Zustimmung einer Mehrheit der ostdeutschen Gesundheitspolitiker und auch – so kann angesichts der in Kapitel 4 aufgezeigten hohen Präferenz einer großen Mehrheit der ostdeutschen ambulant tätigen Ärzte für eine Koexistenz beider Versorgungsformen und eine nur langsame Verringerung des poliklinischen Versorgungsanteils geschlossen werden – einer Mehrheit der ostdeutschen Polikliniker.

Da die Frage der ambulanten Versorgungsstruktur im politischen Entscheidungsprozeß mit dem Themenkomplex der künftigen Krankenversicherungsstruktur in Ostdeutschland verquickt war, war die »Ablehnungsfront« gegen diese versorgungspolitischen Vorschläge unter den westdeutschen gesundheitspolitischen Verbänden allerdings breit. Sie umfaßte nicht nur die KBV, sondern auch den VdAK und die übrigen Kassenarten, ja zeitweise auch AOK-BV und BKK-BV: Die potentiellen gemeinsamen Interessen der Krankenkassenseite in der versorgungspolitischen Frage (auf die in Kapitel 4 hingewiesen wurde) konnten aufgrund der Konkurrenzsituation der Kassenarten in der Frage der Krankenversicherungsstruktur nicht zum Tragen kommen. Den Akteuren der »Ablehnungsfront« gelang es daher, eine weitgehend vom westdeutschen Status quo abweichende Regelung in Ostdeutschland zu verhindern. Andererseits waren auch diese Akteure hinsichtlich einer Beurteilung des zu erwartenden Verhaltens der ostdeutschen Ärzte unsicher, so daß eine gesetzlich verfügte Schließung und Abwicklung poliklinischer Einrichtungen nicht ohne versorgungspolitische Risiken gewesen wäre.

Die schließlich mit dem EV getroffenen Regelungen sind daher ambivalent: Einerseits wird der »Vorrang des niedergelassenen Arztes« proklamiert und die »Verringerung des Anteils poliklinischer Einrichtungen« an der Versorgung eingefordert. Insbesondere mit der »Zulassungsgarantie« für Polikliniken zunächst nur bis 1995 wiesen die gesetzlichen Regelungen unzweifelhaft einen »bias« zugunsten der Niederlassung auf. Auch bedeutete die Orientierung am westdeutschen GKV-Vertragsrecht, daß etwa die typischen

»Verzahnungsfunktionen« von Polikliniken, vor allem in den Bereich der Arbeitsmedizin hinein, nicht mehr in der bisherigen Funktion würden aufrechterhalten werden können. Andererseits ging der Einigungsvertrag aber noch »durchaus von einer Pluralität der Versorgungsformen im ambulanten Bereich aus« (Braun/Müller 1993: 65), so daß festgestellt werden konnte, dieses Regelungswerk hätte die Chance eröffnet, »verschiedene Modelle ambulanter Versorgung nebeneinander auf ihre soziale Effizienz und medizinische Rationalität zu testen« (Spaar/Beilicke 1993: 101). Im Extremfall wäre vorstellbar gewesen, daß so gut wie kein Arzt in die Niederlassung gegangen wäre, so daß auch nach 1995 die Zulassungsausschüsse die Zulassung der großen Mehrheit der poliklinischen Einrichtungen zur Sicherstellung der Versorgung hätten aussprechen müssen.

Während die Verhandlungen über den ersten Staatsvertrag und den Einigungsvertrag noch durch zum Teil heftige Auseinandersetzungen unter den westdeutschen Akteuren gekennzeichnet waren und die Entscheidungen teilweise gegen den Willen einzelner Beteiligter fielen, dominierten während der Beratungen der Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung über vertragliche Vereinbarungen für Ostdeutschland offensichtlich kooperative Interessendefinitionen, das Bemühen, konsensual zu einem Verhandlungsergebnis zu gelangen und eine als »problem solving« konzeptualisierbare Verhandlungssituation.[102] Die bisherigen (zeitweiligen) Befürworter poliklinikfreundlicher Rahmenbedingungen auf der Kassenseite hatten einerseits ihre strategischen Rücksichtnahmen im westdeutschen GKV-Politiknetzwerk nunmehr noch deutlicher als bei der Diskussion um die Staatsverträge über ihre Präferenzen hinsichtlich der Versorgungsstrukturen in Ostdeutschland (einschließlich ihrer möglichen Rückwirkungen auf Gesamtdeutschland) gestellt; andererseits kam jetzt auch fiskalischen Überlegungen ein stärkerer Stellenwert zu.[103] Materiell zeichnen sich die geschlossenen Vereinbarungen – wie auch die Regelungen des EV (und auch die Sonderregelungen, die für die Heilbe-

102 Vgl. zum Zusammenhang von Entscheidungsregeln und Entscheidungsstilen in verschiedenen Spielkonstellationen Scharpf (1989a).

103 Beim AOK-BV läßt sich das stärkere Gewicht fiskalischer Überlegungen auch dadurch erklären, daß bei den Verhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung die (traditionell dieser Dimension hohen Stellenwert einräumende) Vertragsabteilung die Federführung hatte, während bei den Auseinandersetzungen um den Einigungsvertrag und das Krankenkassen-Vertragsgesetz die Federführung bei der Grundsatz- und Planungsabteilung lag (Interview mjw28121). Dies ist ein eindrucksvoller Beleg dafür, daß es bei Verhandlungen bisweilen »einen Unterschied machen (kann), wer eine Organisation repräsentiert« (Mayntz/Scharpf 1995a: 51).

rufe im Rahmen der ERP-Kredit-Vergabe getroffen wurden) – entsprechend erkennbar durch die Absicht der Förderung des Niederlassungsprozesses aus.

Ostdeutsche Akteure spielten bei der Formulierung der künftigen gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen auf der Makro-Ebene für das ambulante ostdeutsche Gesundheitssystem keine wesentliche Rolle: Bei den Verhandlungen über den ersten Staatsvertrag und den Einigungsvertrag dominierte die westdeutsche Verhandlungsseite die DDR-Politiker, und bei den nach dem Beitritt abgeschlossenen Vereinbarungen der nunmehr zu gesamtdeutschen Akteuren gewordenen Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV waren Vertreter des ostdeutschen Gesundheitssystems allenfalls in Form gelegentlicher Anhörungen, jedoch weder rechtlich noch faktisch durch Mitentscheidungsmöglichkeiten einbezogen.

5.2 Von der Etablierung westdeutscher Ärzteverbände und ostdeutschen kommunalen Sorgen: Das ambulante Gesundheitssystem im Jahr 1990

Wurden zunächst (in Abschnitt 5.1) die gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse im Jahresverlauf 1990 auf der Ebene westdeutscher beziehungsweise gesamtdeutscher politischer und parastaatlicher verbandlicher Akteure untersucht, so ist es nunmehr erforderlich, die Veränderungen im gesundheitspolitischen Umfeld in Ostdeutschland zu analysieren. Zwei (wiederum teilweise interdependente) Aspekte verdienen hierbei besondere Aufmerksamkeit: die Etablierung westdeutscher Ärzteverbände in Ostdeutschland und die kommunalen Sorgen vor »roten Zahlen« in den Gemeindefinanzen.

5.2.1 Die Etablierung westdeutscher Ärzteverbände

Nach der Wende in der DDR waren an zahlreichen Orten in der DDR spontan ärztliche Protest- und Reformgruppen gegründet worden. Es handelte sich hierbei zumeist um lose Verbindungen auf lokaler Ebene, häufig um einige informelle Meinungsführer geschart. Während ein Teil dieser »sozialen Bewegungen« rasch wieder zerfiel, begann bei anderen seit dem Jahreswechsel 1989/90 eine Phase institutioneller Verfestigung, die in der formel-

len Gründung von Ärzteverbänden mündete.[104] Besonderen Zuspruch erhielt hierbei der Rudolf-Virchow-Bund, der sich als Interessenvertretung ambulant wie stationär tätiger Ärzte verstand und hinsichtlich der Poliklinik-Frage die Position vertrat, daß eine Verbindung von Elementen des westdeutschen und des ostdeutschen Gesundheitswesens geschaffen werden müsse, bei welcher einerseits die Niederlassungsmöglichkeit eröffnet, andererseits aber keine Zwänge in Richtung Niederlassung ausgeübt würden, so daß auf längere Sicht eine Pluralität der Versorgungsformen bestehen bleiben sollte.[105]

Als sich nach dem Angebot des Bundeskanzlers zur Währungsunion Anfang Februar 1990 die Perspektiven für ein Aneinanderrücken der beiden deutschen Staaten verdichteten, sollte die ärztliche Verbandsbildung in der DDR wesentlich forciert und in ihrem Charakter verändert werden: Binnen weniger Wochen »entdeckten« große westdeutsche fachgebietsübergreifende Ärzteverbände die potentiellen ostdeutschen Mitglieder und begannen – in teilweise offener gegenseitiger Konkurrenz[106] – um die (ambulant wie stationär tätigen) DDR-Ärzte, teilweise auch um die kompletten Mitgliederkollektive der gerade entstandenen Reformgruppen oder der DDR-internen Verbandsgründungen, zu werben. Ausschlaggebend für die Entscheidung für einen »Export« der westdeutschen ärztlichen Verbandslandschaft als Angebot an die DDR-Ärzte waren mehrere Motive: Der Einschätzung, man wolle jeweils »nicht zu spät« gegenüber anderen westdeutschen Konkurrenten kommen, kam dabei offenbar zunächst größeres Gewicht zu als der Absicht, hierdurch gesundheitspolitische Positionen zu transportieren und die weitere gesundheitspolitische Entwicklung zu beeinflussen.[107] Die westdeutschen

---

104 Beispiele gibt Erdmann (1992: 326–336).

105 So sprach sich der Rudolf-Virchow-Bund für einen »Integrationsprozeß der gegenseitigen Harmonisierung und abgestuften Anpassung *zweier* Systeme« aus, bei dem »Defizite und Schwächen des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik berücksichtigt und bewährte Strukturen und Einstellungen des Gesundheitswesens in der DDR geschützt und erhalten werden« (Rudolf-Virchow-Bund 1990: 18; Hervorhebung durch den Verfasser). Polikliniken sollten nach den Vorstellungen des Virchow-Bundes »erhalten, aber zu integrierten Gesundheitszentren weiterentwickelt werden« (1990: 19), jeder Arzt solle »wahlweise angestellt oder frei niedergelassen arbeiten« können (1990: 19).

106 Vgl. etwa Handelsblatt vom 26.2.1990; FAZ vom 19.3.1990; FAZ vom 31.5.1990.

107 Wenn wir im folgenden lediglich auf die Entwicklung bei den fachgebietsübergreifenden Ärzteverbänden eingehen, so sei darauf hingewiesen, daß dies für die fachspezifischen Interessenverbände entsprechend gilt. So gründete etwa der größte Fachärzteverband, der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), im April eine DDR-Tochter. Der BDI ist zugleich ein eindrückliches Beispiel dafür, daß zunächst Mitgliedergewinnung im Vordergrund des Verbandsinteresses stand. So sprach sich der BDI in seinen ersten Stellungnahmen inhaltlich in erster Linie für eine »erhebliche Steigerung der Vergütung interni-

Verbände stießen auf ein lebhaftes Interesse der ostdeutschen Ärzte, nicht nur weil sie eine Möglichkeit boten, sich detaillierter über das westdeutsche Gesundheitswesen zu informieren, sondern auch weil sie – insbesondere im Vergleich zu den in den vergangenen Monaten gegründeten originär ostdeutschen Verbänden – über eine eingespielte Organisation und ausreichende Ressourcen verfügten (Erdmann 1992: 334–336).

Die Gründungswelle ostdeutscher »Ableger« westdeutscher Ärzteverbände wurde ausgelöst durch die Gründung eines Landesverbandes Sachsen des *Hartmannbundes* (HB) am 3. März 1990; die Gründung weiterer Landesverbände folgte bis zum Mai. Der HB versteht sich zwar in der Bundesrepublik als Interessenverband sämtlicher berufstätiger Ärzte, seine Mitgliedschaft rekrutiert sich jedoch zu rund zwei Dritteln aus niedergelassenen Ärzten, als deren »Kampfbund« er historisch entstanden ist und deren Interessen er faktisch in erster Linie vertritt (dazu: Groser 1992b). Entsprechend früh sprachen sich seine neuen ostdeutschen Landesverbände für eine »Übertragung des Sicherstellungsauftrags für die ambulante Versorgung alleine auf Kassenärztliche/Kassenzahnärztliche Vereinigungen« aus (Hartmannbund 1990: 5). Nachdem der Hartmannbund mit dieser sehr deutlichen Position zunächst allerdings nur auf ein begrenztes Interesse der ostdeutschen Ärzte stieß, modifizierte er vorübergehend seine Position und betonte, die Niederlassung sei zwar »die Idealform ärztlicher Tätigkeit«, sprach sich jedoch zugleich dagegen aus, das System der Polikliniken rasch aufzulösen.[108]

Zugleich allerdings bemühte er sich weiter, die Zustimmung ostdeutscher Ärzte für den Institutionentransfer durch Informationsveranstaltungen über das westdeutsche Modell, durch den Verweis auf die vom HB reklamierte Unwirtschaftlichkeit, Anonymität und medizinische Ineffektivität der Polikliniken und durch »Erwartungsmanagement«[109] über die angeblich zu er-

---

stischer Leistungen in allen Arbeitsverhältnissen« sowie für eine »Anpassung der Gehälter für angestellte und beamtete Ärzte an das westdeutsche Tarifgefüge« aus (also Forderungen, die ungeachtet des Standortes in der Poliklinik-Frage unter einer breiten Mehrheit der ostdeutschen Internisten konsensfähig sein würden) und stand einer Doppelmitgliedschaft auch im Virchow-Bund ausdrücklich positiv gegenüber (BDI-Presseinfo im März 1990). Erst im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung um die Krankenkassen-Vertragsverordnung wandte der Verband sich gegen Versuche, Polikliniken als »Relikte einer ansonsten beseitigten Herrschaftsstruktur« (BDI-Presseinfo vom 10.7.1990) zu konservieren.

108 Vgl. Ärzte-Zeitung vom 2.4.1990.

109 Das »Erwartungsmanagement« (so hieß es in einer Mitteilung von Anfang Februar 1990, ohne daß dem eine solide Datenbasis zugrunde gelegen hätte: »Mehr als 10 000 DDR-Ärzte planen freie Niederlassung«; HB-Information 1990/6) zielte offenbar einerseits

wartende rasche Zunahme der Niederlassungen zu mehren. Nachdem der Einigungsvertrag für die poliklinischen Einrichtungen eine »Zulassungsgarantie« bis Ende 1995 ausgesprochen und die Fortführung ab diesem Zeitpunkt von einer bedarfsprüfenden Entscheidung der Zulassungsausschüsse abhängig gemacht hatte, räumte der Hartmannbund in der zweiten Jahreshälfte in seinen Aktivitäten gegenüber den ostdeutschen Ärzten der These breiten Raum ein, daß das Datum 1995 für die Polikliniken als definitiver Endzeitpunkt verstanden werden müsse und eine Verlängerung darüber hinaus nicht zu billigen und im übrigen auch unwahrscheinlich sei.[110] Wie die KBV, andere Verbände und gewerbliche Niederlassungsberater betrieb auch der HB in den letzten Monaten des Jahres in großem Umfang Niederlassungsberatungen.

Seine ostdeutschen Mitglieder rekrutierte der Verband allerdings nicht nur unter den Niederlassungswilligen: Ihm traten vielmehr auch zum Verbleib in poliklinischen Einrichtungen entschlossene Ärzte bei, die offenbar in ihm einen erfahrenen Vertreter ärztlicher Interessen sahen und sein Serviceangebot nutzen wollten.[111]

Nur wenige Tage nach der Gründung des ersten HB-Landesverbandes war auch der *Marburger Bund* durch den Entschluß des bereits im November 1989 gegründeten »Ärzteverband zu Leipzig«, sich dem Marburger Bund als Landesverband Sachsen anzuschließen, in Ostdeutschland präsent (8. März 1990); die Gründung weiterer Landesverbände erfolgte hier bis Juni. Da der Marburger Bund in Westdeutschland die angestellten und beamteten Ärzte vertrat, wurde er in Ostdeutschland nicht nur von Krankenhausärzten – die in Westdeutschland neben Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes den Großteil seiner Mitglieder ausmachen –, sondern auch von zahlreichen ostdeutschen Poliklinikern als »ihr« Interessenverband definiert (Interview mjw 13081).

---

auf die westdeutschen politischen Akteure, um diese für eine möglichst modifikationslose Übertragung des westdeutschen Systems nach Ostdeutschland zu gewinnen, andererseits aber auch auf die ostdeutschen Ärzte, um »unentschlossene Niederlassungsanhänger« in ihrer Entscheidung zu bestärken und »unentschlossene Polikliniker« zur Niederlassung zu motivieren.

110 Beispielhaft der Hartmannbund-Vorsitzende Thomas: »Nein zum Fortbestand der Polikliniken nach 1995«, Ärzte-Zeitung vom 13.12.1990.

111 Noch im Herbst 1990 beabsichtigten – laut »Arztbarometer 1990« – rund 12 Prozent der Ärzte, die sich als Mitglieder des Hartmannbundes bezeichneten, *nicht* den Gang in die Niederlassung, 26 Prozent der Hartmannbund-Mitglieder wollten sich »vielleicht« und 62 Prozent »bestimmt« niederlassen.

Unter den Poliklinikern, die sich dem Marburger Bund anschlossen, überwogen diejenigen deutlich, die einer Niederlassung skeptisch gegenüberstanden und beabsichtigten, ihr poliklinisches Beschäftigungsverhältnis aufrechtzuerhalten.[112] Die den Marburger Bund »überraschenden Eintrittswellen« (Interview mjw13081) aus dem ambulanten Bereich, mit denen die ostdeutschen Neumitglieder entsprechende Erwartungen der Interessenvertretung verbanden, stellten den Verband allerdings vor erhebliche Probleme der internen Willensbildung in seiner westdeutschen Mitgliedschaft: Ein Großteil seiner westdeutschen Mitglieder befindet sich als nachgeordnete Krankenhausärzte in Facharztausbildung und betrachtet das Krankenhaus nur als »Durchgangsstadium« auf dem Weg zur Niederlassung – einem energischen Engagement für den Erhalt poliklinischer Versorgungsstrukturen im Osten, den die neuen ostdeutschen Mitglieder nach Einschätzung der Verbandsleitung begrüßt hätten, standen die westdeutschen Mitglieder daher (wiederum nach Einschätzung des Verbandes) wegen etwaiger Rückwirkungen auf Westdeutschland skeptisch gegenüber (Interview mjw13081).

Der Verband konnte daher in bezug auf den Transformationsprozeß des ostdeutschen Gesundheitswesens nur mit »gebremster Kraft« agieren (Interview mjw13081). In seiner praktischen Arbeit in Ostdeutschland war er bemüht, sich als Tarifvertragspartner für die Sozialversicherung der DDR zu etablieren und den Ärzten Serviceleistungen, beispielsweise Rechtsberatung (insbesondere in Auseinandersetzungen mit Poliklinikträgern), anzubieten. In seinen Positionspapieren bemühte sich der Verband um einen »Spagat«: So setzte er sich zwar von Beginn an einerseits dafür ein, daß »niemand – auch nicht durch wirtschaftlichen Druck – zur Niederlassung gezwungen« werden dürfe und plädierte zur Sicherung der sozialen Belange der Beschäftigten für hinreichend lange Übergangsregelungen und »Besitzstandswahrung«; andererseits sprach er sich aber für die Umwandlung von kleineren Ambulatorien und staatlichen Arztpraxen in Gruppen- beziehungsweise Einzelpraxen niedergelassener Ärzte aus, während die Versorgung durch größere Polikliniken »für eine Übergangszeit von mehreren Jahren gleichrangig neben der durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte« stehen sollte.[113] Folg-

112 Im Herbst 1990 lehnten – laut »Arztbarometer 1990« – entsprechend rund 40 Prozent der sich als Mitglieder des Marburger Bundes bezeichnenden ambulant tätigen Ärzte eine Niederlassung für sich ab, rund 31 Prozent beabsichtigten sie »vielleicht«, hingegen wollten sich nur 29 Prozent der Mitglieder des Marburger Bundes zu diesem Zeitpunkt »bestimmt« niederlassen.

113 Zitiert nach dfg 1990/12: 4.

lich erachtete der Verband die Regelungen im Einigungsvertrag als »gute Ausgangsposition«, die geeignet sei, »leistungsfähige Arztpraxen zu gründen, ohne die berechtigten Belange der in den Polikliniken und Ambulatorien beschäftigten Ärzte zu übergehen.«[114] Viele der ambulant tätigen ostdeutschen Mitglieder schwankten entsprechend zwischen Zustimmung und Enttäuschung über die Positionen »ihres« Verbandes (Interview mjw13081).

Der *NAV*, der in der Bundesrepublik Mitglieder nahezu ausschließlich unter den niedergelassenen Ärzten rekrutiert (und programmatisch im Vergleich zum Hartmannbund in der Regel »moderatere« Positionen vertritt),[115] verzichtete angesichts der Tatsache, daß es seine eigene Klientel – nämlich niedergelassene Ärzte – zum damaligen Zeitpunkt in der DDR so gut wie nicht gab, demgegenüber zunächst auf eine Gründung von »Töchtern« in Ostdeutschland. Vielmehr ging er Ende März eine Kooperationsvereinbarung mit dem Rudolf-Virchow-Bund ein. Ziel dieser Kooperationsvereinbarung seitens des Virchow-Bundes war es, Niederlassungsinteressierten unter seinen Mitgliedern einen kompetenten westdeutschen Ansprechpartner bieten zu können (Fischer 1990a), ohne von seiner Position, daß es gelte, Elemente beider Gesundheitssysteme dauerhaft zu verbinden, abzugehen. Der NAV sah in einer Kooperation mit dem Virchow-Bund insbesondere die Chance, für das traditionell von ihm als Alternative zur Einzelpraxis präferierte Modell von Gruppen- und Gemeinschaftspraxen werben zu können, in die die Polikliniken aus seiner Perspektive überführt werden könnten (NAV-Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands 1990: 48–49). Im Herbst 1990 entschieden sich Virchow-Bund und NAV zu fusionieren (Fischer 1990b).[116]

Ab Ende März 1990 begannen sich auch die an einer raschen und möglichst modifikationslosen Übernahme des westdeutschen Kassenarztsystems interessierten Ärzte zu organisieren. Zunächst bildete sich ein »Verband der niedergelassenen und niederlassungswilligen Ärzte Berlin/Ost« (Hausmann 1990), der sich kurze Zeit später – nunmehr bereits in Kooperation mit der (westberliner) KV Berlin[117] – in »Kassenärztliche Vereinigung Berlin/Ost e.V.« umbenannte. Mit organisatorischer Unterstützung durch die KBV und

114 Pressemitteilung Nr. 30/1990 des Marburger Bundes vom 6.9.1990.

115 Vgl. auch Behaghel (1994: 121).

116 Die Fusion, die schließlich im April 1991 vollzogen wurde (vgl. Virchow-Bund 1991/2: 6, hatte eine weitgehende »Mitgliederbereinigung« um die bislang dem Virchow-Bund noch angehörenden Krankenhausärzte zur Folge, die zumeist zum Marburger Bund überwechselten (Interview mjw13081).

117 Interview mjw21081.

die westdeutschen KVen[118] wurden von April bis Juni 1990 auch in den anderen künftigen ostdeutschen Ländern (in Sachsen zunächst auf der Ebene der Bezirke) *privatrechtliche KVen* niedergelassener und niederlassungswilliger Ärzte gegründet. Initiatoren in Ostdeutschland waren im Regelfall bereits (oftmals seit mehreren Jahrzehnten) niedergelassene Ärzte (Interview mjw07061), vereinzelt allerdings sogar Krankenhausärzte. Die privatrechtlichen KVen verbanden sich über »Patenschaften« mit westdeutschen KVen, die sie organisatorisch unterstützten (KBV 1991b: 38). Ende Mai schlossen sich die privatrechtlichen KVen in Ostdeutschland zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammen; ihre Vertreter erhielten Gaststatus bei den Organen der KBV (KBV 1991b: 46).

Schwerpunkt der Aktivitäten der privatrechtlichen KVen war zunächst die Information über (und Werbung für) das Kassenarztsystem, nach den Entscheidungen zum Einigungsvertrag auch die Niederlassungsberatung. Auch die KBV führte ab Ende April 1990 zahlreiche Informationsveranstaltungen mit insgesamt mehreren Tausend Teilnehmern in Ostdeutschland durch (Interview mjw14031). Wie schon für die freien Verbände festgestellt, kommt auch bei den KVen dem »Erwartungsmanagement« erhebliche Bedeutung bei: So wiesen KVen etwa warnend auf die hohe Arztdichte in Ostdeutschland hin und suggerierten, daß es noch vor Ablauf der fünfjährigen Zulassungsgarantie für poliklinische Einrichtungen zu Niederlassungsbeschränkungen kommen könnte, so daß die Ärzte Niederlassungsanträge möglichst rasch stellen müßten.[119]

Die ostdeutschen niedergelassenen und niederlassungswilligen Ärzte bemühten sich auch früh, mit Unterstützung der westdeutschen Kassenärzteschaft Aufgaben in der Administration des ostdeutschen Gesundheitswesens zu übernehmen und so »Brückenköpfe« zu schlagen. So gründeten die bereits niedergelassenen Ärzte einen Zentralen Honorarausschuß, der sich Ende April im sogenannten »Magdeburger Übereinkommen« mit der KBV darauf verständigte, daß auf Wunsch des jeweiligen ärztlichen Leiters einer Abrechnungsstelle für niedergelassene Ärzte in der DDR die Abrechnungen für diese Ärzte aus der Gewerkschaft Gesundheits- und Sozialwesen der DDR herausgelöst und »vorübergehend durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Bundesrepublik« wahrgenommen werden könnten, mit dem Ziel einer möglichst baldigen Übertragung an »künftige Kassenärztliche Vereinigun-

118 Interview mjw14031. Vgl. auch KBV (1991a:38).
119 Vgl. beispielhaft Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (1990: 31).

gen auf dem Gebiet der DDR«.[120] Im Juli setzte etwa die privatrechtliche KV Thüringen einen »Zulassungsausschuß« ein, mit dem sie – an der geltenden Rechtslage vorbei und ohne ein institutionalisiertes Mitwirkungsrecht der Sozialversicherung der DDR – niederlassungswilligen Ärzten die Erlaubnis zur Niederlassung zu erteilen begann.[121]

Die Befürworter eines Verbleibs in poliklinischen Einrichtungen hatten sich – sofern überhaupt verbandlich organisiert – zunächst zumeist dem Virchow-Bund angeschlossen. Ab März 1990 gründeten sich jedoch zunächst in Berlin, im Mai 1990 dann auch in den künftigen ostdeutschen Ländern »*Poliklinikverbände*«, denen teilweise die Ärzte und nichtärztlichen Mitarbeiter der Einrichtungen, teilweise auch die Einrichtungen selber angehörten. In Berlin wurde der Poliklinikverband von der Berliner Ärztekammer unterstützt (Interviews mew19081; mjw14011), deren Präsident sich für einen Fortbestand demokratisierter und reformierter poliklinischer Strukturen einsetzte (vgl. etwa Huber 1990). Die übrigen Poliklinikverbände konnten hingegen nicht auf organisatorisch-programmatische Unterstützung durch westdeutsche korporative Akteure zurückgreifen. Nachdem der BKK-Bundesverband sich allerdings (wie in Abschnitt 5.1 beschrieben) im Juli 1990 für ein Engagement zugunsten des Erhaltes poliklinischer Einrichtungen entschieden hatte, leistete er Anfang August 1990 Unterstützung beim Zusammenschluß der regionalen Poliklinikverbände zu einem Bundesverband (Interview mmw 06091). »Moralische Unterstützung« erhielt der Bundesverband der Polikliniken und Ambulatorien auch vom designierten SPD-Spitzenkandidaten für die Landtagswahlen in Brandenburg (M. Stolpe) und aus dem nordrhein-westfälischen Sozial- und Gesundheitsministerium[122] (Fischer 1990c).

Trotz dieser Unterstützungen litten die am Erhalt poliklinischer Einrichtungen interessierten Ärzteverbände – wie bereits die zum Jahreswechsel 1989/90 gegründeten ärztlichen Initiativgruppen – im Vergleich zu den in Ostdeutschland aktiv werdenden westdeutschen Verbänden an mangelnder Handlungsfähigkeit, für die zum einen geringere infrastrukturelle Möglichkeiten, zum anderen Probleme basisdemokratischer Willensbildungsprozesse verantwortlich gemacht werden (Erdmann 1992).

---

120 Das »Magdeburger Übereinkommen« ist abgedruckt in KBV (1991a: 23–24).

121 Vgl. Die Neue Ärztliche vom 10.7.1990.

122 Der zuständige Abteilungsleiter im NRW-Sozialministerium (Affeld) sollte nach der Landtagswahl vom Oktober 1990 als Staatssekretär in das brandenburgische Sozialministerium wechseln.

Zielten die Aktivitäten der unterschiedlichen Ärzteverbände in erster Linie auf die Beeinflussung der politischen Rahmenbedingungen und auf die Gewinnung der ostdeutschen Ärzte für ihre Positionen, so waren sie andererseits auch für die Positionierung der Kommunen in der Poliklinik-Frage von erheblicher Bedeutung.

5.2.2 Kommunale Sorgen um »rote Zahlen«

Wenn auch die Löhne und Gehälter der im staatlichen Gesundheitswesen (einschließlich des betrieblichen Gesundheitswesens) Beschäftigten in der Vor-Wende-DDR durch die Kreisverwaltungen ausgezahlt wurden und die Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte auch für den Unterhalt der »volkseigenen« Einrichtungen des territorialen Gesundheitswesens zuständig waren, hatte die kommunale Ebene (wie in Abschnitt 2.2 beschrieben) aufgrund des zentralistischen Charakters der Entscheidungsstrukturen (wie auch in anderen Politikbereichen)[123] nur einen begrenzten Einfluß in diesem Politikfeld. Nach den Volkskammerwahlen im März 1990 bestand breiter Konsens über die Notwendigkeit einer Dezentralisierung der Verantwortung in zahlreichen Politikfeldern auf die kommunale Ebene.

Entsprechend wurde der kommunalen Ebene durch die im Mai beschlossene Kommunalverfassung auch die »gesundheitliche und soziale Betreuung« als Selbstverwaltungsaufgabe zugewiesen.[124] Zugleich wurde den Kreisen und Gemeinden mit dem Kommunalvermögensgesetz (KVG) das volkseigene Vermögen so weit übertragen, wie es zur Erfüllung der kommunalen Selbstverwaltungsaufgaben erforderlich war. Dies gilt entsprechend auch für »Einrichtungen für die … gesundheitliche und soziale Betreuung, wie … Polikliniken und Ambulatorien«, und zwar unabhängig von der bisherigen »Unterstellung« der Einrichtungen.[125] Auch Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens, deren Gebäude bislang den Betrieben unterstanden, sollten daher nunmehr den Kommunen zugeführt werden, die entsprechende Ansprüche (gemäß § 7 KVG) gegenüber der Treuhandanstalt oder den zuständigen staatlichen Organen anmelden sollten.[126]

---

123 Vgl. etwa Scheytt (1993).
124 Gesetz vom 17.5.1990 (GBl. I, S. 255).
125 § 6 Abs. 1 des Gesetzes vom 6.7.1990 (GBl. I, S. 660).
126 § 2 des Kommunalverfassungs-Gesetzes nennt die gesundheitliche und soziale Betreuung als Selbstverwaltungsaufgabe der *Gemeinden*. In § 72 der Kommunalverfassung war al-

Mit der Übernahme der Trägerschaft über die Gesundheitseinrichtungen fiel die Reorganisation der kommunalen Verwaltungen zusammen: Im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens trat an die Stelle des bisherigen Kreisarztes ein von Kreistag beziehungsweise Stadtverordnetenversammlung gewählter Dezernent. Entsprechend der Verordnung über die Errichtung eines öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde ein Gesundheitsamt gebildet – das in den meisten Kreisen allerdings zunächst nur aus der Amtsleitung bestand, da die meisten Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes[127] unverändert von den Polikliniken wahrgenommen wurden (Interviews mjw28091; mjw29091). Die Polikliniken selber wurden weiterhin mit ihrem gesamten Personalansatz und einem (bescheidenen) finanziellen Ansatz für Investitionen »aus einer Hand« finanziert – nach der zum 1.7.1990 erfolgten Gründung der Sozialversicherung allerdings im zweiten Halbjahr 1990 nicht mehr aus dem Staatshaushalt, sondern durch monatliche Zahlungen der Sozialversicherung, mit der die Kreise formal vertragliche Vereinbarungen über die Höhe der zur Verfügung gestellten Budgets abzuschließen hatten,[128] wobei allerdings die die Höhe der Budgets determinierenden Faktoren nicht zur Disposition der Vertragspartner standen, sondern sich aus der Anwendung der bisherigen Rechtsvorschriften eindeutig ergaben.

Während die Verlagerung der Finanzierung der poliklinischen Einrichtungen vom Staatshaushalt auf die Sozialversicherung für die Kreise und kreisfreien Städte faktisch keine wesentlichen Veränderungen bedeutete, gingen mit dem Inkrafttreten des (durch den Einigungsvertrag modifizierten) bun-

---

lerdings geregelt, daß die *Landkreise* die kommunalen Aufgaben in dem Umfang übernehmen sollten, wie diese die Leistungsfähigkeit der einzelnen kreisangehörigen Städte und Gemeinden überstiegen. Hieraus wurde allgemein (auch mit Blick auf die erwähnte bisherige Auszahlung der Gehälter durch die Kreise) geschlußfolgert, daß die Trägerschaft über die poliklinischen Einrichtungen neben den kreisfreien Städten auf die Kreise übergegangen sei (vgl. auch Abschnitt II Abs. 2 der Richtlinie zur Finanzierung der stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens vom 19. Juni 1990 – VuM Nr. 5, S. 27). Lange uneinheitlich war hingegen die Interpretation, auf welche Ebene durch das Kommunalvermögensgesetz die zur gesundheitlichen Versorgung genutzten Immobilien übergegangen sind: Während in Brandenburg etwa die Auffassung vertreten wird, *diese* seien im Falle von Landkreisen nicht auf die Kreise, sondern auf die kreisangehörigen Städte und Gemeinden übergegangen (Interview mew19083), vertritt man beispielsweise in Thüringen die Auffassung, auch die Immobilien seien auf die Kreisebene übergegangen (vgl. Thüringens Sozialminister im Landtag – Stenographische Berichte, 1. Wahlperiode, 19. Sitzung: 889).

127 Vgl. dazu Abschnitt 5.1, S. 139–140.

128 Vgl. Abschnitt III Abs. 1 i.V.m. Anlage 2 der Richtlinie zur Finanzierung der stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens.

desdeutschen Krankenversicherungsrechts erhebliche Veränderungen für die Träger der Einrichtungen einher. Der Informationsstand der in den Kommunen für das Gesundheitswesen Verantwortlichen über die Auswirkungen der veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen war vielfach allerdings nur lückenhaft und verzerrt: Die kommunalen Spitzenverbände fielen – auch nach deren eigener Einschätzung (Interview mye02101)[129] – als kompetente Informanten völlig aus, offensichtlich da in Westdeutschland Kommunen nicht als Träger ambulanter Gesundheitseinrichtungen in Erscheinung treten und ihnen die den ostdeutschen Kommunen als Trägern poliklinischer Einrichtungen zukommenden Aufgaben nicht hinreichend bekannt waren.[130] Auch die Kommunalaufsicht (Bezirke) und die (zunächst ohnehin noch nicht gebildeten) Landesministerien traten als informierte Berater der Kommunen anfangs kaum in Erscheinung.[131]

Das Bild, das sich die meisten kommunal Verantwortlichen von den Auswirkungen der zu erwartenden Veränderungen im ambulanten Gesundheitswesen machten, war vielmehr geprägt von den Informationen der west- wie ostdeutschen, an raschen Niederlassungen interessierten Ärzteverbände.[132] Hierbei schälte sich die von diesen vertretene These der generellen Unwirtschaftlichkeit poliklinischer Einrichtungen als von besonderer Bedeutung heraus. Zudem erfuhren die Kommunen, daß ab 1991 Teile der poliklinischen Leistungen nicht von der GKV finanziert werden würden, wobei den kommunal Verantwortlichen in vielen Fällen unklar war, wer künftig für die Finanzierung der entsprechenden Leistungen zuständig sein würde. Hinzu kam, daß (wie in Abschnitt 5.1 gesehen) über die Vergütung der kassenärztlichen Leistungen poliklinischer Einrichtungen lange keine hinreichend detaillierten Informationen vorlagen.[133]

---

129 Das Interview, auf das sich diese Aussage bezieht, führte Yvonne Erdmann im Rahmen ihres am MPIfG durchgeführten Projektes.

130 Erst im Mai 1991 kam eine dreiseitige gemeinsame Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände, der KBV und der GKV-Spitzenverbände an die Kommunen zur Reorganisation poliklinischer Einrichtungen zustande – zu einem Zeitpunkt, an dem (wie wir in Abschnitt 6.1 zeigen werden) das Geschehen bereits durch eine erhebliche Eigendynamik gekennzeichnet war.

131 Die Situation in Berlin stellt sich insoweit anders dar; vgl. dazu Abschnitt 6.2.

132 Vgl. Interviews mjw02102; mjw01103; mjw28091; mjw29091; mjw19083. Vgl. auch Hofemann (1993).

133 Der Geschäftsführer des AOK-BV hatte auf einer Informationsveranstaltung Mitte November 1990 die Auskunft gegeben, die Fallpauschalen für Polikliniken würden im Durchschnitt ca. 35 DM betragen (Interner Vermerk eines Verbandes). Diese Nachricht (im Ergebnis unzutreffend: der durchschnittliche Fallwert lag bei rund 54 DM) verbreitete sich offensichtlich mit erheblicher Geschwindigkeit unter den Trägern und sorgte dort

In den Kommunen wurde aus diesen »Mosaiksteinen« vielfach geschlußfolgert, das Betreiben poliklinischer Einrichtungen würde ab Jahresbeginn 1991 defizitär sein und die (in der zweiten Jahreshälfte 1990 extrem angespannten) Kommunalfinanzen somit zusätzlich belastet werden. Teilweise wurde auch die Einschätzung vertreten, wegen der reklamierten Unwirtschaftlichkeit der Einrichtungen wäre ein Widerruf ihrer Zulassung durch den Zulassungsausschuß zu erwarten (Interviews mjw28091; mjw02102). Als Reaktion hierauf entschlossen sich – allerdings nahezu ausschließlich kleinere – Landkreise in den Monaten September und Oktober 1990, Teile der Beschäftigungsverhältnisse mit Mitarbeitern poliklinischer Einrichtungen zu kündigen. Dem standen auf der anderen Seite Bemühungen gegenüber, niederlassungsbereiten Ärzten die Niederlassung in den Räumen der poliklinischen Einrichtungen zu ermöglichen und ihnen hierfür günstige Rahmenbedingungen (hinsichtlich der Miete, des Erwerbs der Ausstattung der ärztlichen Arbeitsplätze etc.) anzubieten (Interviews mjw28091; mjw 02102; mjw29091).

5.2.3 Ein ministerieller Beruhigungsversuch

Auf die sich mehrenden Kündigungen von Mitarbeitern poliklinischer Einrichtungen durch die Träger reagierte Ende Oktober 1990 der Leiter der BMA-Außenstelle Berlin (K. Jung) mit einem Schreiben an die Leiter der Ressorts Gesundheits- und Sozialwesen der Bezirke und die Dezernenten für Gesundheits- und Sozialwesen der Städte und Gemeinden.[134]

Der BMA wies in diesem Schreiben zunächst darauf hin, daß die poliklinischen Einrichtungen mit einer Abdeckung von rund 95 Prozent des ambulanten Betreuungsbedarfs »nach wie vor einen wichtigen Beitrag« zur Sicherung der Versorgung leisteten und daher »jetzt und auch in naher Zukunft für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung zwingend notwendig« seien. Daher gelte auch: »Die im Einigungsvertrag genannte Frist von fünf Jahren stellt keinen Endtermin dar.« Darüber hinaus stellte er klar, daß die Krankenkassen die poliklinischen Leistungen finanzieren würden,

---

für erhebliche Unruhe unter den Gesundheits- und Finanzdezernenten in den Kommunen (so der interne Vermerk; vgl. auch die Landtagssitzung in Sachsen-Anhalt am 22.11. 1990, Stenographische Protokolle, 1/4: 30).

134 Schreiben vom 29.10.1990 zur »Situation in den Polikliniken, Ambulatorien, Betriebspolikliniken und Betriebsambulatorien« (Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband).

soweit ihr Leistungsspektrum betroffen sei und für das übrige Leistungsspektrum bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen Träger wie die Sozialhilfe, die Berufsgenossenschaften oder auch Betriebe zur Kostenübernahme verpflichtet seien. Daher: »Aus finanziellen Erwägungen besteht und bestand kein Anlaß für die in den vergangenen Wochen aus finanziellen Erwägungen ausgesprochenen generellen Kündigungen.« Solche Kündigungen seien »nicht gerechtfertigt und gesundheitspolitisch nicht zu verantworten«.

Der BMA betonte, daß zwar entsprechend der Vorgaben des Einigungsvertrages die Förderung von Niederlassungen wünschenswert sei und einer Umwandlung von Polikliniken in Praxisgemeinschaften nichts entgegenstehe, jedoch sei es wünschenswert, »über eine sinnvolle Umstrukturierung der ambulanten Einrichtungen in Ruhe zu entscheiden«.

Auch wenn von dem das Schreiben abschließenden Angebot des Leiters der Außenstelle zu kurzfristigen Beratungsgesprächen wenig Gebrauch gemacht wurde (Interview mjw06082), erfüllte das Schreiben zunächst zumindest teilweise seinen Zweck: Die »Kündigungswelle« ebbte ab, in nicht wenigen Fällen wurden zunächst ausgesprochene Kündigungen von den Kommunen auch wieder zurückgenommen (Interviews mjw06082; mmw06091). In Thüringen kam es allerdings kurz vor Jahresschluß 1990 noch einmal zu einer Kündigungswelle, nachdem der dortige Sozialminister Mitte Dezember in einem Schreiben an alle Kommunen ankündigte, daß die bislang bezirksgeleiteten Einrichtungen »abgewickelt« werden würden,[135] was insbesondere von kleineren Kreisen als »Signal« zur Kündigung der Mitarbeiter ihrer eigenen Einrichtungen aufgefaßt wurde (Interview mjw01103).

5.2.4 Zwischenergebnis

Wenn auch ostdeutsche gesamtstaatliche Akteure im Entscheidungsprozeß um die Regelungen des Einigungsvertrages nur von untergeordneter Bedeutung waren, so kam andererseits den ostdeutschen Kommunen als Trägern der poliklinischen Einrichtungen erhebliche Bedeutung zu: Die Situation der Kommunen war ab Sommer 1990 durch erhebliche Unsicherheit über ihre künftigen Aufgaben als Träger der Polikliniken und die möglicherweise hieraus erwachsenden fiskalischen Risiken gekennzeichnet – dies mündete

135 Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband. Vgl. auch das Interview mit dem Sozial- und Gesundheitsminister von Thüringen in: Humanitas, Nr. 3/1991: 7.

im Herbst 1990 einerseits teilweise in Kündigungen von Beschäftigungsverhältnissen mit Mitarbeitern poliklinischer Einrichtungen, andererseits in Bemühungen der Kommunen, niederlassungsbereiten Ärzten attraktive Rahmenbedingungen für eine Niederlassung (insbesondere in den bisher poliklinisch genutzten Räumen) zu verschaffen.

Die skeptischen Einschätzungen der Kommunen bezüglich der Zukunft der poliklinischen Einrichtungen waren nicht nur durch die Regelungen von Einigungsvertrag und Selbstverwaltungsverträgen selbst bedingt, sondern auch Ergebnis des »Erwartungsmanagements« der westdeutschen Ärzteverbände, die seit Frühjahr 1990 in Ostdeutschland aktiv geworden waren. Deren Aktivitäten zielten darüber hinaus allerdings hauptsächlich auf die ostdeutschen Ärzte, einerseits in der Absicht, diese als Mitglieder für den jeweiligen Verband zu gewinnnen, andererseits um für die Niederlassung (und gegen die Fortführung einer poliklinisch geprägten Versorgung) zu werben.

5.3 Ostdeutsche Ärzte zwischen Unterzeichnung und Inkrafttreten des Einigungsvertrages – eine Momentaufnahme

In den ersten Monaten nach dem Fall der Mauer hatten sich (wie in Kapitel 4 skizziert) die ostdeutschen ambulant tätigen Ärzte intensiv mit dem bisherigen Gesundheitswesen der DDR, dessen künftigen Perspektiven und ihrer individuellen Zukunft auseinandergesetzt. Hierbei galt (wie für die Untersuchung im Bezirk Halle in den Monaten März und April zusammengefaßt wurde) insgesamt:

> Weitaus die meisten Ärzte gehen davon aus, daß im Gesundheitswesen Veränderungen unerläßlich sind und gute Erfahrungen aus beiden deutschen Staaten bei dessen Umgestaltung zum Zuge kommen sollen. Während nur eine kleinere Gruppe von Ärzten einer »Radikalkur«, einem forcierten Neubeginn das Wort redet, geben die meisten Befragten einer langsamen, schrittweisen Anpassung im Sinne eines »Beibehalten, Entwickeln, Verbessern, Ergänzen« den Vorzug. Gegen die Gefahr, »Abklatsch des Gesundheitswesens der BRD mit seinen Fehlern« … zu werden, möchte man sich wappnen. (Wilhelm et al. 1993: 189)

Entsprechend war der Anteil der »entschlossen Niederlassungswilligen« (mit rund 10 Prozent in der Befragung im Bezirk Halle) und der Befürworter einer raschen Verringerung des poliklinischen Versorgungsanteils (mit rund 14

Prozent in der Befragung im Bezirk Halle) an den ambulant tätigen Ärzten relativ gering. Allerdings waren schon zu Beginn des Frühjahrs 1990 beachtliche Teile der Ärzteschaft (in der Untersuchung im Bezirk Halle knapp unter 30 Prozent der Befragten) als »bedingt Niederlassungswillige« einzuordnen, die eine allmähliche Reduktion des poliklinischen Versorgungsanteils befürworteten. Dem standen die grundsätzlichen Befürworter einer Beibehaltung der poliklinischen Versorgungsstrukturen gegenüber, hinsichtlich derer allerdings zwischen »entschlossenen Poliklinikern« (in der Untersuchung im Bezirk Halle knapp 30 Prozent der Befragten) und »bedingten Poliklinikern« (in der Untersuchung im Bezirk Halle gut über 25 Prozent der Befragten), die zwar den Verbleib in der Poliklinik präferieren würden, jedoch sich unter Umständen auch einen Gang in die Niederlassung vorstellen konnten, zu unterscheiden war.

Im folgenden sollen die Auswirkungen der seit dem Frühjahr auf den verschiedenen Ebenen eingetretenen (in den Abschnitten 5.1 und 5.2 analysierten) Entwicklungen – Verhandlungen der beiden deutschen Staaten über die Staatsverträge; Verhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltungen über die Umsetzungsvereinbarungen zu den Staatsverträgen; Aufnahme der Tätigkeit westdeutscher Ärzteverbände in Ostdeutschland; Übergang der Trägerschaft der poliklinischen Einrichtungen auf die Kommunen – auf die Beurteilungen und Perspektiven der ostdeutschen Ärzte im Herbst 1990 untersucht werden. Dieser Zeitpunkt erscheint besonders bedeutsam, weil die krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages zwar bereits beschlossen, jedoch noch nicht in Kraft waren, so daß in dieser »Momentaufnahme« erfaßt werden kann, wie die Ärzte in den Beginn der Geltung des (modifizierten) Kassenarztrechts hineingegangen sind. Hierbei werden – neben den Gruppendiskussionen und verschiedenen Experteninterviews – insbesondere Daten aus dem »Arztbarometer 1990« Verwendung finden (vgl. dazu Abschnitt 1.3).

5.3.1 Bewertungen des ostdeutschen Gesundheitswesens

Im Herbst 1990 wird das ostdeutsche Gesundheitswesen im Vergleich zu seinem westdeutschen Gegenüber auf den ersten Blick von einer breiten Mehrheit der ostdeutschen Ärzte als defizitär bewertet: Knapp drei Viertel von ihnen bewerten den »Nachholbedarf« des »Gesundheitswesens insgesamt« als hoch (vgl. Tabelle 8). Allerdings zeigt ein näherer Blick, daß hiermit offensichtlich in erster Linie Niveauprobleme der Ressourcenausstattung

Tabelle 8 Beurteilung des Nachholbedarfs des ostdeutschen Gesundheitswesens durch ambulant tätige Ärzte im Herbst 1990

	Nachholbedarf gegenüber der BRD (Anteile an N in %)					N
	hoch				keiner	
	1	2	3	4	5	
Ambulante Versorgung	16	27	29	21	8	1446
Stationäre Versorgung	44	35	14	5	1	1441
Prävention	13	19	24	28	15	1426
Versorgung mit den notwendigen Medikamenten	30	35	26	8	2	1458
Versorgung mit Heil- u. Hilfsmitteln	58	30	9	2	1	1455
Medizinisch-technische Versorgung	81	16	2	< 1	< 1	1464
Aufwendungen für das Gesundheitswesen	57	28	11	3	1	1433
Ausbildung der Ärzte	9	19	29	29	14	1451
Gesundheitswesen gesamt	41	31	21	7	1	1442

Quelle: eigene Berechnungen nach Arztbarometer 1990; Gewichtungsvektor WEIGHT1

angesprochen sind: Bei der Ausstattung mit Medizintechnik, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie generell bei den Aufwendungen für das Gesundheitswesen erscheint der Nachholbedarf besonders hoch.[136] Demgegenüber wird (wie bereits im März/April 1990) etwa bei der Prävention und der Ausbildung der Ärzte nur ein sehr viel geringerer Nachholbedarf gesehen. Auch der eigene, ambulante Versorgungsbereich wird deutlich positiver bewertet.

Der Eindruck, daß in erster Linie Niveau-, weniger hingegen Strukturfragen kritisch eingeschätzt werden, verstärkt sich bei der Frage nach dem »Bewahrenswerten« des ostdeutschen Gesundheitswesens: Die typischen Charakteristika, die nach dem Selbstverständnis der DDR-Gesundheitspolitik mit dem ostdeutschen Gesundheitswesen verbunden waren, insbesondere die organisatorische Einheit von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Nachsorge, die Verzahnung von ambulanter und stationärer Betreuung sowie das Dispensaire-Prinzip werden von den Ärzten weit überwiegend als in ein gesamtdeutsches Gesundheitswesen einbringenswert angesehen (vgl. Tabelle 9).

136 Hinsichtlich der Medizintechnik gibt mehr als ein Drittel der Ärzte an, »sehr häufig« oder »häufig« wegen des Fehlens erforderlicher Geräte Probleme bei Diagnostik oder Therapie zu haben; nicht mehr als ein Drittel kennt solche Probleme eher seltener.

Tabelle 9 Beurteilung struktureller Elemente des ostdeutschen Gesundheitswesens durch ambulant tätige Ärzte im Herbst 1990

Element	Übernehmenswert im gesamtdeutschen Gesundheitswesen (Anteile an N in %)		N
	ja	nein	
Organisatorische Einheit von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie, Nachsorge	94	6	1442
Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung	77	23	1442
Betriebsärztliche Versorgung	53	47	1403
Dispensaire-Betreuung	85	15	1445

Quelle: eigene Berechnungen Arztbarometer 1990; Gewichtungsvektor WEIGHT1

Wesentlich größer ist allerdings die Skepsis, ob das Konzept des Betriebsgesundheitswesens in ein gesamtdeutsches Gesundheitswesen eingebracht werden sollte.[137]

Auf den Zusammenhang zwischen der Bewertung der unterschiedlichen Aspekte des DDR-Gesundheitswesens – und dem damit zusammenhängenden Ziel der »Verbesserung der medizinischen Handlungsmöglichkeiten – mit den individuellen Handlungsabsichten in bezug auf die Niederlassung wollen wir sogleich eingehen. Zuvor soll noch ein Blick auf die Zufriedenheit der Ärzte mit der individuellen Arbeitssituation im Herbst 1990 geworfen werden.

5.3.2 Zufriedenheit mit der individuellen Arbeitssituation

Hinsichtlich der »Arbeitszufriedenheit insgesamt« überwiegt im Herbst 1990 eine eher negative Bewertung (vgl. Tabelle 10). Dabei unterscheidet sich die Einschätzung allerdings deutlich zwischen den einzelnen Aspekten der Arbeitszufriedenheit. Die Kontakte zu den übrigen Kollegen und zum mittleren

137 Allerdings mag diese Beurteilung des betrieblichen Gesundheitswesens auch bereits das Wissen, daß dieses nach dem Einigungsvertrag in der bisherigen Form ohnehin nicht überleben kann, widerspiegeln. Die skeptische Beurteilung gilt im übrigen nicht für die in Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens beschäftigten Ärzte, die zu 74 Prozent der Auffassung sind, dieses Element sollte in ein gesamtdeutsches Gesundheitswesen eingebracht werden.

Tabelle 10 Zufriedenheit ambulant tätiger Ärzte mit Aspekten der Arbeitssituation im Herbst 1990

Aspekt	Zufriedenheit (Anteile an N)					N
	sehr zufrieden				un-zufrieden	
	1	2	3	4	5	
Arbeitszufriedenheit gesamt	4	29	21	32	13	1480
Kontakt zu Vorgesetzten	13	29	26	16	16	1428
Kontakt zu anderen Kollegen	27	48	19	4	1	1465
Kontakt zum mittl. med. Personal	45	45	8	1	< 1	1460
Arbeitsbelastung	7	33	40	16	4	1459
Zahl der zu betreuenden Patienten	23	43	22	8	4	1449
Technische Assistenz, Schreibarbeiten, Arbeitsorganisation	7	19	33	24	17	1421
Einkommen	1	7	23	34	34	1452

Quelle: eigene Berechnungen nach Arztbarometer 1990; Gewichtungsvektor WEIGHT1

medizinischen Personal werden nach wie vor weitgehend positiv bewertet. Auch die Beurteilung der Beziehungen zu den Vorgesetzten ist nach den im Jahresverlauf vielfach erfolgten demokratischen Neubesetzungen überwiegend positiv.

Eine ambivalente Bewertung erfährt hingegen der Komplex der »Arbeitsbelastung«. Hier bestätigt sich, daß die Unzufriedenheit weniger aus der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit (mit dem Indikator der Zahl der zu behandelnden Patienten), als vielmehr aus der mangelnden organisatorischen Unterstützung und der Belastung mit Verwaltungstätigkeiten resultiert.

Eindeutig negativ beurteilt wird die Einkommenssituation, mit der gut zwei Drittel der Ärzte sehr unzufrieden sind. Dies zeigt sich auch in der Beurteilung des Einkommens der ostdeutschen Ärzte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen: Gut 90 Prozent der Ärzte erachten ihre Berufsgruppe als relativ unterbezahlt.[138]

138 Kontroverser ist demgegenüber, wie denn die Bezahlung der westdeutschen Kollegen einzuschätzen sei – diese halten immerhin knapp 29 Prozent der ostdeutschen Ärzte zu diesem Zeitpunkt für überbezahlt.

5.3.3 Entschlossenheit zur Niederlassung

War zu Beginn des Frühjahres 1990 wie beschrieben nur eine kleine Minderheit der Ärzte zur Niederlassung fest entschlossen, so war dieser Anteil – nach einer ausgewählte Polikliniken umfassenden Untersuchung vom Juni 1990 (Schneider/Weiss/Wolfram 1990) – zum Sommerbeginn (also zum Zeitpunkt der heftigen Auseinandersetzung um die kassenarztrechtlichen Regelungen zwischen den westdeutschen Akteuren) bereits auf rund 25 Prozent angestiegen (Schneider/Weiss/Wolfram 1990: 14). Im vierten Quartal hat sich das Bild weiter erheblich verschoben. Wird an die in Kapitel 4 unternommene Unterscheidung von vier »Ärztetypen« angeknüpft, so ergibt sich das in Tabelle 11 dargestellte Bild.

Unter den »entschlossen Niederlassungswilligen« seien – entsprechend der Abgrenzung für die Untersuchung im Bezirk Halle vom März/April 1990 – wiederum diejenigen Ärzte verstanden, die sowohl angeben, in der Niederlassung tätig sein zu wollen, als auch diese »bestimmt« realisieren zu wollen, sofern von ihnen selber zu nennende Voraussetzungen erfüllt sind. Diesem Typus Ärzte sind nunmehr kurz vor Inkrafttreten der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages knapp 40 Prozent der Ärzte zuzuordnen. Es handelt sich – wie im März/April 1990 – um eine Gruppe von im Vergleich zur Gesamtärzteschaft überdurchschnittlich jungen Ärzten (vgl. Tabelle 12), allerdings hat sich der Anteil der zwischen 45- und 55jährigen an den entschlossenen Poliklinikern im Vergleich zum Frühjahr (vgl. Tabelle 6, S. 125) deutlich vergrößert; über 55jährige gehören dieser Gruppe nach wie vor kaum an. Ein weiteres Viertel der Ärzte (vgl. Tabelle 11) – die »bedingt Niederlassungswilligen« – gibt ebenfalls an, in der Niederlassung tätig sein zu wollen, antwortet allerdings auf die Frage nach der Absicht zur Praxisgründung, diese bei Erfüllung von ihnen zu nennender Voraussetzungen nur »vielleicht« oder auch nicht anzustreben. Anders als im Frühjahr 1990 weist dieser Typ Ärzte keine überdurchschnittlich junge Altersverteilung auf.

Tabelle 11 »Typen« ambulant tätiger Ärzte im Herbst 1990 (N = 1485, %)

Entschlossen Niederlassungswillige	39,4
Bedingt Niederlassungswillige	24,5
Entschlossene Polikliniker	7,0
Bedingte Polikliniker	9,5
Nicht einzuordnen[a]	19,5
Gesamt[b]	99,9

a Insbesondere: keine beabsichtigte Tätigkeit angegeben.
b Abweichungen von der Gesamtsumme von 100 % durch Rundungsfehler.

Quelle: eigene Berechnungen nach Arztbarometer 1990; Gewichtungsfaktor WEIGHT1

Tabelle 12 »Typen« der Ärzte nach Altersgruppen Herbst 1990 (%)

Typen	Alter				N
	< 35 J.	35–44 J.	45–54 J.	> 54 J.	
Entschlossen Niederlassungswillige	26	31	41	2	586
Bedingt Niederlassungswillige	21	15	44	20	364
Bedingte Polikliniker	16	19	45	21	141
Entschlossene Polikliniker	8	10	60	23	105
Alle Typen	22	23	44	11	1 196

Quelle: Arztbarometer 1990; Gewichtungsfaktor WEIGHT1

Nur noch rund 17 Prozent der Ärzte wollen zu diesem Zeitpunkt in »kommunalen Gesundheitszentren (als Verbindung von öffentichem Gesundheitswesen, Prävention und Behandlung sowie sozialen Diensten)«, also der Fortsetzung der Poliklinik, tätig sein – hiervon geben jedoch knapp 60 Prozent zugleich an, daß sie eine Niederlassung bei Erfüllung zu nennender Voraussetzungen zumindest vielleicht, zu geringen Teilen »bestimmt« vollziehen werden, so daß diese Gruppe als »bedingte Polikliniker« eingestuft werden kann. Im Vergleich zu beiden Gruppen von Niederlassungswilligen weisen die »bedingten Polikliniker« eine überdurchschnittlich starke Massierung bei den älteren Ärzten auf: Knapp zwei Drittel dieser Ärzte sind älter als 45 Jahre.

Nur rund 7 Prozent der Ärzte sind schließlich noch als »entschlossene Polikliniker« einzustufen, die weder in der Niederlassung tätig sein wollen, noch diese »bestimmt« oder »vielleicht« beabsichtigen – es handelt sich bei dieser Gruppe in hohem Ausmaß um ältere Ärzte (vgl. Tabelle 12): Über 80 Prozent von ihnen sind älter als 45 Jahre.

Ein ähnliches Bild des deutlichen »Umschwungs« in den Handlungsabsichten ergibt sich, wenn alleine auf die Frage nach der Praxisgründung unter von den Befragten zu nennenden Voraussetzungen abgestellt wird: 48 Prozent der Befragten beabsichtigten nunmehr, sofern die von ihnen genannten Voraussetzungen (insbesondere: es stehen Räumlichkeiten zur Verfügung, es besteht eine entsprechende Gebührenordnung, das Bankensystem stellt Kredite bereit) erfüllt sind, eine Niederlassung »bestimmt«, 27 Prozent ziehen sie »vielleicht« in Betracht, und nur noch 21 Prozent beabsichtigen sie nach wie vor nicht.[139]

139 Keine Antwort: 4%. Berechnet nach Arztbarometer 1990; Gewichtungsfaktor WEIGHT1.

Die Handlungsabsichten eines großen Teils derjenigen Ärzte, die wir für den Zeitraum März/April 1990 als »entschlossene«, zumindest aber »bedingte« Polikliniker umschrieben hatten, haben sich also seither verändert, was zu einem eindeutigen Übergewicht der auf die Niederlassung gerichteten Handlungsabsichten geführt hat. Für diesen Wandel in den Handlungsabsichten können insbesondere zwei Faktorenbündel ursächlich sein:

Einerseits erscheint es – mit Blick auf die in der gleichen Untersuchung deutlich gewordenen Beurteilungen des ostdeutschen Gesundheitswesens und der eigenen Arbeitssituation durch die Ärzte[140] – plausibel, daß ein Teil der Ärzte die eigenen Bewertungen, welche Vorteile die Niederlassung im Vergleich zur Poliklinik in bezug auf die Ziele der Verbesserung der medizinischen Handlungsmöglichkeiten und der individuellen Handlungsautonomie stiften mag, unabhängig von wahrgenommenen Veränderungen gesundheitssystemspezifischer Rahmenbedingungen verändert hat. Die Kontakte zu westdeutschen Medizinern, insbesondere auch die skizzierte intensive Öffentlichkeitsarbeit westdeutscher Ärzteverbände in Ostdeutschland, können dazu geführt haben, daß ein Teil der Ärzte gegenüber dem Frühjahr zusätzliche Informationen über ihnen bislang unbekannte Aspekte des westdeutschen Gesundheitswesens sowie die in einer Niederlassung liegenden Chancen erhielt, die eine Änderung der Handlungsabsichten auslösten.

Eine solche veränderte Bewertung der beiden Handlungsalternativen könnte auch dadurch beeinflußt worden sein, daß die Ärzte unabhängig von konkreten gesundheitssystembezogenen Bewertungskriterien aus der von einer großen Bevölkerungs- (und wohl auch Ärzte-)Mehrheit getragenen Entscheidung zum raschen Vollzug der Vereinigung die Schlußfolgerung gezogen haben, eine »Orientierung am westdeutschen Modell« sei die hierauf ge-

140 Allerdings ist nicht auszuschließen, daß von dem Entscheidungsdruck, der durch die Veränderungen der Rahmenbedingungen bewirkt wurde, seinerseits aufgrund psychischer Mechanismen, wie sie etwa in der Sozialpsychologie als »Reduktion kognitiver Dissonanz« (Festinger 1957) oder als »belief falsification« (Kuran 1987a) diskutiert werden, Rückwirkungen auf die Bewertungen des Gesundheitswesens ausgingen: Um die durch Veränderungen der Rahmenbedingungen bewirkte Niederlassungsentscheidung vor sich selbst besser legitimieren zu können, schätzt ein Arzt die Leistungsfähigkeit des DDR-Gesundheitswesens nunmehr ex post geringer ein. Die oben vorgestellte, insgesamt vom Ergebnis her sehr differenzierte Bewertung der Einzelaspekte des DDR-Gesundheitswesens durch die Ärzte läßt allerdings vermuten, daß diesem – mit Blick auf Lafontaines Fabel auch als »saure Trauben-Phänomen« (Elster 1983: 109) bezeichneten – Phänomen insgesamt eher geringe Bedeutung beizumessen ist.

botene adäquate Verhaltensweise, und ein »Systembruch« spezifisch im Gesundheitswesen sei kaum durchhaltbar.[141]

Andererseits ist es aber auch plausibel anzunehmen, daß für Teile der Ärzte der Umschwung in den Handlungsabsichten weniger durch eine interne Veränderung der Bewertung der beiden Handlungsalternativen, sondern durch eine extern bewirkte Veränderung gesundheitssystemspezifischer Rahmenbedingungen bewirkt wurde: Insbesondere die Regelungen des Einigungsvertrages sind von den Ärzten »aus ihrer Geschichte heraus« – das heißt als Abfolge von zunehmend stärker gegen das bisherige Versorgungssystem gerichteten Entscheidungen – interpretiert worden. Das Datum »1995« ist vielfach als definitiver Endzeitpunkt für die Polikliniken eingeschätzt worden, wozu auch die Informationspolitik der Ärzteverbände beigetragen haben dürfte.[142] Auch die im Befragungszeitraum gerade bekannt werdenden unterschiedlichen Vergütungskriterien für niedergelassene Ärzte (Einzelleistungsvergütung) und Polikliniken (Fallpauschalen) beziehungsweise die hier zunächst erfahrene Unsicherheit über die Vergütung der Polikliniken sind von den Ärzten ebenso als beabsichtigte Benachteiligung poliklinischer Beschäftigungsverhältnisse bewertet worden (Jacobs/Schräder 1992: 2–3) wie die ablehnende Position der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Errichtung der durch den Einigungsvertrag ermöglichten Treuhandgesellschaft (Interviews mjw01101; mmw06091). Schließlich sind die bekanntgewordenen Fälle von Kündigungen poliklinischer Beschäftigungsverhältnisse nicht nur von den unmittelbar Betroffenen, sondern auch von den übrigen Ärzten so interpretiert worden, daß die Poliklinik keine Zukunft haben werde.

Die psychologische Transformationsforschung (etwa Trommsdorf 1994) betont die Bedeutung von »Sicherheiten« für den einzelnen gerade in den

---

141 Vgl. in diesem Zusammenhang etwa die Analyse bei Heins (1994: 66–70), nach der die Menschen nach dem kollektiven Entscheidungsprozeß zur Adoption des westdeutschen Modelles vor der Aufgabe standen, die hieraus folgenden Konsequenzen für das individuelle Werte- und Normensystem zu ziehen – in diesem Zusammenhang kann insbesondere die von freien westdeutschen Ärzteverbänden, aber auch von westdeutschen Politikern betriebene Gleichsetzung der Polikliniken mit dem alten politischen System der DDR zu dieser Umbewertung beigetragen haben. Vgl. hierzu beispielhaft den Vorsitzenden des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU, W. Pforringer, in der Neuen Ärztlichen vom 13.12.1990: »Polikliniken sind sozialistische Mißgeburten« sowie den Internisten-Verband BDI mit der Beschreibung der Polikliniken als »Relikte einer ansonsten beseitigten Herrschaftsstruktur« (BDI-Presseinfo vom 10.7.1990). Zur durch die Stigmatisierung von Institutionen ausgelösten, Illegitimität bewirkenden »self-fulfilling prophecy« vgl. auch Sutton/Callahan (1987).

142 Vgl. beispielhaft den Hartmannbund-Vorsitzenden Thomas: »Nein zum Fortbestand der Polikliniken nach 1995«, Ärzte-Zeitung vom 13.12.1990.

Turbulenzen des Transformationsprozesses. Diese Sicherheit erwarteten die Ärzte nach den Veränderungen in den Rahmenbedingungen nicht mehr im Rahmen der Poliklinik, sondern eher im Rahmen der Niederlassung, die infolge der intensiven Aktivitäten der Niederlassungsberatung durch westdeutsche Akteure, der skizzierten Entscheidungen von BMWi und BMF, die Heilberufe in die Förderprogramme einzubeziehen und dadurch besonders günstige Kreditkonditionen bei einer Niederlassung zu ermöglichen, aber auch infolge der nunmehr beginnenden Versuche von Kommunen, den Ärzten »günstige Konditionen« für eine Niederlassung in den Räumen der Polikliniken zu ermöglichen, zunehmend weniger riskant erschien.

Die Daten des »Arztbarometer 1990« lassen vermuten, daß im Herbst 1990 *beide* Bündel von Bestimmungsgründen – einerseits die von den Ärzten vorgenommenen »internen« Bewertungen, andererseits die externen Veränderungen in den Rahmenbedingungen – den Wandel in den Niederlassungsabsichten beeinflußt haben. Hinsichtlich der Dimension der *Bewertungen* ist zu erwarten, daß die Entscheidung sich niederzulassen, um so ausgeprägter ausfällt, je größer die Unzufriedenheit mit dem DDR-Gesundheitswesen und der individuellen Arbeitssituation ist. Bei Ärzten, die sich bislang in der poliklinischen Einrichtung vorwiegend für »patientenferne« administrative Tätigkeiten oder für Einrichtungsformen mit hohen Tätigkeitsanteilen außerhalb des kurativen ambulanten Behandlungsspektrums des westdeutschen Systems entschieden hatten, ist von einer vergleichsweise unterdurchschnittlich häufigen Entscheidung für die Niederlassung auszugehen. Auch bei Ärzten mit einer stärkeren außerberuflichen Orientierung ist eine geringere Niederlassungsneigung wahrscheinlich.

Hinsichtlich des Aspektes der Veränderung der *Rahmenbedingungen* kann angenommen werden, daß Ärzte sich um so eher für die Niederlassung entscheiden, je mehr sie durch (beabsichtigte) Maßnahmen ihres Poliklinikträgers die Sicherheit des poliklinischen Arbeitsplatzes gefährdet sehen. Auch von der bei einer Niederlassung vorzunehmenden Praxisfinanzierung werden Wirkungen ausgehen: Nicht nur ältere Ärzte, auch Ärzte in Fachgebieten mit besonders hohem Investitionsbedarf oder in Fachgebieten, bei denen eine Niederlassung auch in Westdeutschland eher unüblich ist, werden hier besonders zögern.

Die vermuteten Zusammenhänge können zumindest teilweise auch quantitativ durch ein mikroökonometrisches diskretes Entscheidungsmodell (Maier/Weiss 1990) getestet werden, in dem der im »Arztbarometer 1990« artikulierte Niederlassungsentschluß (mit den Ausprägungen »ja, bestimmt«, »ja, vielleicht« und »nein«) als abhängige Variable und die Größen, von denen

eine Nutzenbeeinflussung angenommen wird, als unabhängige Variable modelliert werden. Tabelle A1 (s. Anhang 2) spiegelt die Ergebnisse des hierzu durchgeführten Logit-Modelles wider.[143] Die Vorhersagequalität des Modelles ist mit einem Anteil der korrekten Vorraussagen von 86,5 Prozent (gegenüber einem Anteil korrekter Voraussagen bei Zufallswahl von 37,9 Prozent) gut.[144] Die Schätzkoeffizienten weisen weit überwiegend die erwarteten Vorzeichen auf und sind dann zumeist auch signifikant.

Die Ergebnisse der Logit-Analyse bestätigen insgesamt, daß im Herbst 1990 einerseits noch individuellen Bewertungen und Wünschen bei der Frage der Niederlassung eine Bedeutung zukommt, dies andererseits überlagert wird von dem Entscheidungsdruck, der von den zwischenzeitlich gesetzten Rahmenbedingungen ausgeht.

Zunächst bestätigt sich sehr deutlich der Einfluß von individuellen Wahrnehmungen und Beurteilungen des DDR-Gesundheitswesens in bezug auf die Niederlassungsabsicht: Wer den Nachholbedarf des DDR-Gesundheitswesens über die unterschiedlichen Gegenstandsbereiche hinweg (ZUFRIEDEN2)[145] als hoch einschätzt, tendiert deutlich stärker zur Niederlassung, als wer ihn gering einschätzt.[146] Gleichfalls gilt: Wer die typischen Strukture-

---

143 Vgl. zu dem hier verwendeten Standard-Logit-Modell etwa Ronning (1991) und Maier/Weiss (1990). Parallel wurden die berechneten Modellvarianten auch mit einem Probit-Modell durchgerechnet – mit weitgehend identischen Ergebnissen hinsichtlich Parameterschätzungen und Gütekriterien.

Da die Logit-Analyse nur für Fälle durchgeführt werden kann, die bei keiner der in die Analyse einbezogenen Variablen fehlende Werte aufweist, ergibt sich eine deutliche Reduktion auf 721 Fälle. Wie in Abschnitt 1.3 bereits erwähnt, läßt zudem die eingesetzte SAS-Rechenprozedur bei Logit-Analysen die Verwendung von Gewichtungsfaktoren nicht zu. Der Anteil der »bestimmt« in die Niederlassung gehenden Ärzte liegt in dem Sample der Logit-Analyse daher mit 46,2 Prozent etwas unter dem – gewichteten – Wert in der Grundgesamtheit von 50,4 Prozent.

144 Aus den Log-Likelihood-Werten errechnet sich allerdings ein nur noch soeben befriedigendes »Pseudo-R^2« (McFadden) von 0,33.

145 Die die Einschätzung des Nachholbedarfs messende Konstruktvariable ZUFRIEDEN2 umfaßt die in Tabelle 8 aufgeführten Items »Gesundheitswesen insgesamt«, »ambulante Versorgung«, »Prävention« und »medizinisch-technische Versorgung«.

146 Da die Schätzkoeffizienten in Tabelle A1 (s. Anhang 2) nicht direkt interpretiert werden können, sei ein Beispiel (»Beispiel 1«) gegeben: Es wird von einer in einer selbständigen Poliklinik (POLIKLINIK1) beschäftigten Allgemeinärztin (PRAKTIKER, SEX=2) der Altersgruppe 40–49 Jahre (ALTER40–49) ausgegangen, die hinsichtlich der Variablen ORTSGRÖSSE, EINRICHTUNGSGRÖSSE, STUNDEN, PATIENTEN-ANTEIL, SPERRE und der drei ZUFRIEDENHEIT- und der beiden ARZTGELD-Variablen jeweils den arithmetischen Mittelwert einnehme. Diese Ärztin soll für die folgenden Beispiele als Referenzgrösse dienen, wobei die Variationen der unabhängigen Variablen jeweils ceteris paribus zu verstehen sind. Für sie beträgt die Wahrscheinlichkeit, daß sie beabsichtigt, »be-

lemente des ostdeutschen Gesundheitswesens (ZUFRIEDEN3) in starkem Umfang als bewahrenswert einstuft, beabsichtigt eine Niederlassung seltener, als wer ihnen skeptisch gegenübersteht.[147]

Die Erwartung, daß auch Aspekte der Arbeitszufriedenheit in der Poliklinik die Entscheidung pro oder contra Niederlassung beeinflussen, wird allerdings nur noch teilweise bestätigt: Der Einfluß der Variablen zur Arbeitszufriedenheit (ZUFRIEDEN1)[148] und zur Einschätzung des Einkommens der DDR-Ärzte (ARZTGELD1) ist nahezu Null, nicht signifikant und weist zudem das »verkehrte« Vorzeichen auf. Demgegenüber besteht ein deutlicher und hochsignifikanter Effekt mit dem erwarteten Vorzeichen in bezug auf die Einschätzung des Einkommens der Ärzte in Westdeutschland (ARZTGELD2).[149]

Einen starken, signifikanten Einfluß in die erwartete Richtung hat wiederum der Anteil der der Patientenbetreuung gewidmeten Arbeitszeit (PATIENTEN-ANTEIL): Ärzte mit einem hohen Anteil administrativer Aufgaben an der Arbeitszeit beabsichtigen deutlich weniger, in die Niederlassung zu ge-

---

stimmt« in die Niederlassung zu gehen, 62 Prozent, mit einer Wahrscheinlichkeit von 30 Prozent würde sie »vielleicht« in die Niederlassung gehen und diese nur noch mit einer Wahrscheinlichkeit von 8 Prozent ablehnen. Würde die praktische Poliklinikärztin den Nachholbedarf des DDR-Gesundheitswesens hingegen als sehr gering einschätzen (ZUFRIEDEN2 = 18), betrüge die Wahrscheinlichkeit für »Niederlassung bestimmt« (anstatt 62 Prozent) nur noch 27 Prozent, für »Niederlassung vielleicht« 46 Prozent und für »Niederlassung nein« nunmehr 27 Prozent.

147 Die die Einschätzung der Fortbestehenswürdigkeit der Merkmale des DDR-Gesundheitswesens messende Konstruktvariable ZUFRIEDEN3 umfaßt die in Tabelle 9 aufgeführten Items »organisatorische Einheit von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie, Nachsorge«, »Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung«, »betriebsärztliche Versorgung« und »Dispensaire-Betreuung«.

Würde die praktische Poliklinikärztin aus Beispiel 1 die Fortbestehenswürdigkeit dieser Elemente c.p. als sehr gering bewerten (ZUFRIEDEN3 = 8), betrüge die Wahrscheinlichkeit für »Niederlassung bestimmt« 92 Prozent, für »Niederlassung vielleicht« 7 Prozent und für »Niederlassung nein« nur noch 1 Prozent.

148 Die die Arbeitszufriedenheit messende Konstruktvariable ZUFRIEDEN1 umfaßt die in Tabelle 10 aufgeführten Items »Arbeitszufriedenheit gesamt«, »Kontakt zu Vorgesetzten«, »Kontakt zu anderen Kollegen«, »Kontakt zum mittleren medizinischen Personal«, »Arbeitsbelastung«, »technische Assistenz/Schreibarbeit/Arbeitsorganisation« sowie »Einkommen«.

149 Hielte die Ärztin aus Beispiel 1 die westdeutschen Ärzte für »eher überbezahlt« (ARZTGELD2 = 3), würde die Wahrscheinlichkeit mit der sie »bestimmt« in die Niederlassung ginge, auf 50 Prozent sinken; mit einer Wahrscheinlichkeit von 38 Prozent würde sie »vielleicht« in die Niederlassung gehen und diese mit einer Wahrscheinlichkeit von 8 Prozent ablehnen.

hen.[150] Auch gilt, daß Ärzte, die in Einrichtungen mit hohen, für das kassenärztliche Versorgungsgeschehen atypischen Tätigkeitsanteilen beschäftigt sind, sich in der Tendenz eher unterdurchschnittlich wahrscheinlich niederzulassen beabsichtigen. Dies gilt etwa für Ärzte aus Arztsanitätsstellen, für Ärzte aus dem betrieblichen Gesundheitswesen, aber auch für Ärzte an »sonstigen« (zumeist eher präventiv ausgerichteten) Einrichtungen.[151]

Kann die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit (STUNDEN) als Indikator für den Grad der außerhäuslichen Orientierung angesehen werden, so weist der (signifikante) Schätzkoeffizient ebenfalls deutlich in die erwartete Richtung: Teilzeitbeschäftigte beabsichtigen in deutlich größerem Umfang den Verbleib in poliklinischen Beschäftigungsverhältnissen.[152] Auch die (allerdings nicht sehr ausgeprägte) geringere Entschlossenheit von Frauen zur Niederlassung fügt sich in dieses Bild.[153]

---

150 Würde die Ärztin aus Beispiel 1 nicht durchschnittlich (nämlich 79 Prozent) ihrer Arbeitszeit mit Patientenbetreuung verbringen, sondern nur 20 Prozent (PATIENTEN-ANTEIL = 20), würde die Wahrscheinlichkeit mit der sie »bestimmt« in die Niederlassung ginge, auf 39 Prozent sinken; mit einer Wahrscheinlichkeit von 43 Prozent würde sie »vielleicht« in die Niederlassung gehen und diese mit einer Wahrscheinlichkeit von 17 Prozent ablehnen.

Im Kontext des Einflusses der Patientenbetreuung auf die Niederlassungsentscheidung hat offenbar auch die Frage eine Rolle gespielt, inwieweit die Ärzte erwarteten, ihren bisherigen Patientenstamm künftig behalten zu können (wobei hier durchaus unterschiedliche Wirkrichtungen denkbar wären; vgl. dazu ausführlicher Wasem 1992a: 49–52). Da das »Arztbarometer 1990« diese Frage nur denjenigen Ärzten stellte, die eine Niederlassung nur »bestimmt« oder »vielleicht« beabsichtigten, war ein Einbezug der entsprechenden Variablen in das Logit-Modell nicht möglich. Wird die Frage allerdings für diese Teilpopulation getrennt ausgewertet, zeigt sich (über alle Altersgruppen und beide Geschlechter hinweg) ein eindeutiger Einfluß: Während von den Ärzten, die sich »bestimmt« niederlassen wollten, 84 Prozent überzeugt davon waren, drei Viertel oder mehr ihres Patientenstammes behalten zu können, waren von den Ärzten, die sich »vielleicht« niederlassen wollten, nur noch 67 Prozent dieser Meinung.

151 Die Wahrscheinlichkeit für die praktische Ärztin, sich »bestimmt« niederzulassen, würde (von 62 Prozent) auf 45 Prozent sinken, wäre sie nicht an einer selbständigen Poliklinik, sondern in einer Arztsanitätsstelle beschäftigt, auf 49 Prozent, wäre sie in einer Betriebspoliklinik beschäftigt, und auf 14 Prozent, wäre sie in einer »sonstigen« Einrichtung beschäftigt.

152 Würde die praktische Ärztin des Beispiels 1 nur 20 Stunden per Woche arbeiten, würde die Wahrscheinlichkeit, daß sie »bestimmt« in die Niederlassung gehen will, auf 50 Prozent sinken, die Wahrscheinlichkeit für eine Niederlassung »vielleicht« betrüge 38 Prozent und abgelehnt würde sie mit einer Wahrscheinlichkeit von 12 Prozent.

153 In Beispiel 1 würde die Wahrscheinlichkeit für die »Niederlassung bestimmt« bei einem Arzt (SEX=1), c.p., in der Altersklasse 40–49 Jahre etwa 69 Prozent betragen, die »Niederlassung vielleicht« käme auf eine Wahrscheinlichkeit von 25 Prozent und abgelehnt würde sie mit einer Wahrscheinlichkeit von 6 Prozent.

Dem stehen auf der anderen Seite die Faktoren gegenüber, die den durch die extern gesetzten Rahmenbedingungen entstandenen Entscheidungsdruck widerspiegeln. Hier wäre zunächst zu erwarten, daß Ärzte sich um so eher für die Niederlassung entscheiden, je mehr sie durch (beabsichtigte) Maßnahmen ihres Poliklinikträgers die Sicherheit des poliklinischen Arbeitsplatzes gefährdet sehen. Da insbesondere kleinere Kommunen im Herbst 1990 Kündigungen poliklinischer Beschäftigungsverhältnisse aussprachen, kann die ORTSGRÖSSE als Indikator für die von den Trägern ausgehende »Bedrohung« der Arbeitsplätze in den poliklinischen Einrichtungen angesehen werden – tatsächlich zeigt sich, daß die Niederlassungsentschlossenheit (bei signifikantem Schätzkoeffizienten) in den Großstädten deutlich unterdurchschnittlich ist.[154]

Mit Blick auf »1995« kann vermutet werden, daß jüngere Ärzte sich in stärkerem Maße für die Niederlassung entscheiden als Ärzte, die kürzer vor dem Ruhestand stehen. Auch von der bei einer Niederlassung vorzunehmenden Praxisfinanzierung ist anzunehmen, daß sie in diese Richtung wirkt, werden doch ältere Ärzte eher an Grenzen der Kreditvergabepolitik des Bankensystems stoßen. Diese Hypothese wird durch die empirischen Daten ebenfalls bestätigt: Das ALTER der Ärzte wirkt durchgängig in die erwartete Richtung (und der Schätzkoeffizient ist teilweise hochsignifikant).[155]

Schließlich wäre zu erwarten, daß sich der Einfluß des Entscheidungsdrucks durch die externen Rahmenbedingungen auch darin widerspiegelt, daß die Niederlassungsentscheidung in besonderem Maße nur noch von denjenigen Arztgruppen abgelehnt wird, für die eine Praxisgründung entweder mit einem besonders hohen Investitionsaufwand verbunden ist oder in denen sich sonstige, fachgebietsspezifische Hemmnisse für eine Niederlassung ergeben. Hinsichtlich der Aussagen über Fachrichtungen der Ärzte erweisen sich bei einigen Fachrichtungen die geringen Fallzahlen des »Arztbarometer 1990« allerdings als problematisch für gefestigte Aussagen, und die Schätz-

154 Würde die praktische Ärztin des Beispiels 1, c.p., in einer Großstadt mit mehr als 500 000 Einwohnern arbeiten, würde die Wahrscheinlichkeit, »bestimmt« in die Niederlassung gehen zu wollen, auf 49 Prozent sinken, die Wahrscheinlichkeit für eine Niederlassung »vielleicht« betrüge 39 Prozent, und abgelehnt würde sie mit einer Wahrscheinlichkeit von 12 Prozent.

155 Würde die Ärztin aus Beispiel 1 der Altersgruppe der 50–59jährigen angehören, würde die Wahrscheinlichkeit einer »bestimmten« Niederlassung (von 62 Prozent) auf 39 Prozent sinken, der »Niederlassung vielleicht« käme eine Wahrscheinlichkeit von 44 Prozent zu, abgelehnt würde die Niederlassung hingegen mit einer Wahrscheinlichkeit von 18 Prozent.

koeffizienten sind mit einer Ausnahme nicht auf dem 95-Prozent-Niveau signifikant. Auch läßt sich keine durchgängig systematische Wirkung auf die Niederlassungsabsichten ausmachen. Allerdings wird unsere Hypothese in der Tendenz bestätigt: So ist die Niederlassungsabsicht bei den Radiologen am geringsten ausgeprägt,[156] also bei jener Disziplin, bei der zwar die Praxiseinnahmen (und letztlich auch Einkommen) im Vergleich zu den übrigen Fachgebieten in Westdeutschland überdurchschnittlich hoch sind (vgl. KBV 1991d: Tabelle D2; Klose 1993: 386–389), die jedoch auch hinsichtlich der Investitionen mit weitem Abstand »Spitzenreiter« sind (Brenner/Deutsch 1991: 3). Daß die Lungenärzte hinsichtlich der gering ausgeprägten Niederlassungsneigung an zweiter Stelle folgen,[157] erscheint mit Blick darauf, daß die Weiterbildung zum Lungenarzt in den Weiterbildungsordnungen der Bundesrepublik nicht mehr vorgesehen ist, ebenfalls plausibel. Auch daß an dritter Stelle die Chirurgen folgen,[158] ist erklärbar: Zwar war das ambulante Operieren in der DDR (wenn auch innerhalb der durch Ressourcenengpässe gesetzten Grenzen) offenbar gut entwickelt (Knoch 1990; Ansorg/Julich 1991); daß ambulantes Operieren typischerweise Teamarbeit (zumindest mit einem Anästhesisten) ist, ließ die Niederlassung jedoch ebenso als problematisch erscheinen wie die Tatsache, daß ambulant tätige Chirurgen in Westdeutschland in deutlich stärkerem Maße als Ärzte anderer Gebietsrichtungen Einnahmen von anderen Kostenträgern als der GKV (nämlich insbesondere der Gesetzlichen Unfallversicherung; KBV 1991d: Tabelle D4) erzielen. Daher war die Unsicherheit über die institutionellen Arrangements bei einer Niederlassung zum Befragungszeitpunkt noch besonders groß.

Spielen offensichtlich beide Faktorenbündel – individuelle Zielvorstellungen und externer Entscheidungsdruck – noch eine Rolle, so zeigt eine Analyse der Motive derjenigen Ärzte, die es im Herbst 1990 noch explizit ablehnten, in die Niederlassung zu gehen, das zu diesem Zeitpunkt bereits

---

156 Wäre die Ärztin aus Beispiel 1 anstelle einer Praktikerin Radiologin, würde die Wahrscheinlichkeit für »Niederlassung bestimmt« (von 62 Prozent) auf 17 Prozent sinken, die Wahrscheinlichkeit für »Niederlassung vielleicht« läge bei 42 Prozent, und abgelehnt würde sie mit einer Wahrscheinlichkeit von 41 Prozent.

157 Wäre die Ärztin aus Beispiel 1 anstelle einer Praktikerin Lungenärztin, würde die Wahrscheinlichkeit für »Niederlassung bestimmt« (von 62 Prozent) auf 26 Prozent sinken, die Wahrscheinlichkeit für »Niederlassung vielleicht« läge bei 46 Prozent, und abgelehnt würde sie mit einer Wahrscheinlichkeit von 28 Prozent.

158 Wäre die Ärztin aus Beispiel 1 anstelle einer Praktikerin Chirurgin, würde die Wahrscheinlichkeit für »Niederlassung bestimmt« auf 45 Prozent sinken, die Wahrscheinlichkeit für »Niederlassung vielleicht« läge bei 41 Prozent, und abgelehnt würde sie mit einer Wahrscheinlichkeit von 14 Prozent.

Tabelle 13 Motive gegen eine Niederlassung (niederlassungsunwillige Ärzte im Herbst 1990; N = 387)

Alter	0,56
Finanzierungssorgen	0,11
Fachrichtung	0,08
Gesundheitliche Probleme	0,06
Familiäre / persönliche Gründe	0,06
Ethische / gesundheitspolitische Gründe	0,03
Sonstige Gründe	0,10

Anteile an allen Nennungen, Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: Arztbarometer 1990; Gewichtungsfaktor WEIGHT1

bestehende große Gewicht der Veränderung der externen Rahmenbedingungen (vgl. Tabelle 13): Bei weitem gewichtigster Grund für eine Ablehnung der Niederlassung ist das Alter, gefolgt von der Skepsis, eine Niederlassung finanzieren zu können.

5.3.4 Zwischenergebnis

Konnte im Frühjahr 1990 festgestellt werden, daß nur eine sehr kleine Minderheit der ostdeutschen ambulant tätigen Ärzte zur Niederlassung fest entschlossen war und der Anteil derer, die diesen Schritt entschieden ablehnten, rund drei Mal so groß war, so ereignete sich binnen weniger Monate bis zum Herbst ein deutlicher Umschwung. Dieser kann teilweise auf »interne« Neubewertungen der Leistungsfähigkeit der beiden möglichen Formen der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit »an sich« zurückzuführen sein – wobei darauf die Informations- und Werbeaktivitäten der westdeutschen Ärzteverbände Einfluß hatten. Es erscheint allerdings plausibel, daß großes Gewicht auch den antizipierten Wirkungen der veränderten Rahmenbedingungen zukommt, die (wie in Abschnitt 5.1 untersucht) Gesetzgeber, Vertragsparteien der gemeinsamen Selbstverwaltung und (wie in Abschnitt 5.2 untersucht) Träger poliklinischer Einrichtungen im Sommer und Herbst 1990 setzten.

Theoretisch hätte zwar ein Großteil der Ärzte auch trotz dieser veränderten Rahmenbedingungen weiterhin zum Verbleib an der poliklinischen Ein-

richtung entschlossen sein können (allerdings nicht mehr diejenigen, bei denen diese Alternative durch Kündigung der Arbeitsverhältnisse de facto ausgeschlossen war), da unter diesen Umständen auch über 1995 hinaus die Versorgung durch poliklinische Einrichtungen hätte organisiert werden müssen. Die gesetzten Rahmenbedingungen ließen es jedoch einem erheblichen Teil der Ärzte ratsam erscheinen, bereits zu einem relativ frühen Zeitpunkt, nämlich vor Inkrafttreten der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages, die ihnen »sicherer« erscheinende Alternative – die Niederlassung – anzustreben. Dazu hat auch beigetragen, daß die Einschätzung, wie groß der Anteil unter den übrigen Ärzten ist, die bereits eine Entscheidung zur Niederlassung getroffen hatten, kontinuierlich heraufgesetzt werden mußte: Je mehr ein Arzt davon ausgehen mußte, die übrigen Ärzte würden in die Niederlassung gehen, desto stärker wurde er ebenfalls in diese Richtung gedrängt – nicht zuletzt, weil es mit zunehmendem Anteil geplanter Niederlassungen nicht nur stetig unwahrscheinlicher wurde, daß die Polikliniken nach 1995 noch eine Zukunft haben würden; auch die von den KVen mit Hinweis auf die hohe Arztdichte in Ostdeutschland gegebenen Warnungen, daß zu einem späteren Zeitpunkt für Poliklinikärzte Zulassungssperren für die freie Niederlassung greifen könnten,[159] haben hier ihre Wirkung gezeigt.

Zwar sind im Herbst 1990 immer noch rund die Hälfte der Ärzte unentschlossen, ob sie in die Niederlassung gehen sollen, oder lehnen dies explizit ab, jedoch gilt (wie die empirische Analyse im Rahmen eines diskreten Entscheidungsmodelles zeigte) bereits: Wer ein zeitlich umfassendes berufliches Engagement eingehen kann, wer noch eine längere Berufsphase vor sich hat und die mit einer Niederlassung einhergehenden Investitionen meint finanzieren zu können, wer aufgrund seines Fachgebietes aus kassenärztlichen Honoraren glaubt bestehen zu können, wer skeptisch ist, ob der Polikliniken-träger den Einrichtungen eine Chance lassen wird, wird mit einer hohen Wahrscheinlichkeit in die Niederlassung gehen. Abgelehnt wird die Niederlassung hingegen in erster Linie noch von Ärzten, die sich als zu alt erachten, eine Finanzierung als schwierig ansehen oder ihr Fachgebiet als für eine Niederlassung ungeeignet einschätzen.

159 Vgl. etwa Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (1990: 31).

Kapitel 6
Die poliklinischen Strukturen in der Auflösung

Standen in Kapitel 5 der Prozeß der Setzung der Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung in Ostdeutschland im Jahre 1990 und deren Auswirkungen auf die Handlungsabsichten der ostdeutschen ambulant tätigen Ärzte im Vordergrund, so geht es in diesem Kapitel um die in einer weitgehenden Auflösung der poliklinischen Versorgungsstrukturen mündende Entwicklung des ostdeutschen Gesundheitssystems seit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen des Einigungsvertrages. Das Tempo und der Umfang dieses Auflösungsprozesses sind wesentlich durch eine als Eigendynamik zu charakterisierende Interdependenzstruktur bedingt, die in Abschnitt 6.1 untersucht werden wird. Die Charakterisierung des Auflösungsprozesses der poliklinischen Strukturen als »eigendynamisch« legt eine Interpretation nahe, nach der »Gegensteuern« durch hierzu bereite und potentiell über entsprechende Handlungsrechte und Ressourcen verfügende Akteure von vornherein chancenlos war – vor diesem Hintergrund verspricht eine Analyse der Gegensteuerungsversuche, die von den Ländern Brandenburg und Berlin ausgingen, und ihrer Wirkungen zusätzliche Erkenntnisse über den Prozeßcharakter (Abschnitt 6.2). Zu den Gegensteuerungsbemühungen können auch »(zu) späte Rettungsversuche« gezählt werden, die Ende 1992 – also zu einem Zeitpunkt, als der Prozeß im wesentlichen bereits abgeschlossen war – im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes unternommen wurden (Abschnitt 6.3).

6.1 Zur Eigendynamik des Niederlassungsprozesses nach Inkrafttreten des (modifizierten) Kassenarztrechts

Der seit Inkrafttreten des (modifizierten) Kassenarztrechts sich entwickelnde (in Kapitel 3 in seinen quantitativen Dimensionen beschriebene) Prozeß der Auflösung der poliklinischen Versorgungsstrukturen ist von Beteiligten teilweise als geprägt »von einer derartigen Eigendynamik, daß staatliches Handeln und staatliche Eingriffe die Entwicklung kaum hätten beeinflussen können« (Landesregierung Sachsen-Anhalt 1992: 3), beschrieben worden. Diese Eigendynamik drückte sich insbesondere in »Turbulenzen« auf der örtlichen Ebene aus, mit denen sich dieser Abschnitt zunächst befaßt. Die »Turbulenzen« führten dazu, daß die gesamtdeutschen korporativen gesundheitspolitischen Akteure bestimmte »Nachbesserungen« in den Rahmenbedingungen vornahmen, unter denen ambulant tätige Einrichtungen agieren können – hierauf soll anschließend eingegangen werden. Der Entwicklungspfad einer extrem raschen Auflösung der poliklinischen Einrichtungen wurde durch diese »Nachbesserungen« allerdings nicht nachhaltig verändert: Im vierten Quartal 1991 waren bereits mehr als drei Viertel der ambulant tätigen Ärzte niedergelassen, so daß der Transformationsprozeß als im wesentlichen abgeschlossen verstanden werden kann – eine Analyse der Beurteilungen des Prozesses durch die ambulant tätigen Ärzte zu diesem Zeitpunkt beschließt diesen Abschnitt.

6.1.1 Turbulenzen auf der örtlichen Ebene

Mit Inkrafttreten des Krankenkassen-Vertragsgesetzes Mitte September 1990 war die Niederlassungs-Anordnung von 1961 aufgehoben worden, und eine Zulassung als niedergelassener Arzt sollte bis zum 31.12.1990 nach den mit dem westdeutschen Recht im wesentlichen identischen »Spielregeln« dieses Vertragsgesetzes (und ab 1.1.1991 sodann nach den durch den EV geregel-

ten Übergangsvorschriften des SGB V) vorgenommen werden. Allerdings konnte die in dem Gesetz vorgesehene Erteilung der Zulassung durch paritätisch von KVen und Verbänden der Krankenkassen besetzte Zulassungsausschüsse in diesem Zeitraum schon alleine deswegen nicht realisiert werden, weil die Krankenkassen erst zum 1.1.1991 ihre Tätigkeit aufnahmen.

Anträge auf Niederlassung wurden daher in einem »rechtsfreien Raum« und offenbar regional recht unterschiedlich abgewickelt:[1] Teilweise nahmen »Runde Tische für das Gesundheitswesen«, die in zahlreichen Städten und Kreisen nach der Wende entstanden waren, diese Aufgabe wahr, teilweise »Umstrukturierungsausschüsse« oder »Zulassungskommissionen«, welche Gesundheitsdezernate oder Stadtverordnetenversammlungen beziehungsweise Kreistage errichtet hatten. In anderen Fällen nahmen die privatrechtlichen KVen die Legitimation für sich in Anspruch, diese Aufgabe durchzuführen, bis sich im Laufe des Januar 1991 die gesetzlich vorgesehenen Zulassungsausschüsse konstituierten. In jedem Fall wurden die am Zulassungsverfahren beteiligten Akteure in den letzten Wochen des Jahres 1990 mit einer Flut von Niederlassungsanträgen konfrontiert, wollten sich doch zum Jahresbeginn 1991 mehr als 5 000 Ärzte in eigener Praxis niederlassen. Die Antragswelle bewältigten die Zulassungsgremien vielfach nur durch »Großzügigkeit« der Antragsprüfung (etwa was die Frage der Vollständigkeit der durch die Zulassungsordnung von den Antragstellern geforderten einzureichenden Nachweise betraf), die die Beteiligten auch deswegen als legitim ansahen, weil sie der Vorgabe des Einigungsvertrages, den »Vorrang für den niedergelassenen Kassenarzt« herzustellen, dienlich war (Interview mjw07061).

»Großzügigkeit« ist vielfach auch die treffende Umschreibung für das Verhalten der Städte und Kreise gegenüber den sich seit Ende 1990 niederlassenden Ärzten, konnten sie so doch nach einer unter den Trägern weit verbreiteten Einschätzung die nach ihrer Vermutung künftig zu erwartenden finanziellen Lasten durch Polikliniken verringern. Daher akzeptierten die Träger der Polikliniken im allgemeinen, daß die Ärzte auf die Einhaltung von Kündigungsfristen bei Beendigung ihrer poliklinischen Beschäftigungsverhältnisse verzichteten und sich vielfach von einem Tag auf den anderen niederließen (BerG 1991b: 3). Offenbar genehmigten nahezu alle Träger Niederlassungen in den Räumlichkeiten der Polikliniken,[2] wobei mit den Ärzten

1 Vgl. Interviews mjw02102; mjw28091; mjw01103; mjw29091; mjw07061.

2 In allen 101 Rückläufen der im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Vollerhebung »Kommunen 1992« (vgl. dazu Abschnitt 1.3) wurde bestätigt, daß eine solche Niederlassung in den Räumlichkeiten der Poliklinik zulässig war.

– überwiegend als Niederlassungsanreize und zur Niederlassungsunterstützung – gezielt niedrigere als die marktüblichen Mieten für die als Arztpraxen genutzten Räume vereinbart wurden.[3] Meistenteils wurde auch die sich in der Poliklinik befindliche Praxisausstattung von den Kommunen zumindest an Teile der sich niederlassenden Ärzte verbilligt oder unentgeltlich abgegeben.[4]

Die Niederlassungen gerade der ersten Wochen verliefen hierbei allerdings keineswegs friktionsfrei: Während sich Ärzte aus staatlichen Arztpraxen zumeist »geräuschlos« in der bereits bislang von ihnen genutzten Praxis niederlassen konnten, kam es in Einrichtungen mit mehreren Ärzten vielfach zu erheblichen Auseinandersetzungen sowohl innerhalb der Gruppe der sich niederlassenden Ärzte als auch zwischen diesen und den eine Niederlassung nicht beabsichtigenden Ärzten um möglichst »gute« Praxisräume innerhalb des bisher (und zunächst zumeist weiterhin auch parallel zur Niederlassung) poliklinisch genutzten Gebäudes und in vielen Fällen auch um die Patientenkarteien der bisherigen Poliklinik (Interviews mew19082; mjw01102; mjw29091). In solchen Fällen, in denen eine Kommune zunächst eine Niederlassung in den Poliklinikräumen nur dann zulassen wollte, wenn sich *alle* Ärzte niederlassen würden, weil sie annahm, eine parallele Tätigkeit von niedergelassenen und angestellten Ärzten in einem Poliklinikgebäude würde zu dauerhaften Konflikten führen, wurde zudem von den Niederlassungswilligen erheblicher Druck auf die anderen Ärzte ausgeübt, ebenfalls in die Niederlassung zu gehen.[5]

Für erhebliche, weitreichende Turbulenzen sorgten die fälligen Gehaltszahlungen an das Poliklinikpersonal Mitte Januar: Im zweiten Halbjahr 1990 wurden die Entgelte sämtlicher Beschäftigter der territorialen Gesundheitseinrichtungen (wie in Abschnitt 5.2 erwähnt) monatlich von der Sozialversicherung der DDR an die Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte geleistet,

---

3 57 der 99 die entsprechende Frage beantwortenden Städte und Kreise (die zum Zeitpunkt der Vereinigung rund 53 Prozent der durch »Kommunen 1992« erfaßten ambulant tätigen Ärzteschaft beschäftigten) gaben an, daß für *sämtliche* sich niederlassende Ärzte niedrigere als marktübliche Mieten vereinbart wurden; weitere 10 Kommunen (überwiegend größere kreisfreie Städte, die daher zum Zeitpunkt der Vereinigung weitere 31 Prozent der durch »Kommunen 1992« erfaßten ambulant tätigen Ärzteschaft beschäftigten) gaben an, für *einen Teil* der Ärzte niedrigere als marktübliche Mieten vereinbart zu haben.

4 87 der 95 die entsprechende Frage beantwortenden Städte und Kreise (die zum Zeitpunkt der Vereinigung rund 87 Prozent der durch »Kommunen 1992« erfaßten ambulant tätigen Ärzteschaft beschäftigten) gaben an, zumindest Teilen der sich niederlassenden Ärzteschaft die Praxisausstattung unentgeltlich oder für einen Preis unterhalb des Marktwertes überlassen zu haben.

5 Vgl. Interviews mew19082; mjw01102; mjw29091.

die sie dann an die Beschäftigten auszahlten. An die Stelle der Zahlungen der Sozialversicherung mußten ab Jahresbeginn 1991 die Zahlungen der unterschiedlichen Kostenträger für die von den poliklinischen Einrichtungen erbrachten Leistungen treten. Soweit die GKV betroffen war, hatten sich (wie in Abschnitt 5.1 beschrieben) GKV-Spitzenverbände und KBV darauf verständigt, bis Abrechnungen erbrachter Leistungen aufgrund der entsprechenden Belege möglich wären, für poliklinische Einrichtungen Abschlagszahlungen auf der Basis der – um bestimmte Faktoren gekürzten – Haushaltsansätze vom November 1990 zu leisten. Hierfür sollten die Krankenkassenverbände nach einem an den erwarteten Mitgliederzahlen in Ostdeutschland orientierten Schlüssel Finanzierungsbeiträge an die KBV leisten, die diese an die Einrichtungen weiterleiten sollte. Ende November hatte die KBV den poliklinischen Einrichtungen einen entsprechenden Erhebungsbogen zugeleitet und um die für die Leistung von Abschlagszahlungen notwendigen Daten gebeten.

Obwohl die beteiligten Akteure auf gesamtdeutscher Spitzenverbandsebene darin übereinstimmten, »daß der gewohnte Gehaltseingang für die Beschäftigten am 15.1.1991 von höchstem politischen Rang sei«,[6] gab es genau hier Mitte Januar erhebliche Friktionen: Ein beträchtlicher Teil der poliklinischen Einrichtungen beziehungsweise ihrer Träger hatte zu diesem Zeitpunkt keine Abschlagszahlungen erhalten. Ob dies – wie Kritiker in jenen Tagen vermuteten[7] – Ausfluß strategischer Überlegungen der KBV zur Beschleunigung des Niederlassungsprozesses war, ob – wie KBV und Kassen-Spitzenverbände in einer gemeinsamen Presseerklärung Anfang Februar erklärten – in erster Linie fehlerhaft oder unvollständig ausgefüllte Erhebungsbögen der Polikliniken dazu führten, daß für mehr als 100 der rund 220 Träger poliklinischer Einrichtungen »Abschlagszahlungen für Januar 1991 bisher nicht vertreten werden konnten«,[8] ob in erster Linie die Tatsache dafür verantwortlich war, daß die Überweisungen (so die gemeinsame Presseerklärung) erst am 8. Januar getätigt wurden, zu jener Zeit aber Banklaufzeiten von sechs bis acht Wochen zwischen West- und Ostdeutschland noch üblich waren (BerG 1991), oder ob – wie die Ärzte-Zeitung vom 13.2.1991 zu be-

---

6 Zitat aus einem internen Protokoll einer Sitzung der Verhandlungskommission der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV (Akteneinsicht bei beteiligtem Verband).

7 Vgl. etwa der Brandenburger SPD-MdB und Chefarzt Knaape im Tagesspiegel vom 17.2. 1991.

8 Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft: Gemeinsame Presseerklärung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen. Abschlagszahlungen an Polikliniken sachgerecht. Köln, 6.2.1991.

richten wußte – »Entsetzen bei der KBV« herrsche, da »6,5 Millionen DM in dunklen Kanälen verschwunden« seien und hierfür »Chaos in etlichen Polikliniken« verantwortlich sei, läßt sich in der relativen Gewichtung der Details kaum rekonstruieren.

Um so eindeutiger läßt sich hingegen die Wirkung beschreiben: »Die Schulden-Schraube zieht sich mit rasendem Tempo fest« überschrieb etwa die Rheinische Post vom 18.2.1991 einen Beitrag über die »Finanznöte der ostdeutschen Kommunen«, um darin festzustellen: »Die größten Kosten verursacht zur Zeit das Gesundheitswesen …« Mangels eingetroffener Abschlagszahlungen für die poliklinischen Einrichtungen und angesichts zu jener Zeit noch extrem dünner eigener Finanzmittelausstattung mußten zahlreiche Kommunen zur Finanzierung der Gehälter der Poliklinikbeschäftigten Kredite aufnehmen (dazu auch: BerG 1991). Gleichzeitig aber reagierten nicht wenige Kommunen mit einer erneuten Kündigungswelle gegenüber Poliklinikmitarbeitern.

Dies galt auch für Träger solcher Polikliniken, die rechtzeitig Abschlagszahlungen erhielten, da die Abschlagszahlungen in vielen Fällen nur etwa 50 Prozent der für die Gehaltszahlungen notwendigen Beträge umfaßten – was einerseits (wie den Trägern teilweise nicht hinreichend bekannt gewesen sein dürfte)[9] darauf zurückzuführen war, daß die Nicht-GKV-Leistungen durch die entsprechenden Träger (zu denen teilweise die Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte selber zählten) zu finanzieren waren, andererseits aber auch der (in Abschnitt 5.1 untersuchten) in mehrfacher Weise »unterfinanzierend« ausgestalteten Systematik der Bereinigung der Haushaltsansätze vom November 1990 als Basis für die Abschlagszahlungen geschuldet war.

Aufgrund der spezifischen Ausgestaltung der Regelungen zu den Abschlagszahlungen in Verbindung mit der hohen Niederlassungszahl zum 1. Januar 1991 verschärfte sich die Situation Mitte Februar. Da nämlich die Abschlagszahlungen (wie in Abschnitt 5.1 beschrieben) »je Arzt« errechnet wurden und für die Abschlagszahlungen Mitte Februar die Zahl der am 1. Januar beschäftigten Ärzte von den poliklinischen Einrichtungen zu melden war, führte die hohe Zahl von Niederlassungen zum Januar zu einem spürbaren Rückgang der Abschlagszahlungen (Oldiges 1991: 329), der deutlich stärker ausfiel als der Rückgang sowohl des poliklinischen Leistungsvolumens als auch des poliklinischen Personalkörpers:[10] Der sich so verringernde

9 Vgl. Interviews mew19082; mjw01102; mjw29091.
10 Interview mew198082l.

Abdeckungsgrad der tatsächlichen Personalkosten durch die Abschlagszahlungen spiegelte einerseits nämlich nicht nur den Rückgang der Arztzahlen wider, sondern auch, daß die Ärzte bei ihren Niederlassungen aus finanziellen Erwägungen vielfach kaum Krankenschwestern als Arzthelferinnen in ihre Praxisgründungen übernommen hatten, die Kreise die so »überhängig« gewordenen Mitarbeiter nicht entsprechend schnell entlassen konnten (und wohl teilweise sowohl aus regionalen arbeitsmarktpolitischen wie aus Gründen der Fürsorge nicht wollten) und sich so die zahlenmäßige Relation zwischen noch beschäftigten Ärzten und übrigen Mitarbeitern verschlechterte. Andererseits war er allerdings auch darauf zurückzuführen, daß die von den Polikliniken zu Lasten der GKV erbrachten Heil- und Hilfsmittel- sowie Pflegeleistungen nach dem Weggang von Ärzten nunmehr einen stärkeren Anteil am Leistungs- und Personalausgabenvolumen der Einrichtungen ausmachten, jedoch in den ausschließlich an der (gesunkenen) Arztzahl orientierten Abschlagszahlungen weiterhin enthalten sein sollten.

Bei den Gesundheitsdezernenten (als den in den Kreisen und kreisfreien Städten im Entscheidungsprozeß um die Polikliniken dominanten Akteuren der Träger poliklinischer Einrichtungen)[11] bestätigte sich somit – zumal ein Teil von ihnen zu dieser Zeit über die übrigen Finanzierungsträger des poliklinischen Leistungsspektrums nach wie vor unzureichend informiert war (Jacobs/Schräder 1993: 59) – der Eindruck, den die westdeutschen Ärzteverbände ihnen ohnehin im zweiten Halbjahr 1990 suggeriert hatten und den ihnen nunmehr auch die die Aufgaben öffentlich-rechtlicher KVen wahrnehmenden privatrechtlichen KVen regelmäßig nahelegten:[12] daß Poliklini-

11 In 34 Prozent der Fälle der Befragung »Kommunen 1992« schätzten die Dezernenten sich selber allein als entscheidende Akteure für die Polikliniken träger ein, in 58 Prozent der Fälle gemeinsam mit insbesondere der Stadtverordnetenversammlung beziehungsweise dem Kreistag und deren/dessen Gesundheitsausschuß. Nur in 8 Prozent der Fälle bewertete der Dezernent sich selber nicht als maßgeblichen Akteur für den Polikliniken träger.

12 Die Auseinandersetzungen um die Besetzung der Organe der KVen endeten (wie in Abschnitt 5.1 beschrieben) mit der Vorgabe einer *Parität* zwischen niedergelassenen Ärzten und angestellten Ärzten im Einigungsvertrag. Diese Vorgabe galt allerdings nur für die *öffentlich-rechtlichen* KVen. Für die *privatrechtlichen* KVen, die bis zur Errichtung von öffentlich-rechtlichen Körperschaften deren Aufgaben – quasi als Treuhänder (Schirmer 1991: 64) – wahrnehmen sollten, galt die Vorgabe hingegen nicht: Da diese als Interessenvertretungen ausschließlich der niedergelassenen beziehungsweise niederlassungswilligen Ärzte gegründet waren, konnten sie *deren* Interessen ungefiltert wahrnehmen, während in den entscheidenden ersten Monaten des Jahres 1991 die Poliklinikärzte nicht in die Entscheidungsprozesse der KVen einbezogen waren. Von mehreren Beteiligten wurde berichtet, daß die KVen diese Situation zu äußerst einseitigen Informationen und Rechtsauffassungen gegenüber den Trägern nutzten (ein nicht untypisches Beispiel: eine KV

ken »unwirtschaftlich« seien und zu Defiziten führten. Typischerweise verschärften die kommunalen Entscheidungsträger dann den Druck auf die noch unentschlossenen oder unwilligen Ärzte, sich rasch niederzulassen – was in vielen Fällen aber die durch die bisherigen Niederlassungen mit hervorgerufene »Unwirtschaftlichkeit« der poliklinischen Einrichtungen weiter verschärfte, insbesondere da sich die zahlenmäßige Relation von angestellten Ärzten zum übrigen Personal weiter verschlechterte. Zwischen Druck zur Niederlassung aufgrund sich ergebender Defizite beim Betrieb der Polikliniken und Anstieg der Niederlassungen mit der Folge einer Zunahme der Unwirtschaftlichkeit der Einrichtungen entstand so ein wechselseitiger Verstärkungsprozeß.

Nicht nur in bezug auf die Finanzierung der poliklinischen Einrichtungen kam es zum Jahresbeginn 1991 zu »Turbulenzen«: Intensive Auseinandersetzungen entwickelten sich auch um die ambulante Versorgung durch Fachambulanzen an Krankenhäusern, die (wie in Abschnitt 2.2 beschrieben) teil-

---

teilte offenbar Trägern mit, daß die »Zulassungsgarantie« des Einigungsvertrages für Polikliniken erlöschen würde, wenn diese in ein anderes Gebäude umzögen, da es sich dann nicht mehr um »bestehende« – und damit zugelassene –, sondern um »neu gegründete« – und damit nicht zugelassene – Einrichtungen handele [Interview mjw22081]; zur ebenfalls äußerst einseitigen Einnahme von Rechtspositionen durch die KV Berlin vgl. Abschnitt 6.2).

In Interviews wurde verschiedentlich die Vermutung geäußert, daß die KVen sich aufgrund der Möglichkeit, als »privatrechtliche KVen« Polikliniker ausschalten zu können, die bei einer Konstituierung als K.d.ö.R. in den Gremien zu integrieren gewesen wären, auffallend viel Zeit ließen, sich als K.d.ö.R. zu konstituieren (Interviews mmw 06091; mjw28121). Dies wurde im Regelfall erst im Juni 1991 in Angriff genommen; in Berlin (dort sollte sich die KV Berlin gemäß Einigungsvertrag auf den Ostteil der Stadt erstrecken) dauerte es sogar bis Dezember 1991, bis es zu einer Zuwahl von Ostberliner (niedergelassenen wie poliklinisch tätigen) Ärzten in »ihre« KV kam, da Teile der KV sich zunächst bemühten, die Zuwahl von Ostberliner Delegierten generell zu verhindern und anschließend lange Auseinandersetzungen mit der Aufsichtsbehörde über die Zahl der zuzuwählenden (zur Hälfte eben poliklinisch tätigen) ostberliner Ärzte geführt wurden (Interview mjw21081). Auch nachdem die KVen als Körperschaften öffentlichen Rechts errichtet waren, wurde (wie entsprechende Anfragen des Verfassers bei den die KVen beaufsichtigenden Länderministerien in den fünf neuen Ländern zeigten) die Parität in den KV-Organen im übrigen nur in Brandenburg realisiert, während in den restlichen Ländern die niedergelassenen Ärzte aus unterschiedlichen Gründen (teilweise behielten Ärzte, die als Poliklinikärzte für die KV-Wahlen kandidiert hatten, ihre Mandate auch bei einer anschließenden Niederlassung; teilweise waren für aus der Vertreterversammlung ausscheidende Poliklinikärzte offensichtlich nicht genügend Nachrücker gemeldet worden beziehungsweise diese zwischenzeitlich in der Niederlassung) eine Mehrheit in den KV-Organen hatten, ohne daß die Aufsichtsbehörden auch in den Fällen, in denen dies von der Fallkonstellation her möglich gewesen wäre, entsprechend eingegriffen hätten.

weise in erheblichem Umfang Aufgaben der spezialisierteren ambulanten fachärztlichen Betreuung wahrgenommen hatten. Die gemeinsame Selbstverwaltung hatte sich (wie in Abschnitt 5.1 untersucht) im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen für Ostdeutschland auf Initiative der KBV darauf verständigt, daß diese Einrichtungen nicht von der »Zulassungsgarantie« des EV erfaßt seien. Entsprechend teilten die KVen den Krankenhäusern in Rundschreiben sowie auf Anfrage mit, daß sie für die von ihren Krankenhausambulanzen erbrachten ambulanten Leistungen keine Abschlagszahlungen erhalten würden (während sich zugleich aus dem Krankenhausfinanzierungsrecht ergab, daß die entsprechenden Kosten nicht über die Pflegesätze abgerechnet werden könnten) und bei etwaig beabsichtigter Fortsetzung ambulanter Tätigkeit eine Ermächtigung beantragen müßten.[13]

Daraufhin wandten sich zunächst Ende Oktober 1990 die kirchlichen Krankenhausträger an den BMA und machten geltend, daß (wie in Abschnitt 2.2 erwähnt) ihre Fachambulanzen faktisch Polikliniken seien, da die Kirchen in der alten DDR nur Fachambulanzen, nicht hingegen Polikliniken hätten betreiben dürfen, so daß ihren Fachambulanzen der Status einer Poliklinik zuzubilligen sei.[14] In ihrer vom BMA daraufhin erbetenen Stellungnahme machten GKV-Spitzenverbände und KBV deutlich, daß Fachambulanzen generell nur im Wege einer – vom positiven Ausgang einer vorherigen Bedarfsprüfung abhängigen – Ermächtigung an der Versorgung teilnehmen könnten. Hinsichtlich einer solchen Ermächtigung würden die Verbände auf der Bundesebene den KVen in den neuen Ländern jedoch eine »großzügige Handhabung« empfehlen.[15]

Wie allerdings die BMA-Außenstelle Berlin in einer Reaktion Mitte Dezember 1990 aufgrund der Erfahrungen zahlreicher – nicht nur konfessioneller – Krankenhäuser feststellte, seien »die hiesigen Kassenärztlichen Vereinigungen offenbar nicht bereit …, bei der Erteilung von Ermächtigungen großzügig zu verfahren.« Konsequenz sei: »Die Krankenhausambulanzen [stehen] jetzt vor existentiellen Problemen.« Demgegenüber vertrat der BMA die Auffassung, »daß die Krankenhausambulanzen, ebenso wie die übrigen ambulanten Einrichtungen, bis zum 31.12.1995 an der ambulanten Versorgung teilnehmen und ihnen die entsprechenden Rechte zustehen« und eine andere Interpretation »nicht im Einklang mit Geist und Zielvorstellungen der

13 Vgl. beispielhaft KV Thüringen (1990: 30).
14 Vgl. Schreiben der Zentralstelle Berlin des Caritas-Verbandes an den BMA vom 25.10. 1990 (liegt dem Verfasser vor).
15 Schreiben der KBV an den BMA vom 28.11.1990 (liegt dem Verfasser vor).

beiden Staatsverträge« stünde.[16] Die KBV entgegnete jedoch Mitte Januar,[17] eine solche Gleichbehandlung von Krankenhausambulanzen und Polikliniken würde insbesondere dem im Einigungsvertrag enthaltenen Ziel des Vorranges für den niedergelassenen Arzt widersprechen, weil eine »systematische Verringerung« der Tätigkeit von Einrichtungen zwar bei Polikliniken, nicht aber bei Fachambulanzen von Krankenhäusern durchgesetzt werden könne, was somit eine Konservierung der ostdeutschen Strukturen bewirken würde. Die Teilnahme von Krankenhausfachambulanzen an der Versorgung sei daher ausschließlich bei entsprechendem Bedarf im Wege einer bedarfsabhängigen Ermächtigung der Fachambulanz (als Institution) oder ihrer Ärzte (als Personen) durch die Zulassungsausschüsse möglich. Diesbezüglich wiederholte die KBV allerdings, daß sie sich gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen für eine »großzügige Handhabung« vor Ort ausspreche.

Diese Empfehlung einer »großzügigen Handhabung« verpuffte »vor Ort« allerdings offensichtlich in vielen Fällen weiterhin: Insbesondere Gesprächspartner in den Länderministerien betonten, daß die Ermächtigungspolitik gegenüber Krankenhausambulanzen in den ersten Monaten des Jahres 1991 extrem restriktiv gewesen sei (Interviews mjw20081; mjw22081). Zahlreiche Patienten hätten daher ihre gewohnten Anlaufstellen nicht mehr aufsuchen können; in Einzelfällen sei es in bestimmten Spezialbereichen (insbesondere in den Fällen, in denen die Krankenhausambulanzen Dispensaire-Aufgaben wahrgenommen hatten) hierdurch auch zu temporären Versorgungsengpässen gekommen (Interviews mjw20081; mjw22081), während die Krankenhäuser zumindest in einigen Fällen entsprechend ärztliches Personal abbauen mußten (Interview mjw19071).[18]

Wesentlich weniger konfliktträchtig verlief die Entwicklung in bezug auf die ambulante Versorgung durch Universitätspolikliniken. Hier hatten (wie in Abschnitt 5.1 erwähnt) die vertraglichen Vereinbarungen von KBV und

---

16 Vgl. Schreiben des BMA an KBV und GKV-Spitzenverbände vom 20.12.1990.

17 Schreiben der KBV an den BMA vom 21.1.1991.

18 Die restriktive Politik der Zulassungsausschüsse war – angesichts ihrer paritätischen Besetzung durch KV und Krankenkassenverbände – nur möglich, weil auch die Krankenkassenseite sie mittrug. Auf der Kassenseite überwogen hier – auch nach eigener Einschätzung (Interviews mmw30031; mjw11041) – fiskalische Überlegungen, da es sich bei den Krankenhausambulanzen um zusätzliche, potentiell sehr teure Anbieter von Leistungen handele. Zugleich waren die Krankenkassen-Landesverbände allerdings in jenen Monaten noch sehr rudimentär ausgebaut und die einzelnen Krankenkassen weitgehend mit der Selbstorganisation und Mitgliedererfassung beziehungsweise -betreuung befaßt und überließen das »Zulassungsgeschäft« daher weitgehend den KVen.

GKV-Spitzenverbänden ebenfalls festgestellt, daß diese Einrichtungen nicht unter die »Zulassungsgarantie« des Einigungsvertrages fielen. Vielmehr gingen beide Seiten davon aus, daß für die Universitätspolikliniken die Vorschrift des § 117 SGB V greife, der eine Beteiligung dieser Einrichtungen an der Versorgung »in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang« vorsieht. Da die ostdeutschen Universitätspolikliniken (wie in Abschnitt 2.2 beschrieben) in der ehemaligen DDR teilweise in beachtlichem Umfang in die fachärztliche Regelversorgung eingebunden waren, bedeutete die Einordnung dieser Einrichtungen unter die Vorschriften für Hochschulpolikliniken eine wesentliche Begrenzung der von ihnen erbringbaren Leistungsmengen.

Entsprechend drängten die KVen ab Frühjahr 1991 auf entsprechende Reduktionen des Leistungsvolumens. Als Ansatzpunkt hierfür diente ihnen insbesondere die gesetzliche Vorgabe, wonach sie mit den Trägern der Hochschulpolikliniken Verträge über das Nähere einer Beteiligung dieser Einrichtungen an der Versorgung abschließen sollen: Hier wollten sie teilweise vertraglich maximale Fallzahlen, die die Hochschulpolikliniken vergütet bekamen, durchsetzen, teilweise den Anteil der Patienten, die ohne Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt beziehungsweise eine nach § 311 SGB V zugelassene Poliklinik die Hochschulpoliklinik aufsuchen dürfen, begrenzen (Ewert 1993: 7).

Die Reaktionen der Hochschulen waren unterschiedlich, da ihre Interessenlage wenig eindeutig war: Die stärkere Begrenzung auf die Aufgaben von Forschung und Lehre wird dem Selbstverständnis der Hochschullehrer in vielen Fällen durchaus entgegengekommen sein. Die Träger der Hochschulkliniken (also die Länder beziehungsweise dort die Wissenschaftsministerien) hatten zumeist ebenfalls ein dominantes Interesse an einer Reduktion der ambulanten Versorgungsleistungen, da die Vergütung hochschulpoliklinischer Leistungen wegen der Verknüpfung mit Forschung und Lehre durch entsprechende Vergütungsabschläge (§ 120 Abs. 3 SGB V) so ausgestaltet ist, daß das Land einen Eigenanteil tragen muß: Eine mit einer Rückführung der Versorgungsleistungen der Hochschulpolikliniken einhergehende Personalreduzierung an diesen Einrichtungen würde dem Land daher eine Begrenzung seiner Zuschußverpflichtungen ermöglichen (Ewert 1993: 8 sowie Anlagen). Im Ergebnis haben sich daher im Untersuchungszeitraum (bis Mitte 1993) nur die Wissenschaftsministerien von Mecklenburg-Vorpommern und Berlin für eine Aufrechterhaltung des bisherigen Behandlungsvolumens eingesetzt und die Position vertreten, auch die Hochschulpolikliniken seien im bisherigen Tätigkeitsumfang von der »Zulassungsgarantie« für ostdeutsche Polikliniken erfaßt.

6.1.2 »Nachbesserungen« durch die gesamtdeutschen korporativen Akteure

Nachdem sich die GKV-Spitzenverbände (wie in Abschnitt 5.1 beschrieben) im Sommer und Herbst 1990 in den Verhandlungen mit der KBV wenig für »einrichtungsfreundliche« Rahmenbedingungen eingesetzt hatten, die Entwicklungen zum Jahreswechsel hiervon nicht unbeeinflußt geblieben waren und auch in den neuen Ländern die Kassenseite sich – etwa in den Zulassungsausschüssen oder in möglicher Beratung gegenüber den Trägern poliklinischer Einrichtungen – keineswegs durch besonderes Engagement zugunsten der Einrichtungen auszeichnete (vgl. etwa Schräder/Jakobs 1996: 236), begannen die Spitzenverbände mit dem Erkennbarwerden der großen Auflösungsdynamik der Polikliniken verstärkt für diese Einrichtungen öffentlich Stellung zu beziehen.[19] Auch ergriffen sie angesichts der »Turbulenzen« auf der örtlichen Ebene ab Mitte Januar die Initiative zu Verhandlungen mit der KBV über »Nachbesserungen« der getroffenen vertraglichen Vereinbarungen zugunsten der ostdeutschen Einrichtungen.[20]

Zunächst war die Entwicklung bei den *Krankenhausambulanzen* Gegenstand der Verhandlungen. Hier stimmten zwar beide Seiten weiterhin darin überein, daß diese Einrichtungen nicht zu den von der »Zulassungsgarantie« des Einigungsvertrages erfaßten Einrichtungen gehören würden. Die Krankenkassenverbände wollten jedoch durchsetzen, daß alle Fachambulanzen für einen Zwei-Jahres-Zeitraum pauschal (d.h. ohne eine Bedarfsprüfung) zur Teilnahme an der Versorgung ermächtigt würden, während die KBV maximal einen 6-Monats-Zeitraum zugestehen wollte.

---

19 Beispielhaft sei auf den VdAK hingewiesen, der sich (wie in Abschnitt 5.1 beschrieben) 1990 in engem Schulterschluß mit der KBV für eine möglichst vollständige Übertragung von gegliedertem Krankenversicherungssystem *und* westdeutschem Kassenarztrecht auf das Beitrittsgebiet auszeichnete, nun aber verlautbaren ließ, es sei »starker Tobak, wenn Polikliniken und Ambulatorien in der Öffentlichkeit als ›Abbruchunternehmen‹ und ›Auslaufmodelle‹ abqualifiziert würden.« (Fischer 1991b: 103). Auch der AOK-BV-Vorstandsvorsitzende, W. Heitzer, der 1990 (nach Interviewaussagen: Interview mjw28121) die jeweiligen »Kurswechsel« des Verbandes weg von den zunächst eingenommenen poliklinikfreundlichen Positionen maßgeblich beeinflußt hatte, plädierte nun öffentlich für eine »langfristige Wahlfreiheit« der Patienten zwischen niedergelassenen Ärzten und Polikliniken, für die er »positive Signale« der Politik forderte (Heitzer 1991: 327–328).

20 Soweit der Verlauf der im Folgenden untersuchten Verhandlungen zwischen GKV-Spitzenverbänden und KBV angesprochen ist, stützt sich die folgende Darstellung neben Interviews mit Beteiligten (Interviews mmw30031; mjw14031; mmw06091) wiederum insbesondere auf eine durch einen Verband ermöglichte Durchsicht und Auswertung der Akten mit Verhandlungsniederschriften und internen Vermerken.

Mitte Februar gelang den Beteiligten ein Kompromiß, der einerseits hinsichtlich des Zeitraums einer Übergangsregelung »in der Mitte« zwischen beiden Positionen lag, bei dem sich andererseits die kassenärztliche Seite aber hinsichtlich des Vorranges einer bedarfsprüfungsabhängigen Ermächtigung durch den Zulassungsausschuß durchsetzen konnte: Die schließlich im März rückwirkend zum 1.1.1991 verabschiedete Ergänzung der vertraglichen Vereinbarungen[21] sah zunächst als Voraussetzung für eine Vergütung der Tätigkeit dieser Einrichtungen vor, daß entweder die Fachambulanz als Einrichtung oder ein in ihr tätiger Facharzt als Person bis 31. März 1991 einen Antrag auf Ermächtigung gestellt hatte. Sofern ein solcher Antrag gestellt war, erfolgte bis zum Bescheid der KV oder des Zulassungsausschusses über diesen Antrag in jedem Falle eine Vergütung der durch die Einrichtungen erbrachten Leistungen, jedoch längstens bis zum 31.12.1991. Sobald der Bescheid über den Antrag auf Ermächtigung vorlag, war die weitere Vergütung der ambulanten Tätigkeit der Fachambulanz jedoch von dessen positivem Ergebnis abhängig. Längstensfalls war damit eine von der Zustimmung des Zulassungsausschusses unabhängige Teilnahme der Einrichtungen an der Versorgung bis zum 31.12.1991 gesichert; in Fällen, in denen der Zulassungsausschuß bereits vor Ende 1991 über den Antrag auf Ermächtigung entschied, endete diese zustimmungsunabhängige Versorgungsteilnahme jedoch bereits zu diesem Zeitpunkt.

Nachdem sich im Januar und Februar 1991 gezeigt hatte, daß die Höhe der *Abschlagszahlungen* an die poliklinischen Einrichtungen in vielen Fällen offensichtlich zu erheblicher Unruhe bei deren Trägern geführt hatte, bezogen GKV-Spitzenverbände und KBV die Berechnung dieser Abschlagszahlungen in die Verhandlungen ein. Hier ging vom AOK-BV Mitte Februar ein Vorschlag einer Verbesserung zugunsten der Polikliniken aus, auf den sich die anderen Beteiligten rasch verständigen konnten und der schließlich Mitte April in einer rückwirkend zum 1. Januar vorgenommenen Änderung der vertraglichen Vereinbarungen realisiert wurde: Sollten die Abschlagszahlungen bislang (wie in Abschnitt 5.1 beschrieben) *sämtliche* von der Poliklinik erbrachten Leistungen aus dem GKV-Leistungsspektrum abdecken, so waren sie nun nur noch für die *kassenärztlichen* Leistungen gedacht, während Heil- u. Hilfsmittel sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege aus der Abschlagszahlung herausgelöst und unmittelbar nach Erbringung abge-

21 Vgl. Nr. 1 der Ergänzung des Anhangs zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), abgedruckt etwa in Schönbach (1991: 592).

rechnet werden sollten.[22] Im Ergebnis bedeutete dies zum einen eine geringere Zeitspanne zwischen Erbringung von Heil- und Hilfsmitteln sowie pflegerischen Leistungen durch die Einrichtungen und ihrer Finanzierung durch die Krankenkassen und insoweit eine Verringerung der Liquiditätsprobleme für die Polikliniken träger. Zum anderen aber würde insbesondere ein durch Niederlassungen bewirkter Rückgang der Arztzahlen nicht mehr faktisch zu einer Verringerung der Abschlagszahlungen auch für diese nichtärztlichen Leistungen führen.

Während die Abschlagszahlungen als »Vorschuß« auf die zu erwartende Vergütung der kassenärztlichen Behandlung konzipiert waren, sollten die endgültigen Abrechnungen für poliklinische Einrichtungen (wie in Abschnitt 5.1 näher analysiert) auf der Basis von *Fallpauschalen* erfolgen. Neben der von den Polikliniken träger und -ärzten artikulierten generellen Kritik an der Ungleichbehandlung im Vergleich zu den nach Einzelleistungen vergüteten niedergelassenen Ärzten stand in erster Linie die offensichtliche Benachteiligung der Polikliniken durch die Ausgestaltung der »Überweisungsgewichte« bei der Ermittlung der Höhe der Fallpauschalen[23] im Vordergrund der Kritik. Ende März entschlossen sich die Vertragspartner, auch auf diese Kritik zu reagieren; entsprechend gelang bis Mitte April eine Verständigung: Rückwirkend zum 1. Januar 1991 wurden die Überweisungsgewichte für Polikliniken sämtlicher Größenordnungen erhöht.[24]

Unter den gesamtdeutschen korporativen Akteuren befaßte sich als Reaktion auf die »Turbulenzen« in den neuen Ländern nicht nur die gemeinsame Selbstverwaltung mit der dortigen Situation. Auch das zuständige Bundesressort schaltete sich wiederholt in die Diskussion ein – allerdings war die Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung Ende Januar 1991 vom BMA an das neu gegründete BMG übergegangen, womit (wie in Kapitel 4 erwähnt) der Bundeskanzler – neben koalitionspolitischen Überlegungen – auch die Hoffnung verbunden hatte, das in der Ära von Bundesarbeitsminister Blüm angespannte Verhältnis zwischen Ärzteschaft und CDU/CSU zu »normalisieren«. Die BMA-Fachbeamten hatten zum Jahreswechsel

---

22 Vgl. Nr. 5 der Ergänzung des Rahmen-Gesamtvertrages, abgedruckt etwa in Schönbach (1991: 575–577).

23 Vgl. Abschnitt 5.1, S. 155.

24 Variierte die Höhe der Überweisungsgewichte in der ursprünglichen Fassung von 4 Prozent (bei Polikliniken mit Ärzten aus bis zu 5 Fachgebieten) bis 40 Prozent (bei Polikliniken mit Ärzten aus mehr als 10 Fachgebieten), so wurden die Überweisungsgewichte nun auf 15 Prozent bis 55 Prozent festgelegt und dürften damit den realen Verhältnissen sehr viel eher entsprochen haben.

1990/91 noch den Auftrag erhalten, über mögliche Konzepte, die einen Erhalt poliklinischer Einrichtungen möglich gemacht hätten, nachzudenken und erste »Schubladenkonzepte« entwickelt – nach der Verlagerung der Abteilung in das neu gegründete BMG durften diese Überlegungen jedoch nicht mehr weiterverfolgt werden (Interviews mjw15051; mjw06082).

Statt dessen bot das BMG den ostdeutschen Ländern nunmehr sogenannte »Beratungshilfen« für den Umstrukturierungsprozeß poliklinischer Einrichtungen an. Hierzu war einerseits vorgesehen, daß die Länderministerien auf Kosten des Bundeshaushalts je zwei Berater auf – zunächst bis Ende 1991 befristeten – Stellen zur Beratung bei der Umstrukturierung einstellen könnten. Auf Drängen der KBV wurde andererseits eine zweite Variante in das Beratungshilfe-Konzept aufgenommen: Danach sollten die Träger der Einrichtungen bei Beratungsbedarf in Kontakt mit der KBV-Außenstelle in Berlin treten, die gemeinsam mit einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ein konkretes Umstrukturierungskonzept für die jeweiligen Einrichtungen entwickeln würde (Interview tjw16081).

Auch in bezug auf die Fachambulanzen an Krankenhäusern wich der BMG von der bisherigen Position des BMA deutlich ab: Der BMA hatte (wie oben gesehen) die Auffassung vertreten, auch Krankenhausfachambulanzen seien von der »Zulassungsgarantie« des EV erfaßt; auch stand er dem Ansinnen der Krankenhausverbände nach einer »gesetzlichen Klarstellung« aufgeschlossen gegenüber. Die neue Position des BMG hingegen, die die Ministerin Mitte April der Deutschen Krankenhausgesellschaft mitteilte, lag weit eher auf der Linie der KBV: »Soweit Krankenhausärzte im Rahmen ihrer Aufgaben Patienten im Krankenhaus ambulant behandelt haben, fällt die Weiterführung dieser ›Ambulanzen‹ unter die normalen Ermächtigungsregelungen des SGB V und der Zulassungsverordnung für Kassenärzte.« Lediglich für die Fachambulanzen der kirchlichen Krankenhäuser vertrat das BMG nunmehr noch die Auffassung, diese fielen »unter die gesetzliche Zulassungsregelung des § 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V«, hätten also einen den Polikliniken entsprechenden Rechtsstatus. Eine »gesetzliche Klarstellung«, so die Ministerin abschließend, halte sie »nicht für erforderlich«.[25]

Rasch im Sinne der an den poliklinischen Einrichtungen tätigen betroffenen Ärzte entschied sich das BMG allerdings in bezug auf die Finanzierung der sogenannten »Weiterbildungsassistenten«: Ärzte in der Facharztweiter-

25 Schreiben des BMG an die Deutsche Krankenhausgesellschaft vom 17.4.1991 (liegt dem Verfasser vor).

bildung wurden in der ehemaligen DDR mit befristeten Verträgen an Polikliniken angestellt; bei einem Einsatz in Krankenhäusern erfolgte eine Delegierung, die Poliklinik blieb jedoch als Dienstherr auch während dieser Zeit für die Vergütung zuständig. Da Polikliniken träger Anfang 1991 begannen, die Beschäftigungsverhältnisse mit Weiterbildungsassistenten zu kündigen (womit deren Möglichkeit, die Weiterbildung ordnungsgemäß abzuschließen, in hohem Maße gefährdet wurde), verständigten sich die GKV-Spitzenverbände und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), den Krankenhäusern und Krankenkassen vor Ort für die Zeit der Tätigkeit der Weiterbildungsassistenten an Kliniken eine Finanzierung über Pflegesätze zu empfehlen.[26] Jedoch war davon auszugehen, daß auch bei der ambulanten Tätigkeit der Ärzte an Polikliniken die an sie zu zahlenden Vergütungen nicht durch die von ihnen erwirtschafteten »Fälle« würden eingespielt werden können. Der BMG stellte daher aus Bundesmitteln einen Betrag von 10 Millionen DM zur Abdeckung der Finanzierungslücke im ambulanten Bereich zur Verfügung.[27]

Unter den gesamtdeutschen Akteuren befaßte sich auch der Bundestag in der ersten Jahreshälfte 1991 im Plenum und im Gesundheitsausschuß aufgrund von Initiativen der SPD-Fraktion und der Gruppe PDS verschiedentlich mit dem Transformationsprozeß der ambulanten Versorgung.[28] Während hierbei SPD und PDS auf von ihnen gesehene Vorteile der Polikliniken hinwiesen, die mit dem raschen Niederlassungsprozeß verloren gingen, und die Bundesregierung zu Gegenmaßnahmen aufriefen, betonten die Vertreter der Koalitionsfraktionen und der Bundesregierung, der Transformationsprozeß sei Ausdruck der Überlegenheit des westdeutschen Systems, für das sich Ärzte und Patienten entschieden hätten, und stellten fest: »Die Bundesregierung begrüßt diese im Einigungsvertrag angelegte Entwicklung. Sie sieht keine Veranlassung, von ihr abzuweichen.«[29] Entsprechend wurde ein im Juli

---

26 Vgl. Presseerklärung der GKV-Spitzenverbände und der DKG vom 20.2.1991: »Finanzierung der Kosten für Weiterbildungsassistenten an Krankenhäusern in den neuen Bundesländern«.

27 Diese Entscheidung zugunsten eines »geordneten« Abschlusses der Weiterbildung der betroffenen Ärzte fiel dem BMG insbesondere deswegen nicht schwer, weil es sich um eine zeitlich begrenzte, keinesfalls strukturerhaltende Übergangsregelung handelte, da die künftigen Weiterbildungen nach dem bundesdeutschen Recht abgewickelt würden (Interview mjw06082).

28 Vgl. etwa Sitzungsprotokolle der 8. Sitzung v. 20.2.1991 (S. 292–294), der 15. Sitzung v. 14.3.1991 (S. 943–946), der 23. Sitzung v. 25.4.1991 (S. 1581- 1589), der 25. Sitzung v. 14.5.1991 (S. 1826–1827) und der 31. Sitzung v. 13.6.1991 (S. 2419–2435).

29 Parlamentarische Staatssekretärin Bergmann-Pohl, Stenographische Berichte, S. 2420.

1991 eingebrachter SPD-Antrag, die Umstrukturierung von Polikliniken in »integrierte Gesundheitszentren« investiv mit Bundesmitteln und durch wissenschaftliche Begleitforschung zu unterstützen,[30] mit der Mehrheit der Regierungskoalition im Haushaltsausschuß abgelehnt (Interview mjw06082).

6.1.3 Umstrukturierungsentscheidungen der Polikliniken

Insoweit die Beteiligten der Krankenkassenverbände mit den skizzierten »Nachbesserungen« insbesondere in den zwischen GKV-Spitzenverbänden und KBV geschlossenen Verträgen das Ziel verfolgt hatten, auf die Dynamik des Umstrukturierungsprozesses und hierbei vor allem auf die erkennbare Entschlossenheit von Trägern poliklinischer Einrichtungen, den Transformationsprozeß durch Kündigung von Poliklinikpersonal zu forcieren, einzuwirken, wurde dieses Ziel offensichtlich nur in begrenztem Umfang erreicht.

In vielen Kommunen fiel offenbar rasch die grundsätzliche Entscheidung, sich der Verantwortung als Polikliniken möglichst schnell zu entledigen: So gaben mehr als drei Viertel der Polikliniken bereits in einer Befragung im Juni 1991 an, die Polikliniken keinesfalls über 1995 hinaus fortführen zu wollen (Hofemann 1991: 670). In der im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführten Befragung »Kommunen 1992« gaben immerhin 24 Prozent der Kreise und kreisfreien Städte an, daß Ärzte und Zahnärzte, die nicht in die Niederlassung gehen wollten, *keine* Möglichkeit hatten, in der Einrichtung angestellt zu bleiben.[31] Folglich kam es im Jahresverlauf 1991 und im Folgejahr immer wieder zu Kündigungen von Poliklinikbeschäftigten durch die Träger der Einrichtungen. Nach Angaben der Kreise und kreis-

30 Vgl. Presseerklärung der SPD-Bundestagsfraktion vom 17.7.1991: »Entscheidungshilfen für die Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung schaffen«.

31 Wie bereits (in Abschnitt 5.2) für die Kündigungswelle im Herbst 1990 festgestellt, handelte es sich hier überwiegend um kleinere Landkreise, die daher zum Zeitpunkt der Vereinigung auch nur 13 Prozent der Ärzte der an der Befragung teilnehmenden Kreise beschäftigten. Kreisfreie Städte waren nicht unter den Kommunen, die eine Weiterbeschäftigungsmöglichkeit generell ablehnten. Soweit den Ärzten (in den übrigen Kommunen) eine weitere Beschäftigungsmöglichkeit zugebilligt wurde, war diese in mehr als 75 Prozent der Fälle an Bedingungen geknüpft: insbesondere das positive Ergebnis einer vom Träger vorgenommenen Wirtschaftlichkeitsprüfung der angestellten Ärzte und eine Beschränkung auf »alte« Ärzte (zumeist älter als 55 Jahre), teilweise auch eine Beschränkung auf Ärzte bestimmter Fachrichtungen, für welche die Träger eine Niederlassung als schwierig ansahen.

freien Städte wurde bis Ende 1992 insgesamt rund jeder fünfte Poliklinikarzt vom Träger gekündigt (vgl. Tabelle 14).[32] Nachdem im Herbst 1990 Kündigungen zunächst weitgehend nur in kleineren Kreisen ausgesprochen wurden, entschlossen sich im Verlauf von 1991 und 1992 zunehmend auch größere Kreise sowie kreisfreie Städte zu dieser Maßnahme – insgesamt blieb die Kündigungsrate von Ärzten in den größeren kommunalen Gebietskörperschaften aber geringer als in den kleineren.[33]

Die Kündigungsquote bis Ende 1992 war bei Ärzten aus dem betrieblichen Gesundheitswesen mit rund 30 Prozent noch deutlich höher als bei Ärzten aus »territorialen« Einrichtungen. Dies ist offenbar zum einen darauf zurückzuführen, daß Ärzte aus dem betrieblichen Gesundheitswesen (wie auch die Daten des »Arztbarometer 1990« nahelegen) mit einer Niederlassung zögerlicher waren, dürfte aber auch daran gelegen haben, daß diese Ärzte bei Betriebsschließungen ihren angestammten Patientenstamm teilweise verloren und daß Betriebe (teilweise entgegen den Regelungen des Kommunalvermögensgesetzes) die Räumlichkeiten bisheriger Betriebspolikliniken für betriebliche Zwecke beanspruchten und die Kommune keine anderen Räumlichkeiten zur Verfügung stellen konnte beziehungsweise wollte (Interviews mjw22081; mjw19083).

Wie Tabelle 14 zugleich zeigt, war die Kündigungsrate beim nichtärztlichen medizinischen Personal und beim sonstigen Personal deutlich höher als bei den Ärzten und Zahnärzten. Auch in den auf kommunaler Ebene geführten Interviews bestätigt sich der Eindruck, daß die Kommunen große Probleme hatten, die durch die schnellen Übergänge von Ärzten in die Niederlassung entstehenden Personalüberhänge im nichtärztlichen Bereich strukturiert

---

32 Die große Mehrheit der Kreise und kreisfreien Städte bot einzelnen Ärzten an, in andere kommunale Beschäftigungsverhältnisse (z.B. im Gesundheitsamt) überzuwechseln. Zum einen stand jedoch hierbei von vornherein fest, daß hierdurch quantitativ nur ein sehr beschränktes Kontingent der Ärzte weiterbeschäftigt werden könnte, zum anderen zogen viele Ärzte, die es präferiert hätten, an der Poliklinik angestellt zu bleiben, dann in der Wahl zwischen Beschäftigung im Gesundheitsamt und Niederlassung letztere vor (Interviews mjw02102; mjw29091). Insgesamt wurden (nach den Daten von »Kommunen 1992«) von den Kommunen rund 5 Prozent der zum Zeitpunkt der Vereinigung in den poliklinischen Einrichtungen beschäftigten Ärzte in anderen kommunalen Beschäftigungsverhältnissen weiterbeschäftigt. Dies deckt sich weitgehend mit den Daten von »Arztbarometer 1991«, wonach rund 7 Prozent der zuvor im ambulanten Bereich beschäftigten Ärzte schließlich im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eine Beschäftigung aufgenommen haben.

33 Nach den Daten von »Kommunen 1992« lag die Kündigungsquote von Ärzten in Kreisen und kreisfreien Städten mit weniger als 100 000 Einwohnern bei 28 Prozent, in solchen mit mehr als 100 000 Einwohnern hingegen nur bei 18 Prozent.

Tabelle 14 Kündigungen durch Träger im Umstrukturierungsprozeß bis Ende 1992

Personengruppe[c]	Kündigungen							
	insgesamt		nach Ländern[a] (%)					
	absolut	%[a]	MV	BR	B	SA	S	T
Ärzte	1 983	22	23	14	18	7	27	28
Zahnärzte	914	21	21	18	24	7	21	27
Übriges medizinisches Personal	9 984	32	56	25	20	30	32	43
Sonstiges Personal	3 891	36	57	41	20	37	41	51
Gesamt[b]	17 413	32	47	25	27	28	32	38

MV = Mecklenburg-Vorpommern BR = Brandenburg B = Berlin(-Ost) SA = Sachsen-Anhalt
S = Sachsen T = Thüringen

a In % des im Oktober 1990 beschäftigten Personals der die Frage beantwortenden Kreise und kreisfreien Städte.
b Einschließlich nicht einzelnen Berufsgruppen zugeordneten Kündigungen, daher größer als die darüber stehenden Werte.
c Zahl der Kommunen, die die Frage auswertbar beantworten: bei Ärzten 87, bei Zahnärzten 87, bei übrigem medizinischem Personal 78, bei sonstigem Personal 74; bei Gesamt 76.

Quelle: eigene Berechnungen nach Kommunen 1992

abzubauen (Interviews mjw02102; mjw29091; mjw28091; mjw01103). Dies galt für Kreise kleinerer und mittlerer Größe wiederum offenbar in besonderem Maße: Während die Kündigungsrate bei Kreisen unter 100 000 Einwohnern im nichtärztlichen Bereich bei 42 Prozent lag, betrug sie bei Kreisen und kreisfreien Städten mit mehr als 100 000 Einwohnern nur 17 Prozent.

In bezug auf das nichtärztliche medizinische Personal (mit der mit Abstand größten Gruppe der Arzthelferinnen-Funktionen wahrnehmenden Krankenschwestern) haben das Problem der Personalüberhänge offensichtlich diejenigen Kommunen überdurchschnittlich gut bewältigt, die eine Niederlassung von Ärzten in den Gebäuden der Polikliniken nur dann zuließen, wenn diese sich zur »Übernahme« bestimmter Kontingente der Krankenschwestern als Arzthelferinnen verpflichteten: Nach der Befragung »Kommunen 1992« galt dies für gut ein Viertel der Kommunen – in diesen liegt die Kündigungsrate gegenüber dem mittleren medizinischen Personal mit durchschnittlich 18 Prozent deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt von 32 Prozent.

Soweit Ende 1992 (also zum Zeitpunkt der Durchführung von »Kommunen 1992«) Polikliniken noch – wenn auch ausnahmslos sowohl hinsichtlich der ärztlichen wie der nichtärztlichen Arbeitsplätze als drastisch reduzierte

»Rumpfpolikliniken« – erhalten geblieben waren,[34] hatten die Polikliniktäger nur in etwa jedem zweiten Fall bis zu diesem Zeitpunkt entweder in die bauliche Infrastruktur oder in die medizinisch-technische Ausstattung der Einrichtungen investiert. Hierbei zeigen sich allerdings erhebliche Unterschiede zwischen den Polikliniktägern der einzelnen Länder:[35] Insbesondere in Brandenburg[36] und Sachsen-Anhalt[37] liegt der Anteil der Kreise und kreisfreien Städte, die investiert haben, deutlich höher als in den übrigen Flächenstaaten.[38] Diese Unterschiede erscheinen auch plausibel: Das Land Sachsen-Anhalt hatte ab Herbst 1991 den Trägern der Immobilien, in denen ambulante Versorgung stattfand, aus Landesmitteln ein mit 125 Millionen DM ausgestattetes Investitionsprogramm angeboten, aus welchem die Träger, soweit die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte erfolgte, Bauinvestitionen und, soweit sie weiterhin durch Polikliniken erfolgte, auch Investitionen in die medizinisch-technische Ausstattung dieser Einrichtungen tätigen konnten (Interview mjw20081), wovon offenbar auch in bezug auf die Polikliniken rege Gebrauch gemacht wurde. Die überdurchschnittliche Investitionshäufigkeit in Brandenburg erscheint im Rahmen des dort verfolgten Konzeptes (auf das in Abschnitt 6.2 eingegangen wird) ebenfalls nicht überraschend.

6.1.4 Die Rolle der Patienten

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

---

34 Dies galt in der Befragung »Kommunen 1992« für 48 der 101 beteiligten Kreise und kreisfreien Städte.

35 Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen je Land sind die Aussagen allerdings nur unter Vorbehalt zu treffen.

36 Dort haben 6 der 9 Kommunen, in denen Polikliniken noch bestanden und von denen zugleich die Frage beantwortet wurde, investiert.

37 Dort haben 4 der 5 Kommunen, in denen Polikliniken noch bestanden und von denen zugleich die Frage beantwortet wurde, investiert.

38 Von den dort auswertbaren 31 Kommunen haben 11 investiert.

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 nichtärztlichen Mitarbeiter ausreichend Einnahmen erwirtschaftet. Daher ist das Patientenverhalten potentiell ein Faktor, der die Dynamik des Transformationsprozesses beeinflußt.

Nach Groser (1992a: 188) würde eine Analyse der Entwicklung seit 1991, die den »zweifellos vorhandenen Benachteiligungen der Polikliniken« eine »zentrale Rolle« zubilligte, das Gewicht der »Abstimmung mit den Füßen zugunsten der freiberuflichen Praxen« durch die Patienten vernachlässigen. Die hier durchgeführte Analyse der Entwicklung ist hingegen bislang weitgehend ohne die Patienten »ausgekommen«. Dieser Widerspruch verdient eine nähere Betrachtung.

Zunächst ist Groser insoweit zuzustimmen, als sich die Patienten im Zuge des Transformationsprozesses in ihrer großen Mehrheit rasch von niedergelassenen Ärzten betreuen ließen: So hatten etwa in einer im ersten Halbjahr 1992 durchgeführten Repräsentativbefragung im Beitrittsgebiet von denjenigen Bürgern mit ambulanten Kontakten in den letzten 12 Monaten rund 57 Prozent diese Kontakte *nur* mit niedergelassenen Ärzten, 17 Prozent *nur* mit Ärzten an Polikliniken und Ambulatorien und 26 Prozent hatten Kontakt zu beiden Behandler-Typen (Epidemiologische Forschung Berlin/Infratest Gesundheitsforschung 1993b).

Allerdings erscheint zweifelhaft, ob hieraus für die entscheidende »Startphase« des Kassenarztrechts in größerem Umfang auf eine *aktive* Entscheidung der Patienten zugunsten der Behandlung spezifisch durch den Typus »niedergelassener« Ärzte (also eine Entscheidung gegen die Behandlung durch »Polikliniker«) geschlossen werden kann. Aus den geführten Experteninterviews[39] ergibt sich vielmehr der Eindruck, daß die Patienten im Regelfall ihren bislang poliklinisch tätigen Ärzten »treu« geblieben und ihnen in die Niederlassung gefolgt sind. Auch sofern Arztwechsel stattfanden, drückten diese (und zwar sowohl bei niedergelassenen wie bei poliklinisch tätig gebliebenen Ärzten) häufig andere Ursachen aus – so verloren etwa Ärzte, die im Zuge ihrer Niederlassung die Praxisräume wechseln mußten,

39 Interviews mew19081; mew19083; mjw16012; mjw11041; mjw02102; mjw01103.

deutlich stärker Patienten als Ärzte, die sich in ihren bisherigen Poliklinikräumen niederlassen konnten.[40]

Arztwechsel von in der Poliklinik gebliebenen Ärzten zu in die Niederlassung gegangenen Ärzten, die nicht durch organisatorische Gründe (wie Wechsel von Praxisräumen) verursacht wurden, wurden hingegen in den Experteninterviews *für die Anfangsphase* für wenig häufig gehalten, wobei ihre Wahrscheinlichkeit nach diesen Einschätzungen für Großstädte und für jüngere Patienten mit eher geringeren Arzt-Patienten-Bindungen überdurchschnittlich hoch lag.[41] Allerdings hätten *im weiteren Verlauf* des Transformationsprozesses durchaus insbesondere jüngere Patienten den Arztwechsel von der Poliklinik in die Kassenarztpraxis vollzogen, da in der Kassenarztpraxis nunmehr im Regelfall intensiv in die medizinisch-technische Ausstattung investiert worden war, in der Poliklinik-Praxis hingegen häufig nicht.[42]

Das Bild, daß die Patienten im Regelfall nicht aktiv den Wechsel zu sich niederlassenden Ärzten betrieben haben, ist vereinbar mit mehreren Untersuchungen von 1990 und Anfang 1991, die zeigen, daß zwar eine große Mehrheit der Bevölkerung positive Erwartungen an Niederlassungen hatte,[43] andererseits aber insgesamt auch mit der gesundheitlichen Versorgung durch

---

40 Während Ärzte, die sich in den Räumen niederließen, in denen sie vorher poliklinisch tätig waren, im Durchschnitt rund 90 Prozent ihrer vorherigen Patienten behielten, galt dies laut »Arztbarometer 1991« bei Ärzten, die im Zuge der Niederlassung die Räumlichkeiten wechselten, im Durchschnitt nur für rund 74 Prozent der Patienten. Die Notwendigkeit des Praxisräume-Wechsels ist auch für Ärzte, die an Polikliniken verblieben, in den Experteninterviews (Interviews mjw16012; mjw11041; mjw02102; mjw01103) mehrfach berichtet worden, da die Kommunen die angestellten Ärzte aus mehreren »Rumpfeinrichtungen« teilweise in *einem* Gebäude zusammenfaßten.

41 Interviews mew19081; mjw16012; mjw02102.

42 So führte etwa der Gesundheitsdezernent von Leipzig die in den Patientenentscheidungen ausgedrückte, zunehmende mangelnde Konkurrenzfähigkeit der dort zunächst noch verbliebenen (Rumpf-)Poliklinik gegenüber den niedergelassenen Ärzten in erster Linie auf die ausgebliebenen Investitionen zurück (Ärzte-Zeitung vom 28.9.1995).

43 In einer von der Braunschweiger Kasse – einer Ersatzkasse für Arbeiter – im 4. Quartal 1990 durchgeführten (auf Beschäftigte im Bekleidungsgewerbe beschränkten) Untersuchung stimmten 88 Prozent der Befragten der Aussage »Ich erwarte mehr von ihm.« über den frei praktizierenden Arzt zu (Kruse/Kruse 1991: 14). In einer im April 1991 für das »ZDF-Gesundheitsmagazin Praxis« von der Forschungsgruppe Wahlen (im Rahmen des ZDF-Politbarometers) durchgeführten Befragung bekundeten 63 Prozent der Patienten, daß es ihnen »lieber wäre«, wenn die medizinische Versorgung »hauptsächlich durch in eigenen Praxen tätige Ärzte« erfolgen würde, während 28 Prozent eine Situation bevorzugen würden, in der sie »hauptsächlich durch beim Staat angestellte Ärzte« erfolgen würde (Forschungsgruppe Wahlen e.V. 1991, Sonderauswertung zu Frage 62).

Polikliniken zufrieden war.[44] Eine Untersuchung von Frühjahr/Sommer 1990, die eine Differenzierung der Patientenzufriedenheit während des Transformationsprozesses nach dem Tätigkeitsstatus der von ihnen kontaktierten Ärzte zuließ, ergab keine größeren Unterschiede zwischen der Patientenzufriedenheit bei niedergelassenen Ärzten und der Zufriedenheit bei der Behandlung durch poliklinisch tätige Ärzte.[45] Hingegen war in einer im ersten Halbjahr 1992 durchgeführten Untersuchung die Patientenzufriedenheit bei Patienten niedergelassener Ärzte größer als bei Patienten an Polikliniken, was die These stützen könnte, daß die Patienten Präferenzen entwickelten, die sich an den Investitionsentscheidungen sich niederlassender Ärzte orientierten.[46]

---

44 In einer Untersuchung des Sample-Instituts im Auftrag des BKK-Bundesverbandes im Mai 1990 gaben 64 Prozent der befragten Nutzer von Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens an, mit ihrer dort erhaltenen medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder zufrieden zu sein, während 19 Prozent eher unzufrieden beziehungsweise sehr unzufrieden waren (BKK-Bundesverband Stabsabteilung Unternehmensplanung 1990). In der von der Braunschweiger Kasse durchgeführten Befragung beurteilten im 4. Quartal 1990 67 Prozent der Befragten die bisherige Versorgung in Polikliniken als »gut« gegenüber 28 Prozent Beurteilungen als »nicht gut« (Kruse/Kruse 1991: 10–13); 78,3 Prozent sprachen sich dafür aus, die Einrichtungen zu erhalten (Kruse/Kruse 1991: 14).

45 In der in Berlin durchgeführten Repräsentativbefragung (EFB/Infratest Gesundheitsforschung 1993) waren von denjenigen Patienten, die *nur* Ärzte an Polikliniken/Ambulatorien (n = 589) oder *nur* Ärzte in staatlichen Arztpraxen (n = 151) oder *nur* Ärzte in freier Praxis (n = 73) kontaktiert hatten, jeweils 10 Prozent bei Polikliniken und staatlichen Arztpraxen und 16 Prozent bei freien Praxen »sehr unzufrieden« (Werte 1 und 2 auf einer siebenteiligen Zufriedenheitsskala), hingegen »sehr zufrieden« (Skalenwerte 6 und 7) 28 Prozent bei Polikliniken, 23 Prozent bei staatlichen Arztpraxen und 20 Prozent bei freien Praxen (Unterschiede auf dem 90 Prozent-Niveau statistisch nicht signifikant).

46 In der im Beitrittsgebiet durchgeführten Repräsentativbefragung (EFB/Infratest Gesundheitsforschung 1993a) waren von denjenigen Patienten, die *nur* Ärzte an Polikliniken/Ambulatorien (n = 250) oder *nur* Ärzte in freier Praxis (n = 901) kontaktiert hatten, 7 Prozent bei Polikliniken und 3 Prozent bei freien Praxen »sehr unzufrieden« (Werte 1 und 2 auf einer siebenteiligen Zufriedenheitsskala), hingegen »sehr zufrieden« (Skalenwerte 6 und 7) 36 Prozent bei Polikliniken und 53 Prozent bei freien Praxen (Unterschiede auf dem 99 Prozent-Niveau statistisch signifikant).

6.1.5 Die Niederlassungsentscheidungen – ein Rückblick nach einem Jahr

War im Herbst 1990 (wie in Abschnitt 5.3 untersucht) rund die Hälfte der Ärzte definitiv zur Niederlassung entschlossen, so waren tatsächlich ein Jahr später bereits mehr als drei Viertel der ehemals an den poliklinischen Einrichtungen beschäftigten Ärzte in eigener Praxis. Vor dem Hintergrund der 1991 eingetretenen Entwicklungen (»Turbulenzen« zu Jahresbeginn, »Nachbesserungen« vertraglicher Vereinbarungen der Selbstverwaltung, Umstrukturierungsentscheidungen der Poliklinikträger) bietet eine Untersuchung der im vierten Quartal 1991 nunmehr von den – bereits niedergelassenen, wie auch (noch) nicht niedergelassenen – Ärzten vorgenommenen Situationsbeschreibungen und -bewertungen die Chance, zusätzliche Informationen für eine Charakterisierung des Prozeßverlaufes zu gewinnen.

Zunächst soll die Realisierung der im Herbst 1990 beabsichtigten Entscheidung hinsichtlich einer Niederlassung untersucht, anschließend bei denjenigen Ärzten, die 1991 in die Niederlassung gegangen sind, nach den Niederlassungsmotiven gefragt, diese in Beziehung zu den zunächst geäußerten Absichten sowie zum Niederlassungszeitpunkt gesetzt und – als möglicher Indikator für Niederlassungsmotive – das Investitionsverhalten dieser Ärzte in ihre Praxen näher untersucht werden. Schließlich folgt eine Auseinandersetzung mit den Perspektiven derjenigen Ärzte, die sich Ende 1991 noch im poliklinischen Beschäftigungsverhältnis befanden.

In bezug auf die Realisierung der im Herbst 1990 artikulierten Niederlassungsabsichten ist zunächst nicht überraschend, daß die weit überwiegende Mehrheit (rund 86 Prozent) derjenigen Ärzte und Ärztinnen, die im Herbst 1990 ihre Entschlossenheit bekundeten, sich »bestimmt« niederzulassen, diese Absicht ein Jahr später auch realisiert hat (vgl. Tabelle 15). Von diesen »Entschlossenen« ist nur ein kleiner Teil im Beschäftigungsverhältnis in Einrichtungen der ambulanten Versorgung geblieben, noch geringer ist der Anteil derjenigen von diesen Ärzten, die in andere Beschäftigungsformen gegangen oder aus dem Erwerbsleben (dauerhaft oder vorübergehend) ausgeschieden sind.[47] Von denjenigen, die im Herbst 1990 unentschlossen waren

---

47 Ein nahezu identisches Ergebnis erhält man, wenn der Tätigkeitsstatus im Herbst 1991 nach dem »Typus« der Ärzte im Herbst 1990 differenziert wird: 87 Prozent der für jenen Zeitpunkt als »entschlossene Niederlassungswillige« charakterisierten Ärzte sind ein Jahr später tatsächlich niedergelassen, rund 7 Prozent dieser Gruppe sind noch in der Polikli-

Tabelle 15 Niederlassungsabsicht im Herbst 1990 und Tätigkeitsstatus im Herbst 1991

Tätigkeitsstatus Ende 1991	Niederlassungsabsicht Herbst 1990 (Anteile an N einer Spalte in %)			
	bestimmt	vielleicht	nein	alle
Niederlassung	86	52	14	61
Poliklinik	7	26	30	17
ÖGD	1	8	16	7
Krankenhaus	3	11	8	7
Rentner	1	1	25	6
Arbeitslos	1	2	6	3
N	484	275	205	964

Quelle: eigene Berechnungen nach Arztbarometer 1991 und Arztbarometer 1990; Gewichtungsvektor WEIGHT2

(»vielleicht«), ob sie in die Niederlassung gehen sollten, hat sich im Verlauf von 1991 rund die Hälfte hierfür entschieden, während etwa ein Viertel in einem Beschäftigungsverhältnis in der ambulanten Versorgung (»Poliklinik«) verblieben und ein weiteres Viertel sich anders orientiert oder aus Erwerbstätigkeit dauerhaft oder vorübergehend ausgeschieden ist.[48]

Aber auch rund jeder siebte Befragte, der im Herbst 1990 die feste Absicht bekundet hatte, sich nicht niederzulassen, tat diesen Schritt dennoch im Laufe des Jahres 1991, während knapp ein Drittel in einem angestellten Beschäftigungsverhältnis (»Poliklinik«) geblieben ist. Der Anteil derjenigen dieser Personen, die in den öffentlichen Gesundheitsdienst gegangen sind, sowie der Anteil derjenigen, die dauerhaft als Rentner aus dem Erwerbsleben ausgeschieden oder Ende 1991 arbeitslos sind, ist deutlich größer als bei den anderen beiden Personengruppen.[49]

---

nik, rund 4 Prozent sind in den stationären Bereich gewechselt, knapp 1 Prozent ist in Rente gegangen und knapp 2 Prozent sind im Herbst 1991 arbeitslos.

48 Ein in der Tendenz gleichgerichtetes Ergebnis erhält man hier für die beiden »Typen« der Ärzte, die für den Herbst 1990 als »bedingt Niederlassungswillige« oder als »bedingte Polikliniker« charakterisiert worden waren: Knapp die Hälfte der Ärzte beider Typen ist ein Jahr später in der Niederlassung, rund ein Viertel noch in der Poliklinik, rund 10 Prozent sind in Rente gegangen oder zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos, der Rest hat sich umorientiert zum ÖGD oder in Richtung Krankenhaus.

49 Das Ergebnis ist weitgehend deckungsgleich für diejenigen Ärzte, die für den Herbst 1990 als »entschlossene Polikliniker« charakterisiert worden sind: rund 16 Prozent dieser Ärzte waren ein Jahr später in der Niederlassung, rund 34 Prozent noch in der Poliklinik,

Aufschlußreich ist nun vor dem Hintergrund der im Herbst 1990 geäußerten Absichten über eine etwaige Niederlassung eine Analyse der Motive für die Niederlassung derjenigen, die diesen Schritt vollzogen haben, sowie der Motive für die Nicht-Niederlassung bei denjenigen, die diesen Schritt ein Jahr später noch nicht vollzogen hatten.

Unter den Motiven für die Niederlassung ist zunächst der alles überwiegende Grund – unabhängig von der im Herbst 1990 geäußerten Niederlassungsabsicht – die Erwartung, einer ambulanten ärztlichen Tätigkeit im Angestelltenverhältnis längerfristig nicht nachgehen zu können. Auch bei denjenigen, die im Herbst 1990 schon zur Niederlassung entschlossen waren, hatte dies bereits die wichtigste Rolle gespielt, allerdings kommt hier auch dem Motiv der Art der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit beachtliches Gewicht bei (vgl. Tabelle 15).

Demgegenüber ist der gewichtigste Grund für die Niederlassung bei Ärzten, die sich im Herbst 1990 über eine mögliche Niederlassung noch unschlüssig waren oder diese ablehnten, die drohende Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses. Wird zudem berücksichtigt, daß bei dieser Teilpopulation auch das weitere Motiv »Bereits ausgesprochene Kündigung« – wenn auch in der Rangskala weiter unten, da nur für einen Teil dieser Personen relevant – eine Rolle spielt und die langfristig größere Sicherheit des Arbeitsplatzes in der Rangfolge folgt, hingegen der Art der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit und hiermit zusammenhängenden Gründen kein Gewicht beikommt, wird deutlich, daß diese Ärzte in erster Linie aufgrund der Tatsache, daß die faktischen Rahmenbedingungen ihnen keine andere Alternative ließen, in die Niederlassung gegangen sind.[50]

Daß diejenigen Ärzte, die im Herbst 1990 einer Niederlassung zumindest noch unentschlossen gegenüberstanden, eher durch den Zwang der Ereignisse als aufgrund innerer Überzeugung in die Niederlassung gegangen sind, wird auch durch eine Analyse des Niederlassungszeitpunktes der Ärzte erhärtet (vgl. Tabelle 15): Während von den Ärzten, die sich im Herbst 1990

---

rund 22 Prozent waren in den öffentlichen Gesundheitsdienst übergewechselt, rund 18 Prozent nunmehr Rentner und rund 6 Prozent arbeitslos.

50 Dieses Ergebnis wird auch durch eine auf Sachsen-Anhalt beschränkte Untersuchung von Dathe/Werner (1991) bestätigt: Danach gaben 75 Prozent der im Juli und August 1991 befragten, zwischenzeitlich niedergelassenen Ärzte aus Sachsen-Anhalt Existenzsicherung und Kündigung sowie mangelnde Überlebenschancen der Polikliniken als zentrales Motiv für die Niederlassung an, hingegen nur 25 Prozent Gründe, die auf die Vorstellung von einer »besseren« oder »selbstbestimmteren« ärztlichen Tätigkeit in der Niederlassung verweisen.

Tabelle 16 Rangfolge der Niederlassungsmotive nach Niederlassungsabsicht im Herbst 1990 (niedergelassene Ärzte, 4. Quartal 1991)

A Niederlassungsabsicht Herbst 1990 »bestimmt«	B Niederlassungsabsicht Herbst 1990 »vielleicht« und »nein«
1. Langfristig größere Sicherheit des Arbeitsplatzes	1. Drohende Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses
2. Art der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit	2. Langfristig größere Sicherheit des Arbeitsplatzes
3. Sicherung des bisherigen Patientenstammes	3. Regelungen des Einigungsvertrages über die zeitliche begrenzte Weiterführung der Polikliniken und ähnlicher Einrichtungen

Quelle: eigene Berechnungen nach Arztbarometer 1991 und Arztbarometer 1990; Gewichtungsvektor WEIGHT2

»bestimmt« niederlassen wollten, Ende des ersten Quartals 1991 bereits mehr als die Hälfte niedergelassen war, war von denjenigen, die sich »vielleicht« oder »nicht« niederlassen wollten, zu diesem Zeitpunkt erst rund ein Viertel in der Niederlassung. Bei diesen Ärzten gewinnt die Niederlassungsdynamik im zweiten Quartal erheblich an Intensität – offensichtlich eine Reaktion auf die »Turbulenzen« der ersten Monate des Jahres.[51]

Zur Überprüfung der These, daß ein Teil der Ärzte den Schritt in die Niederlassung in erster Linie mangels der Erwartung, das poliklinische Beschäftigungsverhältnis fortsetzen zu können, gegangen ist, soll schließlich das Investitionsverhalten der Ärzte, die sich niedergelassen haben, betrachtet werden. Wenn auch die Antizipation möglichen Wettbewerbs der Ärzte untereinander um Patienten erwarten läßt, daß auch diejenigen Ärzte, die »wider Willen« in die Niederlassung gegangen sind, auf Investitionen in ihre Praxis nicht verzichten können, so ist doch zu vermuten, daß diese Ärzte ihre Investition in die medizinisch-technische Ausstattung ihrer Praxis auf das »un-

51 Nicht überraschend ist – aufgrund des zuvor bereits aufgezeigten Zusammenhangs zwischen Niederlassungsabsicht im Herbst 1990 und artikuliertem Niederlassungsmotiv im Herbst 1991 – ein deutlicher Zusammenhang zwischen artikuliertem Niederlassungsmotiv und Zeitpunkt der Niederlassung: Je eher die Niederlassung erfolgte, um so gewichtiger sind die »Art der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit«, »Größere Freiräume bei der Gestaltung der Arbeitszeit und des Arbeitsablaufes« und ähnliche Motive; bei den relativ spät in die Niederlassung Gegangenen gewinnt hingegen die drohende beziehungsweise bereits ausgesprochene Kündigung deutlich an Gewicht. An Bedeutung nimmt bei denjenigen Ärzten, die relativ spät in die Niederlassung gegangen sind, auch der Druck der übrigen, bereits niedergelassenen Kollegen, zu, diesen Schritt ebenfalls zu vollziehen.

Tabelle 17 Niederlassungsabsicht im Herbst 1990 und Zeitpunkt der realisierten Niederlassung

Niederlassungs-zeitpunkt (Quartal)	Niederlassungsabsicht Herbst 1990 (Anteile an N einer Spalte in %)	
	bestimmt	vielleicht / nein
1990 IV	26	8
1991 I	31	20
1991 II	25	43
1991 III	9	17
1991 IV	6	11
N	409	170

Quelle: eigene Berechnungen nach Arztbarometer 1991 und Arztbarometer 1990; Gewichtungsvektor WEIGHT2

umgängliche« Minimum beschränkt haben, zumindest aber weniger investiert haben als die Kollegen, die diesen Schritt eher aus »Überzeugung« getätigt haben.

Die ärztliche Entscheidung über die Höhe der Investitionen in die medizinisch-technische Ausstattung der Praxis läßt sich wiederum in einem mikroökonometrischen Modell abbilden. Da die abhängige Variable der Investitionshöhe linkszensiert ist (nämlich den Wert Null annehmen kann), erscheint es sachgerecht, die Modellierung im Rahmen eines sogenannten Tobit-Modells (Tobin 1958; Amemiya 1973, 1984) vorzunehmen, wobei wieder logistisch verteilte Störterme unterstellt werden. Anhang 2, Tabelle A2 stellt die Ergebnisse des Modells dar.[52]

Wenn die Hypothese zutrifft, daß die Investitionshöhe ein geeigneter Indikator für den »Überzeugungsgrad« bei der Niederlassungsentscheidung ist, wäre zunächst zu erwarten, daß die Höhe der Investitionen bei Personen, die im Herbst 1990 »bestimmt« in die Niederlassung gehen wollten, deutlich höher ist als bei Personen, die »vielleicht« oder »nicht« in die Niederlassung gehen wollten – wie Anhang 2, Tabelle A2, aufzeigt, trifft diese Annahme

52 Güte- oder Bestimmtheitsmaße sind bei Tobit-Modellen bislang selten verwendet worden, die statistisch-ökonometrische Diskussion über die angemessenen Verfahren ist erst jüngeren Datums (vgl. dazu etwa Ronning 1991: 138–139). Die große Mehrheit der Variablen ist zumindest auf dem 95-Prozent-Niveau statistisch signifikant von Null verschieden.

zu.[53] Eine nähere Differenzierung zeigt zugleich, daß unter denjenigen, die im Herbst 1990 hinsichtlich einer Niederlassung zumindest unentschlossen waren, der Anteil derer, die bis Herbst 1991 noch überhaupt nicht investiert haben, deutlich größer ist.[54]

Auch weitere Ergebnisse des Modells stützen die These: So nimmt etwa das Investitionsvolumen mit dem Lebensalter ab. Andererseits besteht ein stark positiver Zusammenhang zur Zahl der eingestellten (in rund zwei Dritteln aller Fälle aus der Poliklinik übernommenen) Arzthelferinnen – ein Arzt, der sich »aus Überzeugung« in die Niederlassung begeben hat, ist auch die Frage der Praxisgröße offensiver angegangen als eine Ärztin, die sich mangels einer realisierbar erscheinenden Alternative hierfür entschieden hat.

Das Modell zeigt darüber hinaus auch den starken Einfluß, den die Vergabe öffentlicher Mittel auf die Investitionsentscheidungen der Ärzte hatte. Bis Oktober 1991 – als BMWi und BMF die Ärzte wieder aus der Förderung nach dem ERP-Programm herausnahmen – waren rund 19 000 Ärzte und Zahnärzte nach diesem Programm gefördert worden.[55] Knapp drei Viertel der Teilnehmer am »Arztbarometer 1991« hatten öffentliche Investitionshilfen erhalten. Diese führten (wie Anhang 2, Tabelle A2, ausweist) zu einem erheblich höheren Investitionsvolumen als bei Ärzten, die keine öffentlichen Mittel erhalten haben.

Die Vergabe der öffentlichen Mittel dürfte auch mit dazu beigetragen haben, daß die in den ersten Phasen des Umstrukturierungsprozesses vielfach geäußerte Befürchtung, eine Niederlassung würde schon alleine deswegen schwierig, weil die Banken keine Kredite gewähren würden, sich weitgehend als unbegründet erwiesen hat. Wie die Variablenstatistik in Anhang 2, Tabelle A2, ausweist, wurden die Kreditanträge von weniger als 5 Prozent

---

53 Da sich die erwartete Veränderung der Investitionshöhe bei Variation einer unabhängigen Variablen unmittelbar am Schätzkoeffizienten ablesen läßt, sei hier nur ein quantitatives Beispiel angegeben: Die erwartete Investitionshöhe sinkt bei Übergang von der Niederlassungsabsicht Herbst 1990 »bestimmt« (NIED90 = 1) über die Niederlassungsabsicht Herbst 1990 »vielleicht« (NIED90 = 2) auf die Niederlassungsabsicht Herbst 1990 »nein« (NIED90 = 3) jeweils um 8 414 DM (8,4135 Einheiten von INV).

54 Während nur 5 Prozent derjenigen niedergelassenen Ärzte, die sich bereits im Herbst 1991 »bestimmt« niederlassen wollten, bis Herbst 1991 bei vollzogener Niederlassung noch nicht investiert hatten, beträgt der Anteil der Nicht-Investoren bei den nunmehr Niedergelassenen, die sich im Herbst 1990 »vielleicht« niederlassen wollten, bereits 13 Prozent und bei denen, die sich im Herbst 1990 »nicht« niederlassen wollten, schließlich 29 Prozent.

55 Schreiben des BMWi an den Verfasser. In diesem Schreiben betont der BMWi, die Entscheidung, Ärzte wieder aus der Förderung herauszunehmen, sei dadurch begründet, daß das Ziel, Niederlassungen anzustoßen, hinreichend erreicht sei.

der Ärzte abgelehnt, während rund ein Fünftel der Ärzte die Kredite nach anfänglichen Schwierigkeiten bewilligt bekam, die große Mehrheit jedoch von keinerlei Problemen berichtete.

Werden nun diejenigen Ärzten betrachtet (zum Zeitpunkt des »Arztbarometer 1991« inzwischen eine Minderheit von rund einem Viertel der Ärzte), die nach wie vor in der Poliklinik beschäftigt sind, so fällt zunächst auf, daß diese im vierten Quartal 1991 (wie nach den im Herbst 1990 artikulierten Niederlassungsabsichten bereits zu vermuten) überwiegend zur älteren Ärzteschaft gehören: Während in der Niederlassung nur 37 Prozent der Ärzte zu diesem Zeitpunkt über 50 Jahre alt waren, waren es in der Poliklinik 57 Prozent der Ärzte.

Entsprechend ist für diese Ärzte insgesamt das Alter auch das gewichtigste Motiv, warum sie sich noch in der Poliklinik befinden. Bei den jüngeren Ärzten in der Poliklinik sind dagegen andere Gründe dominant: So sind für Ärztinnen unter 40 Jahren »familiäre Gründe« das wichtigste Motiv, im Angestelltenverhältnis geblieben zu sein. Diese Ärztinnen sind vielfach auch in Teilzeitpositionen an den Polikliniken tätig. Für männliche Ärzte unter 40 stellt hingegen das bisherige Fehlen geeigneten Praxisraumes das dominante Motiv dar: Sie warten nur noch auf eine günstige Gelegenheit, den Sprung in die Niederlassung zu vollziehen.

Die Untersuchung »Arztbarometer 1991« fragte im 4. Quartal 1991 bei den zu diesem Zeitpunkt noch in einem poliklinischen Beschäftigungsverhältnis stehenden Ärzten erneut nach einer etwaig bestehenden Niederlassungsabsicht. Hierbei zeigte sich, daß rund die Hälfte der Befragten eine Niederlassung auch weiterhin für sich ausschloß, knapp 10 Prozent keine abgeschlossene Meinung hatten, während die restlichen 40 Prozent eine Niederlassung noch beabsichtigten. Wird nach den Determinanten der Niederlassungsabsicht gefragt, so zeigt die Analyse – wiederum im Rahmen eines Logit-Modells – nicht überraschend, daß das Alter nach wie vor einen extrem starken Effekt ausübt, aber auch die ein Jahr zuvor bekundete Zufriedenheit mit dem DDR-Gesundheitssystem noch in die erwartete Richtung wirkt (vgl. Anhang 2, Tabelle A3).[56]

---

56 Im »Arztbarometer 1991« wurden die identischen Fragen zur Bewertung des DDR-Gesundheitswesens wie im »Arztbarometer 1991« erneut gestellt. Hierbei ergaben sich insgesamt keine wesentlichen Verschiebungen: Während die Leistungsfähigkeit des DDR-Gesundheitswesens geringfügig besser beurteilt wurde, hatte die Skepsis gegenüber den Strukturelementen des DDR-Gesundheitswesens etwas zugenommen – und zwar (nicht überraschend) bei den inzwischen niedergelassenen Ärzten stärker als bei den nach wie vor an der Poliklinik tätigen Ärzten.

Einen ausgesprochen starken Effekt weist eine – im Vergleich zum Arztbarometer 1990 – neu in den Fragebogen aufgenommene Frage, nämlich die nach der BEFRISTUNG des Arbeitsvertrages auf: Bei gut 50 Prozent der noch in den Polikliniken Beschäftigten ist der Arbeitsvertrag zeitlich befristet. Die Wahrscheinlichkeit, daß Ärzte beziehungsweise Ärztinnen mit einem solchen befristeten Arbeitsvertrag noch in die Niederlassung streben, liegt deutlich höher als bei Ärzten, die auf unbefristeten Stellen sitzen.

Einen – statistisch allerdings nicht signifikanten – Effekt auf die Niederlassungswahrscheinlichkeiten hat schließlich nunmehr auch die Frage, in welchem Bundesland die Ärzte und Ärztinnen tätig sind. Daß das Streben in die Niederlassung hierbei in Brandenburg unterdurchschnittlich ist, steht ebenso offensichtlich im Zusammenhang mit dem Versuch der dortigen Landesregierung, den Transformationsprozeß zu beeinflussen, wie die überdurchschnittliche Niederlassungsabsicht in Berlin mit dem zum Befragungszeitpunkt gerade als wahrscheinlich geltenden Scheitern eines solchen Versuches zusammenhängt – auf beides wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

6.1.6 Zwischenergebnis

In der Untersuchung der im Herbst 1990 artikulierten Niederlassungsabsichten hatte sich bereits abgezeichnet, daß teilweise die zu diesem Zeitpunkt vorherrschenden Bewertungen des ostdeutschen Gesundheitswesens, insbesondere aber die von den korporativen Akteuren gesetzten Rahmenbedingungen, einen stärkeren Wandel der Handlungspräferenzen von bislang in poliklinischen Einrichtungen beschäftigten Ärzten bewirkt haben, als zu jener Zeit von den westdeutschen gesundheitspolitischen Akteuren vielfach vermutet wurde. Jedoch ist der tatsächliche Umstrukturierungsprozeß der ambulanten Versorgung in Ostdeutschland nach Inkrafttreten der durch den Einigungsvertrag für das Beitrittsgebiet modifizierten Regelungen des bundesdeutschen Kassenarztrechts noch einmal rascher verlaufen als aufgrund dieser Daten aus Herbst 1990 zu erwarten gewesen wäre.

Diese Entwicklung wurde durch eine Reihe von Faktoren beeinflußt, die sich teilweise in ihrer wechselseitigen Verknüpfung gegenseitig verstärkten: Die »günstigen Rahmenbedingungen«, die die Träger der Polikliniken niederlassungswilligen Ärzten zu ermöglichen bemüht waren, förderten eine starke Niederlassungswelle zu Beginn des Jahres 1991. Deren Wirkungen (insbesondere: Personalüberhänge im nichtärztlichen Bereich) verschärften

die Liquiditätsprobleme der Polikliniken und erhöhten dadurch den »Zwang« für deren Träger, verstärkten Druck in Richtung Niederlassung auszulösen.

Positiv beeinflußt wurde die Niederlassungsdynamik auch durch die spezifischen Wirkungen der Ausgestaltung der vertraglichen Rahmenbedingungen, auf die sich KBV und GKV-Spitzenverbände für die Polikliniken verständigt hatten (insbesondere: die Ausgestaltung der Abschlagszahlungen für die Einrichtungen, aber auch deren »unpünktliches« Eintreffen bei den Poliklinikträgern Anfang 1991).

Im Ergebnis gingen so nicht nur – wie bereits im Herbst 1990 erkennbar – »entschlossene« und »bedingte« Niederlassungswillige, sondern auch knapp die Häfte der »bedingten« Polikliniker und immerhin rund ein Siebtel der »entschlossenen Polikliniker« mit oder nach Inkrafttreten der (modifizierten) Regelungen des Kassenarztrechts in die Niederlassung: teilweise, weil sie aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen *langfristig* keine anderen Perspektiven sahen, teilweise aber auch, weil sie aufgrund der Umstrukturierungsentscheidungen der Poliklinikträgern bereits *kurzfristig* nur die Alternative zwischen Niederlassung oder Verzicht auf die Tätigkeit als ambulant tätiger Arzt hatten.

Wenn auch ein Teil der Ärzte die eigene Praxis allein dem Druck der tatsächlichen Verhältnisse folgend gegründet hat, so ist damit nicht gesagt, daß diese Ärzte der nunmehrigen Niederlassung keine positiven Seiten abgewinnen können: So zeigte sich etwa in der im Sommer 1991 in Sachsen-Anhalt durchgeführten Studie (Dathe/Werner 1991), daß auch zahlreiche Ärzte, die in erster Linie aufgrund fehlender Perspektiven der Poliklinik in die Niederlassung gegangen sind, nunmehr die Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit in eigener Praxis und die alleinige Zuständigkeit für ihre Patienten als Vorteile der Niederlassung einschätzen. Aus den Daten des »Arztbarometer 1991« ergibt sich, daß bei den zu diesem Zeitpunkt bereits niedergelassenen Ärzten die Unzufriedenheit, infolge mangelnder Geräteausstattung in der Diagnostik und/oder Therapie begrenzt zu sein, deutlich stärker zurückgegangen ist als bei den Ärzten, die zu dieser Zeit noch im poliklinischen Beschäftigungsverhältnis standen,[57] was aufgrund der getätigten

57 Von den in der Niederlassung befindlichen Ärzten gaben nur noch 6 Prozent an, sehr häufig oder häufig Probleme wegen fehlender oder defekter Geräte zu haben, von den noch in der Poliklinik befindlichen Ärzten waren es hingegen 24 Prozent. Die Vergrößerung des Therapie- und Diagnosespektrums stellt sich auch in Untersuchungen der »GP Forschungsgruppe« (vgl. Ärzte-Zeitung vom 19.9.1991) und der »Gesellschaft zur Förderung der empirischen Sozialforschung e.V.« (o.J. [1991]: 6) als zentraler positiver Faktor der eigenständigen Praxis heraus.

Investitionen durch die Ärzte bei vielfach unterlassenen Investitionen durch die Polikliniken träger hoch plausibel erscheint.

Auf der anderen Seite zeigt sich, daß eine große Gruppe der nunmehr niedergelassenen Ärzte (und zwar offensichtlich auch solcher, die »aus Überzeugung« diesen Schritt taten) die Abrechnungsmodalitäten mit ihren organisatorisch-technischen Anforderungen als belastend bewertet.[58] Allgemein wird festgestellt (und zwar sowohl von niedergelassenen wie auch von noch in Polikliniken beschäftigten Ärzten), daß die Kooperation der Ärzte des ambulanten Sektors untereinander geringer geworden ist[59] und zum Teil in eine – als Belastung empfundene – Konkurrenzsituation umgeschlagen ist.[60]

Reduziert wurde nicht nur die ambulante Versorgung durch Polikliniken und Ambulatorien, sondern auch die Versorgung durch Krankenhausfachambulanzen und Universitätspolikliniken, die beide einen integralen Bestandteil der bisherigen ostdeutschen Versorgungsstruktur darstellten. Im Falle der Krankenhausambulanzen geschah dies zumeist gegen den expliziten Widerstand der Krankenhäuser und ihrer Träger aufgrund der rechtlichen Möglichkeiten, die sich den KVen erschlossen (bei gleichzeitig wenig erkennbarem Engagement der ostdeutschen Krankenkassenverbände, die hierzu ihre Zustimmung gaben). Im Falle der Universitätspolikliniken waren die leistungserbringenden Institutionen und ihre Träger (Länder) in ihren Präferenzen zumindest teilweise ambivalent.

---

58 In der Untersuchung von Dathe/Werner (1991: 222) bemängelten mehr als zwei Drittel der Ärzte dies. Auch die Untersuchungen der »GP Forschungsgruppe« und der »Gesellschaft zur Förderung der empirischen Sozialforschung e.V.« verweisen auf diesen Befund.

59 Jeweils zwei Drittel der Niedergelassenen wie der noch in der Poliklinik beschäftigten Ärzte stellten die Verringerung der Kooperation im Vergleich zu früher im »Arztbarometer 1991« fest.

60 In der Studie der »GP Forschungsgruppe« beklagten 42 Prozent der Ärzte »Konkurrenzdenken und Kollegialitätsverlust« (Ärzte-Zeitung vom 19.9.1991).

6.2 Von »Trägerkonzepten«, »Gesundheitszentren« und »Entscheidungshilfen«: Möglichkeiten und Grenzen für »Alleingänge« an den Beispielen der Modelle von Berlin und Brandenburg

Der Auflösungsprozeß der poliklinischen Einrichtungen hatte (wie die Untersuchung in Abschnitt 6.1 zeigte) durch die sich wechselseitig verstärkende Wirkung von Niederlassungen und »Zugzwang« der Träger poliklinischer Einrichtungen zum Teil »eigendynamischen« Charakter.[61] Vor diesem Hintergrund ist es lohnenswert, zwei Fallbeispiele zu betrachten, in denen mit Landesregierungen staatliche Akteure – zumindest zeitweise – gegen die eigendynamischen Elemente gegenzusteuern beabsichtigten.

Die Politiken der Landesregierungen im Beitrittsgebiet unterschieden sich hinsichtlich der Poliklinikfrage deutlich voneinander. Dies fand teilweise bereits in der unmittelbaren Phase nach Wahl der neuen Landtage – also in den letzten Wochen vor der »Startphase« der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages – seinen Ausdruck in den Regierungserklärungen und Koalitionsvereinbarungen der neugewählten Landesregierungen.

So wird etwa bezüglich der ambulanten Gesundheitsversorgung in der Regierungserklärung der CDU/FDP-Regierung in Thüringen das Ziel ausschließlich dahingehend formuliert, es gelte, »eine stärkere Eigenverantwortung der Ärzte in freier Niederlassung [zu] fördern«.[62] Die Koalitionspartner bekräftigten in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 6.11.1990 (entweder aus Unkenntnis der Rechtslage oder aber in deklaratorischer Absicht): »Das Land überträgt den medizinischen Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigung.«[63] Zum Jahresende 1990 kündigte (wie in Abschnitt 5.2 erwähnt) der Sozialminister von Thüringen, Axthelm, den Kommunen in einem Rundschreiben an, die bisher den Bezirken unterstehenden poliklinischen Einrichtungen abwickeln zu wollen, was insbesondere auch auf kleinere Landkreise im Land ausstrahlte und dort zu massiven Kündigungswellen zum Jahreswechsel 1990/91 führte (Interview mjw01103). In der Folge-

61 Vgl. zum Konzept der »Eigendynamik« etwa Mayntz/Nedelmann (1987). Wir werden in Kapitel 7 hierauf zurückkommen.

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

63 Vgl. Koalitionsvereinbarung für die 1. Legislaturperiode des Thüringer Landtages zwischen CDU und F.D.P., vervielf. Manuskript.

zeit griff das Land bewußt nicht in den Transformationsprozeß ein (Interview mjw08101), vor allem da die ambulante Versorgung insgesamt aufgrund der die poliklinischen Beschäftigungsverhältnisse ablösenden Niederlassungen nicht als gefährdet eingestuft wurde.[64] Dies schlug sich – wie in Abschnitt 3.2 gesehen – von Beginn an in einer besonders hohen Niederlassungsquote nieder. Auch war der Anteil der Ende 1991 noch in poliklinischen Einrichtungen Beschäftigten, die eine weitere Niederlassung noch beabsichtigten, in Thüringen mit Abstand am höchsten (vgl. Anhang 2, Tabelle A3).

Die Landesregierung von *Mecklenburg-Vorpommern* (CDU/FDP) betonte in ihrer Regierungserklärung zu Beginn der Legislaturperiode einerseits, es gelte, »die freie Niederlassung von Ärzten, die dazu führen muß, daß zahlreiche Polikliniken nicht weitergeführt werden können, auch als Chance [zu] begreifen, mehr Freiheit für Arzt und Patient durchzusetzen und das Gesundheitswesen zu modernisieren«, sagte andererseits jedoch zu: »Die Landesregierung wird sich bemühen, den notwendigen Strukturwandel sozial zu begleiten, damit erhaltenswerte Einrichtungen nicht zerstört werden.«[65] In der Folgezeit griff das unter Leitung des FDP-Ministers Gollert stehende Sozialministerium jedoch im allgemeinen nicht in den Transformationsprozeß der poliklinischen Einrichtungen ein (Interview mjw22081). In Mecklenburg-Vorpommern wurde allerdings die Beeinträchtigung der gesundheitlichen Versorgung durch die weitgehende Auflösung der Dispensaire-Einrichtungen im Bereich der Diabetes-Erkrankungen als problematisch bewertet, da es in der ersten Jahreshälfte 1991 offenbar zu mehreren akuten Problemfällen infolge falsch »eingestellter« Patienten gekommen war (Interview mjw22081). Dies veranlaßte die Regierungsfraktionen im Sommer 1991, einen Initiativantrag einzubringen, mit dem die Landesregierung aufgefordert werden sollte, sich in Gesprächen mit KV und Ärztekammer für eine Weiterführung der Dispensaire-Betreuung einzusetzen.[66] Der Antrag wurde allerdings vor Abstimmung im Parlament zurückgezogen.[67]

Die Landesregierung von *Sachsen-Anhalt* (CDU/FDP) bekannte sich in ihrer Regierungserklärung zu Beginn der ersten Legislaturperiode dazu, daß »die ärztliche Versorgung … durch das System der niedergelassenen Ärzte

64 Vgl. etwa Ärztliche Praxis vom 2.11.1991, S. 30.

65 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.

66 Landtagsdrucksache 1/703 vom 28.8.1991.

67 Vgl. Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Stenographische Berichte, 31. Sitzung vom 12.9.1991: 1170.

sichergestellt werden [soll]«[68], und der Sozialminister des Landes (Schreiber) zeigte sich davon überzeugt, daß sich das westdeutsche System als »dem Poliklinik-System überlegen gezeigt« habe, »es hat sich rundherum bewährt«.[69] Dementsprechend beschränkte sich der Ministerpräsident darauf, in der Regierungserklärung in Aussicht zu stellen: »Das Land wird unterstützend wirken bei der Überleitung der Polikliniken, Betriebsambulatorien und anderer kommunaler Einrichtungen in das privatwirtschaftliche Gesundheitswesen«.[70]

Auf Initiative der SPD-Fraktion, die Mitte November 1990 (angesichts der zu beobachtenden Kündigungen durch Polikliniken-träger) eine »fast schon krisenhaft zu nennende Lage im ambulanten Gesundheitswesen« identifizierte und für die Umwandlung der Polikliniken zu »Dauerlösungen auf marktwirtschaftlicher Grundlage« plädierte,[71] faßte der Landtag Anfang Dezember den Beschluß, die Landesregierung zu beauftragen, den Kommunen Weiterfinanzierungsmöglichkeiten der poliklinischen Einrichtungen aufzuzeigen.[72] Daraufhin initiierte das Sozialministerium Mitte Dezember einen »Runden Tisch Gesundheitspolitik« mit dem Schwerpunkt »Ambulante Versorgung«, zu dem KV, Ärzteverbände, Polikliniken-träger und Krankenkassen eingeladen wurden.[73] Nachdem dort die Auffassung vertreten worden war, daß eine Gefährdung der Versorgung durch den Umstrukturierungsprozeß nicht zu erwarten sei, und die Landesregierung auch im weiteren Verlauf zu dem Eindruck gelangte, allenfalls bei der Betreuung chronisch Kranker hätten sich Defizite aufgetan, da vormals vorhandene Betreuungsketten »nur noch rudimentär vorhanden« seien (Schreiber 1993: 250), sah die Landesregierung insgesamt keinen Bedarf, steuernd auf die Versorgungsstrukturen einzuwirken und lehnte entsprechende Forderungen der SPD-Fraktion nach einer aktiveren Rolle ab (Landesregierung Sachsen-Anhalt 1992). Allerdings legte sie (wie in Abschnitt 6.1 angesprochen) ein mit 145 Millionen DM ausgestattetes Programm »Zuschüsse an Polikliniken, Ambulatorien und Ein-

68 Regierungserklärung des Ministerpräsidenten Dr. Gies in der Sitzung des Landtages von Sachsen-Anhalt am 2. November 1990. Beilage zum Ministerialblatt für das Land Sachsen-Anhalt Nr. 1 vom 14. Januar 1991: VI.

69 Interview mit dem Minister in Humanitas 1/91: 4–6.

70 Regierungserklärung: VI.

71 Wortprotokoll der 4. Tagung des Landtages von Sachsen-Anhalt, 22.11.1990, Abgeordneter Nehler (SPD): 30–31.

72 Landtag von Sachsen-Anhalt, Drucksache 1/05/33 B.

73 Vgl. Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD Drucks. 1/957, Landtags-Drucksache 1/1143 neu vom 27.1.1992: 1.

richtungen der häuslichen Krankenpflege« auf, mit dem im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sowohl Investitionen in die Bausubstanz von Gebäuden, die poliklinisch oder durch niedergelassene Ärzte genutzt wurden, als auch (bei kommunalen Polikliniken oder Ambulatorien, nicht hingegen bei niedergelassenen Ärzten) Investitionen in die medizinisch-technische Ausstattung getätigt werden konnten.[74] Von diesem Programm machten die Kommunen (wie in Abschnitt 6.1 gesehen) auch zugunsten der noch verbliebenen poliklinischen Einrichtungen regen Gebrauch. Zudem setzte sich das Land über den Bundesrat dafür ein, daß kirchliche Fachambulanzen Polikliniken gleichgestellt werden und damit eine Zulassungsgarantie bis 1995 erhalten sollten (vgl. dazu Abschnitt 6.3).

In der Regierungserklärung des Ministerpräsidenten von *Sachsen* (Sächsische Staatskanzlei 1991) zu Beginn der ersten Legislaturperiode findet die ambulante ärztliche Versorgung keine Erwähnung. Die Landesregierung hat es im weiteren Verlauf des Umstrukturierungsprozesses auch abgelehnt, »ein eigenständiges Konzept zur weiteren Existenz der noch bestehenden Polikliniken aufzubauen«, sondern betont, daß sie sich »allein an den Vorschriften des Einigungsvertrages« orientiere, wonach »die Niederlassung in freier Praxis mit dem Ziel zu fördern ist, daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird«. [75] Auch als beispielsweise Mitte 1992 die kreisfreien Städte Dresden und Leipzig beschlossen, ihre noch vorhandenen Polikliniken unter Kündigung der noch verbliebenen Ärzte wie Nicht-Ärzte zu schließen, die Ärztekammer daraufhin in einigen Fachgebieten eine »Unterversorgung« befürchtete, da die entsprechend gekündigten Ärzte sich teilweise nicht niederlassen würden,[76] und es zu Anfragen im Landtag kam, stellte der Sozialminister (Geisler) fest, daß dies allenfalls »Verpflichtungen der Kommunen« auslösen müsse, jedoch keine Aktivität der Landesregierung.[77]

Auf der anderen Seite hat sich die Landesregierung von Beginn an dafür eingesetzt, daß »Teile der poliklinischen Versorgung, die vor allen Dingen darin zu sehen sind, daß gemeinsam medizinische, fürsorgerische und beraterische Betreuung von chronisch Kranken, Diabetikern, onkologisch Kran-

74 Landesregierung Sachsen-Anhalt (1992: 7); Interview mjw20081.
75 Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage »Situation und Zukunft der Polikliniken im Freistaat Sachsen«, Sächsischer Landtag, Drucksache 1/1584.
76 DPA-Pressemitteilung vom 28.5.1992, zit. nach AOK-Pressespiegel vom 29.5.1992.
77 Sächsischer Landtag, 1. Wahlperiode, 48. Sitzung, 12.6.1992: 3225.

ken und rheumatologisch Kranken erfolgt, weitergeführt werden«.[78] Entsprechend 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 (Interview mew20091), nach der zum Beispiel die Ernährungsberatung von den Krankenkassen übernommen wird.

Der kurze Überblick zeigt, daß Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt den »Vorrang für den niedergelassenen Arzt« zu keiner Zeit in Zweifel zogen und auf umfassendere Steuerungsinitiativen zur Beeinflussung des Transformationsprozesses weitgehend verzichteten. Die Entwicklung in Brandenburg und in Berlin ist demgegenüber durch ein deutlich stärkeres Engagement der Landesregierungen gekennzeichnet. Die dortige Entwicklung wird im Folgenden analysiert.

6.2.1 Das Brandenburger Modell

Das »Brandenburger Modell« ist eng verknüpft mit der Person der dortigen Sozial- und Gesundheitsministerin, Hildebrandt, die – wie die Ärzte-Zeitung (8./9.2.1991) zu berichten wußte: mit »Verbissenheit und Unbelehrbarkeit« – für ihr Anliegen eintrat, »bei der Gestaltung des Gesundheitswesens hier in Brandenburg nicht alles zu übernehmen, was aus dem Westen ins ›Beitrittsgebiet‹ rüberkommt, sondern zu gestalten, zu überlegen, was wir erhalten wollen, um dann zu versuchen, es in das neue Gesundheitssystem einzubringen.«[79]

Während die Landesregierungen der übrigen vier ostdeutschen Länder (wie skizziert) bereits in ihren Regierungserklärungen und Koalitionsvereinbarungen Ende 1990 hatten deutlich werden lassen, daß sie einem raschen Wandel in Richtung auf den westdeutschen Versorgungsmodus überaus aufgeschlossen gegenüberstehen würden, setzte Brandenburgs Ministerpräsident in seiner Regierungserklärung einen deutlich anderen Akzent: »Niedergelassene Ärzte machen unsere medizinische Versorgung bürgernäher und leistungsfähiger. Polikliniken und Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens sind aber für die medizinische Grundversorgung in Brandenburg unverzichtbar. Sie sind finanzierbar und brauchen eine faire Chance im Wett-

78 Sächsischer Landtag, 1. Wahlperiode, 48. Sitzung, 12.6.1992: 3225.
79 Landtag Brandenburg, Plenarprotokoll 1/34, 19.12.1991: 2495.

bewerb mit niedergelassenen Ärzten. Wir werden sie bei der organisatorischen und finanziellen Umstrukturierung eingehend beraten und unterstützen. Dafür steht im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen ein qualifiziertes Beraterteam zur Verfügung.«[80]

Ein ausgefeiltes Konzept zur Realisierung dieser »fairen Chance« für die Polikliniken war zu dieser Zeit allerdings noch nicht entwickelt. Die Ministerin bemühte sich vielmehr auf Veranstaltungen »vor Ort«, Ärzte und Polikliniktäger davon zu überzeugen, daß die Rahmenbedingungen des Einigungsvertrages den Einrichtungen durchaus eine realistische Perspektive beließen und übereilte Kündigungen oder Niederlassungen daher nicht sinnvoll seien (Interviews mjw29091; mew19083). Zugleich wurde in den Haushalt für 1991 ein Betrag von 117 Millionen DM für »Umstrukturierungshilfen für Polikliniken und gleichgestellte Einrichtungen« eingestellt.[81]

Nachdem im Januar 1991 eine Sachverständigenrunde im Ministerium konzeptionelle Vorüberlegungen angestellt hatte und in einer »Feldphase« der Beratungsbedarf bei den Polikliniken und ihren Trägern spezifiziert worden war, wurde im Februar die »Beratungsgesellschaft Gesundheitszentren Brandenburg« (BerG) gegründet, die sich personell im wesentlichen aus Mitarbeitern des in West-Berlin ansässigen Beratungs- und Forschungsinstitutes IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH) rekrutierte. In einem Rundschreiben[82] stellte die Ministerin fest, »die Entwicklungschancen für sehr viele brandenburgische Polikliniken [sind] gut.« Die kassenärztliche Versorgung durch die angestellten Ärzte sei vielfach wirtschaftlich oder zumindest »auf gutem Wege dorthin«. Es sei daher nicht sachgerecht, wenn die Polikliniktäger die angestellten Ärzte dem Druck aussetzten, sich niederzulassen oder Kündigungen aussprächen. Dies führe nur zu einem »unsystematischen, überstürzten und widersprüchlich ablaufenden Prozeß«, der durch einen »geordneten Wandel« von Polikliniken in sogenannte »Gesundheitszentren« substituiert werden müsse. Für diesen geordneten Wandel bot die Ministerin die Beratung durch die BerG sowie die im Haushaltsplan als »Umstrukturierungshilfen« eingestellten Mittel an.[83]

---

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

81 Kapitel 07040, Titel 68570.

82 Schreiben vom 21.2.1991: »An die Träger der Polikliniken im Land Brandenburg, insbesondere die Kreise und Gemeinden«

83 Nachdem das BMG (wie in Abschnitt 6.1 gesehen) seinerseits den Ländern im Frühsommer 1991 die Möglichkeit angeboten hatte, auf Kosten des Bundes Personal zur Um-

Tragendes Element der von BerG entwickelten Konzeption war die Herauslösung der im Angestelltenstatus tätigen ärztlichen wie nichtärztlichen Beschäftigten der poliklinischen Einrichtungen aus dem Kommunalhaushalt und ihre Anstellung bei einer von der jeweiligen Kommune neu zu gründenden, gemeinnützigen »Medizinische-Einrichtung GmbH« (MEG). Die MEG sollte einerseits aus ärztlich geleiteten Abteilungen (jeweils ein Arzt/eine Ärztin mit den entsprechenden Mitarbeitern) sowie andererseits aus nichtärztlichen Abteilungen (z.B. bei der MEG angestellte Heil- und Hilfsmittelerbringer) bestehen.[84] Mitarbeiter, die danach zunächst keiner Abteilung zugeordnet werden konnten, sollten soweit möglich in einer »Umschulungsabteilung« für eine anderweitige Verwendung weiterqualifiziert werden. Durch die Herauslösung aus dem Kommunalhaushalt sollte einerseits der Zwang zur Transparenz über die Einnahmen und Ausgaben bei der Erbringung der kassenärztlichen Leistungen gesichert, zum anderen eine größere Autonomie unternehmerischer Entscheidungen (z.B. bei Investitionen in die medizinisch-technische Ausstattung) von kommunalen Hierarchien und Entscheidungsprozessen und entsprechend ein professionelleres Management ermöglicht werden. Schließlich versprach man sich davon die Möglichkeit, aus dem Tarifrecht des öffentlichen Dienstes ausbrechen und mit den angestellten Ärzten Verträge schließen zu können, die neben einem Grundgehalt auch leistungsbezogene Gehaltsbestandteile vorsehen würden. Beschäftigungsverhältnisse mit angestellten Ärzten sollten dabei nur dann aufrechterhalten werden, wenn diese mindestens ihr Grundgehalt »einspielen« würden – entsprechend waren Wirtschaftlichkeitsprüfungen der einzelnen (ärztlich geleiteten wie nichtärztlichen) Abteilungen vorgesehen (vgl. dazu BerG 1991a).[85]

Auch die Immobilie, die von den angestellten Ärzten, aber auch von in der ehemaligen Poliklinik niedergelassenen Ärzten sowie weiteren Gesundheitseinrichtungen (z.B. kommunale oder privatisierte Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln oder Pflegeleistungen, niedergelassene Apotheken) genutzt wurde, sollte (um insbesondere die »Begehrlichkeit« der Fi-

---

strukturierungsberatung anzustellen, griff das Land, über die Beratung durch die BerG hinaus, auch hierauf zurück (Interview mjw02101).

84 Jacobs/Schräder 1991. Vgl. einen Abdruck der rechtlichen Einzelelemente der Konzeption auch in Schräder/Jacobs 1996: 81–116.

85 Die Voraussetzung der Wirtschaftlichkeit jeder einzelnen Abteilung war insbesondere vorgesehen, um zu verhindern, daß bei Niederlassung einzelner, Überschüsse erwirtschaftender Ärzte der Fortfall der von diesen bislang geleisteten »Quersubventionierungen« zu einer Gefährdung der wirtschaftlichen Grundlagen der Einrichtung insgesamt führen könnte.

nanz- und Wirtschaftsdezernenten auf attraktive Standorte für gesundheitsversorgungsfremde Zwecke zu begrenzen und autonomer über bauliche Modernisierungs- und Instandsetzungs-Investitionen entscheiden zu können) aus der kommunalen Gebäudewirtschaft ausgegliedert und von ihrem Eigentümer in eine eigene »Gesundheitszentrums-Gesellschaft« (GZG) eingebracht werden. Alle Nutzer der Immobilie, darunter auch die MEG, sollten mit der GZG Mietverträge schließen. Im Gegensatz zur MEG, bei der aufgrund der (in Abschnitt 5.1 skizzierten) restriktiven Interpretation des Einigungsvertrages durch KBV und GKV-Spitzenverbände bei einer privatwirtschaftlichen Trägerschaft die »Zulassungsgarantie« für die Einrichtung erlöschen würde, ging man bei der die Gebäude verwaltenden GZG davon aus, daß deren Eigentümer auch private Investoren sein könnten.

Die Herauslösung von poliklinisch Beschäftigten und Immobilie aus dem Kommunalhaushalt beziehungsweise der kommunalen Gebäudewirtschaft galt als Voraussetzung für die Gewährung von »Umstrukturierungshilfen« aus dem Landeshaushalt. Diese waren überwiegend als Darlehen (etwa zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen, zur Beteiligung an den Gründungskosten von MEG und GZG), zum Teil als verlorene Zuschüsse (z.B. zur Unterstützung beim sozialverträglichen Personalabbau in aufgrund nicht erreichbarer Wirtschaftlichkeit zu schließenden Teilen der ehemaligen Poliklinik) konzipiert.[86]

Darüber hinaus sollte es möglich sein, im Wege eines befristeten Zuschusses »besondere Versorgungsformen«, insbesondere Dispensaire-Einrichtungen für chronisch Kranke, hieraus zu subventionieren, wenn der Erhalt dieser Versorgungsformen anderweitig nicht gesichert werden könnte – eine solche Förderung erschien insbesondere wegen der nichtärztlichen Therapiebestandteile für chronisch Kranke notwendig, da davon ausgegangen wurde, daß deren Abrechnung im Rahmen des GKV-Leistungs- und -Kassenarztrechts nicht gesichert sein würde.

Zum Konzept des Brandenburg-Modells gehörte auch, daß das Land sich auf der politischen Ebene intensiv für verbesserte Rahmenbedingungen für ambulant tätige Einrichtungen einsetzte: Dies galt etwa für die Frage einer Fortführung über das Jahr 1995 hinaus (vgl. dazu auch Abschnitt 6.3). Es galt aber auch in bezug auf mögliche Veränderungen der Poliklinikvergütungen: Hier setzte sich das Land – unterstützt durch Vorarbeiten der Bera-

86 Vgl. Förderrichtlinie des Landes Brandenburg über die Gewährung von Zuwendungen zur Umstrukturierung poliklinischer Einrichtungen in tragfähige Gesundheitszentren (o.O. [Potsdam], o.J. [1991]).

tungsgesellschaft[87] – gegenüber Krankenkassen wie KV Brandenburg für eine Modifizierung der Honorierung ausschließlich nach Fallpauschalen ein.[88] Zur Verbesserung der politischen Handlungsfähigkeit der »Gesundheitszentren« leistete das Land auch Hilfestellung beim Zusammenschluß der Gesundheitszentren im Land zu einem Verband.

Das – hier in seinen Grundzügen skizzierte – Brandenburger Modell war von Beginn an umstritten: Zwar gab es hierüber in der Brandenburger »Ampel-Koalition« keine Kontroversen, da das Modell auch von der FDP mitgetragen wurde (Interview mjw17031), heftiger Protest im parteipolitischen Bereich kam allerdings von der CDU-Opposition im brandenburgischen Landtag, die insbesondere die Umstrukturierungshilfen für das »Auslaufmodell Polikliniken« als eine »Wettbewerbsverzerrung der eklatantesten Art« zu Lasten der niedergelassenen Ärzte bewertete.[89]

Zudem stieß das Konzept auf den heftigen Widerstand der Ärzteverbände. Zwar hatte die KV Brandenburg zunächst signalisiert, daß sie das Modell mittragen würde,[90] war dann jedoch rasch auf die Linie der KBV eingeschwenkt, die betonte, dieses Modell sei schon alleine deswegen nicht geeignet, weil es den in Gesundheitszentren beschäftigten Ärzten ab 1995 keine Sicherheit gebe, daß sie dort weiter tätig sein könnten (vgl. etwa KBV 1991a: 20).[91] Die freien Ärzteverbände kritisierten ebenso wie die CDU-

---

87 Vgl. etwa Jacobs / Schräder (1992); Jacobs / Kniesche / Schräder (1992).

88 Allerdings war aufgrund der Erfahrungen der Budgetierungsphase infolge des Gesundheitsstrukturgesetzes das Interesse der Gesundheitszentren an einem Übergang zu Einzelleistungen gesunken, da während dieser Phase der Punktwert im Rahmen der Einzelleistungsvergütung der niedergelassenen Ärzte aufgrund der dortigen Mengenausweitungen erheblich zurückgegangen war, während der Wert der Fallpauschalen (für die die Vertragspartner mit Vertrag vom 7.9.1994 rückwirkend zum 1.1.1993 einen eigenen »Topf« in Gesamtvergütung und Honorarverteilungsmaßstab gebildet hatten) weitgehend konstant geblieben war. Nun plädierte umgekehrt die KV für einen Übergang zur Einzelleistungsvergütung auch für die Polikliniken. Bis Sommer 1995 ist es allerdings in Brandenburg noch nicht zu einer Abkehr von der Vergütung durch Fallpauschalen gekommen (telefonische Auskunft der AOK Brandenburg).

89 Landtag Brandenburg, Plenarprotokoll 1 / 34, 19.12.1991: S. 2488.

90 Interviews mew19083; mjw30091.

91 Die KBV sah sich allerdings durch das Brandenburger Modell herausgefordert, in sogenannten »Entscheidungshilfen« (KBV 1991a) ein eigenes Modell vorzuschlagen, mit dem den Interessen solcher Ärzte, die »nicht … bereit und in der Lage sind, den Weg in eine Kassenzulassung zu beschreiten« (KBV 1991a: 19), Rechnung getragen werden sollte. Das KBV-Modell sah vor, daß eine Poliklinik in eine Praxisgemeinschaft niedergelassener Ärzte umgewandelt und ein nicht niederlassungswilliger Arzt bei der Praxisgemeinschaft angestellt werden würde: Die vom angestellten Arzt erbrachten Leistungen würden von den niedergelassenen Ärzten über ihre Praxen abgerechnet werden, und aus

Landtagsfraktion insbesondere die Subventionskomponente des Programmes. Auch die ärztliche Standespresse stand dem Modell vor allem in der Anfangsphase äußerst kritisch gegenüber und betonte etwa, der »ideologische Grabenkrieg« um die Polikliniken würde gerade von demjenigen Land angezettelt, in welchem ein »Schwerpunkt der Insuffizienz« der administrativen Fähigkeiten der Poliklinikträger liege (Ärzte-Zeitung vom 8./9.2.1991), oder artikulierte die Vermutung, in Brandenburg seien für Polikliniken bestimmte Abschlagszahlungen in »dunklen Kanälen« der Kommunen verschwunden (Ärzte-Zeitung vom 13.2.1991).

Demgegenüber blieb eine Unterstützung durch die Krankenkassenseite in der – für den quantitativen Erfolg des Steuerungsversuches entscheidenden – Anfangsphase ambivalent: Zwar stand sie dem Modell verbal aufgeschlossen gegenüber (vgl. etwa Heitzer 1991), dem folgte jedoch zunächst wenig praktische Unterstützung.[92]

Mit dem »Brandenburger Modell« waren unterschiedliche Motive verbunden (Interviews mjw02101; mew19083; mjw30091): Der Ministerin persönlich ging es zunächst darum, einem befürchteten Einbruch in der Versorgung entgegenzutreten und von ihr vermutete, mit dem Angestelltenstatus von Ärzten verbundene versorgungspolitische Vorteile des ostdeutschen Gesundheitswesens zu bewahren und daher dem Trend in die Niederlassung entgegenzusteuern. Sehr rasch gewann dann allerdings für das Ministerium das Ziel an Gewicht, die sich abzeichnende rapide Arbeitsplatzvernichtung (ins-

---

den Praxiseinnahmen der niedergelassenen Ärzte würde der angestellte Arzt ein Gehalt beziehen, wobei »zur Vermeidung einer als diskriminierend empfundenen Abhängigkeit zum unter Umständen jüngeren zugelassenen Kassenarzt« der Anstellungsvertrag allerdings nicht direkt mit den Ärzten der Praxisgemeinschaft, sondern mit einer von diesen zu gründenden Verwaltungs-Gesellschaft abgeschlossen werden sollte (KBV 1991a: 20). Eventuelle »Defizite« zwischen erbrachtem Umsatz des angestellten Arztes und Gehalt sollten aus einem »Sicherstellungsfond« der jeweiligen KV getragen werden. Der Vertrag mit dem angestellten Arzt sollte unbefristet, das heißt auch über 1995 hinaus, abgeschlossen werden. Auch wenn aggregierte Daten fehlen, ist dennoch davon auszugehen, daß dieses innerhalb der verfaßten west- wie ostdeutschen Kassenärzteschaft nicht unumstrittene Modell so gut wie nirgendwo umgesetzt wurde.

92 Charakteristisch ist in diesem Zusammenhang das Verhalten der GKV-Spitzenverbände bezüglich einer vom Brandenburger Sozialministerium für April 1991 beabsichtigten breit angelegten Informationsveranstaltung für Poliklinik-Träger und -Ärzte in Potsdam über sein Modell, in welche es (zur Steigerung der Legitimität und Akzeptanz des Modelles) auch die Krankenkassenverbände einzubinden beabsichtigte. Diese erklärten sich zur Teilnahme jedoch nur unter der Voraussetzung bereit, daß dort auch der KBV ausreichend Gelegenheit zur Darstellung ihrer Gegenposition gegeben würde (Akteneinsicht bei einem beteiligten Verband; Interview mmw06091).

besondere beim mittleren medizinischen und beim nichtmedizinischen Personal) in den Polikliniken zu stoppen, sowie die Absicht, den einzelnen Ärzten eine von äußerem Druck freie Entscheidung zwischen Angestelltenstatus und Niederlassung zu ermöglichen. Später erhielten die räumliche Agglomeration unterschiedlicher ärztlicher und nichtärztlicher gesundheitsbezogener Dienstleistungen unter einem Dach und daraus resultierende potentielle Versorgungsvorteile (in Verbindung etwa auch mit der Betreuung chronisch Kranker) sowie regionalpolitische Überlegungen (»Wirtschaftsfaktor Gesundheitszentrum«) ebenfalls Zielcharakter (Interviews mew19083; mjw 30091).

Je nach betrachtetem Ziel fällt die »Erfolgsbilanz« des Modells unterschiedlich aus. Zunächst ist offensichtlich, daß ein »Gegensteuern« gegen die Niederlassungsdynamik insgesamt nicht erfolgreich war: Wie die Analyse der Niederlassungsentwicklung in Kapitel 3 deutlich machte, verlief die Niederlassungsquote in Brandenburg im Jahresverlauf 1991 zunächst sogar überdurchschnittlich, und bereits Ende 1991 waren über 80 Prozent der ambulant tätigen Ärzte in Brandenburg in freier Praxis. Nach dem Brandenburger Modell (oder organisatorischen Varianten) wurden insgesamt knapp 30 Gesundheitszentren in diesem Bundesland gegründet.[93] Andererseits zeigte sich, daß bereits Ende 1991 die Niederlassungsabsicht der zu diesem Zeitpunkt noch in den Einrichtungen beschäftigten Ärzte in Brandenburg deutlich unterdurchschnittlich war, inzwischen der Anteil noch »poliklinisch« tätiger Ärzte im Vergleich zu den übrigen neuen Ländern deutlich überdurchschnittlich ist und die Brandenburger Träger im Vergleich zu Poliklinikträgern in den übrigen neuen Ländern deutlich überdurchschnittlich in die Gesundheitszentren investiert haben. In den Fällen, in denen sich die Träger für das Modell entschieden haben, konnte die »freie Wahl« zwischen Niederlassung und Verbleib im Beschäftigungsverhältnis offenbar relativ weitgehend realisiert werden. Auch die Förderung der besonderen Versorgungsformen (insbesondere in der Betreuung chronisch Kranker) konnte etabliert werden.[94]

93 Vgl. Verband der Gesundheitszentren e.V.: Statistik. Stand: 1.9.1992. Potsdam.

94 Vgl. dazu etwa Müller (1992: 33–37), Jacobs / Schräder (1993: 64–65); Häussler / Schräder / Mall (1993); Bohm / Schräder (1995).

6.2.2 Die »Trägerkonzeption« in Berlin

Auch in Berlin waren mit der Kommunalverfassung und dem Kommunalvermögensgesetz der DDR im Sommer 1990 die poliklinischen Einrichtungen in die Trägerschaft der kommunalen Ebene – hier: der mit den Kommunalwahlen vom Mai 1990 konstituierten elf Stadtbezirke – übergegangen. Es bestand allerdings in der Poliklinik-Frage bis März 1992 eine komplexe, bisweilen unklare und zu gegenseitigen Blockaden führende – insoweit offenbar für nach Bezirken binnendifferenzierte Stadtstaaten typische[95] – Aufgabenverteilung zwischen den Bezirken, zu deren »bezirkseigenen Aufgaben« die Verwaltung und Steuerung der ihnen nachgeordneten poliklinischen Einrichtungen gehörte, und der »Zentrale« (bis zur Bildung eines neuen Gesamtberliner Senats im Februar 1991: der Magistrat Ostberlins; seitdem: der Senat von Berlin), die insbesondere über die Zuweisung von konsumptiven wie investiven Haushaltsmitteln und die Vorgabe von Stellenplänen steuernd eingreifen konnte (Interview mjw07101).[96]

Der seit den Kommunalwahlen vom Mai 1990 im Ostberliner Magistrat zuständige Gesundheitsstadtrat (Zippel, CDU) sah Polikliniken grundsätzlich als erhaltenswerte, auch für das westliche Versorgungssystem zukunftsweisende Strukturen an.[97] In der Ostberliner Gesundheitsbehörde wurde entsprechend im Frühsommer 1990 eine Arbeitsgruppe »Ambulante Medizinische Versorgung« gebildet, die sowohl (wie bereits in Abschnitt 5.1 angesprochen: ohne Wirkung) versuchte, durch Formulierung gesetzlicher Rahmenbedingungen für Polikliniken Einfluß auf die Vertragsverhandlungen zwischen beiden deutschen Staaten zu nehmen, als auch konkrete Maßnahmen für die Umgestaltung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in Ostberlin umzusetzen beabsichtigte, die einerseits dem Bedürfnis derjenigen Ärzte, die sich niederlassen wollten, Rechnung tragen, andererseits eine Weiterentwicklung poliklinischer Einrichtungen ermöglichen sollten.

Im Juli 1990 wurden in den Bezirken unter breiter Einbindung staatlicher, kommunaler und verbandlicher Akteure Zulassungskommissionen eingerichtet, die auf entsprechende Anträge niederlassungsinteressierter Ärzte Niederlassungsgenehmigungen erteilten. Niederlassungen wurden hierbei allerdings

---

95 Vgl. etwa Benz (1993a: 156), Hartwich (1990: 18) für Hamburg.

96 Die genaue Kompetenzverteilung zwischen »Zentrale« und Bezirken ergibt sich aus der Durchführungsverordnung zum Allgemeinen Zuständigkeitsgesetz des Landes Berlin.

97 Der Verfasser dankt Sybille Voelkner für die Überlassung eines Interview-Protokolls mit Dr. Zippel.

im Regelfall nicht in Gebäuden mit mehreren Ärzten zugelassen, es sei denn, alle Ärzte beabsichtigten gemeinsam die Niederlassung und sowohl die Eigentumsfrage in bezug auf die poliklinischen Gebäude als auch die Frage der Zukunft des nichtärztlichen Personals waren unproblematisch (Interview mew19082). Zugleich begann der Magistrat eine Kooperation mit der Berliner Ärztekammer, deren Präsident (Huber) ein Konzept (Huber 1990) zur Umwandlung von Polikliniken und Ambulatorien in »integrierte Gesundheitszentren« vorgelegt hatte. Auch bestand ein intensiver Dialog mit dem kurz zuvor gegründeten Berliner Poliklinikverband (Interview mew 19081).

Ab dem Zeitpunkt des Beitritts bestand in Ostberlin bis Jahresbeginn 1991 nicht mehr die Möglichkeit zur Niederlassung, da der Magistrat wie auch der Westberliner Senat (zu dieser Zeit eine Koalition von SPD und Alternativer Liste) die Auffassung vertraten, in dieser Zeitspanne gäbe es hierfür keine Rechtsgrundlage. Zudem verständigten sich beide Berliner Regierungen im November 1990 darauf, den poliklinischen Einrichtungen zumindest für 1991 eine »Haushaltsgarantie« zu geben: Angesichts des allgemein vermuteten personellen Überhangs im ärztlichen wie im nichtärztlichen Bereich würden entstehende Defizite der Einrichtungen bei Übergang zum westdeutschen Recht aus dem Gesamtberliner Haushalt finanziert; ein entsprechender Betrag von 60 Millionen DM wurde vorsorglich in den Haushalt für 1991 eingestellt (Interview mew19082). Damit verbunden war eine Zusicherung, daß es zunächst nicht zu Kündigungen poliklinischer Mitarbeiter kommen würde – allerdings wurde eine Überprüfung der Einrichtungen auf Wirtschaftlichkeit angekündigt (Senatsvorlage 161/90 vom 12.11.1990).

Nach Inkrafttreten der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages (1.1.1991) war der zwischen KV Berlin und den Krankenkassenverbänden gebildete Zulassungsausschuß nunmehr auch für Zulassungsanträge niederlassungswilliger Ostberliner Ärzte zuständig. Aufgrund der Defizit-Übernahme-Garantie des Landes einerseits (die trotz intensiver Aktivitäten der KV Berlin – vgl. beispielhaft o.V. 1990: 401) zugunsten der Niederlassung dazu führte, daß der »Druck«, auch bei anderer Überzeugung so schnell wie möglich die Poliklinik zu verlassen, gering blieb) und der nach wie vor restriktiven Politik des Landes in bezug auf Niederlassung in den Gebäuden größerer poliklinischer Einrichtungen andererseits (die dazu führte, daß niederlassungswillige Ärzte aus solchen Einrichtungen diese Absicht mangels geeigneter räumlicher Alternativen vielfach nicht verwirklichen konnten) kam es zunächst allerdings nur zu vergleichsweise wenigen Niederlassungen – was sich (wie in Kapitel 3 gesehen) in einer im Vergleich

zum übrigen Beitrittsgebiet deutlich unterdurchschnittlichen Niederlassungsquote in den ersten Monaten des Jahres 1991 widerspiegelt.

Infolge der aus den Dezember-Wahlen 1990 zum Gesamtberliner Abgeordnetenhaus hervorgehenden Bildung einer Großen Koalition Ende Januar 1991 wurden für die Poliklinik-Frage wesentliche personelle und institutionelle Veränderungen wirksam (Interview mjw14011): Zunächst waren in der nunmehr an der Regierung beteiligten West-Berliner CDU die Vorbehalte gegenüber einer Stabilisierung poliklinischer Einrichtungen insgesamt größer als bei den bislang in West- wie Ostberlin gebildeten Regierungskoalitionen. Darüber hinaus wurde der Aufgabenbereich »Gesundheit« aus koalitionspolitischen Überlegungen aus dem Sozialressort herausgelöst und in ein neu gegründetes Gesundheitsressort verlagert, dessen Leiter (Luther, CDU) dem poliklinischen Konzept eher skeptisch gegenüberstand und Konflikte mit der KV Berlin möglichst zu vermeiden trachtete. Schließlich zeigte sich, daß das Finanzressort (Pieroth, CDU) nunmehr sowohl an einem raschen Abbau eines möglichen Defizits aus dem Betrieb der poliklinischen Einrichtungen, als auch an Einnahmen aus einer Vermietung der bisher poliklinisch genutzten, im Landesbesitz befindlichen Immobilien durch niedergelassene Ärzte oder andere Nutzer interessiert war. Der Koalitionspartner SPD stand demgegenüber zwar nach wie vor grundsätzlich zu einem Konzept einer zukunftsträchtigen Fortentwicklung poliklinischer Einrichtungen, verfügte nun jedoch einerseits (aufgrund der Herauslösung von »Gesundheit« aus dem weiter von der SPD geführten Sozialressort) über weniger direkte Eingriffsmöglichkeiten und wollte andererseits auch die Große Koalition nicht wegen der Poliklinikfrage Belastungen aussetzen.

Diese neue Konstellation drückte sich bereits im Kompromißcharakter der Koalitionsvereinbarung der Großen Koalition zum Gesundheitsbereich zu Beginn der neuen Legislaturperiode aus, in der es einerseits hieß, es gelte, die Niederlassung von Ärzten »nachhaltig« zu fördern, insbesondere durch Vermietung vorhandener staatlicher Arztpraxen und anderer geeigneter Versorgungseinrichtungen an niederlassungswillige Ärzte, in der andererseits aber eine »faire Zukunftschance« für Polikliniken und Ambulatorien, als Orte, an denen Prävention, Vorsorge/Nachsorge und Rehabilitation unter einem Dach angeboten würden, in Aussicht gestellt und schließlich eine Weiterentwicklung der Dispensaire-Einrichtungen anvisiert wurde.[98]

98 Koalitionsvereinbarung Gesundheit, Stand: 17.1.1991, verf. Manuskript.

Erste nach außen sichtbare Aktivitäten des hinsichtlich der organisatorischen Voraussetzungen seiner Handlungsfähigkeit zunächst doppelt beeinträchtigten Gesundheitsressorts (waren doch parallel der Aufbau eines eigenständigen Gesundheitsressorts und die Zusammenlegung der Ostberliner Magistratsverwaltung mit der Westberliner Senatsverwaltung zu bewältigen) in bezug auf den ambulanten Sektor galten der Niederlassungsförderung: Im Mai 1991 wurde (im Zusammenwirken mit dem Bauressort) eine Lockerung des Zweckentfremdungsverbotes für Wohnraum beschlossen, sofern der Wohnraum für ambulante Praxen genutzt werden sollte (Interview mew 19082). Zugleich wurden in »Grundsätzen für die langfristige Förderung von ärztlichen und zahnärztlichen Niederlassungen in ehemaligen staatlichen Arztpraxen und Polikliniken/Ambulatorien« die Modalitäten festgelegt, unter denen die Bezirksverwaltungen niederlassungswilligen Ärzten Praxen überlassen konnten (die »Grundsätze« sind abgedruckt in: Mitteilungsblatt der KV Berlin, 1991/7: 216).

Nachdem im März 1991 die Ärztekammer (Ärztekammer Berlin 1991) und im April die Fraktion Bündnis 90/Grüne (Köppl 1991) mit Weiterentwicklungs-Konzeptionen an die Öffentlichkeit traten und die Ärztekammer Umstrukturierungsberatungen in Ostberliner Bezirken durchzuführen begann, begann das Ressort mit Sondierungsgesprächen einerseits mit KV Berlin und Ärztekammer, andererseits mit zwei Wohlfahrtsverbänden – dem der CDU nahestehenden Union-Hilfswerk (UHW) und dem eher der SPD nahestehenden Arbeitersamariterbund (ASB) – über eine mögliche Kooperation im Rahmen von Trägermodellen, die allerdings, insbesondere da die KV Weiterentwicklungskonzepte für Polikliniken ablehnte, zunächst nicht von der Stelle kamen (Interview mjw14011). Nachdem das Abgeordnetenhaus im Juni 1991 mit breiter Mehrheit einen nur leicht modifizierten Antrag von Bündnis 90/Grüne annahm, mit dem der Senat zum Handeln in bezug auf die Weiterentwicklung der poliklinischen Einrichtungen aufgefordert wurde,[99] legte das Gesundheitsressort Anfang Juli schließlich einen Vorschlag vor (Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1991): Dieser Vorschlag übernahm aus den Modellen der Ärztekammer Berlin und des inzwischen für Brandenburg entwickelten Konzeptes den Grundgedanken, daß einerseits die notwendige Transparenz in bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen und andererseits eine größere Autonomie unternehmerischer Entscheidungen der Einrichtungen durch institutionelle Verselbständigung

99 Vgl. Abgeordnetenhaus von Berlin, Drucksache 12/505.

der Einrichtungen besser erreicht werden könnten. Entsprechend war vorgesehen, daß sieben Großpolikliniken in eine Gesellschaft eingebracht werden sollten, deren Träger das Land Berlin sein sollte; zwölf weitere Polikliniken und Ambulatorien sollten in eine zweite Gesellschaft eingebracht werden, die gemeinschaftlich vom Land und ASB und UHW getragen werden sollte. »Unter einem Dach« sollten in den Einrichtungen ärztliche und nichtärztliche medizinische Dienstleistungen angeboten werden. Für Mitarbeiter aus diesen Einrichtungen ohne berufliche Perspektive sollten »individuell angemessene und zukunftsweisende Qualifizierungs- und Umschulungsangebote gemacht« werden (Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1991).

Zugleich war der Vorschlag des Gesundheitsressorts allerdings auch restriktiver als die Konzeptionen der Ärztekammer oder des BerG für Brandenburg: Während beide Konzepte davon ausgingen, daß die Umstrukturierung zu »Gesundheitszentren« mit entsprechenden Trägergesellschaften für alle wirtschaftlichen Einrichtungen möglich wäre, wurde die Zukunftsperspektive in der Konzeption des Gesundheitsressorts von vornherein auf 19 ausgewählte Einrichtungen (von zu jener Zeit noch 44 Polikliniken und 69 Ambulatorien)[100] beschränkt – für die nicht im Konzept enthaltenen Einrichtungen war (sofern der Bezirk sie nicht eigenständig weitergeführt hätte) implizit die »Abwicklung«, das heißt Kündigung der Mitarbeiter, vorgesehen (Interviews mjw14011; mjw16011).[101] Außerdem sollten nur noch die über 50jährigen Ärzte die Möglichkeit erhalten, bei einer der beiden Trägergesellschaften beschäftigt zu werden.

Obwohl die Überlegungen des Gesundheitssenates damit gegenüber den Vorstellungen etwa der Ärztekammer, von Bündnis 90/Grüne oder des Poliklinikverbandes »abgespeckt« waren (und insoweit von dieser Seite kritische Reaktionen auslösten)[102], stießen sie auf der anderen Seite ebenfalls auf den Widerstand von mehreren Beteiligten: Mit heftiger Ablehnung reagierte zunächst die KV Berlin, die – zu dieser Zeit noch nicht um zugewählte Vertreter aus Ostberlin in ihren Organen ergänzt[103] und insoweit »frei« von Rücksichtnahmen auf ihre poliklinisch tätigen Mitglieder – feststellte: »Unter

100 Vgl. Senatsverwaltung Gesundheit Berlin (1991: 1).

101 Die Auswahl der Einrichtungen war zum einen dadurch bestimmt, daß die sieben großen Polikliniken Berlins eingeschlossen sein sollten, zum anderen sollte eine regionale Ausgeglichenheit erreicht werden. Schließlich war Voraussetzung, daß die Eigentümerschaft des Landes über die Immobilie eindeutig feststand (Interview mjw07101).

102 Vgl. zur Position des Poliklinikverbandes etwa Ärzte-Zeitung vom 8.7.1991; zur Position von Bündnis 90/Grüne vgl. etwa Köppl (1991a).

103 Vgl. dazu Anmerkung 12 in Abschnitt 6.1.

Verwendung roter Pläne will der grüne Ärztekammerpräsident Huber und der schwarze Gesundheitssenator Luther sozialistische Strukturen aus SED-Zeiten um jeden Preis erhalten« (Tagesspiegel v. 17.7.1991). Die KV nahm im folgenden die (von KBV, GKV-Spitzenverbänden und kommunalen Spitzenverbänden kurz zuvor in ihrer dreiseitigen Empfehlung[104] explizit nicht geteilte) Rechtsposition ein, die Bildung von Trägergesellschaften stelle einen »Trägerwechsel« dar, der zu einem Verlust des Status von nach dem Einigungsvertrag zugelassenen Einrichtungen führe, und kündigte an, für diesen Fall bis zu einer abschließenden gerichtlichen Klärung die Zahlung von Vergütungen für in den Polikliniken erbrachte Leistungen zu verweigern (Interview mjw21081). Auch drohte die KV an, bei Defiziten den Einrichtungen die Zulassung mit Verweis auf ihre Unwirtschaftlichkeit zu entziehen. Die Drohungen der KV wurden vom Gesundheitsressort sehr ernst genommen – insbesondere, da im Zulassungsausschuß nach wie vor kein Vertreter angestellter Ärzte war, war man sich nicht sicher, ob dort eine Mehrheit für die Position des Landes erzielbar gewesen wäre (Interview mjw07101).

Kritisch verfolgte das Konzept des Gesundheitsressorts auch das Finanzressort, dem die durch die Beschränkung auf bestimmte Einrichtungen implizite Begrenzung der Defizittragung durch das Land nicht weit genug ging. Das Finanzressort beharrte vielmehr zum einen darauf, daß im Zuge der Einbringung von Einrichtungen in das Trägerkonzept grundsätzlich der »Personalüberhang nicht weiter finanziert, sondern … sofort gekündigt werden« müsse,[105] und zum anderen Investitionen in die künftigen Einrichtungen »grundsätzlich als entbehrlich« anzusehen seien.[106]

Schließlich kam unterschiedlich motivierter Widerstand gegen die Pläne des Gesundheitsressorts teilweise auch von den Bezirken, deren Einrichtungen in die Trägerkonzeption eingebunden werden sollten: Die Ablehnung seitens der Bezirke basierte einerseits auf der prinzipiellen Rechtsposition, daß die Polikliniken bezirkseigene Aufgaben seien, der Senat daher jenseits einer Rechtsaufsicht keine Regelungskompetenzen habe (Interview mew 19081). Andererseits hatten die Gesundheitsstadträte in einigen Bezirken aufgrund des schleppenden Verfahrens der Senatsaktivitäten auch bereits in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer oder frei-gemeinnützigen Verbänden

---

104 Vgl. Nr. 1 der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der kommunalen Spitzenverbände vom 23.5. 1991.

105 Schreiben des Finanzressorts vom 19.7.1991, zitiert nach Köppl (1991a: 4).

106 Schreiben des Finanzressorts vom 10.7.1991, laut Interview mjw14011.

eigene Umstrukturierungsaktivitäten gestartet. Außerdem wurde kritisiert, daß die »undankbare« Aufgabe, die nicht in die Trägergesellschaft übernommenen Einrichtungen und Mitarbeiter »abzuwickeln«, den Bezirken zugekommen wäre. Schließlich bestanden innerhalb einer Reihe von Bezirken erhebliche Kontroversen zwischen den überwiegend an einer Fortführung poliklinischer Versorgungsstrukturen interessierten Gesundheitsstadträten und den Bau- und Finanzdezernaten, die die bislang poliklinisch genutzten Immobilien anderweitig verplanen wollten – in mehreren Bezirken schlossen die Finanzressorts ungeachtet der Umstrukturierungskonzeptionen mündliche Vorverträge mit niederlassungswilligen Ärzten und anderen potentiellen Nutzern der Immobilien (Interviews mjw14011; mew19082).

Alle drei »Widerstandspotentiale« zusammen führten dazu, daß die Gründung der Trägergesellschaften auf der Stelle trat. Die hierdurch wachsende Unsicherheit, die vorgesehene Begrenzung des Trägermodells auf 19 von über 100 Einrichtungen und auf Ärzte über 50 Jahre, der praktizierte Investitionsstop für poliklinische Einrichtungen und die Ausstrahlungen erster Kündigungen gegenüber nichtärztlichen Mitarbeitern einerseits sowie die zunehmende Förderung von Niederlassungen andererseits trugen zu einer Neuabwägung bei solchen Ärzten bei, die bislang nach wie vor einen Verbleib in den Polikliniken vorgezogen hätten – entsprechend stiegen zu Beginn des Herbstes 1991 die Niederlassungszahlen, die von April bis August 1991 in Berlin nahezu konstant geblieben waren, spürbar an (vgl. Daten in Kapitel 3).

Mit den wachsenden Niederlassungszahlen verringerte sich nunmehr einerseits der Handlungsdruck für das Gesundheitsressort, andererseits standen auch nicht mehr alle für das Konzept vorgesehenen Einrichtungen zur Verfügung. Mitte September wurde bekannt, daß das Ressort ein »verkleinertes« Konzept plante, nach dem nur noch *eine* Trägergesellschaft gemeinsam von Land, ASB und UHW errichtet werden sollte, in die insgesamt 12 poliklinische Einrichtungen eingebracht werden sollten (Tagesspiegel v. 20.9.1991). Das Ende Oktober 1991 vom Senat verabschiedete Konzept (Ärzte-Zeitung vom 25./26.10.1991) sah außerdem (offenbar auf Drängen des Finanzressorts; Interview mjw14011) vor, daß die poliklinisch genutzten Immobilien nicht mehr in die Trägergesellschaft eingebracht, sondern von dieser vom Land angemietet werden sollten. Unter diesen Rahmenbedingungen war allerdings das Konzept für den ASB nicht mehr attraktiv. Anfang Dezember 1991 kam es zu einem spektakulären »Ausstieg« dieses Verbandes.[107]

---

107 Vgl. Tagesspiegel vom 4.12.1991; Ärzte-Zeitung vom 6./7.12.1991. Während der ASB

Die Ärztekammer bot daraufhin an, mit einer von ihr gegründeten »Tochtergesellschaft« die Trägerfunktion für alle wirtschaftlich geführten Einrichtungen zu übernehmen,[108] jedoch entschied sich der Senat, nunmehr alleine eine Trägergesellschaft für die 12 Einrichtungen zu gründen. Die Trägergesellschaft sollte nur noch den Status einer nicht rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts haben, damit aber wesentlich geringere finanzielle und personelle Autonomie als in den bisherigen Konzepten. Investitionen sollten ausschließlich aus laufenden Überschüssen der Einrichtungen, nicht hingegen auf Kredit getätigt werden dürfen.[109] Die Bezirke hätten in ihrer eigenen Trägerschaft Polikliniken und Ambulatorien halten können, jedoch standen ihnen weder Mittel für eine eventuelle Defizitabdeckung, noch Mittel für Investitionen in die Bausubstanz der Immobilien zur Verfügung.

Zum Jahreswechsel 1991/92 – die Gründung der Trägergesellschaft war juristisch noch nicht vollzogen – setzte sowohl in den für die Trägergesellschaft vorgesehenen, wie auch in den weiterhin bezirklichen Einrichtungen eine massive Kündigungswelle ein, in deren Verlauf von den noch rund 6 100 Beschäftigten der Einrichtungen mehr als 2 000 Mitarbeiter ihren Arbeitsplatz verloren.[110] Zwar wurde nach einer Anhörung im Gesundheitsausschuß des Abgeordnetenhauses in letzter Minute die Regelung, daß nur Ärzte über 50 Jahre im Angestelltenverhältnis bleiben durften, aufgrund eines breiten Konsenses unter allen Fraktionen fallengelassen, und die Zahl der Einrichtungen unter dem Trägerkonzept wurde auf 15 erhöht.[111] Dennoch wurden auch mehr als 200 Kündigungen gegenüber Ärzten ausgesprochen (Interview mjw14011), und die Niederlassungszahlen schnellten infolge dieser Entwicklungen in den letzten Wochen des Jahres 1991 in die Höhe und erreichten in den ersten Wochen des Jahres 1992 nahezu eine dem übrigen Beitrittsgebiet vergleichbare Größenordnung.

(laut Interviewaussage) einerseits sein inhaltliches Interesse an einer Mitwirkung verlor, da der vom Gesundheitsressort nunmehr vorgelegte Vorschlag nur noch eine »Abwicklungskonzeption«, hingegen keine »Weiterentwicklungskonzeption« beinhalte (Interview mjw16011), und andererseits argumentierte, bei der nunmehr vorgesehenen Anmietung von Immobilien durch die Trägergesellschaft würde der ASB selbst seine Gemeinnützigkeit gefährden (Arbeitersamariterbund Landesverband Berlin 1991), vermutete die Senatsverwaltung, dem ASB wäre es in erster Linie darauf angekommen, sich durch die Beteiligung an der Trägergesellschaft einen potentiellen Zugriff auf die poliklinischen Immobilien zu sichern (Interview mjw07101).

108 Vgl. Ärzte-Zeitung vom 13./14.12.1991.

109 Vgl. Ärztekammer Berlin (1991a).

110 Vgl. Tagesspiegel vom 18.12.1991.

111 Vgl. Ärzte-Zeitung vom 16.12.1991.

Im Januar 1992 attackierten Ärztekammer und Berliner SPD in einer gemeinsamen Pressekonferenz den CDU-Gesundheitssenator für seine »Schaukelpolitik« in bezug auf die Polikliniken und schlugen vor, daß jeder Bezirk die noch vorhandenen Einrichtungen dezentral in eine Trägergesellschaft überführen, frei-gemeinnützige Partner gewonnen werden und die noch bestehenden Einrichtungen konsequent professionell beraten werden sollten (o.V. 1992). Auch die FDP-Fraktion im Abgeordnetenhaus kritisierte die beabsichtigte, nunmehr ausschließlich landeseigene Trägergesellschaft als einer »anzustrebenden Vielfalt« entgegenstehend (Ärzte-Zeitung vom 4.2.1992). Das Gesundheitsressort bot daraufhin einerseits der Ärztekammer die Übernahme einer Poliklinik in eigene Trägerschaft an[112] (die schließlich aber nicht zustande kam, weil das Ressort wiederum vor der Drohung der KV zurückschreckte, dies sei ein Trägerwechsel, der den Verlust der Zulassung nach sich zöge)[113], entschied sich andererseits aber für eine stärkere Zentralisierung, indem es eine Änderung der Zuständigkeitsverteilung zwischen Bezirken und Hauptverwaltung auf den Weg brachte, nach der die ambulanten Einrichtungen nicht mehr »bezirkseigene Aufgaben«, sondern nur noch im Auftrag des Senates von den Bezirken wahrgenommene Aufgaben sind.[114] Parallel wurde ein »Umwandlungsbeauftragter« eingesetzt, der sich durch sein forsches Auftreten und die Verneinung von Zukunftsperspektiven für die poliklinischen Einrichtungen rasch den Ruf erwarb, »ein ›Totengräber‹ im Senatsauftrag« zu sein.[115] Ein vom Umwandlungsbeauftragten vorgelegtes Papier sah Ende Februar weitere Entlassungen von mehreren Hundert Beschäftigten vor.

Hierzu kam es allerdings nicht mehr: Das Abgeordnetenhaus forderte den Gesundheitssenator im März 1992 vielmehr noch einmal mit einer breiten Mehrheit auf, die Trägerkonzeption nunmehr zu verwirklichen, wozu es zum 1. Juni 1992 dann auch kam. Zum 1. Juli 1993 übernahm die Trägergesellschaft auch die Verwaltung einiger, bislang noch von den Bezirken geführter Einrichtungen (insbesondere: ehemalige »Staatliche Arztpraxen« mit einem ärztlichen Arbeitsplatz), die zum 1. Januar 1994 auch formell in den Träger integriert wurden (Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1993: 4–5). Insgesamt waren damit zum Jahresanfang 1994 in 16 Polikliniken und Ambula-

112 Vgl. Ärzte-Zeitung vom 18.2.1992.
113 Vgl. Ärzte-Zeitung vom 23.6.1992.
114 Vgl. Nr. 25 der 29. Änderungs-Verordnung zur Durchführung des Allgemeinen Zuständigkeitsgesetzes vom 10.3.1992 (GVBl., S. 66–70, hier: S. 67).
115 Tagesspiegel vom 10.2.1992; vgl. auch Ärztliche Praxis vom 7.3.1992.

torien und 14 ehemaligen staatlichen Arztpraxen noch knapp 150 Ärzte tätig (Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1993: 5).[116] Investitionen in die medizinisch-technische Ausstattung durften die Einrichtungen nur dann tätigen, wenn sie sie aus den laufenden Einnahmen erwirtschaften konnten.[117] Für Investitionen in die Bausubstanz standen allerdings Zuschüsse des Landes bereit.[118]

6.2.3 Zwischenergebnis

Ausgangspunkt der Untersuchung der zwei Fallbeispiele »Brandenburg« und »Berlin« war die Überlegung, daß in diesen Ländern anders als im übrigen Beitrittsgebiet die Landesregierungen (zumindest zeitweilig) beabsichtigten, steuernd gegen die erkennbaren »eigendynamischen« Charakteristika des Transformationsprozesses einzuwirken.

Wenn auch in beiden Bundesländern heute im Vergleich zum übrigen Beitrittsgebiet »überproportional« viele Ärzte noch in poliklinischen Beschäftigungsverhältnissen tätig sind und die dort entstandenen »Gesundheitszentren« von den jeweiligen Gesundheitsressorts als »zukunftsweisende« Einrichtungen verstanden werden,[119] so wird doch die Versorgung auch in diesen Ländern seit Anfang 1992 weit überwiegend durch niedergelassene Ärzte sichergestellt: Die ursprünglichen Steuerungsabsichten müssen insoweit als nicht realisiert angesehen werden.

Im Vergleich der beiden Fallbeispiele zeigt sich zunächst, daß der Frage, zu welchem Zeitpunkt eine Steuerungsinitiative lanciert wird, offenbar wesentliche Bedeutung für die Möglichkeit eines Steuerungserfolges zukam: Das Brandenburger Modell wurde (so auch seine Initiatoren)[120] für eine nachhaltige Wirksamkeit in bezug auf das Ziel eines »Stoppens« der raschen

---

116 Teilweise werden in den Polikliniken und Ambulatorien zugleich Apotheken, Heil- und Hilfsmittellieferanten sowie weitere gesundheitsbezogene Leistungen (teilweise von bei der Trägergesellschaft beschäftigten Personen) angeboten.

117 Schreiben der Senatsverwaltung für Gesundheit an den Verfasser vom 30.7.1993.

118 Gegen Bearbeitungsschluß dieser Untersuchung zeichnet sich ab, daß das Land Berlin auf den – wie skizziert – temporär erwogenen Gedanken zurückgreifen will, die in dem Gesundheitlich-Sozialen Zentrum zusammengefaßten poliklinischen Einrichtungen in die Trägerschaft eines frei-gemeinnützigen Trägers (dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband) zu überführen (vgl. Die Welt vom 13.9.1995).

119 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin (1993); Müller (1992).

120 Interviews mjw30091; mew19083; mjw02101; mjw16012.

Auflösung poliklinischer Strukturen zu spät »gestartet«. Zwar hatte das Ministerium seit der Bildung der Landesregierung im November 1990 »Signale« an Träger wie Ärzte ausgesendet, ein konkretes Modell einschließlich Beratungsangebot und finanzieller Hilfen lag jedoch erst ab Anfang März 1991 vor – als die skizzierten eigendynamischen, sich selbst verstärkenden Komponenten des Prozesses auch in Brandenburg schon erheblich gewirkt hatten. »Vor Ort« wurde zudem in nicht wenigen Landkreisen und kreisfreien Städten dadurch Zeit (und dadurch die Gelegenheit zur Implementation des Modells) verloren, daß diejenigen Ärzte (vielfach: die Poliklinikleiter), mit denen im Rahmen der Umstrukturierungsberatung besonders intensive Gespräche geführt wurden, sich plötzlich zur Niederlassung entschlossen. Schließlich erwiesen sich innerhalb einiger Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte auch die Abstimmungsprozesse zwischen dem eine Umstrukturierung nach dem Brandenburger Modell anstrebenden Gesundheitsdezernat und insbesondere dem Finanzdezernat – über die Frage der Herauslösung aus Haushalt und kommunaler Gebäudewirtschaft, aber auch über die Aufbringung des Gründungskapitals für die beiden im Modell vorzusehenden GmbHs – als zeitlich so aufwendig, daß inzwischen große Teile der zunächst unschlüssig gebliebenen Ärzteschaft sich für eine Niederlassung entschieden hatten.[121]

Demgegenüber starteten Magistrats- und Senatsverwaltungen für Gesundheit in Berlin ihre Initiative rechtzeitig: Die im Herbst 1990 den ostberliner Einrichtungen mitgeteilte Garantie einer »Haushaltsfinanzierung« eines eventuellen Defizits für 1991 bei gleichzeitiger Ankündigung eines Verzichts auf Kündigungen konnte dort bewirken, daß trotz der Regelungen des Einigungsvertrages (insbesondere: Zulassungsgarantie nur bis Ende 1995) zum Jahresbeginn 1991 nur vergleichsweise wenige Ärzte in die Niederlassung gingen. Dem stand allerdings gegenüber, daß die anschließend verfolgte Politik höchst widersprüchlich war und im Laufe des Prozesses – wie es die großer Sympathien für den Fortbestand poliklinischer Einrichtungen unverdächtige Ärzte-Zeitung (6./7.12.1991) formulierte – »ein Teil der Ärzte … aus politischen Gründen praktisch in die Niederlassung getrieben« wurde.

In Berlin wie in Brandenburg sollten sich die komplexen Entscheidungsstrukturen als Hemmnisse für einen Steuerungserfolg erweisen: In Brandenburg hatte das Land keine Durchgriffsrechte auf die kommunale Ebene, sondern konnte nur durch Anreize und »Überzeugungsarbeit« versuchen, Kreise

121 Interviews mjw02102; mjw16012.

beziehungsweise kreisfreie Städte zum Engagement im Rahmen des Umstrukturierungsmodells zu gewinnen. Hinzu kam, daß die Administrationen auf der kommunalen Ebene häufig unterschiedliche Interessen verfolgten, von denen das Interesse an der Weiterführung poliklinischer Versorgungsstrukturen oftmals nicht dominierte. In Berlin war zwar die Einflußmöglichkeit des Senates auf die Bezirke deutlich größer als die der brandenburgischen Landesregierung auf die Kommunen, dennoch sollte auch hier die von den Bezirken betriebene »Politik auf eigene Faust« eine rasche Umsetzung des im Sommer 1991 vorgestellten Umstrukturierungskonzeptes beeinträchtigen, während umgekehrt Pläne der Bezirke zur eigenständigen Weiterentwicklung der poliklinischen Strukturen von der Senatsverwaltung behindert wurden. Darüber hinaus waren in Berlin sowohl auf der Ebene des Senats als auch bei den Bezirken Interessengegensätze zwischen den verschiedenen Ressorts sowie zwischen unterschiedlichen gesundheitspolitischen Perspektiven zu überwinden.

In beiden Fallbeispielen zeigte sich schließlich die Ablehnung der Steuerungsinitiativen durch die Ärzteverbände, insbesondere die Kassenärztliche(n) Vereinigung(en), als ein wesentlicher Faktor für die Verhinderung von Steuerungserfolg: In Brandenburg führte die Position der K(B)V (deren Einfluß die Träger der Polikliniken nicht zuletzt im Zusammenhang mit den Abschlagszahlungen erfahren zu haben meinten), daß dem Modell wegen des Datums »1995« keine Zukunft gegeben sei, vielfach dazu, daß Träger von der Implementation einer solchen »Totgeburt« Abstand nahmen und auch viele Ärzte ihr Heil lieber in der Niederlassung suchten. In Berlin trug eine deutlich »militantere« Position der KV Berlin entscheidend zur Verzögerung der Implementation der Trägerkonzeption durch das Gesundheitsressort bei.[122]

122 Gleichwohl ist es sicherlich verkürzt, den »Mißerfolg« der Berliner Konzeption (wie die Ärzte-Zeitung vom 6./7.12.1991) ausschließlich auf ein »Nachgeben« des Senates vor den »Hardlinern der KV« zurückzuführen: Großes Gewicht kam (wie die vorstehenden Analysen deutlich gemacht haben) vielmehr auch den unterschiedlichen Interessen innerhalb der Senatsverwaltung und den Interessendifferenzen zwischen Senat und Bezirken bei.

6.3 Von (zu) späten Rettungsversuchen mit unintendierten Nebenwirkungen: Das Gesundheitsstrukturgesetz und die ostdeutsche ambulante Versorgungsstruktur

Bei der Vorstellung der im Transformationsprozeß relevanten Akteure und ihrer Ressourcen wurde (in Kapitel 4) bereits darauf hingewiesen, daß die ostdeutschen Länder die Möglichkeit hatten, über parteipolitische Verbindungen zur Bundesebene und über den Bundesrat mit dem Einigungsvertrag geschaffene gesundheitspolitische Regelungen zu verändern. Gleiches galt für die parlamentarische Opposition auf Bundesebene, da sie über die von ihr gestellten Landesregierungen über eine Mehrheit im Bundesrat verfügte. Die von ostdeutschen Bundesländern und parlamentarischer Opposition auf Bundesebene mit dem Gesundheitsstrukturgesetz Ende 1992 bewirkten Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die ostdeutsche ambulante Versorgungsstruktur sollen in diesem Abschnitt untersucht werden.

6.3.1 Initiativen im Vorfeld des Gesundheitsstrukturgesetzes

Die westdeutsche SPD hatte zwar – wie in Abschnitt 5.1 festgestellt – im Vorfeld der Volkskammerwahlen vom März 1990 einen eigenen sozial- und gesundheitspolitischen Forderungskatalog für die Verhandlungen zwischen beiden deutschen Staaten vorgelegt, konnte sich damit jedoch nicht durchsetzen und machte zudem keine Anstalten, den Einigungsvertrag etwa wegen ihrer abweichenden gesundheitspolitischen Vorstellungen scheitern zu lassen. Erst im Juli 1991 (als der Prozeß der Erosion der poliklinischen Einrichtungen – wie gesehen – bereits weit fortgeschritten war) startete die SPD-Bundestagsfraktion, weitgehend auf Veranlassung der Sozial- und Gesundheitsministerin von Brandenburg (Interview mew19083), wieder eine größere Initiative, in der sie die Bundesregierung dazu aufforderte, »aus den negativen Erfahrungen in beiden Teilen Deutschlands«[123] mit der ambulanten Versorgung Konsequenzen hinsichtlich der Entwicklung zukunftsträchtiger Versorgungsformen zu ziehen.

Konkret schlugen die Sozialdemokraten vor, der Bund solle zum einen im Beitrittsgebiet »Modellprogramme für die Umstrukturierung von Poliklini-

123 Presseerklärung »Entscheidungshilfen für die Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung schaffen« der SPD-Bundestagsfraktion vom 17.7.1991: 3.

ken in integrierte Gesundheitszentren« einführen und hierzu »für den Wissenstransfer bei organisatorisch-verwaltungstechnischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen« jährlich 8,5 Millionen DM bereitstellen. Zum anderen sollten in einer wissenschaftlichen Begleitforschung Einzelpraxen, Gruppenpraxen, »gemischte« Gesundheitszentren (mit angestellten und niedergelassenen Ärzten) und »reine« Polikliniken (nur mit angestellten Ärzten) auf ihre jeweilige Wirtschaftlichkeit untersucht werden. Im Haushaltsausschuß des Deutschen Bundestages konnten sich die Sozialdemokraten hiermit jedoch nicht durchsetzen (Interview mew19083).

Bestrebungen auf der Bundesebene zur Veränderung von Rahmenbedingungen in bezug auf die ambulante Versorgungsstruktur in Ostdeutschland entwickelten sich auch hinsichtlich der Krankenhausfachambulanzen: Es wurde bereits (in Abschnitt 6.1) gezeigt, daß der BMG (anders als der bis Mitte Januar 1991 zuständige BMA) die »Zulassungsgarantie« nicht generell auf Krankenhausfachambulanzen erstreckt wissen wollte, sondern nur auf Fachambulanzen von Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft, jedoch diesbezüglich keinen gesetzlichen Klarstellungsbedarf sah. Die KBV lehnte allerdings auch diese engere Interpretation ab und beharrte auf ihrer Rechtsposition: »Krankenhausfachambulanzen jedweder Trägerschaft sind vom Anwendungsbereich des § 311 Abs. 2 SGB V ausgenommen.«[124] Entsprechend verwiesen die ostdeutschen KVen die kirchlichen Fachambulanzen auf die Möglichkeit, Ermächtigungsanträge zu stellen (Interview mjw24021).

Vertreter der Kirchen bemühten sich daraufhin, politische Partner für eine Gesetzesänderung zu gewinnen, und erreichten, daß das Land Sachsen-Anhalt eine entsprechende Bundesrats-Initiative startete (Interview mjw20081). Während Sachsen-Anhalt beabsichtigte, ausschließlich die kirchlichen Krankenhausfachambulanzen in die gesetzliche »Zulassungsgarantie« einzubeziehen (Interview mjw20081), hatte das Land Berlin aufgrund einiger ambulanter Spezialeinrichtungen in Trägerschaft des Landes, die ebenfalls unter der restriktiven Ermächtigungspolitik der dortigen KV »litten«, ein Interesse daran, auch andere als kirchliche Fachambulanzen einzubeziehen (Interview mjw30091). Daraufhin verständigten sich die beteiligten Länder auf einen Kompromiß,[125] der schließlich auch am 19.12.1991 einstimmig als Gesetzentwurf des Bundesrates beschlossen wurde:[126] Danach sollte der *Wortlaut* des § 311 Abs. 2 SGB V dahingehend geändert werden, daß *alle* Fachambu-

124 Schreiben der KBV an den BMG vom 1.8.1991 (liegt dem Verfasser vor).
125 Vgl. Bundesratsdrucksache 726/2/91.
126 Bundesratsdrucksache 726/91 (Beschluß).

lanzen in die gesetzliche Zulassungsgarantie einbezogen werden würden;[127] hingegen wurde in der *Begründung* zu diesem Gesetzentwurf lediglich auf die *kirchlichen* Fachambulanzen abgestellt.[128]

Diese Gesetzesinitiative des Bundesrates wurde von der niedergelassenen Kassenärzteschaft heftig kritisiert: In einer gemeinsamen Erklärung sprachen die KV-Vorsitzenden des Beitrittsgebietes davon, die Länder wollten »das System freiberuflicher Tätigkeit zerstören«;[129] zum einen, da der Wettbewerb zwischen Krankenhausambulanzen, deren Investitionen nach dem dualen System der Krankenhausfinanzierung getragen würden, und niedergelassenen Ärzten, die die Investitionen aus ihren Honoraren finanzieren müßten, verzerrt wäre, zum zweiten, da dies »den unkontrollierten Zugang stationär tätiger Ärzte zur ambulanten Versorgung« bedeute, und schließlich, da es »auf Dauer auch keine Begründung [gibt], diese Neukonstruktion auf die neuen Bundesländer zu beschränken«.

Zwar hatte offensichtlich auch der Bundeskanzler den Kirchen gegenüber zwischenzeitlich signalisiert, für deren Fachambulanzen eine Rechtsänderung zu unterstützen,[130] die Regierungskoalition unternahm zunächst jedoch keine Anstalten, eine Beratung der vom Bundesrat eingebrachten Gesetzesinitiative zu forcieren. Kurze Zeit später stand nämlich das geplante »Gesundheitsstrukturgesetz« eindeutig im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik.

6.3.2 Der Kompromiß von Lahnstein

Kurz nach Amtseinführung von Bundesgesundheitsminister Seehofer, der Anfang Mai 1992 Frau Hasselfeldt ablöste, hatte eine Koalitionsarbeitsgruppe von CDU, CSU und FDP in mehreren Klausurtagungen[131] (am Nürburgring) ein Konzept für ein Spar- und Reformkonzept mit relativ weitgehenden

---

127 Vgl. Art. 2 Nr. 4 des Gesetzentwurfes des Bundesrates.

128 Vgl. Begründung zu Art. 2 Nr. 4 des Gesetzentwurfes des Bundesrates.

129 Zit. nach Ärzte-Zeitung vom 10.3.1992 und Ärztliche Praxis vom 21.3.1992.

130 Vgl. Medical Tribune vom 26.6.1992.

131 Zum Procedere auf dem Weg zum Gesundheitsstrukturgesetz vgl. etwa Perschke-Hartmann (1993, 1994: 257–282); Manow (1994b). Der Verfasser dankt Philip Manow für die Bereitschaft, bei im Rahmen seiner Arbeiten zum GSG durchgeführten Interviews mit Beteiligten auch den Themenkomplex der Entstehung der Regelungen zur ambulanten Versorgung in Ostdeutschland anzusprechen und ihm die Protokolle dieser Interviews zur Verfügung zu stellen. Im übrigen dankt der Verfasser einem Teilnehmer an den Lahnsteiner Verhandlungen, der ihn in den Wochen nach Lahnstein jeweils mit den neuesten »Diskussions-« und »Vorentwürfen« zum GSG »versorgte«.

Vorstellungen[132] vorgelegt, das seitdem die gesundheitspolitischen Diskussionen beherrschte.

Nachdem die Koalition aufgrund der Ankündigung der SPD, jenes Maßnahmenpaket – welches noch keine Regelungen zur ambulanten Versorgungsstruktur in Ostdeutschland enthielt – mit ihrer Mehrheit im Bundesrat scheitern zu lassen, zunächst beabsichtigte, das Paket durch »Aufspaltung« der Regelungen in einen die zustimmungspflichtigen (von der SPD in erheblichen Teilen auch tragbaren) »Strukturänderungen« beinhaltenden Entwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes[133] und einen insbesondere die nichtzustimmungspflichtigen (und von der SPD abgelehnten) Zuzahlungsregelungen beinhaltenden Entwurf einer dritten SGB V-Novelle[134] durchzusetzen, einigten sich Regierungsfraktionen und SPD-Opposition/SPD-regierte Bundesländer noch vor dem demonstrativen Scheitern der Entwürfe in der 1. Lesung im Bundesrat, in erneuten Klausurberatungen (in Lahnstein) den Bereich möglicher Übereinstimmungen auszuloten. Am Ende dieser Klausurberatungen und der anschließenden Nachverhandlungen stand ein Kompromißpaket, bei dem sich nicht nur die SPD in relativ hohem Umfang durchsetzen konnte und das insgesamt die Regelungsreichweite der bisherigen Koalitionsvereinbarung noch einmal erheblich ausweitete[135] und damit vielfältige »Durchbrüche in interessenpolitisch blockierten Sperrzonen« mit sich brachte (Griesewell 1993: 48), sondern auch für die – hier interessierende – ambulante Versorgungsstruktur in Ostdeutschland wesentliche Neuregelungen enthielt.

Bezüglich der ambulanten Versorgungsstruktur in Ostdeutschland hatten sich die Verhandlungsteilnehmer der SPD-Bundestagsfraktion und der SPD-regierten Länder – in erster Linie auf Initiative des in Lahnstein teilnehmenden Staatssekretärs im Brandenburger Sozialministerium – im Vorfeld von

---

132 Etwa in bezug auf die Budgetierung von Honoraren und Vergütungen in den unterschiedlichen Leistungsbereichen, die Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips im Krankenhaus durch differenzierte Entgelte oder die Zulassungsbeschränkungen für Kassenärzte ging das Paket wesentlich über »traditionelle« Kostendämpfungsmaßnahmen hinaus, während die geplanten erhöhten Patientenselbstbeteiligungen im Krankenhaus, bei den Arzneimitteln und den Fahrtkosten bisherige Politik fortsetzten.

133 Vgl. BT-Drucks. 12/3209.

134 Vgl. BT-Drucks. 12/3210.

135 Dies gilt etwa für die Ermächtigung für Krankenhäuser, ambulant zu operieren und vor- und nachstationär tätig zu werden, für die »Regionalisierung« der Vertragsbeziehungen der Ersatzkassen zu den Kassenärzten, für die Einführung einer »Positivliste« für Arzneimittel sowie für den Ausbau der Kassenwahlfreiheit und die Einführung eines kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs.

Lahnstein darauf verständigt, den Fortfall der Begrenzung der »Zulassungsgarantie« für poliklinische Einrichtungen Ende 1995 zu fordern.[136] Diese Forderung konnten sie in Lahnstein durchsetzen, so daß es in dem aus dieser Klausurtagung hervorgehenden Konsenspapier heißt: »Die am 1.10.1992 bestehenden ärztlich geleiteten Einrichtungen in den neuen Bundesländern bleiben für die Zeit nach 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen.«[137]

Offen geblieben war bei den Verhandlungen in Lahnstein, inwieweit mit den »ärztlich geleiteten Einrichtungen« auch Fachambulanzen gemeint waren: Enthielt ein am 16.10.1992 vorgelegter »1. Diskussionsentwurf« des Ministeriums hierzu noch keine Regelung, so notierte ein zeitgleich für die laufenden Nachverhandlungen nach Lahnstein gefertigtes Papier des BMG über weiteren Diskussionsbedarf, daß die Koalition diese Regelung auf kirchliche Fachambulanzen (und zwar *nur* auf diese) erstreckt wissen wollte, während die SPD in erster Linie die nichtkirchlichen Fachambulanzen einbezogen wissen wollte.[138] Ende Oktober schien sich zunächst die SPD durchgesetzt zu haben, denn im »Vorentwurf« vom 30.10.1992 waren zwar die »diabetologischen, nephrologischen, onkologischen und rheumatologischen Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag« den Polikliniken gleichgestellt und damit unbefristet zur Versorgung zugelassen worden, jedoch war von den kirchlichen Fachambulanzen keine Rede. Bis zum Einbringen des gemeinsamen Gesetzentwurfes der drei beteiligten Fraktionen (5.11.1992) konnten die Koalitionsvertreter allerdings dann noch erreichen, daß die kirchlichen Fachambulanzen zumindest bis Ende 1995 (und damit weniger weitgehend als die unbefristet zugelassenen Fachambulanzen mit Dispensaire-Auftrag) zur Versorgung zugelassen wurden.[139]

Nicht diskutiert worden war in Lahnstein über die Frage des Stimmenanteils der (nunmehr über 1995 hinaus zugelassenen) Poliklinikärzte in den KVen (Interview mjw17031). Hier konnten sich CDU und FDP in den Nachverhandlungen mit der Position durchsetzen, daß die (zu einer Zeit, in

---

136 Interviews mjw27121; mjw17031.

137 »Eckpunkte für den Entwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes der Fraktionen CDU/CSU, SPD und FDP«. Pressemitteilung des BMG Nr. 117 vom 9.10.1992: 10.

138 Papier dem Verfasser von einem Teilnehmer der Lahnstein-Tagung zur Einsicht überlassen.

139 Vgl. § 311 Abs. 2 Satz 2 SGB V i.d.F.d. GSG. Im Herbst 1995 brachten die ostdeutschen Länder im Bundesrat einen Gesetzentwurf mit dem Ziel ein, das »Ende« der kirchlichen Fachambulanzen zum Jahresende 1995 zu verhindern, was ihnen jedoch nicht mehr umfassend gelang. Mit dem Sechsten SGB V-Änderungsgesetz vom 19.12.1995 (BGBl. I, S. 1987 konnten sie lediglich einen »weichen« Übergang dieser Fachambulanzen in die Niederlassung bewirken.

der noch über 95 Prozent der Ärzte im Angestelltenverhältnis waren, beschlossene, im Einigungsvertrag bis 1995 festgeschriebene) jeweils hälftige Besetzung der Organe der KV (Vorstand und Vertreterversammlung) mit niedergelassenen und angestellten Ärzten angesichts der Tatsache, daß nunmehr über 95 Prozent der Ärzte niedergelassen waren, den tatsächlichen Verhältnissen widerspräche: Vereinbart wurde, daß die Polikliniker künftig nur noch entsprechend ihres Anteils an den ambulant tätigen Ärzten in den Organen vertreten sein sollten.[140] Auch wurde die Regelung gestrichen, daß in den Zulassungsausschüssen auf der ärztlichen Seite niedergelassene Ärzte und poliklinisch tätige Ärzte in gleicher Zahl repräsentiert sein müssen.[141]

6.3.3 Unbeabsichtigte Nebenwirkungen der Bedarfsplanungsregelung

Bereits das Maßnahmenpaket, auf das sich CDU, CSU und FDP in der ersten Phase der Beratungen zum Gesundheitsstrukturgesetz verständigt hatten, sah verschärfte Regelungen zur Begrenzung der Zahl der zugelassenen Ärzte beziehungsweise Zahnärzte vor, die durch das in Lahnstein mit der SPD ausgehandelte und schließlich beschlossene Gesetz im wesentlichen übernommen wurden:[142] Danach hat der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen einen Zulassungsbezirk für Neuzugänge von Ärzten eines Fachgebietes (sowohl für Niederlassungen als auch für ambulante Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis bei einem niedergelassenen Arzt oder bei einer poliklinischen Einrichtung) zu sperren, wenn er hinsichtlich der Ärzte dieses Fachgebietes »überversorgt« ist – die bisherige Regelung, wonach mindestens 50 Prozent der Zulassungsbezirke nicht gesperrt werden durften, wurde hierbei fallengelassen. Eine »Überversorgung« ist hierbei anzunehmen, wenn ein – anhand der tatsächlichen Arzt-Patienten-Relationen zum Stand vom 31.12.1990 ermittelter – sogenannter »allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad« um mehr als 10 Prozent überschritten ist. Das GSG enthielt eine Übergangsregelung, nach der einem Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt, der bis zum 31.1.1993 gestellt und auf den hin die Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt bis zum 1.10.1993 auch tatsächlich aufgenommen wurde, auch

140 § 311 Abs. 4 Buchst. c) SGB V i.d.F.d. GSG.
141 Streichung von § 311 Abs. 8 SGB V durch das GSG.
142 §§ 101 bis 104 SGB V i.d.F.d. GSG.

dann zu entsprechen war, wenn nach dem 1.1.1993 für den entsprechenden Zulassungsbezirk Zulassungsbeschränkungen angeordnet wurden.[143]

Nicht thematisiert worden waren in Lahnstein und den Nachverhandlungen die Auswirkungen der verschärften Bedarfsplanungsregelung auf mögliche Niederlassungsabsichten von bislang in poliklinischen Einrichtungen tätigen angestellten Ärzten (Interview mjw17031): Nach dem Wortlaut der im GSG formulierten Regelungen würden die Zulassungssperren auch gegenüber niederlassungswilligen Ärzten aus Einrichtungen gelten, sofern der Niederlassungsantrag nach dem 31.1.1993 gestellt worden wäre. Unter jenen zu diesem Zeitpunkt noch an poliklinischen Einrichtungen tätigen (insbesondere: jüngeren) Ärzten, die sich über eine mögliche spätere Niederlassung noch unschlüssig waren, entstand – zumal Ärzteverbände und KVen (wie in Abschnitt 4.4 berichtet) bereits in der Vergangenheit verschiedentlich auf möglicherweise zu erwartende Zulassungssperren hingewiesen hatten – offenbar in nicht wenigen Fällen der Eindruck, »sicher« sei die Chance, sich niederlassen zu können, nur bis zum 31.1.1993, worauf entsprechende Anträge auf Niederlassung gestellt wurden (Interview mjw30091). Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen entschied sich allerdings, in der im März 1993 verabschiedeten Bedarfsplanungs-Richtlinie[144] eine Regelung vorzusehen, nach der »aufgrund des Strukturwandelgebotes des § 311 Abs. 10 SGB V« auch nach dem 31.1.1993 Niederlassungen von Ärzten aus Einrichtungen auch bei im übrigen bestehenden Zulassungsbeschränkungen zuzulassen sind, sofern die Einrichtung aufgelöst wird oder die Ärzte sie in eine Gemeinschaftspraxis umwandeln oder der niederlassungswillige Arzt bereits vor dem 1.1.1990 in einer Einrichtung als Facharzt tätig war.[145]

Neuanstellungen in Polikliniken gehen nach dieser Regelung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie damit allerdings insoweit ein Risiko ein, als sie diese Entscheidung später nur dann durch individuelle Entscheidung zugunsten der Niederlassung revidieren können, wenn der entsprechende Bereich nicht durch Zulassungsbeschränkungen gesperrt ist. Seit dem GSG sind im Beitrittsgebiet dennoch vereinzelt wieder Neuanstellungen in poliklinischen Einrichtungen zu verzeichnen gewesen.[146] Hierbei zeigte sich allerdings, daß

143 Art. 33 § 3 GSG.
144 Vgl. Bundesanzeiger Nr. 110a vom 18.6.1993.
145 Vgl. Nr. 39 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte.
146 Die Antworten der ostdeutschen AOK-Landesverbände vom Juli 1994 auf eine entsprechende Anfrage des Verfassers zeigen, daß es bis zu diesem Zeitpunkt offenbar nur in Brandenburg und Berlin zu solchen Neueintritten in ein poliklinisches Beschäftigungsverhältnis gekommen ist.

die durch das GSG getroffene Neuregelung wiederum »Interpretationslükken« geschaffen hat, die restriktiv auszulegen die KVen bemüht sind: Hatte der 1. Diskussionsentwurf zum GSG nach Lahnstein formuliert: »werden … die … am 1.10.1992 bestehenden … Gesundheitseinrichtungen … kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen,« so wurde dies in den Folgewochen dahingehend geändert, daß »die … Gesundheitseinrichtungen … zugelassen [sind], *soweit* sie am 1.10.1992 noch bestanden.«[147] Hatte die KBV in einem Rundschreiben an die KVen im April 1993 noch die Auffassung vertreten, daß durch diese Regelung »der Umfang des mit einem Dauerzulassungsstatus versehenen *Kreises* von kommunalen, staatlichen und frei-gemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen« festgelegt ist[148] (also zugelassene von nicht zugelassenen Einrichtungen getrennt werden sollen), so interpretierten die KVen diese Regelung zwischenzeitlich in der Weise, daß durch den Begriff »soweit« festgeschrieben sei, daß der personelle *Umfang* am 1.10.1992 an Einrichtungen nicht überschritten werden dürfe. Dies bedeute insbesondere auch, daß poliklinische Einrichtungen in keiner Fachrichtung mehr Ärzte beschäftigen dürften als am 1.10.1992 – in Fällen, in denen eine Fachrichtung in einer Einrichtung am 1.10.1992 nicht vertreten war, dürfe die Einrichtung daher auch keinen Anstellungsvertrag mit einem Arzt dieser Einrichtung schließen.

Da aufgrund des Einbezugs der Arztzahlen in poliklinischen Einrichtungen in die Bedarfsplanungsregelung das seit dem GSG geltende Recht vorsieht, daß die Neuanstellung eines Arztes in einer Einrichtung der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf[149] und dort ein Antrag bei Stimmengleichheit als abgelehnt gilt,[150] können die KVen auch dann, wenn die Krankenkassen diese Rechtsauffassung nicht teilen, den Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung solcher Ärzte ablehnen. Bislang ist allerdings erst ein Fall einer Neuanstellung (in Brandenburg) aufgetreten, in dem diese Fallkonstellation vorlag. Das Gesundheitszentrum hat gegen den Ablehnungsbescheid

147 § 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.d.F.d. GSG (Hervorhebung d. Verf.).

148 Schreiben der KBV an die KVen »Anwendungsfragen des § 311 Abs. 2 SGB V i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes« vom 5.4.1993: 2 (Hervorhebung d. Verf.).

149 § 311 Abs. 2 Satz 6 u. 7 SGB V i.d.F.d. GSG. Die Genehmigung *ist* danach zu erteilen, wenn der Arzt die persönlichen Voraussetzungen (wie – seit 1.1.1994 – abgeschlossene Weiterbildung) erfüllt und – sofern die Einrichtung in einem Bezirk mit Zulassungsbeschränkungen liegt – wenn sonst der zum 1. Oktober 1992 existierende Bestand an Ärzten unterschritten würde.

150 § 96 Abs. 2 Satz 7 SGB V.

des Zulassungsausschusses den Rechtsweg beschritten[151] – der Facharzt hat sich inzwischen allerdings in freier Praxis niedergelassen (da er bis zum Ende des Rechtsstreites kein Beschäftigungsverhältnis an der Poliklinik beginnen konnte).[152]

6.3.4 Zwischenergebnis

Die hohe Dynamik im Transformationsprozeß des ambulanten ostdeutschen Gesundheitswesens führte (wie gesehen) dazu, daß bereits Ende 1991 die Versorgung weit überwiegend durch niedergelassene Ärzte gesichert wurde, während die Versorgung durch Polikliniken überwiegend marginalisiert und auch die Versorgungsbeteiligung durch Krankenhausambulanzen deutlich rückläufig war. Die in diesem Abschnitt untersuchten »Rettungsversuche« durch eine Veränderung bundesgesetzlicher Regelungen, die zum Jahresbeginn 1993 in Kraft traten, waren daher hinsichtlich einer Wirkung im Sinne einer »Gegensteuerung« in quantitativer Hinsicht als »zu spät« zu qualifizieren. Sie ermöglichten allerdings (wenn davon abgesehen wird, daß durch das zeitweise ungeklärte Zusammenspiel mit der neuen Bedarfsplanungsregelung temporäre Unsicherheit bewirkt wurde, die dazu führte, daß einige Ärzte sich noch kurzfristig zur Niederlassung entschlossen) eine größere Sicherheit für die zu jener Zeit noch in den Einrichtungen befindlichen Beschäftigten und damit eine sozialverträglichere Abwicklung der noch bestehenden Rumpfpolikliniken.

Durch die Entfristung der »Zulassungsgarantie« für poliklinische Einrichtungen sind auch neue Beschäftigungsverhältnisse theoretisch möglich geworden und finden tatsächlich (wenn auch noch in kleiner Zahl) statt. Ebenso ist aufgrund der zeitlich unbefristeten Zulassung von Krankenhausfachambulanzen mit Dispensaireauftrag davon auszugehen, daß die Versorgung durch diese Einrichtungen auf längere Sicht in begrenztem Umfang ein Charakteristikum der ostdeutschen Versorgungsstruktur bleiben wird.

---

151 In den ersten zwei Instanzen hat das Gesundheitszentrum diesen Prozeß gewonnen (vgl. Urteile des Sozialgerichtes Potsdam vom 28.9.1994, Az.S 1 Ka 29/94 und des Landessozialgerichtes für das Land Brandenburg vom 13.6.1995, Az. L 5 Ka 3/94). Die KV ist in Revision vor das Bundessozialgericht (BSG) gegangen.

152 Telefonische Auskunft der AOK Brandenburg.

Kapitel 7

Der Transformationsprozeß des ostdeutschen ambulanten Gesundheitssystems als Ergebnis einer Mehrarenen-Akteurkonstellation – ein zusammenfassender Erklärungsversuch

In diesem abschließenden Kapitel sollen noch einmal einige wesentliche empirische Feststellungen dieser Arbeit aufgegriffen und die in den einzelnen Abschnitten entwickelten Stränge zu einem Erklärungsmodell der Dynamik des Transformationsprozesses zusammengefaßt werden.

Die empirische Untersuchung begann (in Kapitel 2) mit der Feststellung eines »Durchschlagens« der gesellschaftspolitischen Unterschiede zwischen Bundesrepublik und DDR auf das ambulante Gesundheitswesen: In Ostdeutschland wurde nach 1945 – einerseits auf Reformüberlegungen wie vereinzelt praktizierten Organisationsmodellen der gesundheitlichen Versorgung der Weimarer Republik aufbauend, zum anderen aber wesentliche Elemente des sowjetischen Modells der gesundheitlichen Versorgung übertragend – zielstrebig (wenn auch nicht immer gradlinig) ein System der ambulanten Versorgung durch »territoriale« und »betriebliche« Polikliniken sowie durch ein dichtes Netz von Fachambulanzen an Krankenhäusern mit jeweils angestellten Ärzten aufgebaut und die Versorgung durch niedergelassene Ärzte systematisch marginalisiert. Demgegenüber konnten sich im Nachkriegs-Westdeutschland diejenigen Kräfte durchsetzen, die an die zum Ende der Weimarer Republik und zum Beginn der NS-Zeit geschaffenen Versorgungsstrukturen, die insbesondere durch den monopolartigen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen und die ihnen angeschlossenen niedergelassenen, freiberuflichen Ärzte gekennzeichnet waren, anknüpfen wollten. Zum Zeitpunkt der Wende in der DDR unterschieden sich die ambulanten Versorgungssysteme daher erheblich bezüglich ihrer Steuerung, der Sicherstellung und der Träger der Versorgung, der Finanzierung und der institutionellen Verankerung der Verzahnung des ambulanten Sektors mit den übrigen Versorgungsbereichen.

Während die meisten Beteiligten noch Ende 1990 der Auffassung waren, die Unterschiedlichkeit der Versorgungsstrukturen könne allenfalls auf mitt-

lere Sicht überwunden werden (vgl. beispielhaft die Zitate in Abschnitt 1.1), war die tatsächliche Entwicklung demgegenüber von einer erheblichen Dynamik in Richtung auf eine Angleichung an das westdeutsche System gekennzeichnet (vgl. zu Einzelheiten Kapitel 3). Die Ursachen dieser Dynamik rückten in den Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung.

Hierbei zeigte sich, daß eine dem empirischen Gegenstand angemessene Erklärung berücksichtigen muß, daß nicht nur unterschiedliche Typen von Akteuren (korporative Akteure, individuelle Akteure, aggregierte Akteure; vgl. hierzu Abschnitt 1.1), sondern auch unterschiedliche – im folgenden als »Arenen« bezeichnete (Benz 1993b: 153) – aufgabenspezifische »Interaktionszusammenhänge« dieser Akteure, die nur teilweise personell miteinander verflochten sind, im Prozeßverlauf aktiviert wurden: Als für das Prozeßergebnis relevant identifiziert wurden die Arena der zwischenstaatlichen Verhandlungen zwischen Bundesrepublik und DDR, die der bundesdeutschen gesundheitspolitischen Gesetzgebung, die Arena der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Krankenkassenverbänden und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, die Arena der Bundesadministration, die Arenen der Landespolitiken und schließlich die Arenen der kommunalen und betrieblichen Polikliniken mit den an ihnen beteiligten Akteuren (Träger, Ärzte, Patienten).

Für den Verlauf des Transformationsprozesses sind teilweise sequentielle, teilweise parallele Entwicklungen in diesen unterschiedlichen Arenen und insbesondere Interdependenzen zwischen den Entwicklungen in diesen Arenen von Bedeutung. Zugleich sind hierdurch unterschiedliche Grundformen sozialer Handlungskoordination angesprochen:[1] Verhandlungen (etwa in der zwischenstaatlichen Arena oder in der gemeinsamen Selbstverwaltung) ebenso wie hierarchische Entscheidungen (etwa im Verhältnis der Poliklinikträger zu dem Poliklinikpersonal) oder einseitige Anpassungen (etwa der Ärzte oder Poliklinikträger an die getroffenen gesetzlichen Regelungen).

Diese Parallelitäten und Interdependenzen bedeuten forschungsstrategisch, daß die Konzentration auf *einen* zentralen Antriebsfaktor der Dynamik und das damit verbundene Handlungsfeld nicht ausreicht, die empirische Untersuchung vielmehr verschiedene Arenen und Handlungsstränge einbeziehen muß.[2] Daher war es erforderlich, mehrere Erhebungsinstrumente

1 Vgl. eine Analyse von Grundformen der sozialen Handlungskoordination etwa bei Scharpf / Mohr (1994: 8–22).

2 Vgl. zu diesem Problem der Erklärung »kurzfristiger dynamischer Vorgänge« auch Mayntz (1987: 31).

(unter anderem Experteninterviews und Aktenstudium für die Entwicklungen in den Arenen der staatlichen und Selbstverwaltungsakteure; Umfragedaten für die Entwicklungen bei den individuellen Ärzten) einzusetzen.

Zugleich bedeutet die Tatsache, daß unterschiedliche Grundformen sozialer Handlungskoordination für den Prozeßverlauf relevant waren, auch, daß für die Analyse der Interdependenzen und Wirkungsmechanismen nicht nur ein einziger theoretischer Ansatz zugrunde gelegt werden kann (vgl. etwa Mayntz/Scharpf 1995a: 62–65).

7.1 Wirkungsketten im Transformationsprozeß

»Träger« der Transformation waren die ostdeutschen, bislang in den Polikliniken ambulant tätigen Ärzte – deren individuelle (aus Abwägungen der relativen Vorteilhaftigkeit[3] resultierende) Entscheidungen zur Übernahme oder Nicht-Übernahme der (bezogen auf das Gebiet der DDR/neuen Länder) »Innovation« des Organisationsmodells »Niederlassung« führten in ihrer Aggregation zum Muster des beobachteten Transformationsprozesses. Die Untersuchung konnte (in Kapitel 4) zeigen, daß es (bereits) für die Situation wenige Monate nach Fall der Mauer nicht (mehr) möglich war, die ostdeutschen Ärzte in bezug auf die potentielle Niederlassung als einen »einheitlichen« Akteur zu modellieren: Vielmehr erwies es sich für das frühe Frühjahr 1990 als sachgerecht, mehrere »Ärzte-Typen« zu identifizieren, die sich hinsichtlich einer möglichen individuellen Niederlassungsabsicht deutlich voneinander abhoben. Hinter diesen Unterschieden verbergen sich vielschichtige individuelle Kognitionen und Emotionen, in die teilweise die individuellen Beurteilungen der relativen Leistungsfähigkeit des bisherigen Gesundheitssystems im Vergleich zum westdeutschen Gegenstück, teilweise unterschiedliche Wunschvorstellungen bezüglich der individuellen Arbeitsorgani-

3 Wie in Abschnitt 1.1 ausgeführt, soll hier noch einmal darauf hingewiesen werden, daß die »Abwägung der relativen Vorteilhaftigkeit« mit dem engen Kosten-Nutzen-Kalkül, das Ansätzen der Rational-Choice-Theorie zu eigen ist, wohl nur unzureichend erfaßt werden kann, vielmehr erst eine Verbindung von Kognitionen und Emotionen eine angemessene Interpretation menschlichen Entscheidungsverhaltens erlaubt (Scheff 1992; Etzioni 1992; Badura 1994b). Daß bei den ostdeutschen Ärzten im Zusammenhang mit der Poliklinik-Frage in erheblichem Umfang Gefühle (Angst und Wut, resultierend in Streß, aber auch Glück und Erleichterung) aktiviert wurden, hat der Verfasser in zahlreichen Interviews erfahren (vgl. auch bereits für das Frühjahr 1990 Wilhelm et al. 1993).

sation, teilweise aber auch bereits unterschiedliche Erwartungen, welche Organisationsform ärztlicher Tätigkeit in Ostdeutschland künftig realistische Chancen haben würde, individuelle Zukunftsängste etc. einflossen.

Wenn auch die ambulant tätige Ärzteschaft im frühen Frühjahr 1990 nicht als einheitlicher Akteur modelliert werden konnte, so zeigte sich auf der anderen Seite doch, daß in dieser Phase nur eine kleine Minderheit von rund 10 Prozent der Ärzte (die »entschlossen Niederlassungswilligen«) die Innovation »Niederlassung« definitiv zu übernehmen beabsichtigte und diese Gruppe sich zumeist auch für einen mehr oder weniger raschen Abbau der poliklinischen Versorgungsstrukturen aussprach. Deutlich mehr als die Hälfte der Ärzte war relativ unentschlossen (es wurden jeweils rund die Hälfte von ihnen als »bedingte Niederlassungswilige« und »bedingte Polikliniker« charakterisiert) und trat (wenn überhaupt) überwiegend für einen nur allmählichen Abbau der poliklinischen Versorgungsstruktur ein. Rund ein Viertel der Ärzte war fest entschlossen, weiter poliklinisch tätig zu bleiben (sie wurden deswegen als »entschlossene Polikliniker« charakterisiert), und stand auch einer nur langsamen Verringerung des poliklinischen Versorgungsanteiles überwiegend skeptisch gegenüber.[4]

Gegenüber dieser »Ausgangssituation« war dann zunächst im Jahresverlauf 1990 eine rasche Zunahme in der Übernahmebereitschaft der Innovation »Niederlassung« festzustellen, die nach Einführung der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages in einer hohen, rasch wachsenden Zahl von Niederlassungen mündete, so daß schließlich schon

4 Ein Gutachter zu einer früheren Veröffentlichung aus dem Projektzusammenhang schlug – anknüpfend an die Arbeiten von T. Kuran (1987, 1987a, 1989) über »Präferenz-Falsifikation« – eine alternative Interpretation vor, nach der die von den Ärzten in der ersten Phase nach dem Fall der Mauer mehrheitlich öffentlich bekundeten Präferenzen (»public preferences« in der Terminologie von Kuran) zugunsten des Verbleibes in den Polikliniken nicht ihren »eigentlichen« Präferenzen (»private preferences« bei Kuran) – nämlich zugunsten der Niederlassung – entsprochen hätten. In den Modellen Kurans kommt die mehrheitliche Artikulation von von den privaten Präferenzen abweichenden »öffentlichen« Präferenzen dann zustande, wenn die Akteure befürchten, bei einer öffentlichen Artikulation ihrer »privaten« Präferenzen sozial sanktioniert zu werden. Da sich die vorliegende Analyse allerdings in erster Linie auf anonymisierte schriftliche Ärzte-Befragungen (Befragung im Bezirk Halle) stützt, bei denen es zudem – da (für die Befragten erkennbar) west- wie ostdeutsche Institutionen an ihrer Durchführung beteiligt waren – nicht anzunehmen ist, daß die Befragten von einer einschlägigen Präferenz der durchführenden Institution ausgingen, an die sich anzupassen angezeigt sein könnte, erscheint es eher unwahrcheinlich, daß die deutlichen Mehrheiten für einen Verbleib in den Polikliniken auf den Effekt einer solchen »Präferenz-Falsifikation« zurückzuführen sind.

Ende 1991 rund 80 Prozent aller vormals poliklinisch tätigen Ärzte in der Niederlassung waren (vgl. Kapitel 3).

Für diesen – das dynamische Muster der Transformation bewirkenden – Wandel konnten mehrere Wirkungsketten identifiziert werden:

Ein erster Wirkungszusammenhang läßt sich im Kontext diffusionstheoretischer Ansätze formulieren:[5] Danach diffundieren Innovationen im Kommunikationsnetzwerk zwischen potentiellen Übernehmern und solchen Akteuren, die sie bereits übernommen haben. Bei *gegebener Vorteilhaftigkeit* einer Innovation für die potentiellen Übernehmer und *gegebener Paßförmigkeit* in deren Normensystem hängt die Diffusionsgeschwindigkeit in erster Linie einerseits von der Ausgestaltung des sozialen Netzwerkes zwischen den Akteuren (vgl. Granovetter 1973, 1982) sowie andererseits von der Wirksamkeit von »change agents« (Rogers 1983: 312), also von Individuen, die im Auftrag von Organisationen durch Werbung und Überzeugungsarbeit zur Übernahme der Innovation anregen sollen, ab.

Daß der Kommunikationsprozeß innerhalb der ostdeutschen Ärzteschaft, insbesondere aber auch der Kommunikationsprozeß zwischen den (als »change agents« wirkenden) Vertretern westdeutscher Ärzteverbände, die seit dem Frühjahr 1990 in Ostdeutschland intensiv tätig waren, und den Poliklinikärzten bei einem Teil von ihnen – unabhängig von sonstigen Veränderungen in den Umweltzuständen – eine Präferenzänderung bewirkt haben kann, ist in Abschnitt 5.2 beschrieben worden: Die bislang »fremde« Organisationsform der ärztlichen Tätigkeit in Form der Niederlassung wurde durch diese Aktivitäten den Ärzten vertrauter, und es erscheint plausibel, daß einige von ihnen – anders als noch im Frühjahr 1990 – schließlich infolge dieser Überzeugungsarbeit zu dem Urteil kamen, mit der Innovation in einer ihren Zielvorstellungen entsprechenden Weise ärztlich tätig werden zu können. Erfolgreiche Überzeugungsarbeit kann zugleich auch diejenigen Ärzte zur Niederlassung motiviert haben, die ihrerseits abwarten wollten, was andere tun, steigende Entscheidungen zur Niederlassung anderer Ärzte infolge der Überzeugungsarbeit also als Argument bei ihrer eigenen Entscheidung einbezogen.

Die Überlegungen in den Abschnitten 5.2 und 5.3 haben zugleich einen weiteren Wirkungszusammenhang der Tätigkeit der westdeutschen Ärzteverbände in bezug auf die ostdeutschen Ärzte aufgezeigt: Mit der Identifizie-

---

5 Vgl. etwa umfassend Rogers (1983). Zu typischen Modellierungen auf diffusionstheoretischer Basis vgl. etwa Brown (1981), Diekmann (1992).

rung der Polikliniken mit dem politischen System der DDR, der Identifizierung des Modells der Niederlassung hingegen mit dem »freien« bundesdeutschen politischen System gelang es ihnen, die *Paßförmigkeit* der Innovation mit dem Normensystem der ostdeutschen Ärzte *zu verbessern*. Insbesondere, nachdem die DDR-Bevölkerung (und wohl auch die Ärzteschaft) sich kollektiv spätestens mit den Wahlen zur DDR-Volkskammer vom März 1990 mit überwältigender Mehrheit implizit für den raschen Beitritt zur Bundesrepublik ausgesprochen (und insoweit eine »Meta-Präferenz« – vgl. George 1984 – für das westdeutsche Normen- und Wertesystem bekundet) hatte, können Bemühungen von »change agents«, entsprechende Anpassungsleistungen des Normen- und Wertesystems bezüglich der Legitimität von Poliklinik und Niederlassung zu bewirken, auf fruchtbaren Boden gefallen sein. Zwar hatten sich auch ostdeutsche Ärzteverbände gebildet, die teilweise eine »Gegenmobilisierung« beabsichtigten, diese litten jedoch – im Vergleich zu den westdeutschen Verbänden – unter erheblichen Problemen der Handlungsfähigkeit.

Neben der Ausbreitung der Innovation »Niederlassung« infolge kommunikativer Prozesse zwischen »change agents« beziehungsweise bereits zur Niederlassung entschlossenen Ärzten und den übrigen Ärzten einerseits und einer Beeinflussung der Paßförmigkeit der beiden Entscheidungsalternativen in das Normen- und Wertesystem der Ärzteschaft andererseits, erwies sich in der Untersuchung als zentraler Faktor für die rasche Dynamik in Richtung Niederlassung schließlich die *Veränderung der relativen Vorteilhaftigkeit* beider Handlungsalternativen gegenüber der Ausgangssituation für die je individuellen Ärzte. Diese hängt insbesondere mit den Aktivitäten von Akteuren, die die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen für das ostdeutsche Gesundheitswesen setzten, und den Entscheidungen der Polikliniken-träger zusammen.

Besonderes Gewicht kommt für den Transformationsprozeß hierbei zunächst der zwischenstaatlichen Arena zwischen der Bundesrepublik und der DDR zu, da in dieser Arena mit dem ersten Staatsvertrag und insbesondere dem Einigungsvertrag zwei wesentliche »Weichen« für den Transformationsprozeß gestellt wurden (vgl. Abschnitt 5.1). Aufgrund der ausgeprägten Asymmetrie in den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Restriktionen zwischen den beiden Verhandlungspartnern erwies sich für das Ergebnis dieser Verhandlungen allerdings die Konstellation *innerhalb* der bundesdeutschen Akteure als der »eigentlich« erklärungskräftige Faktor für die Entscheidung über die Ausgestaltung dieser zwischenstaatlich getroffenen Regelungen.

In der innerstaatlichen Arena der bundesdeutschen Gesundheitspolitik waren neben staatlichen Akteuren und politischen Parteien zentrale Akteure einerseits die (»freien« und verkörperschafteten) Verbände der Ärzteschaft, andererseits die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Ex ante bestanden hierbei für beide Akteurgruppen Ambivalenzen in der Zielformulierung (vgl. Kapitel 4).

In Untersuchungen zur Transformation in anderen Politikbereichen zeigte sich teilweise,[6] daß westdeutsche Verbände bei ihrer Politikformulierung für Ostdeutschland die Orientierung an den (vermuteten) Präferenzen potentieller ostdeutscher Mitglieder stärker gewichteten als die (möglichen) Gefahren einer Rückwirkung abweichender Strukturen in Ostdeutschland auf Westdeutschland. Für die westdeutschen freien Ärzteverbände konnte (in Abschnitt 5.2) festgestellt werden, daß sie im Wettbewerb um ostdeutsche Mitglieder zeitweise diese »heterogenen Mitgliedschaftslogiken« (Lehmbruch 1994a: 374) ebenfalls nicht unberücksichtigt ließen und die Zielvorstellungen ostdeutscher Ärzte für die künftige Ausgestaltung des ostdeutschen Gesundheitssystems nicht völlig negierten; insgesamt aber ist festzuhalten, daß sowohl die freien wie die körperschaftlich organisierten Ärzteverbände der möglichst unmodifizierten Erstreckung des westdeutschen Status quo auf Ostdeutschland das größte Gewicht einräumten.

Komplexer ist das Bild hinsichtlich der Zieldefinition bei den Krankenkassenverbänden: Hier war bei der Beschreibung der Ausgangssituation (in Kapitel 4) festzustellen, daß die Zieldefinition weniger eindeutig sein würde, da die Spitzenverbände aus steuerungspolitischer wie versorgungspolitischer Perspektive durchaus ein Interesse an einem Erhalt poliklinischer Versorgungsstrukturen (gerade auch wegen möglicher Rückwirkungen auf Westdeutschland) hätten haben können.

Tatsächlich definierten denn auch die Krankenkassenverbände ihre Präferenzen zunächst uneinheitlich: Mit AOK-BV und BKK-BV plädierten (zu allerdings je unterschiedlichen Zeitpunkten) zwei Kassenarten temporär für vergleichsweise poliklinikfreundliche Rahmenbedingungen, während die übrigen Kassenarten (insbesondere wegen der Verknüpfung der Frage der Versorgungsstrukturen in der politischen Diskussion mit der Frage der Organisation der Krankenkassenlandschaft in Ostdeutschland) mehr oder weniger deutlich die Position der KBV teilten. Angesichts des Widerstandes von

6 Dies gilt etwa für die westdeutschen Verbände in der Landwirtschaft (Lehmbruch 1994a: 377) und der Wohnungswirtschaft (Wielgohs/Wiesenthal 1995: 316–326).

Abb. 8 Poliklinik-bezogene Präferenzen der GKV-Kassenarten

		Übrige Kassenarten (insbes. Ersatzkassen)	
		P	N
AOK-BV (bzw. BKK-BV)	P	1 4	3 2
	N	2 1	4 3

P: Poliklinikfreundliche Rahmenbedingungen
N: Niederlassungsfreundl. Rahmenbedingungen

KBV und Ersatzkassenverbänden verließen allerdings auch Orts- und Betriebskrankenkassen rasch die zuvor eingenommene Position und trugen die Entscheidungen bezüglich der Versorgungsstrukturen letztlich mit.

Zur Analyse dieser Verhandlungen innerhalb der westdeutschen Arena bietet sich eine spieltheoretisch orientierte Abbildung der Interessen-Konstellation zwischen den GKV-Spitzenverbänden an. Aus der Sicht von zunächst AOK-BV und zu einem späteren Zeitpunkt BKK-BV läßt sich die Situation der Kassenverbände untereinander nämlich durch eine Payoff-Matrix charakterisieren (Abbildung 8).[7]

7 Die »Auszahlungen« an den AOK-BV (und zu einem späteren Zeitpunkt: BKK-BV) sind in den vier Feldern jeweils links unten eingetragen, die »Auszahlungen« an die übrigen Kassenarten sind in den vier Feldern jeweils oben rechts eingetragen. Konstellationen, die von einem Akteur stärker präferiert werden, erhalten einen höheren (ordinalen) Wert zugeschrieben. Das heißt, wir fassen die Untersuchung in Abschnitt 5.1 in bezug auf die Krankenkassen so zusammen, daß wir (wenn »>« für »die links des Zeichens stehende Konstellation wird gegenüber der rechts stehenden bevorzugt« bedeutet) für den AOK-BV (bzw. zu einem späteren Zeitpunkt für den BKK-BV) die Präferenzordnung (PP) > (NN) > (PN) > (NN) schreiben, für die übrigen Kassenarten lautete die Präferenzordnung hingegen (NP) > (NP) > (PN) > (PP).

Während der AOK-BV (und zu einem späteren Zeitpunkt der BKK-BV) poliklinikfreundliche Rahmenbedingungen (P) nachdrücklich vertreten hätte, wenn die anderen Kassenarten mitgezogen hätten, hingegen letztlich niederlassungsfreundliche Rahmenbedingungen (N) präferierte, sofern die anderen Kassenarten dies vorzogen, hatten die übrigen Kassenarten eine dominante Präferenz zugunsten der Förderung der Niederlassung. In dieser Konstellation erweist sich die letztliche Förderung beziehungsweise mindestens Tolerierung niederlassungsförderlicher Rahmenbedingungen durch alle GKV-Spitzenverbände als ein stabiles Gleichgewicht.[8]

Wenn damit auch nicht gesagt ist, daß es einer in sich einigen, »poliklinikfreundliche« Rahmenbedingungen vertretenden Krankenkassenseite gelungen wäre, ein anderes Ergebnis im gesundheitspolitischen Kräftefeld durchzusetzen (und erst recht nicht behauptet werden kann, daß das ambulante Gesundheitswesen in Ostdeutschland oder Gesamtdeutschland in diesem Falle heute andere Strukturen aufweisen würde), so ist in jedem Fall festzuhalten, daß eine versorgungspolitisch und steuerungspolitisch denkbare, »poliklinikfreundliche« Position der Kassenseite insbesondere aufgrund des Wettbewerbs der Kassenarten untereinander nicht gefunden werden konnte. Insofern bestätigt sich hier die Überlegung, daß in Zusammenhängen, in denen Teilnehmer mehrere, teilweise divergierende Motive verfolgen (sogenannte »mixed-motive-games«), die Prozesse, die über die jeweils dominierende Definition der »Spielsituation« entscheiden, häufig zur »kritischen Determinante« des »Spielverlaufes« und damit des Prozeßergebnisses werden (vgl. etwa Scharpf 1985: 339). Im vorliegenden Fall dominierte auf Kassenseite die Definition der Situation als die eines kompetitiven »Konstantsummen«-Spieles, bei dem »Gewinne« für eine Kassenart mit »Verlusten« für eine andere Kassenart einhergehen würden, die (mit Blick auf die Versorgungsaspekte) auch mögliche Definition als Positivsummen-Spiel (bei dem alle Kassenarten unter Umständen durch eine alternative Versorgungsstruktur sowie damit mögliche Steuerungsalternativen würden »gewinnen« können). Nicht die denkbare steuerungs-, effizienz- oder auch effektivitätstheoretisch motivierte Überlegung, sich durch günstige Vorausssetzungen für poliklinische Einrichtungen künftige versorgungspolitische Chancen zu eröffnen, dominierte, sondern jeweils die wahrgenommene »Bedrohung« ei-

8 Die »Auszahlungen« derjenigen Konstellation, die ein Gleichgewicht ergibt, sind in Abbildung 8 hervorgehoben. Vgl. zur Analyse des Gleichgewichtes dieses »Spieles« Rapoport/Guyer (1967: 207, 212, Game 33).

gener relativer Positionen durch Vorteile, die andere Kassenarten aus einer solchen Konstellation ziehen könnten.

Wenn es den gesundheitspolitischen Akteuren, die eine weitgehende Übernahme westdeutscher Regelungen befürworteten, so auch gelang, ihre Rolle als »De-facto«-Inhaber von Vetopositionen gegen eine auf den Erhalt beziehungsweise eine behutsame Weiterentwicklung der ostdeutschen Versorgungsstrukturen zielende Position erfolgreich einzusetzen, zumal sie auch Unterstützung bei Regierungsparteien (FDP, ein Teil der CDU) und dem Bundeskanzleramt fanden,[9] so bestanden andererseits unter den westdeutschen Akteuren doch durchaus Zweifel, ob eine Mehrheit ostdeutscher ambulant tätiger Ärzte eine Niederlassung auch vollziehen würde, so daß es zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung geboten erschien, poliklinische Einrichtungen nicht wie andere Einrichtungen der DDR definitiv zu schließen beziehungsweise abzuwickeln.

Die in der Arena der zwischenstaatlichen Verhandlungen schließlich mit dem Einigungsvertrag im August 1990 vereinbarte Regelung ist daher ambivalent: Einerseits soll der niedergelassene Arzt gefördert und eine Verringerung des Anteils poliklinischer Einrichtungen an der Versorgung durchgesetzt werden, andererseits erhalten die Einrichtungen bis Ende 1995 eine Zulassungsgarantie, ihre beschäftigten Ärzte werden Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, und über eine Zulassung der Einrichtungen nach 1995 soll dann von den Zulassungsausschüssen entschieden werden, die hierbei die Versorgung zu sichern haben – also bei einem nach wie vor hohen poliklinischen Versorgungsanteil diese Einrichtungen würden weiterhin zulassen müssen.

---

9 Mit Tsebelis (1993) erscheint es sinnvoll, drei Kategorien von Inhabern von Vetopositionen zu unterscheiden: 1. »institutionelle« Vetospieler (1993: 13), deren Zustimmungserfordernis (verfassungs-)rechtlich abgesichert ist (in der Bundesrepublik insbesondere: Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat sowie – vermittelt über den Bundesrat – die Länder), 2. die Parteien (1993: 13–16), die in Koalitionsregierungen (und im bundesdeutschen Föderalismus zudem durch unterschiedliche Mehrheiten in Bundestag und Bundesrat) zu Vetospielern werden, und schließlich 3. »De-facto«-Inhaber von Vetopositionen, zu denen Tsebelis in erster Linie in korporative oder Selbstverwaltungsarrangements eingebundene Interessengruppen und Verbände zählt (Tsebelis 1993: 18–19). Interessengruppen und Verbände können – worauf auch Mayntz (1991: 39–40) hinweist – in aller Regel nur dadurch als Vetospieler auftreten, daß ein institutioneller Vetospieler oder eine eine Vetoposition innehabende Partei ihre Interessen im politischen Entscheidungsprozeß wahrnimmt – im vorliegenden Fall war genau dies den »de facto«-Vetospielern aus dem gesundheitspolitischen Kräftefeld gelungen. Zu verallgemeinernden Überlegungen zur Bedeutung von Vetopositionen im Kontext der Entscheidungen über die deutsch-deutsche Vereinigung vgl. Robischon et al. (1995).

Die in der zwischenstaatlichen Arena gefundenen Regelungen wurden sodann im Herbst 1990 in der Arena der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassenverbänden und Kassenärztlicher Bundesvereinigung durch Vereinbarungen über die näheren Modalitäten der Teilnahme poliklinischer Einrichtungen an der Versorgung und ihre Vergütung konkretisiert. Hierbei konnten die Befürworter einer raschen Durchsetzung des westdeutschen Modells ohne größere Widerstände restriktive Rahmenbedingungen für die Einrichtungen durchsetzen. Zugleich schufen in der Arena der administrativen Akteure auf der Bundesebene BMWi und BMF mit der Aufnahme der Heilberufe in die für Ostdeutschland konzipierten Förderprogramme, insbesondere den (in Westdeutschland nicht vorgesehenen) Zugang zu ERP-Mitteln, günstige Rahmenbedingungen für eine Niederlassung.

Sowohl die Ergebnisse der Entscheidungen in der zwischenstaatlichen Arena als auch die in der Selbstverwaltungs-Arena veränderten für die Ärzte nachhaltig die »relative Vorteilhaftigkeit« von Niederlassung vs. Verbleib in der Poliklinik. Hierbei sind drei »Wirkungsmechanismen« zu unterscheiden:

– Zum einen wirkten diese Regelungen – im Sinne einer »parametrischen Steuerung« (Lindblom 1965: 37) – direkt auf jeden einzelnen Arzt: Die schon im Frühjahr 1990 insbesondere bei denjenigen Ärzten, die der Übernahme des westdeutschen Modelles skeptisch gegenüber standen, feststellbaren Unsicherheiten und Ängste (Wilhelm et al. 1993: 149–150) werden durch diese Regelungen massiv verstärkt; die Niederlassung erscheint demgegenüber zunehmend als relativ risikoloser. Nach Kagan (1981) besteht ein Grundbedürfnis der Menschen darin, Sicherheit zu gewinnen – für erhebliche Teile der »bedingten« Niederlassungsanhänger, aber auch für Teile der »bedingten« und »entschlossenen« Polikliniker wird gerade unter diesem Aspekt die Niederlassung nunmehr zur vorteilhafteren Alternative. Entsprechend zeigt sich in einer »Momentaufnahme« im Herbst 1990, daß zu diesem Zeitpunkt bereits ein erheblicher Wandel in den Handlungsabsichten der Ärzte zu registrieren ist (vgl. Abschnitt 5.3): Knapp die Hälfte der Ärzte ist zu diesem Zeitpunkt entschlossen, sich niederzulassen, gut ein Viertel der Ärzte ist unentschlossen, und nur noch gut ein Fünftel lehnt die Niederlassung für sich weiterhin entschlossen ab.

  Nimmt wegen der in der zwischenstaatlichen Arena getroffenen Entscheidungen die Zahl der Ärzte zu, die sich für die Niederlassung entscheiden, so weist diese Entwicklung zugleich einen sich selbst verstärkenden Charakter auf: Denn da die Zulassung über 1995 hinaus nur dann

als gesichert erscheint, wenn die Polikliniken zur Versorgung noch benötigt werden, wird die poliklinische Alternative um so »unsicherer« je mehr Ärzte sich für die Niederlassung entscheiden.

– Die relative Vorteilhaftigkeit der Niederlassung wurde durch die in der zwischenstaatlichen und der Selbstverwaltungs-Arena getroffenen Regelungen aber nicht nur direkt für die einzelnen ostdeutschen Ärzte verändert – als wesentlich erwies sich vielmehr auch ein indirekter Effekt auf die Ärzte über die Wirkung dieser Regelungen auf die ostdeutschen Kommunen als Träger der poliklinischen Einrichtungen (vgl. Abschnitte 5.2 und 6.1): Unter dem Eindruck der Regelungen des Einigungsvertrages und der Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung einerseits, der Informationsabgabe der seit Frühjahr 1990 in Ostdeutschland tätigen westdeutschen Ärzteverbände andererseits, fürchteten nicht wenige Kommunen seit Spätsommer 1990, die ihnen im Frühsommer 1990 zugefallene Trägerschaft über die poliklinischen Einrichtungen würde ab Jahresbeginn 1991 die ohnehin zu diesem Zeitpunkt prekäre kommunale Finanzlage weiter beeinträchtigen. Sie begannen daher, entweder die Ärzte durch günstige Konditionen für die Niederlassung gewinnen zu wollen oder Druck auf sie in Richtung Niederlassung auszuüben, der teilweise bis zur Kündigung des poliklinischen Beschäftigungsverhältnisses ging – eine Entwicklung, die sich ab Jahresbeginn 1991 beschleunigte. Insbesondere diese Kündigungen durch die Polikliniktäger führten zu »tiefsitzenden Dysphorien und Existenzängsten« (Wilhelm et al. 1993: 150) nicht nur bei den direkt von solchen Maßnahmen betroffenen Ärzten, sondern auch bei den hiervon Kenntnis erhaltenden – eine erneute Neueinschätzung der relativen Vorteilhaftigkeit der eigenen Niederlassung war daher auch bei den nicht unmittelbar betroffenen Ärzten vielfach die Folge.

– Erheblichen Einfluß auf die rasche Dynamik im Transformationsprozeß hatte schließlich das (in Abschnitt 6.1 näher untersuchte) sich selbst verstärkende Wechselspiel von Niederlassungen und kommunalen Entscheidungen. Zum Verständnis dieses Prozesses erscheint das Konzept einer »Produktionsfunktion kollektiver Ereignisse« nützlich, wonach das Ausmaß, in dem ein kollektives Ereignis (hier: die Realisierung des Modells »Niederlassung«) realisiert wird, von der Zahl der Teilnehmer abhängt, wobei die relative Vorteilhaftigkeit einer Teilnahme für den einzelnen wiederum von der Anzahl der bereits teilnehmenden übrigen Akteure abhängt – Richtung und Ausmaß der Veränderung der Vorteilhaftigkeit einer Teilnahme bei sich ändernder Zahl der übrigen Teilnehmenden wer-

den hierbei durch die konkrete Form der »Produktionsfunktion« ausgedrückt.[10]

Im vorliegenden Fall ergab sich diese Abhängigkeit zwischen Vorteilhaftigkeit einer Niederlassung und Anzahl derjenigen, die bereits in der Niederlassung waren beziehungsweise eine solche beabsichtigten, insbesondere über die Wirkungen von Niederlassungen auf die kommunale Liquidität: Nachdem mit den zum Jahreswechsel 1990/91 realisierten Niederlassungen eine »kritische Masse« erreicht worden war, erhöhten weitere Niederlassungen (die durch das Bemühen der Poliklinikenträger, den Ärzten »günstige« Rahmenbedingungen für eine Niederlassung zu ermöglichen, weiterhin gefördert wurden) aufgrund der Bemessungsgrundlagen für die Abschlagszahlungen für in Polikliniken erbrachte Leistungen zugunsten der GKV-Versicherten die Illiquidität der kommunalen Poliklinikenträger überproportional, bewirkten damit aber steigenden Druck der Poliklinikenträger auf die noch verbliebenen Ärzte, sich niederzulassen. Da dieser Effekt sich mit zunehmender Zahl der Niederlassungen verschärfte (in den Termini des Produktionsfunktions-Modells: steigende »Grenzkosten« des Verbleibs in der Poliklinik beziehungsweise steigende »Grenzerträge« der Niederlassung mit zunehmender Zahl der Niederlassungen vorlagen),[11] wurde die »Spirale« weiter vorangetrieben. Im Ergebnis konnten sich so auch zahlreiche Ärzte, die noch im Herbst 1990 entschlossen waren, nicht in die Niederlassung zu gehen, dem Druck dieses wechselseitigen Verstärkungsprozesses nicht entziehen.[12] Erst nachdem schließlich die weit überwiegende Mehrzahl der Ärzte in die Niederlassung gegangen war, wurde in der »Produktionsfunktion« der Bereich »sinkender Grenzerträge« erreicht, in welchem weitere Niederlassungen zunehmend weniger Druck in Richtung steigender Niederlassungszahlen ausüben[13] – die wenigen noch in den poliklinischen Einrichtungen tätigen Ärzte konnten dort nunmehr vielfach verbleiben.

---

10 Vgl. Oliver/Marwell/Teixeira (1985); Marwell/Oliver (1993). Ein ähnlicher Zusammenhang wird in »Schwellenwert-Modellen« (Granovetter 1978; Granovetter/Soong 1983, 1986) modelliert; vgl. auch Oberschall (1980).

11 Vgl. Marwell/Oliver (1993: 86–91).

12 Mit zunehmenden Niederlassungszahlen wurden so Alternativen zu einer weitestgehend durch Niederlassungen dominierten Leistungsstruktur zunehmend unwahrscheinlicher – in der Terminologie der Literatur zu »Pfadabhängigkeiten« (vgl. etwa David 1985, 1988; Arthur et al. 1987; Arthur 1988, 1989) bei der Durchsetzung von miteinander konkurrierenden Innovationen bestand ein »lock-in« des Prozesses in Richtung einer Monopolisierung der Organisationsform Niederlassung.

13 Im Schwellenwert-Modell wird der Zustand, in dem eine zusätzliche Teilnahme am kol-

Das soeben verwendete Instrumentarium der »Produktionsfunktion sozialer Prozesse« erscheint auch sinnvoll zur Beschreibung der (in Abschnitt 6.2 untersuchten) Entwicklungen in den landespolitischen Arenen in Berlin und Brandenburg: In Berlin trat zum Jahresende 1990 durch die in den Polikliniken bekanntgemachte Vereinbarung von Ostberliner Magistrat und Westberliner Senat, für 1991 ein eventuelles Defizit aus dem Betrieb der poliklinischen Einrichtungen zu übernehmen und keinen Personalabbau zu betreiben, ein »Gegenorganisator« gegen die Akteure in den Arenen auf Bundesebene auf.[14] Dies führte dazu, daß sich dort zunächst nahezu ausschließlich die »entschlossenen Niederlassungswilligen« niederließen – entsprechend wurde in Berlin zum Jahreswechsel 1990/91 die »kritische Masse« an Niederlassungsentschlossenen, die in den übrigen Ländern den eigendynamischen Prozeß im Bereich »steigender Grenzerträge« in Gang setzte, zunächst verfehlt, und die Niederlassungsanteile stagnierten einige Monate weitgehend. Allerdings zog sich im Jahresverlauf 1991 die große Koalition zunehmend aus der Rolle als »Gegenorganisator« zurück und betrieb (aus einer Reihe von im einzelnen untersuchten Gründen) nunmehr ebenfalls die »Abwicklung« eines Teiles der Einrichtungen – mit der Konsequenz, daß der Niederlassungsstrom ab Herbst 1991 spürbar anschwoll. Das schließlich im Frühsommer 1992 dann doch realisierte Trägerkonzept für noch verbliebene Polikliniken bewirkte dann, daß der Bereich »sinkender Grenzerträge« der Produktionsfunktion eher als in den meisten Ländern des Beitrittsgebietes erreicht wurde und entsprechend der Anteil der poliklinisch beschäftigten Ärzte dort überdurchschnittlich blieb.

Auch das Sozialministerium von Brandenburg bemühte sich ab Ende 1990, als »Gegenorganisator« aufzutreten, jedoch wurde ein die Kommunen als Träger der poliklinischen Einrichtungen potentiell überzeugendes Konzept erst im Februar 1991 vorgelegt – zu diesem Zeitpunkt hatte der Auflösungsprozeß der poliklinischen Einrichtungen bereits seine »kritische Masse« erreicht – weder Ärzte noch Polikliniktäger konnten in großem Umfang aus der entstandenen Eigendynamik herausgerissen werden, zumal das Brandenburger Modell parteipolitisch wie gesundheitspolitisch umstritten blieb und dadurch Unsicherheiten für die Akteure auf der lokalen Ebene nicht ausgeräumt werden konnten. Wie in Berlin ist es allerdings auch in

---

lektiven Ereignis schließlich keine weiteren Teilnahmen mehr »hervorruft« als »Gleichgewicht« definiert (vgl. Granovetter 1978: 1424).

14 Marwell/Oliver verzichten in ihren Modellierungen auf die Berücksichtigung von Gegenorganisatoren (1993: 189).

Brandenburg dem staatlichen Akteur möglich gewesen, durch das entwickelte Umstrukturierungskonzept und die angebotenen Finanzhilfen den Bereich der »sinkenden Grenzerträge« auf der Produktionsfunktion für eine ganze Reihe von Kommunen vorzuverlegen und dort den Ärzten ab diesem Zeitpunkt vergleichsweise »freie« Entscheidungen zwischen Poliklinik und Niederlassung zu ermöglichen, die im Querschnitt des Beitrittsgebietes zu einer überproportionalen Verweilrate in den Einrichtungen führten.

Der Transformationsprozeß von der poliklinischen in die kassenärztliche Struktur hatte bereits weitgehend den Bereich »sinkender Grenzerträge« der Produktionsfunktion erreicht, als Ende 1992 infolge eines parteiübergreifenden Konsenses zwischen CDU/CSU, FDP und SPD mit dem Gesundheitsstrukturgesetz beschlossen wurde, die »Zulassungsgarantie« für die noch verbliebenen poliklinischen Einrichtungen zu entfristen. Das makrostrukturelle Phänomen eines extrem raschen Wandels konnte daher hierdurch nicht mehr beeinflußt werden. Dies gilt auch für den durch das GSG erfolgten Einbezug der zu diesem Zeitpunkt noch bestehen gebliebenen Fachambulanzen mit Dispensaire-Auftrag an ostdeutschen Krankenhäusern in die Zulassungsgarantie, da diese Einrichtungen infolge der restriktiven Politik von KVen und Krankenkassenverbänden seit Ende 1990 ebenfalls deutlich an Versorgungsanteilen verloren hatten.[15]

15 Der Stellenwert der durch das GSG geschaffenen neuen Rechtslage liegt daher im Bereich der Polikliniken in erster Linie darin, den hierin noch tätigen (wenigen) Ärzten eine größere Sicherheit bis zum Erreichen des Rentenalters zu verschaffen. Durch die Entfristung der »Zulassungsgarantie« für poliklinische Einrichtungen sind allerdings auch neue Beschäftigungsverhältnisse theoretisch möglich geworden und finden (wenn auch noch in kleiner Zahl) statt. Ebenso ist aufgrund der zeitlich unbefristeten Zulassung von Krankenhausfachambulanzen mit Dispensaireauftrag davon auszugehen, daß die Versorgung durch diese Einrichtungen auf längere Sicht ein Charakteristikum der ostdeutschen Versorgungsstruktur bleiben wird.

7.2 »Strategische Planung« oder »kaum beeinflußbare Eigendynamik?«

Der Transformationsprozeß vom poliklinischen zum kassenärztlichen System wurde – wie in Abschnitt 1.1 gezeigt – sehr unterschiedlichen Charakterisierungen unterzogen, die von »strategischer Planung« (Offe 1992) und »erzwungenem Strukturwandel« (Braun/Müller 1993) einerseits bis hin zu »kaum beeinflußbarer Eigendynamik« (Landesregierung Sachsen-Anhalt 1992) andererseits reichten.

Die vorliegende Untersuchung hat deutlich gemacht, daß der Wandel *einerseits* Ergebnis des zu diesem Zeitpunkt bestehenden gesundheitspolitischen Kräfteverhältnisses in (West-)Deutschland war: Diejenigen Akteure, die eine möglichst rasche und möglichst unmodifizierte Übertragung des westdeutschen Kassenarztrechts auf die neuen Länder wollten, konnten sich durchsetzen – nicht nur gegenüber anderen (west-)deutschen gesundheitspolitischen Akteuren, sondern auch gegenüber einer Mehrheit ostdeutscher Ärzte mit anderen Vorstellungen. Insoweit ist der Strukturwandel als »erzwungen« zu bezeichnen. Zugleich waren die Wirkungsrichtungen von Entscheidungen und Maßnahmen wie der zeitlichen Befristung der Zulassung der Polikliniken bis Ende 1995 und der zu niedrigen Abschlagszahlungen für poliklinische Leistungen zum Jahresbeginn 1990 ebenso »geplant« wie die Wirkungsrichtung von Überzeugungs- und (selektiven, Informationsasymmetrien ausnutzenden) Informationstätigkeiten (»Erwartungsmanagement«) der »change agents«.

Andererseits aber hat die Untersuchung auch gezeigt, daß die spezifische Dynamik des Transformationsprozesses sich nicht linear aus einzelnen dieser Entscheidungen und Maßnahmen ableiten läßt. Es ist zwar davon auszugehen, daß die Setzungen der Rahmenbedingungen durch die westdeutschen Akteure im Sommer und Herbst 1990 auch für sich allein genommen bereits ein erhebliches Gewicht hatten und die Entscheidungen von Ärzten zugunsten der Niederlassung wesentlich beeinflußt haben dürften. Die große Dynamik, die der Transformationsprozeß dann aber ab Jahresbeginn 1991 erhielt, erscheint jedoch nicht allein hierdurch ausgelöst, sondern vielmehr als Ergebnis der Interaktion der Wirkungen der unterschiedlichen Aktivitäten west- und ostdeutscher Akteure miteinander, der »externen« Einflußfaktoren (insbesondere der zu Beginn des neuen Niederlassungsrechts ausgeprägten Finanzknappheit ostdeutscher Kommunen) und des sich ergebenden Rückkoppelungs- und Verstärkungseffektes zwischen kommunalem Handeln und

Ärztehandeln. Zwar sind die absichtsvoll ergriffenen Maßnahmen der westdeutschen Akteure, die die relative Vorteilhaftigkeit der Niederlassung gegenüber der Poliklinik deutlich erhöhten, conditio sine qua non für die Dynamik – erst die beschriebenen »interaktiven Effekte« (Schelling 1978) waren für sie jedoch hinreichend.

Insofern war die beobachtete Entwicklung nicht nur »strategisch geplant« sondern auch (partiell) »eigendynamisch«.[16] Allerdings bedeutet diese eigendynamische Qualität des Prozesses nicht zugleich (wie das Zitat der Landesregierung Sachsen-Anhalt nahelegt), daß er auch »kaum beeinflußbar« war. Daß eine potentielle Beeinflußbarkeit in den Arenen der zwischenstaatlichen Verhandlungen und der gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV gegeben war, ist unmittelbar evident: Wären dort »poliklinikfreundliche« Rahmenbedingungen geschaffen worden, hätten zentrale Voraussetzungen für das Zustandekommen der Dynamik gefehlt – angesichts der skizzierten Zielvorstellungen einer deutlichen Mehrheit der Ärzte in der Ausgangssituation ist es jedenfalls unwahrscheinlich, daß in diesem Falle alleine über den Diffusions- und den Überzeugungseffekt die kritische Masse an Niederlassungen zustande gekommen wäre, die 1990 einen Selbstverstärkungseffekt innerhalb der Ärzteschaft und Anfang 1991 das Wechselspiel zwischen kommunaler Illiquidität und weiteren Niederlassungen hervorrief.[17]

Potentiell beeinflußbar wäre der Prozeß aber auch bei gegebenem Ergebnis der Entscheidungen in der zwischenstaatlichen Arena und der Selbstverwaltungs-Arena durch die Akteure auf der Landesebene gewesen. Zwar stand diesen aus der breiten Palette insbesondere rechtlicher, ökonomischer, beratender und sozialökologischer Interventionsformen[18] aufgrund der gegebenen sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen nur ein eingeschränktes Steuerungsinstrumentarium zur Verfügung, dieses hätte jedoch so eingesetzt werden können, daß die Eigendynamik sich nicht hätte entfalten können.

Daß dies möglich gewesen wäre, zeigt vor allem das Beispiel von Berlin, wo aufgrund von steuernder Einflußnahme des Landes die kritische Masse

---

16 Vgl. zu Konzeptualisierungen des »Eigendynamischen« auch Mayntz/Nedelmann (1987). Die Autorinnen stellen insbesondere auf wechselseitige Verstärkungen in den Handlungsmotiven beteiligter Akteure ab – in diesem spezifischen Sinne ist das Zusammenwirken zwischen kommunaler Entscheidung und Ärzteentscheidungen eigendynamisch.

17 Zumal bei anderen Vereinbarungen der Selbstverwaltung in der GKV zu den Abschlagsregelungen selbst bei einer hohen Zahl von Niederlassungen die Finanzierungsprobleme nicht zwangsläufig gewesen wären.

18 Vgl. einen Überblick bei Kaufmann (1982).

für den eigendynamischen Prozeß zunächst verfehlt wurde und wo es der nachlassende *Steuerungswille* war, der dann (mit gegenüber den anderen ostdeutschen Ländern einjähriger Verspätung) zur dominanten Durchsetzung des Modelles Niederlassung führte.[19] Daß Steuerungsbereitschaft alleine allerdings auch nicht ausreichte, zeigte das Beispiel des »Brandenburger Modelles«, bei dem (im Gegensatz zur zunächst in Berlin vorfindbaren Situation) insbesondere der geeignete Zeitpunkt, zu dem der eigendynamische Charakter des Erosionsprozesses der Polikliniken noch hätte gestoppt werden können, »verpaßt« wurde.

Der Fall Brandenburgs macht besonders deutlich, daß die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte sich im Transformationsprozeß im gesamten Beitrittsgebiet als »kritische Größe« erwiesen – hätten diese Poliklinikenträger nicht durch umfangreiche (Androhungen von) Kündigungen poliklinischer Beschäftigungsverhältnisse einen erheblichen Niederlassungsdruck ausgeübt, wäre eine wesentliche Ursache für den eigendynamischen Charakter des Prozesses nicht zum Tragen gekommen. Die Untersuchung in den Abschnitten 5.2 und 6.1 hat gezeigt, daß die Kommunen – bei sehr heterogenen Zielsetzungen – sich insgesamt weit überwiegend nicht als zur Steuerung fähige Akteure, sondern nur als Steuerungsadressaten empfanden, die in ihrer eigenen Situationseinschätzung kaum über »Gegensteuerungspotentiale« verfügten, sondern sich möglichst rasch der Polikliniken entledigen mußten, wenn sie keine unwägbaren Risiken für die kommunalen Haushalte auf sich nehmen wollten.

Nurmehr aggregierte Akteure wie die ostdeutschen Ärzte konnten schließlich je einzeln keinen merklichen Einfluß auf das Muster des Transformationsprozesses nehmen. Diejenigen Ärzte, die von Beginn an eine Niederlassung als ihren Zielvorstellungen am besten entgegenkommend ansahen, sahen ohnehin keine Notwendigkeit, einem dynamischen Prozeß in diese Richtung entgegenzusteuern. Für die zunächst deutliche Mehrheit der Ärzte, die es vorgezogen hätte, weiterhin in poliklinischen Strukturen tätig zu sein, ergab sich hingegen eine dem »Vergewisserungsspiel«[20] ähnliche

---

19 Die vom Land Sachsen-Anhalt selbst unternommenen Steuerungsaktivitäten, nämlich die Förderung von Investitionen für poliklinische Einrichtungen, war allerdings tatsächlich nicht geeignet, den eigendynamischen Prozeß aufzuhalten (wie in Abschnitt 6.2 deutlich wurde, fehlte der Landesregierung hierzu auch eine entsprechende Steuerungsbereitschaft).

20 Vgl. zur Analyse dieses »Assurance Game« etwa Sen (1967); Runge (1984); Bates (1988). Vgl. ausführlicher zur Charakterisierung der Situation der Ärzte als Assurance Game Wasem (1992b: 128–130).

Situation: Je mehr jeder von ihnen darauf vertrauen konnte, daß auch die anderen »entschlossenen« oder »bedingten« Polikliniker der »Ausgangssituation« in der Poliklinik bleiben würden, um so größer war die Chance, auch die eigene Entscheidung risikolos beibehalten zu können; je weniger ein Arzt beziehungsweise eine Ärztin hingegen davon ausgehen konnte, daß die übrigen bei dieser Entscheidung bleiben würden, um so mehr war es geboten, auch selber hiervon abzurücken. *Im Aggregat* hätten diese Ärzte bei entsprechender gegenseitiger »Vergewisserung« zumindest die Dynamik des Transformationsprozesses abschwächen können – die hierfür erforderliche Vertrauens- und Kooperationsbasis[21] konnte sich jedoch aufgrund der Einflußfaktoren aus den anderen für den Prozeß relevanten Arenen nicht entwickeln beziehungsweise konnte nicht beibehalten werden.

7.3 Eigendynamiken und Steuerbarkeit des Gesundheitssystems

Kontingent ist offensichtlich, ob eigendynamische Prozesse, wie der in dieser Untersuchung identifizierte, staatlichen Steuerungsabsichten zuwiderlaufen oder sie im Gegenteil positiv verstärken: Während im vorliegenden Beispiel etwa die Steuerungsintentionen Brandenburgs durch die Eigendynamik behindert wurden und ein Steuerungserfolg versagt blieb, führte dieselbe Eigendynamik dazu, daß die Erwartungen von Bundesregierung und KBV bezüglich der Wirkung der vorgenommenen Regulierungen positiv übertroffen wurden.

In dem Umfang, in welchem ein steuerungsinteressierter Akteur über hinreichendes Steuerungswissen verfügt, um potentielle Dynamiken bei den Steuerungsadressaten identifizieren zu können, kann er diese Kenntnis – in den Grenzen, die dadurch gesetzt sind, daß soziale Vorgänge immer auch anfällig sind für koinzidentelle Einwirkungen[22] (Boudon 1986: 173–179) – gezielt einsetzen, ihm »mißliebige« Dynamiken zu entschärfen, »wohlwollend« eingeschätzte Dynamiken jedoch zu forcieren (Schimank/Wasem 1995: 201–204). Dies gilt gerade auch für einen Sektor wie das bundesdeut-

21 Vgl. zur Bedeutung dieser Faktoren in dynamischen Prozessen auch Ostrom (1990)

22 Im vorliegenden Fall kann etwa die hohe Finanzknappheit der ostdeutschen Kommunen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages als eine solche koinzidentelle Einwirkung angesehen werden.

sche Gesundheitssystem, der insgesamt als »sperrig« gegenüber staatlicher gesundheitspolitischer Steuerung gilt, kumulieren hier doch die von der Systemtheorie generell für funktionale gesellschaftliche Teilsysteme identifizierten Autonomisierungstendenzen[23] mit einer spezifischen Ausgestaltung der Regelungsstruktur, die breiten Raum für Veto-Möglichkeiten beteiligter Akteure gegen sie negativ tangierende Steuerungsversuche läßt. Reformbemühungen erscheinen vor diesem Hintergrund besonders dann erfolgversprechend, wenn es den an Steuerung interessierten Akteuren gelingt, sich positiv verstärkende Eigendynamiken zunutze zu machen. Insoweit eine Strukturveränderung am Ende von massenhaften Individualentscheidungen abhängt, ist Steuerungserfolg immer auch davon bestimmt, ob durch die politisch beeinflußbaren Veränderungen institutioneller Rahmenbedingungen die Anreize für das Individualverhalten entsprechend gesetzt werden.

Das hierfür benötigte Steuerungswissen bezieht sich einerseits auf den zu steuernden Sektor, seine Strukturen und Akteure sowie deren Ressourcen, Zielvorstellungen und mögliche Handlungsalternativen. Andererseits aber bezieht es sich auch auf theoretisches Wissen über mögliche Wirkungsmechanismen im Zuge der Implementation von Regulierung. Studien wie die vorliegende können zu einer Mehrung dieses Steuerungswissens Beiträge leisten, indem sie aus der Rekonstruktion einer Regulierung und des durch sie ausgelösten dynamischen Prozesses Wirkungsketten und ihre Interdependenzen identifizieren.

23 Vgl. Luhmann (1984: 15–29); für das Gesundheitssystem etwa Badura/Feuerstein (1994: 11–13).

Anhang 1 Zeittafel

Ereignisse, die für den Transformationsprozeß des ambulanten Gesundheitssystems in Ostdeutschland 1989 bis 1992 von Bedeutung waren

Zeittafel *Ereignisse, die für den Transformationsprozeß des ambulanten Gesundheitssystems in Ostdeutschland 1989 bis 1992 von Bedeutung waren*

1989	
Nov.	»Fall der Mauer« (9.11.), Bildung der Übergangsregierung Modrow (17.11.)
	10-Punkte-Plan von Bundeskanzler Kohl für eine Konföderation (28.11.)
Dez.	Papier »Sozialpolitische Folgeprobleme der deutschlandpolitischen Entwicklung« des SPD-MdB Dreßler
1990	
Febr.	Angebot des Bundeskanzlers zu einer Währungsunion (7.2.)
	Schreiben des DDR-Gesundheitsministers an die Bezirksärzte: weniger restriktive Handhabung von Niederlassungen (14. und 26.2.)
	»Leitlinien zur Gesundheitsreform in der DDR« (Rudolf-Virchow-Bund, 28.2.)
März	Gründung des Landesverbandes Sachsen des Hartmannbundes (3.3.)
	Sozialcharta der DDR, verabschiedet vom Runden Tisch (5.3.90) und von der Volkskammer der DDR (7.3.)
	Papier »Erste Schritte zur Sozialunion Bundesrepublik Deutschland – DDR« des SPD-MdB Dreßler (8.3.)
	Gründung des Landesverbandes Sachsen des Marburger Bundes (8.3.)
	Papier »Die deutsch-deutsche Entwicklung und mögliche Auswirkungen auf die AOK« des AOK-BV (13.3.)
	Volkskammerwahl (18.3.), Bildung der Regierung de Maizière
	Kooperationsvereinbarung zwischen Virchow-Bund und NAV (20.3.)
	»Grundsätze für die Angleichung der Versorgungssysteme in einem geeinten Deutschland« der KBV (27.3.)
	»Angebot an DDR: Einführung einer gegliederten sozialen Krankenversicherung mit Selbstverwaltung« der GKV-Spitzenverbände (ohne AOK-BV) (28.3.)
April	Gründung von »Kassenärztlichen Vereinigungen e.V.« in den künftigen Ländern (bis Mai 1990)
	»Grundsätze der Koalitionsvereinbarung zwischen den Fraktionen der CDU, der DSU, dem DA, den Liberalen (LDP, BFD, F.D.P.) und der SPD« der DDR-Volkskammer (12.4.)
	Erster Entwurf (17.4.) bis Schlußfassung (24.4.) des »Arbeitspapieres für die Gespräche mit der DDR für einen Vertrag über die Schaffung einer Währungsunion, Wirtschafts- und Sozialgemeinschaft zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik« der Bundesregierung; parallel: Vertragsentwurf der DDR-Regierung
	Gemeinsames Schreiben der GKV-Spitzenverbände an den BMA: »Einführung der gegliederten Krankenversicherung in der DDR« (25.4.)
Mai	Gründung von Poliklinikverbänden in den künftigen Ländern
	Beschluß »Kommunalverfassungs-Gesetz« der DDR (17.5.)
	Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts-, und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der DDR (18.5.)
	»Formulierungsvorschlag zu den Übergangsvorschriften beim Aufbau einer gesetzlichen Krankenversicherung im heutigen Gebiet der DDR« des AOK-BV (23.5.; wesentlich geänderte Fassungen: 12.6. und 2.7.)

Juni »Vereinbarung über den Schutz für Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen bei Rationalisierungsmaßnahmen und Strukturveränderungen« zwischen MfG und Zentralvorstand der Gewerkschaft Gesundheits- und Sozialwesen der DDR (12.06.)

Erste Entwürfe einer »Kassen-Vertragsverordnung«, eines »Krankenkassenerrichtungsgesetzes« und eines »Krankenhausfinanzierungsgesetzes« des MfG beziehungsweise BMA

Bildung einer Verhandlungskommission von GKV-Spitzenverbänden und KBV zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen für die ambulante Versorgung in Ostdeutschland

Konzept des BKK-BV »Zur Reorganisation von Betriebs-Polikliniken und -Ambulatorien im System der ambulanten medizinischen Versorgung in der DDR« (28.6.)

»Gesetz über die Sozialversicherung« der DDR (28.6.)

Juli Beschluß »Kommunalvermögensgesetz« der DDR (6.7.)

Schreiben KBV und BÄK an den Bundeskanzler zum Entwurf Kassen-Vertragsverordnung (12.7.)

Beschluß »Kammergesetz« der DDR (13.7.)

Beschluß »Gesetz zur Umstrukturierung des staatlichen ambulanten Gesundheitswesens, Veterinärwesens und Apothekenwesens« der DDR (22.7.)

Entwurf einer »Poliklinikreformverordnung« der »Arbeitsgruppe Ambulante medizinische Versorgung« (26.7.)

Aug. Gründung des Bundesverbandes der Polikliniken und Ambulatorien (1.8.)

»Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten« des MfG (8.8.)

»Anordnung zur Errichtung Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigungen« des MfG (29.8.)

Beschluß »Krankenhausfinanzierungsgesetz« der DDR (30.8.)

Auftrag von BMA, GKV-Spitzenverbänden und KBV für ein Gutachten zur Kosten- und Leistungsstruktur in Polikliniken an die WIBERA AG

»Einigungsvertrag« zwischen der Bundesrepublik und der DDR (31.8.)

Sept. Beschluß »Krankenkassen-Errichtungsgesetz« der DDR (13.9.)

Beschluß »Krankenkassen-Vertragsgesetz« der DDR (13.9.)

Okt. Landtagswahlen in den neuen Ländern (14.10.)

Rundschreiben »Situation in den Polikliniken, Ambulatorien, Betriebspolikliniken und Betriebsambulatorien« des BMA an die Kommunen der neuen Länder (29.10.)

Nov. »Gemeinsame Empfehlung zur Situation ambulanter Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost« von GKV-Spitzenverbänden und KBV (2.11.)

»Erklärung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu den gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland« (5.11.)

Defizitübernahme-Garantie für Polikliniken durch das Land Berlin für 1991 (12.11.)

Dez. Regierungs-Erkl. in Brandenburg: darin »Faire Chance« für die Polikliniken (6.12.)

»Rahmengesamtvertrag«, »Anhang zum Bundesmantelvertrag-Ärzte« und »Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag« zw. KBV und GKV-Spitzenverbänden

Schreiben betr. Fachambulanzen an Krankenhäusern des BMA an KBV und GKV-Spitzenverbände (20.12.)

Mehrere Tausend Niederlassungsanträge mit Wirkung zum Jahreswechsel

1991

Jan.	Inkrafttreten der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages (1.1.) Probleme um Abschlagszahlungen für poliklinische Einrichtungen (Mitte Januar) Beginn von »Nachbesserungsverhandlungen« zwischen KBV und GKV-Spitzenverbänden
Febr.	Ankündigung des »Brandenburger Modelles« durch das Sozialministerium (21.2.)
April	Verabschiedung der 1. Ergänzung des Anhangs zum Bundesmantelvertrag-Ärzte und der 1. Ergänzung des Rahmen-Gesamtvertrages Angebot von »Beratungshilfen« des BMG an die neuen Länder Schreiben des BMG an die DKG betr. Krankenhaus-Fachambulanzen (17.4.)
Mai	Gemeinsame Empfehlung (zur Teilnahme poliklinischer Einrichtungen an der kassenärztlichen / vertragsärztlichen Versorgung in den fünf neuen Bundesländern) der GKV-Spitzenverbände, der KBV und der kommunalen Spitzenverbände (23.5.)
Juli	Vorstellung der Träger-Konzeption des Landes Berlin für poliklinische Einrichtungen
Dez.	Beschluß des Bundesrates einer Gesetzesinitiative zur gesetzlichen Zulassung von Krankenhausfachambulanzen

1992

Juni	Gründung der Anstalt »Gesundheitlich-Soziale Zentren Berlin« als Träger für poliklinische Einrichtungen
Okt.	Vereinbarung von Lahnstein zwischen CDU, CSU, SPD und FDP: Fortführung von Polikliniken und Fachambulanzen mit Dispensaire-Auftrag über 1995 hinaus

Anhang 2 Tobit-/Logit-Analysen

Tabelle A1 Logit-Analyse zur Niederlassungsabsicht Herbst 1990

Abhängige Variable NIED90

NIED90 = 1; n = 333
NIED90 = 2; n = 183
NIED90 = 3; n = 205

Unabhängige Variablen

Variable	Schätzung		Statistik der Variable			
	Koeff.	t-Wert	Mittelwert	Standard-Abweichg.	Min.	Max.
ALTER30–39	– 0,5905	0,8411	0,1872	0,3904	0	1
ALTER40–49	– 1,0393	0,8265	0,3204	0,4670	0	1
ALTER50–59	– 1,9839**	0,8296	0,2996	0,4584	0	1
ALTER60–69	– 4,3894***	0,8790	0,1512	0,3584	0	1
ALTER70–	– 4,9151***	1,0479	0,0319	0,1759	0	1
SEX	– 0,3115	0,2068	1,5104	0,5002	1	2
ORTSGRÖSSE	0,2537**	0,1038	3,0721	0,9547	1	4
EINRICHTUNGS-GRÖSSE	0,0021	0,0062	10,8696	15,1655	1	99
STUNDEN	0,0195**	0,0093	45,4827	11,1797	5	85
PATIENTEN-ANTEIL	0,0154**	0,0061	79,0014	16,6511	7	99
ZUFRIEDEN1	– 0,0146	0,0270	16,4258	3,3488	6	28
ZUFRIEDEN2	– 0,1689***	0,0359	9,2857	2,6659	4	18
ZUFRIEDEN3	0,6364***	0,1046	4,9584	0,9709	4	8
ARZTGELD1	– 0,2101	0,2659	2,8849	0,3404	1	3
ARZTGELD2	0,6691***	0,1814	1,6921	0,4939	1	3
SPERRE	0,0659	0,2780	1,1193	0,3243	1	2
PRAKTIKER	– 0,2205	0,7601	0,4327	0,4958	0	1
INTERNIST	– 0,7658	0,7814	0,1359	0,3429	0	1
GYNÄKOLOGE	– 0,3118	0,8532	0,0513	0,2208	0	1
UROLOGE	– 0,3158	1,0569	0,0139	0,1170	0	1
PÄDIATER	– 0,2180	0,7991	0,0874	0,2826	0	1
OPHTALMOLOGE	0,3402	0,8774	0,0388	0,1933	0	1
HNO-ARZT	0,6028	0,8747	0,0361	0,1866	0	1
DERMATOLOGE	– 0,8799	0,8932	0,0291	0,1683	0	1
ORTHOPÄDE	0,7201	0,9266	0,0291	0,1683	0	1
NEUROLOGE	– 0,6464	0,8776	0,0319	0,1759	0	1
LUNGENFACHARZT	– 1,7472*	1,1651	0,0111	0,1048	0	1

RÖNTGENOLOGE	– 2,3220	1,2009	0,0083	0,0909	0	1
CHIRURG	– 0,8869	0,8361	0,0624	0,2421	0	1
ARBEITS-MEDIZINER	– 0,6257	0,9701	0,0166	0,1280	0	1
POLIKLINIK1	24,4163***	0,5912	0,3218	0,4675	0	1
POLIKLINIK2	23,8144***	0,6125	0,1318	0,3385	0	1
POLIKLINIK3	23,8775***	0,6366	0,0666	0,2495	0	1
AMBULAT1	24,3185***	0,6418	0,0832	0,2764	0	1
AMBULAT2	24,7573***	0,6345	0,1110	0,3143	0	1
AMBULAT3	22,0991***	0,9624	0,0111	0,1048	0	1
AMBULAT4	24,0682***	0,6767	0,0388	0,1933	0	1
AMBULANZ1	25,5208***	0,8081	0,0319	0,1759	0	1
AMBULANZ2	23,8003***	0,9256	0,0111	0,1048	0	1
ARZTPRAXIS	24,6509***	0,6332	0,0999	0,3000	0	1
ARZTSANITÄTS-STELLE	23,7294***	0,7295	0,0347	0,1831	0	1
NIEDERLASSUNG	26,0044***	1,0261	0,0208	0,1428	0	1
SONSTIGES	22,1096***	1,1030	0,0361	0,1865	0	1
INTERCEPT1	–26,9052***	1,8717				
INTERCEPT2	–24,9021***	1,8656				

*** signifikant auf 99%-Niveau (zweiseitiger Test)
** signifikant auf 95%-Niveau (zweiseitiger Test)
* signifikant auf 90%-Niveau (zweiseitiger Test)

Log.-Likelihood-Werte:
Anfang: 1531,95 Ende: 1024,46
– 2 Log. L.: 507,49 bei 43 Freiheitsgraden; signifikant auf 99,99%-Niveau
Anteil der korrekten Voraussagen: 86,5%; Anteil korrekter Voraussagen bei Zufallswahl: 37,9%
Pseudo R2: 0,3313

Quelle: eigene Berechnungen nach Datensatz »Arztbarometer 1990« (Infratest Gesundheitsforschung / ISOG Medizinsoziologie / ZEG 1991)

ariablenbeschreibung zu Tabelle A1: »Niederlassungsabsicht Herbst 1990«

IED90	Niederlassungsabsicht Herbst 1990 = 1: »ja, bestimmt« / = 2: »ja, vielleicht« /= 3: »nein«
LTER30–39 bis LTER70–	Dummy-Variablen (trifft zu = 1; sonst = 0) der jeweiligen Altersklasse; »unter 30« weggelassene Basiskategorie
EX	Geschlecht = 1: männlich / = 2: weiblich
RTSGRÖSSE	Einwohnerzahl der Gemeinde des Arbeitsplatzes = 1: 500 000 und mehr / = 2: 100 000 bis unter 500 000 / = 3: 20 000 bis unter 100 000 / = 4: unter 20 000
INRICHTUNGS-RÖSSE	Zahl der Ärzte in der Beschäftigungsseinrichtung
TUNDEN	durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche (Stunden)
ATIENTEN-NTEIL	Anteil Patientenbetreuung an Arbeitszeit (%)
UFRIEDEN1	Konstruktvariable über verschiedene Aspekte der Arbeitszufriedenheit; Wertebereich von 6 (sehr zufrieden) bis 30 (sehr unzufrieden)
UFRIEDEN2	Konstruktvariable über die Beurteilung verschiedener Aspekte des »Nachholbedarfes« des Gesundheitswesens der DDR; Wertebereich von 4 (hoher Nachholbedarf) bis 20 (kein Nachholbedarf)
UFRIEDEN3	Konstruktvariable über die Beurteilung der Fortbestehenswürdigkeit verschiedener Aspekte des Gesundheitswesens der DDR; Wertebereich von 4 (Fortbestehenswürdigkeit ausgeprägt) bis 8 (Fortbestehenswürdigkeit gering)
RZTGELD1	Beurteilung der Bezahlung der Ärzte in der DDR im Vergleich zu anderen Berufen; Ärzte werden = 1: eher überbezahlt / = 2: gerecht bezahlt / = 3: eher unterbezahlt
RZTGELD2	Beurteilung der Bezahlung der Ärzte in der Bundesrepublik im Vergleich zu anderen Berufen; Ärzte werden = 1: eher überbezahlt / = 2: gerecht bezahlt / = 3: eher unterbezahlt
PERRE	Beurteilung der Notwendigkeit einer Sperrklausel für westdeutsche Ärzte für das Gebiet der DDR = 1: notwendig / = 2: nicht notwendig
RAKTIKER bis RBEITSMEDIZINER	Dummy-Variablen (trifft zu = 1, sonst = 0) des jeweiligen Arztgebietes; »Sonstiges«: weggelassene Basiskategorie
OLIKLINIK1 is IEDERLASSUNG	DUMMY-Variablen (trifft zu = 1, sonst = 0) der Art der Beschäftigungseinrichtung; »Universitätspolikliniken«: weggelassene Basiskategorie; POLIKLINIK1 selbständige Poliklinik POLIKLINIK2 Poliklinik an Krankenhaus POLIKLINIK3 Betriebspoliklinik AMBULAT1 Stadtambulatorium AMBULAT2 Landambulatorium AMBULAT3 Ambulatorium an Krankenhaus AMBULAT4 Betriebsambulatorium AMBULANZ Stadtambulanz AMBULANZ2 Landambulanz ARZTPRAXIS staatliche Arztpraxis ARZTSAN.STELLE Arztsanitätsstelle NIEDERLASSUNG eigene Niederlassung SONSTIGES sonstige Einrichtung

Tabelle A2 Tobit-(Logit-)Analyse zum Investitionsverhalten niedergelassener Ärzte

Abhängige Variable Investitionshöhe INV

Nichtzensierte Werte: n = 457
Linkszensierte Werte: n = 42

Unabhängige Variablen

	Schätzung		Statistik der Variable			
Variable	Koeff.	t-Wert	Mittelwert	Standard-Abweichg.	Min.	Max.
NIED90	– 8,4135***	0,5880	1,4101	0,6327	1	3
ALTER	– 0,5728***	0,0489	46,9354	8,8638	27	76
SEX	– 3,1988***	0,7153	1,5515	0,4978	1	2
ZUKUNFT1	5,7130***	0,8428	0,6808	0,4666	0	1
ZUKUNFT2	0,7522	1,2329	0,1697	0,3757	0	1
DATUM	– 0,3680	0,4203	1,5177	1,5070	0	4
RAUM1	1,2852	1,3525	0,6788	0,4674	0	1
RAUM2	10,2366***	1,4799	0,2242	0,4175	0	1
MITTEL1	18,6296***	1,3757	0,7394	0,4394	0	1
MITTEL2	0,4393	1,7648	0,0970	0,2962	0	1
KREDITE1	16,0005***	2,8743	0,0303	0,1716	0	1
KREDITE2	5,1598***	1,3177	0,2262	0,4188	0	1
KREDITE3	1,4765	1,2496	0,6141	0,4873	0	1
PRAXISA1	12,1712***	0,9341	0,7131	0,4528	0	1
PRAXISA2	18,0738***	1,5813	0,1374	0,3446	0	1
PRAXISB1	20,7267***	1,2833	0,8424	0,3647	0	1
PRAXISB2	– 4,3775	6,5105	0,0081	0,0896	0	1
PRAXISB3	1,7277	1,7345	0,0945	0,2934	0	1
HELFERIN	8,4671***	0,3538	2,4667	1,2783	0	10
PRAKTIKER	1,9360	2,7513	0,5071	0,5004	0	1
INTERNIST	23,9555***	2,7202	0,0788	0,2697	0	1
GYNÄKOLOGE	43,0799***	3,1892	0,0646	0,2461	0	1
UROLOGE	24,9215***	3,3098	0,0121	0,1095	0	1
PÄDIATER	– 1,9686	2,9046	0,0788	0,2697	0	1
OPHTALMOLOGE	27,0214***	3,1753	0,0485	0,2150	0	1
HNO-ARZT	56,4517***	3,1092	0,0384	0,1923	0	1
DERMATOLOGE	4,4533	3,3082	0,0404	0,1971	0	1
ORTHOPÄDE	39,7497***	3,2181	0,0263	0,1601	0	1
NEUROLOGE	– 3,9145***	2,9394	0,0263	0,1601	0	1

LUNGENFACHARZT	84,5737***	3,6291	0,0061	0,0777	0	1
RÖNTGENOLOGE	– 7,8281	1 015,476	0,0040	0,0635	0	1
CHIRURG	29,9215***	2,8424	0,0303	0,1716	0	1
INTERCEPT	6,9715**	3,7621				
SCALE	1,0000					

*** signifikant auf 99%-Niveau (zweiseitiger Test)
** signifikant auf 95%-Niveau (zweiseitiger Test)
* signifikant auf 90%-Niveau (zweiseitiger Test)

Quelle: eigene Berechnungen nach Datensatz Arztbarometer 1991 (MPIfG / Infratest Gesundheitsforschung / ZEG / EFB 1992)

ariablenbeschreibung zu Tabelle A2: »Investitionsverhalten niedergelassener Ärzte«

NV	Höhe der Investitionen in medizinisch-technische Ausstattung der Praxis (DM); Links-Zensierung = (keine Investitionen)
IED90	Niederlassungsabsicht Herbst 1990 = 1: »ja, bestimmt«/= 2: »ja, vielleicht«/= 3: »nein«
LTER	Alter (in Jahren)
EX	Geschlecht = 1: männlich/= 2: weiblich
UKUNFT1 nd UKUNFT2	Dummy-Variablen (trifft zu = 1; sonst = 0); Einschätzung künftige wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Ärzte in den neuen Bundesländern; »keine Vorstellung«: weggelassene Basiskategorie ZUKUNFT1: eher günstig; ZUKUNFT2: eher ungünstig
ATUM	Quartal des Beginns der Tätigkeit als niedergelassener Arzt; = 0: vor 1. Quartal 1991/= 1: 1. Quartal 1991/= 2: 2. Quartal 1991/ = 3: 3. Quartal 1991/= 4: 4. Quartal 1991
AUM1 nd AUM2	Dummy-Variablen (trifft zu = 1; sonst = 0); Räumlichkeiten der Niederlassung; »andere von Stadt/Gemeinde vermittelte Räume«: weggelassene Basiskategorie; RAUM1: Räume der Einrichtung der vorherigen Beschäftigung RAUM2: selbst beschaffte Räume
ITTEL1 nd ITTEL2	Dummy-Variablen (trifft zu = 1; sonst = 0); Erhalt öffentlicher Mittel zur Praxisgründung; »Nicht beantragt«: weggelassene Basiskategorie; MITTEL1: Mittel erhalten; MITTEL2: Mittel nicht erhalten
REDITE1 is REDITE3	Dummy-Variablen (trifft zu = 1; sonst = 0); Schwierigkeiten, Kredite von Banken zu erhalten; »keine Kreditaufnahme beabsichtigt«: weggelassene Basiskategorie; KREDITE1: Kredite wurden nicht gewährt KREDITE2: Kredite wurden unter Schwierigkeiten gewährt KREDITE3: Kredite wurden ohne Schwierigkeiten gewährt
RAXISA1 nd RAXISA2	Dummy-Variablen (trifft zu = 1; sonst = 0); Art der Praxisführung; »Praxisgemeinschaft«: weggelassene Basiskategorie; PRAXISA1: Einzelpraxis; PRAXISA2: Gemeinschaftspraxis
RAXISB1 is RAXISB3	Dummy-Variablen (trifft zu = 1; sonst = 0); Zugehörigkeit zu Labor-/Apparategemeinschaft; »Labor- und andere Apparategemeinschaft«: weggelassene Basiskategorie; PRAXISB1: Laborgemeinschaft/PRAXISB2/andere Apparategemeinschaft PRAXISB3: keines von beiden
ELFERIN	Zahl der beschäftigten Mitarbeiter/-innen
RAKTIKER is HIRURG	Dummy-Variablen (trifft zu = 1, sonst = 0) des jeweiligenArztgebietes; »Sonstiges«: weggelassene Basiskategorie

Tabelle A3 Logit-Analyse der Niederlassungsabsicht Herbst/Winter 1991/92

Abhängige Variable NIED91

NIED91 = 1; n = 76
NIED91 = 2; n = 14
NIED91 = 3; n = 56

Unabhängige Variablen

	Schätzung		Statistik der Variable			
Variable	Koeffizient	t-Wert	Mittelwert	Standard-abweichung	Min.	Max.
ALTER	0,2277***	0,0388	51,0753	10,1492	28	66
SEX	0,7028	0,5466	1,6370	0,4825	1	2
ZUFRIEDEN2	0,0139	0,0888	10,3151	2,6620	4	18
ZUFRIEDEN3	– 0,2768	0,2579	4,6096	0,7998	4	7
ZUKUNFT1	0,3454	0,4995	0,5959	0,4924	0	1
ZUKUNFT2	1,3170*	0,6974	0,1781	0,3839	0	1
BEFRISTUNG	1,0910**	0,4622	1,5616	0,4979	1	2
ORTSGRÖSSE	– 0,3724	0,2675	2,5616	1,0953	1	4
BERLIN	– 0,6690	0,7764	0,2192	0,4151	0	1
BRANDENBURG	– 0,0828	0,7418	0,1849	0,3896	0	1
SACHSEN	– 0,3348	0,7631	0,1301	0,3376	0	1
SACHSEN-ANHALT	– 0,3475	0,7773	0,1507	0,3590	0	1
THÜRINGEN	– 1,3116	0,7735	0,1438	0,3521	0	1
INTERCEPT1	– 12,4945***	3,4579				
INTERCEPT2	– 11,8081***	3,4370				

*** signifikant auf 99%-Niveau (zweiseitiger Test)
** signifikant auf 95%-Niveau (zweiseitiger Test)
* signifikant auf 90%-Niveau (zweiseitiger Test)

Log.-Likelihood-Werte:
Anfang: 272,21 Ende: 187,49
– 2 Log. Likelihood: 84,72 bei 13 Freiheitsgraden; signifikant auf 99,9%-Niveau
Pseudo R2: 0,3112
Anteil der korrekten Voraussagen: 85,8%

Quelle: eigene Berechnungen nach Datensatz Arztbarometer 1991 (MPIfG/Infratest Gesundheitsforschung/EG/EFB 1992)

ariablenbeschreibung zu Tabelle A3: »Niederlassungsabsicht Herbst/Winter 1991/92

IED91	Niederlassungsabsicht Herbst/Winter 1991/92 = 1: »nein«/= 2: »weiß nicht« = 3: »ja«, »in Kürze« oder »ja, zu einem späteren Zeitpunkt«
LTER	Alter (in Jahren)
EX	Geschlecht = 1: männlich/= 2: weiblich
UFRIEDEN2	Konstruktvariable über die Beurteilung verschiedener Aspekte des »Nachholbedarfes« des Gesundheitswesens der DDR im Herbst 1990: Wertebereich von 4 (hoher Nachholbedarf) bis 20 (kein Nachholbedarf)
UFRIEDEN3	Konstruktvariable über die Beurteilung der Fortbestehenswürdigkeit verschiedener Aspekte des Gesundheitswesens der DDR im Herbst 1990: Wertebereich von 4 (Fortbestehenswürdigkeit ausgeprägt) bis 8 (Fortbestehenswürdigkeit gering)
UKUNFT1 nd UKUNFT2	Dummy-Variablen (trifft zu = 1; sonst = 0); Einschätzung künftige wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Ärzte in den neuen Bundesländern; »keine Vorstellung«: weggelassene Basiskategorie ZUKUNFT1: eher günstig; ZUKUNFT2: eher ungünstig
EFRISTUNG	zeitliche Befristung des Arbeitsverhältnisses; = 1: trifft zu/= 2: trifft nicht zu
RTSGRÖSSE	Einwohnerzahl Gemeinde des Arbeitsplatzes: = 1: 500.000 und mehr/2: 100.000 bis unter 500.000 = 3: 20.000 bis unter 100.000/= 4: unter 20.000
ERLIN is HÜRINGEN	Dummy-Variablen (trifft zu = 1; sonst = 0); Bundesland des Arbeitsplatzes; »Mecklenburg-Vorpommern«: weggelassene Basiskategorie

Literatur

o.V., 1990: Von der Wahrheit. In: *Mitteilungsblatt der KV Berlin* 12, 401.

o.V., 1991a: Die Staatssicherheit im Gesundheits- und Sozialwesen. Eine Dokumentation. In: *Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für Gesundheitswesen* 16, 18–21.

o.V., 1991b: Zukunft der Polikliniken: Umwandlung in Ärztehäuser. Umstrukturierung der ambulanten Medizin in Berlin-Ost. In: *Berliner Ärzteblatt* 2, 52–55.

o.V., 1991c: Zusammenbruch der Polikliniken befürchtet. In: *Krankenhaus-Umschau* 60, 189.

o.V., 1992: Handlungskonzept zum Überleben der restlichen Polikliniken, Ambulatorien und staatlichen Arztpraxen in Ost-Berlin. Manuskript. Berlin: Ärztekammer.

Abelson, Robert P./Ariel Levi, 1985: Decision Making and Decision Theory. In: Gaardner Lindzey/Elliot Aronson (Hrsg.), *The Handbook of Social Psychology.* Bd. 1. New York: Random House, 231–310.

Abrams, Philip, 1982: *Historical Sociology.* Somerset: Open Books Publishing.

Adam, Hans, 1983: *Ambulante ärztliche Leistungen und Ärztedichte – Zur These der anbieterinduzierten Nachfrage im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung.* Berlin: Springer.

Ärztekammer Berlin, 1991a: Beratungskonzept zur Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in Berlin (Ost). Vorgelegt von der Ärztekammer Berlin, 20. März 1991. Manuskript. Berlin: Ärztekammer.

——, 1991b: Ist-Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ost-Berlin. Manuskript. Berlin: Ärztekammer.

Alber, Jens, 1992: *Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise.* Frankfurt a.M.: Campus.

Alber, Jens/Brigitte Bernardi-Schenkluhn, 1992: *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien.* Frankfurt a.M.: Campus.

Amemiya, Takeshi, 1973: Regression Analysis When the Dependent Variable is Truncated Normal. In: *Econometrica* 41, 997–1016.

——, 1984: Tobit Models: A Survey. In: *Journal of Econometrics* 24, 3–61.

Andersen, Hanfried H./J.-Matthias Graf von der Schulenburg, 1990: *Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb. Eine empirische Untersuchung.* Berlin: edition sigma.

Ansorg, P./K. Julich, 1991: Ambulantes Operieren an einer Chirurgischen Hochschulpoliklinik. In: *Chirurg BDC* 30, 210–211.

AOK-Bundesverband, 1990: Die deutsch-deutsche Entwicklung und mögliche Auswirkungen auf die AOK. Auszugsweise abgedruckt in: *Dienst für Gesellschaftspolitik* 10/1990, 5–10.

Appen, Dierk von, 1990: Anspruch und Wirklichkeit: Gesundheitsschutz und ambulante Betreuung. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat.* St. Augustin: Asgard, 105–108.

Arbeitersamariterbund Landesverband Berlin, 1991: Die Unterscheidung zwischen nicht wirtschaftlicher (freigemeinnütziger) und wirtschaftlicher (gewinnmaximierender) Zweckbestimmung (Betriebsführung). Manuskript. Berlin: ASB.

Arbeitsgruppe Ambulante medizinische Versorgung, 1990: Verordnung über die Reform des staatlichen ambulanten Gesundheitswesens (Poliklinikreformverordnung) – 1. Entwurf (26. Juli 1990). Manuskript. Berlin: Magistrat der Stadt Berlin.

Arnold, Michael, 1993a: Gesundheitssystemforschung. In: Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis.* Weinheim: Beltz, 421–438.

——, 1993b: *Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende.* Stuttgart: Enke.

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.

Arthur, W. Brian, 1988: Self-Reinforcing Mechanisms in Economics. In: Philip W. Anderson et. al. (Hrsg.), *The Economy as an Evolving Complex System.* Redwood City: Addison-Wesley, 9–33.

——, 1989: Competing Technologies, Increasing Returns and Lock-in by Historical Events. In: *Economic Journal* 99, 116–131.

Arthur, W. Brian/Yu M. Ermoliev/Yuri M. Kaniovski, 1987: Path-Dependent Processes and the Emergence of Macro-Structure. In: *European Journal of Operational Research* 30, 294–303.

Atkinson, Michael/William D. Coleman, 1989: Strong States and Weak States: Sectoral Policy Networks in Advanced Capitalist Economies. In: *British Journal of Political Science* 19, 47–67.

Badura, Bernhard, 1989: Ideenskizze für eine Weiterentwicklung der Herzinfarktrehabilitation durch die Betriebliche Krankenversicherung. In: *Die Betriebskrankenkasse* 77, 412–422.

——, 1991: Rehabilitation: Eine krankheitsübergreifende Aufgabe. In: *Deutsche Rentenversicherung*, 115–119.

——, 1994a: Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In: Bernhard Badura/Günter Feuerstein (Hrsg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung.* Weinheim: Juventa, 255–310.

——, 1994b: Von der »ärgerlichen Tatsache« der Gesellschaft. In: Hansgert Peisert/Wolfgang Zapf (Hrsg.), *Gesellschaft, Demokratie und Lebenschancen. Festschrift für Ralf Dahrendorf.* Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt, 43–57.

Badura, Bernhard et al., 1993: Editorial. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 1, 3–4.

Badura, Bernhard/Günter Feuerstein, 1994: Krisenbewältigung durch Systemgestaltung. In: Bernhard Badura/Günter Feuerstein (Hrsg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung.* Weinheim: Juventa, 9–20.

Badura, Bernhard/Peter Gross, 1976: *Sozialpolitische Perspektiven.* München: R. Piper & Co.

Badura, Bernhard/Ingo Haase, 1995: Soziologie. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystemforschung in Deutschland.* Denkschrift. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 103–106.

Badura, Bernhard/T. Schott/Alf Trojan, 1991: Medizinsoziologie und Public Health. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.), *Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung.* Berlin: Springer, 39–59.

Bandowski, Ingrid/Lothar Eckardt, 1986: Schöpferische Mitarbeit aller – Gute Voraussetzungen für die Planung in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. In: *Humanitas* 26, 4–5.

Bates, Robert H., 1988: Contra Contractarianism: Some Reflections on the New Institutionalism. In: *Politics and Society* 16, 387–401.

Behaghel, Katrin, 1993: *Exploring the Network of Inter-associational Interlocking: Determinants of Structure and Change: The Case of German Medical Associations.* Paper presented at the Third European Conference on Social Network Analysis, München, 10.–13.6.1993.

Behaghel, Katrin, 1994: *Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung. Ein Verbandssystem unter Streß.* Frankfurt a.M.: Campus.

Benz, Arthur, 1993a: Reformillusionen und Eigendynamik des Verwaltungsaufbaus in Ostdeutschland. Das Beispiel der Länderneugliederung im Raum Berlin/Brandenburg. In: *Die Verwaltung* 26, 329–351.

——, 1993b: Mehr-Ebenen-Verflechtung: Verhandlungsprozesse in verbundenen Entscheidungsarenen. In: Arthur Benz et al. (Hrsg.), *Horizontale Politikverflechtung. Zur Theorie von Verhandlungssystemen.* Frankfurt a.M.: Campus, 147–205.

BerG (Beratungsdienst Gesundheitszentrum Brandenburg), 1991a: Liquiditätsprobleme und »strukturelle« Finanzierungslücken in Kreisen und Gemeinden der

neuen Bundesländer als Folge des ungeordneten und häufig überstürzten Wandels in der ambulanten medizinischen Versorgung. Manuskript. Potsdam: BerG.

——, 1991b: Zur Wirtschaftlichkeitsanalyse der ärztlichen Abteilungen. Manuskript. Potsdam: BerG.

——, 1991c: Änderung des Abrechnungsverfahrens für poliklinische Einrichtungen für das I. Quartal 1991. Manuskript. Potsdam: BerG.

Berger, Michael, 1974: Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht. Zur Verhinderung der Reform des Kassenarztrechtes in den Westzonen nach 1945. In: Wolfgang Fritz Haug (Hrsg.), *Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V).* Bd. AS 4. Berlin: Argument-Verlag, *73–94.*

Berking, Helmuth/Sighard Neckel, 1992: Die gestörte Gemeinschaft. Machtprozesse und Konfliktpotentiale in einer ostdeutschen Gemeinde. In: Stefan Hradil (Hrsg.), *Zwischen Bewußtsein und Sein.* Bd. 1. Opladen: Leske + Budrich, 151–171.

Bernardi-Schenkluhn, Brigitte, 1992: Politischer Problemdruck und aktuelle Reformstrategien im Vergleich. In: Jens Alber/Brigitte Bernardi-Schenkluhn (Hrsg.), *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien.* Frankfurt a.M.: Campus, 624–700.

Berndt, Hans, 1991: Zum Verhältnis von Prävention und kurativer Medizin in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Thomas Elkeles et al. (Hrsg.), *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990.* Berlin: edition sigma, 189–204.

Bernet, Wolfgang (Hrsg.), 1992: *Die Verwaltungs- und Gebietsreformen in den Gemeinden und in den Landkreisen der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen.* Expertise im Auftrag der Kommission zur Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Bd. Graue Reihe Nr. 801. Jena/Speyer: Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Bundesländern e.V. (KSPW).

BKK-Bundesverband Stabsabteilung Unternehmensplanung, 1990: Ergebnisse einer Repräsentativumfrage in der DDR zur betrieblichen Krankenversicherung. Manuskript. Essen: BKK-Bundesverband.

Blanke, Bernhard, 1994: »Governance« im Gesundheitswesen. In: Bernhard Blanke (Hrsg.), *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin.* Opladen: Leske + Budrich, 13–36.

Blanke, Bernhard et al., 1995: Gesundheitspolitik. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystemforschung in Deutschland.* Denkschrift. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 13–23.

Bohm, Steffen/Wilhelm F. Schräder, 1995: Organisationsmodelle zur ambulanten Rehabilitation in der Gesundheitsversorgung. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 49, 44–49.

Borchert, Guenther, 1980: *Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte.* Schrif-

tenreihe Forschungsbericht Gesundheitsforschung. Bd. 25. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Boudon, Raymond, 1980: *Die Logik des gesellschaftlichen Handelns. Eine Einführung in die soziologische Denk- und Arbeitsweise*. Neuwied: Luchterhand.

——, 1986: *Theories of Social Change. A Critical Appraisal.* Cambridge: Polity Press.

Braun, Bernhard/Rainer Müller, 1993: Gesundheitspolitik als erzwungener Strukturwandel – Das Beispiel der ambulanten Versorgung in der ehemaligen DDR. In: Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.), *Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD.* Frankfurt a.M.: Campus, 55–95.

Braun, Norman, 1995: Individual Thresholds and Social Diffusion. In: *Rationality and Society* 7, 167–182.

Brenner, Gerhard, 1992: Durchschnittsumsatz von der Hälfte aller Ärzte nicht erreicht. Kostenstrukturanalyse bei niedergelassenen Kassenärzten. In: *Deutsches Ärzteblatt* vom 6.11.1992, B2358-B2360.

Brenner, Gerhard/Richard Deutsch, 1991: Das Investitionsverhalten neuer Ärzte in den Jahren 1989 und 1990. Eine Analyse der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf und des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Manuskript. Köln: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Ostdeutschland.

Breyer, Friedrich, 1984: *Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Eine empirische Analyse von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung.* Berlin: Springer.

Brown, Lawrence A., 1981: *Innovation Diffusion: A New Perspective.* London: Methuen.

BMF (Bundesminister der Finanzen), 1992: *Finanzierungshilfen der Bundesregierung 1992. Eine Information für die Städte, Gemeinden und Kreise in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.* Bonn: BMF.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit), 1991: Schreiben an die Deutsche Krankenhausgesellschaft vom 17.4.1991. Bonn: BMG.

—— (Hrsg.), 1993: *Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in der ehemaligen DDR.* Baden-Baden: Nomos.

——, 1995: *Das Gesundheitswesen in den neuen Ländern. 5 Jahre deutsche Einheit.* Bonn: BMG.

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 1990: Die Poliklinik in der DDR – Gesundheitszentrum der Zukunft? Positionspapier des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Coleman, James S., 1974: *Power and the Structure of Society.* New York: W.W. Norton & Company.

——, 1990: *Foundations of Social Theory.* Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.

Coleman, James S./Thomas J. Fararo (Hrsg.), 1992: *Rational Choice Theory. Advocacy and Critique.* Newbury Park: Sage.

Culyer, Anthony J., 1991: The Normative Economics of Health Care Finance and Provision. In: Alistair McGuire et al. (Hrsg.), *Providing Health Care: the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery.* Oxford: Oxford University Press, 65–98.

Dathe, Regina/Klaus Werner, 1991: Zur Niederlassungsproblematik in Sachsen-Anhalt – Erste Ergebnisse einer Ärztebefragung. In: *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 53, Sonderheft 3, 220–223.

David, Paul A., 1985: Clio and the Economics of QWERTY. In: *American Economic Review* 75, 332–337.

——, 1988: *Path-Dependence: Putting the Past into the Future of Economics.* Working Paper. Stanford: Department of Economics, Stanford University.

Deppe, Hans-Ulrich, 1980: *Vernachlässigte Gesundheit. Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland: Ein kritischer Überblick.* Köln: Kiepenheuer & Witsch.

——, 1987: Zulassungssperre: Ärzte in den Fesseln der Standespolitik. In: Hans-Ulrich Deppe et al. (Hrsg.), *Medizin und Gesellschaft. Jahrbuch 1: Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag.* Frankfurt a.M.: Campus, 37–67.

Deutscher Gewerkschaftsbund, 1991: Gesundheitspolitik in den fünf neuen Bundesländern. ISA – Informationen zur Sozial- und Arbeitsmarktpolitik 1/91. Düsseldorf: Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand.

Diekmann, Andreas, 1992: The Log-logistic Distribution as a Model for Social Diffusion processes. In: *Journal of Scientific & Industrial Research* 51, 285–290.

Döhler, Marian, 1984: Zur Entwicklung und Funktion der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen 1900–1933. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 30, 214–235, 284–311, 354–366.

——, 1990: Interessenpolitische Hindernisse einer strukturellen Integration der Gesundheitsversorgung. In: Engelbert Theurl/Hosef Dezsy (Hrsg.), *Integration der Gesundheitsversorgung – zwischen Wunschvorstellung und Realität.* Lochau b. Bregenz: Landesbildungszentrum Schloss Hofen, 20–43.

——, 1991: Policy Networks, Opportunity Structures and Neo-Conservative Reform Strategies in Health Policy. In: Bernd Marin/Renate Mayntz (Hrsg.), *Policy Networks: Empirical Evidence and Theoretical Considerations.* Frankfurt a.M.: Campus, 235–296.

——, 1993: Struktur und Entwicklungsdynamik der Gesundheitsberufe im Vergleich. Deutschland, Großbritannien und die USA. Manuskript. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Döhler, Marian/Philip Manow-Borgwardt, 1992a: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 3, 64–106.

——, 1992b: Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. In: *Politische Vierteljahresschrift* 33, 571–596.

Döhler, Marian / Bernhard Blanke / Ingo Haase, 1995: Politikwissenschaft und Verwaltungswissenschaft. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystemforschung in Deutschland.* Denkschrift. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 101–103.

Donnelly, William A., 1992: An International Comparison of Health Expenditures. In: M. K. Chytil et al. (Hrsg.), *Fifth International Conference on System Science in Health Care.* Prag: Omnipress, 70–73.

van Doorslaer, Eddy, et al., 1993: *Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective.* Oxford: Oxford University Press.

Dreßler, Rudolf, 1989: Sozialpolitische Folgeprobleme der deutschlandpolitischen Entwicklung. Manuskript. Bonn: SPD-Bundestagsfraktion.

——, 1990: Erste Schritte zur Sozialunion Bundesrepublik Deutschland – DDR. Diskussionspapier. Auszugsweise abgedruckt in: *Dienst für Gesellschaftspolitik* 11 / 1990, 5–10.

Drummond, Michael F., 1989: Output Measurement for Resource Allocations in Health Care. In: *Oxford Review of Economic Policy* 5, 59–74.

Düllings, Josef, 1991: Staatsdominanz und ihre Folgen für die Entwicklung der ambulanten Versorgung Ostdeutschlands. In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 16, 13–20.

Ebsen, Ingwer, 1994: Rechtsquellen. In: Bertram Schulin (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Bd. 1: Krankenversicherungsrecht.* München: Beck, 249–289.

Eisen, Roland, 1992: Zur Entwicklung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern unter besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses von GKV, PKV und öffentlichen Gesundheitsdiensten. In: Gerhard Kleinhenz (Hrsg.), *Sozialpolitik im vereinten Deutschland II.* Berlin: Duncker & Humblot, 73–96.

Eisenstadt, Shmuel N., 1964: Social Change, Differentiation, and Evolution. In: *American Sociological Review* 29, 375–386.

Ellencweig, Avi Yacar, 1992: *Analysing Health Systems. A Modular Approach.* Oxford: Oxford University Press.

Elling, Ray H., 1974: Case Studies of Contrasting Approaches to Organizing for Health: An Introduction to a Framework. In: *Social Science and Medicine* 8, 263–270.

——, 1980: *Cross-national Studies of Health Systems – Political Economics and Health Care.* New Brunswick: Transaction Books.

Ellwein, Thomas / Joachim J. Hesse, 1987: *Das Regierungssystem der Bundesrepublik Deutschland.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Elster, Jon, 1983: *Sour Grapes. Studies in the Subversion of Rationality.* Cambridge: Cambridge University Press.

Enquetekommission des Deutschen Bundestages »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, 1988: *Zwischenbericht.* Bundestagsdrucksache 11/3267. Bonn: Deutscher Bundestag.

——, 1990a: *Schlußbericht.* Bd. 1. Bonn: Deutscher Bundestag.

——, 1990b: *Schlußbericht.* Bd. 2. Bonn: Deutscher Bundestag.

Epidemiologische Forschung Berlin/Infratest Gesundheitsforschung, 1993a: *Gesundheit, Umwelt und soziale Lage in Berlin. Eine Repräsentativerhebung zum Bedarf und zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Einrichtungen in Berlin.* Im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 1991. Ausgewählte Tabellen. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

——, 1993b: *Gesundheit und soziale Lage in den fünf neuen Bundesländern.* Laufende Repräsentativerhebung zur gesundheitlichen und sozialen Entwicklung. Erhebung 1992. Ausgewählte Tabellen. Berlin: Epidemiologische Forschung Berlin/Infratest Gesundheitsforschung.

Erdmann, Yvonne, 1992: Aufbau und Entwicklung von Ärzteverbänden in Ostdeutschland. In: Volker Eichener et al. (Hrsg.), *Probleme der Einheit. Organisierte Interessen in Ostdeutschland.* Bd. 12. Marburg: Metropolis, 319–357.

Esser, Hartmut, 1990: »Habits«, »Frames« und »Rational Choice«. Die Reichweite von Theorien der rationalen Wahl. In: *Zeitschrift für Soziologie* 19, 231–247.

——, 1991: *Alltagshandeln und Verstehen. Zum Verhältnis von erklärender und verstehender Soziologie am Beispiel von Alfred Schütz und »Rational Choice«.* Tübingen: Mohr.

Esser, Hartmut/Klaus G. Troitzsch, 1991: Einleitung: Probleme der Modellierung sozialer Prozesse. In: Hartmut Esser/Klaus G. Troitzsch (Hrsg.), *Modellierung sozialer Prozesse.* Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften, 13–26.

Etzioni, Amitai, 1992: Normative-Affective Factors. Toward a New Decision-Making Model. In: Mary Zey (Hrsg.), *Decision Making. Alternatives to Rational Choice Models.* Newbury Park: Sage, 89–111.

Evans, Robert G., 1983: Incomplete Vertical Integration in the Health Care Industry: Pseudomarkets and Pseudopolicies. In: *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* 468, 60–87.

Ewert, Günter, 1992: Gesundheitspolitische Zielvorstellungen zur ambulanten Betreuung in Deutschland-Ost. Überarbeiteter Vortrag am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, gehalten im Rahmen eines Seminars am 11. Dezember 1992. Manuskript. Berlin.

——, 1993: Kurzanalyse Universitätspolikliniken. Erarbeitet für das Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. Manuskript. Berlin.

Feige, Lothar, 1980: Sozialpolitische Analyse der Organisation von Interessen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Von den Anfängen der sozialen Sicherung bis zur Notstandsgesetzgebung 1932 in Deutschland. Dissertation. Köln: Universität zu Köln.

Feldstein, Martin S., 1967: *Economic Analysis for Health Service Efficiency. Econometric Studies of the British National Health Service.* Amsterdam: North Holland.

Felsch, Marion et al., 1991: Meinungen und Erwartungen der Ärzte des Bezirks Halle zur Umgestaltung des Gesundheitswesens. In: *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 53, 71–75.

Festinger, L., 1957: *A Theory of Cognitive Dissonance.* Stanford: Stanford University Press.

Feuerstein, Günter, 1994: Schnittstellen im Gesundheitswesen – Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen. In: Bernhard Badura / Günter Feuerstein, *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung.* Weinheim: Juventa, 211–254.

Field, Mark G., 1973: The Concept of the »Health System« at the Macrosociological Level. In: *Social Science and Medicine* 7, 763–785.

Fischer, Eckhard, 1990a: Kooperationsvereinbarung Virchow-Bund – NAV: Niederlassungswillige Ärzte erhalten Unterstützung. In: *Virchow-Bund* 1, 50.

——, 1990b: Von der Bundeshauptversammlung des NAV: Zustimmung zur Fusion mit dem Virchow-Bund. In: *Virchow-Bund* 1, 324–329.

——, 1990c: Alternativen zur Niederlassung: 500 angestellte ambulant tätige Ärzte berieten in Potsdam. In: *Virchow-Bund* 1, 230–231.

Fischer, Norbert, 1991a: Stand der ärztlichen Vertragsverhandlungen in den neuen Bundesländern. In: *Die Ersatzkasse* 71, 37–39.

——, 1991b: Zur Situation der ambulanten Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern. In: *Die Ersatzkasse* 71, 103–106.

Flam, Helena, 1990: Emotional »Man«: I. The Emotional »Man« and the Problem of Collective Action. In: *International Sociology* 5, 39–56.

Foitzik, Jan, 1990: Sowjetische Militäradministration in Deutschland (SMAD). In: Martin Broszat / Hermann Weber (Hrsg.), *SBZ-Handbuch. Staatliche Verwaltungen, Parteien, gesellschaftliche Organisationen und ihre Führungskräfte in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands 1945–1949.* München: Oldenbourg, 7–70.

Forschungsgruppe Wahlen e.V., 1991: ZDF – Politbarometer / Gesundheitsjournal Praxis: Zweiklassenmedizin? Manuskript. Mannheim: Forschungsgruppe Wahlen.

Forster, Donald P. / Péter Jósan, 1990: Gesundheitszustand in Osteuropa. In: *The Lancet – Deutsche Ausgabe* 4, 344–346.

Francke, Robert, 1987: Ärztliche Profession im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Hans-Ulrich Deppe et al. (Hrsg.), *Medizin und Gesellschaft. Jahrbuch 1: Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag.* Frankfurt a.M.: Campus, 68–93.

Franz, Peter, 1986: Der »Constrained Choice«-Ansatz als gemeinsamer Nenner individualistischer Ansätze in der Soziologie. Ein Vorschlag zur theoretischen Integration. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 38, 32–54.

Franz, Wolfgang, 1975: Aspekte der Einordnung des Gesundheitswesens in die territoriale Struktur der Volkswirtschaft zur Vervollkommnung des territorialen Reproduktionsprozesses. In: Alfred Keck (Hrsg.), *Leitung und Organisation im Gesundheitswesen. Ausgewählte Beiträge.* Berlin: Volk und Gesundheit, 107–115.

Frerich, Johannes/Martin Frey, 1993: *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 2: Sozialpolitik in der Deutschen Demokratischen Republik.* München: Oldenbourg.

Frey, Bruno S./Reiner Eichenberger, 1989: Zur Bedeutung entscheidungstheoretischer Anomalien für die Ökonomik. How Important are Choice Anomalies for Economics? In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 206, 81–101.

Friedemann, Hedi, 1990: Prävention in der DDR. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat.* St. Augustin: Asgard, 246–252.

Friedman, Debra/Michael Hechter, 1988: The Contribution of Rational Choice Theory to Macrosociological Research. In: *Sociological Theory* 6, 201–218.

Fuchs, Harry, 1991: Erfahrungen der Polikliniken und Dispensaire-Einrichtungen mit multidisziplinären Versorgungsangeboten. In: *Soziale Sicherheit* 40, 15–17.

Funke, Peter/Erika Gromnica-Ihle/Juliane-Barbara Paulick, 1990: Die Leistungen der rheumatologischen Dispensaires (am Beispiel von Berlin-Ost). In: Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. (Hrsg.), Die Leistungen der rheumatologischen Dispensaires der DDR (am Beispiel von Berlin-Ost) und die negativen Folgen ihrer Auflösung. Manuskript. Bonn/Berlin: Rheuma-Liga Bundesverband e.V., 4–10.

Gäfgen, Gérard, 1990: Die Messung der Leistung im Gesundheitswesen. In: Gérard Gäfgen, *Gesundheitsökonomie: Grundlagen und Anwendungen.* Baden-Baden: Nomos, 259–282.

Gehring, M., 1958: Die Entwicklung der ambulanten Versorgung. In: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 13, 657–666.

George, David, 1984: Meta-Preferences: Reconsidering Contemporary Notions of Free Choice. In: *International Journal of Social Economics* 11, 92–107.

Gerdtham, Ulf-G./Bengt Jönsson, 1991: Price and Quantity in International Comparisons of Health Care Expenditure. In: *Applied Economics* 23, 1519–1528.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., 1994: *Elemente eines Systems der Sozialen Sicherung unter den Bedingungen einer Sozialen Marktwirtschaft – Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland.* Bergisch-Gladbach: Vollmer.

Gesellschaft zur Förderung der empirischen Sozialforschung e.V., o.J. [1991]: Kommentar eines Studiogespräches mit Ärzten zu spezifischen Problemen bei der privaten Niederlassung. Manuskript. Berlin: Gesellschaft zur Förderung der empirischen Sozialforschung e.V.

Geser, Hans, 1990: Organisationen als soziale Akteure. In: *Zeitschrift für Soziologie* 19, 401–417.

Giesen, Bernd/Claus Leggewie (Hrsg.), 1991: *Experiment Vereinigung. Ein sozialer Großversuch.* Berlin: Rotbuch-Verlag.

Gläß, Klaus/Reinhard Gürtler, 1980: Das System der staatlichen Leitung des Gesundheitsschutzes. In: Reinhard Gürtler et al. (Hrsg.), *Rechtsprinzipien im Gesundheitswesen.* Berlin: Volk und Gesundheit, 25–41.

Glock, G., 1949: Die Lage der gesetzlichen Krankenversicherung im Bundesgebiet. In: *Die Ortskrankenkasse* 31, 378–389.

Göckenjan, Gerd, 1987: Nicht länger Lohnsklaven und Pfennigkulis? Zur Entwicklung der Monopolstellung der niedergelassenen Ärzte. In: Hans-Ulrich Deppe et al. (Hrsg.), *Medizin und Gesellschaft. Jahrbuch 1: Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag.* Frankfurt a.M.: Campus, 9–36.

——, 1989: Wandlungen im Selbstbild des Arztes seit dem 19. Jahrhundert. In: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hrsg.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts.* Bonn: Psychiatrie-Verlag, 89–102.

Granovetter, Mark S., 1973: The Strength of Weak Ties. In: *American Journal of Sociology* 78, 1360–1380.

——, 1978: Threshold Models of Collective Behavior. In: *American Journal of Sociology* 83, 1420–1443.

——, 1982: The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. In: Peter V. Marsden/Nan Lin (Hrsg.), *Social Structure and Network Analysis.* Beverly Hills: Sage, 105–130.

——, 1985: Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. In: *American Journal of Sociology* 91, 481–510.

Granovetter, Mark/Roland Soong, 1983: Threshold Models of Diffusion and Collective Behaviour. In: *Journal of Mathematical Sociology* 9, 165–179.

——, 1986: Threshold Models of Interpersonal Effect in Consumer Demand. In: *Journal of Economic Behavior and Organization* 7, 83–99.

Griesewell, Gunnar, 1985: Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In: Christian von Ferber et al. (Hrsg.), *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler.* München: Oldenbourg, 555–580.

——, 1993: Durchsetzung und Umsetzung. Das Gesundheitsstrukturgesetz im Spannungsfeld der Interessenpolitik. In: *Die Ortskrankenkasse* 75, 39–48.

Groser, Manfred, 1992a: Koreferat zum Beitrag von Ribhegge. In: Erik Boettcher et al. (Hrsg.), *Jahrbuch für Neue Polititsche Ökonomie. Bd. 11. Ökonomische Systeme und ihre Dynamik.* Tübingen: Mohr, 187–190.

——, 1992b: Gemeinwohl und Ärzteinteressen – Die Politik des Hartmannbundes. In: Renate Mayntz (Hrsg.), *Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl.* Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 162–210.

——, 1992c: Organisationsdynamik öffentlich-rechtlicher Zwangsverbände. In: Erik Boettcher et al. (Hrsg.), *Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie. Bd. 11. Ökonomische Systeme und ihre Dynamik.* Tübingen: Mohr, 129–141.

——, 1993: Mengenregulierung durch Kassenärztliche Vereinigungen. In: Thomas Fretter et al. (Hrsg.), *Ordnungspolitik vor neuen Aufgaben.* Baden-Baden: Nomos, 67–86.

Günther, Ernst, 1990: Der Hausarzt in der DDR – Was ist er und was wird aus ihm? In: Wilfried Thiele (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat.* St. Augustin: Asgard, 138–142.

Gürtler, Reinhard/Joachim Rothe, 1975: Zur Bedeutung des staatlichen Charakters des Gesundheitsschutzes im Sozialismus. In: Alfred Keck (Hrsg.), *Leitung und Organisation im Gesundheitswesen. Ausgewählte Beiträge.* Berlin: Volk und Gesundheit, 76–94.

Haase, Ingo et al., 1995: Vergleich ambulanter kinderärztlicher Versorgungsstrukturen in einem alten und in einem neuen Bundesland am Beispiel zweier Sentinel-Systeme. Abstract. In: *Das Gesundheitswesen* 57, 549.

Haase, Ingo/Detlef Schwefel, 1995: Bedarfs- und Bedürfnisforschung im Gesundheitswesen. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystemforschung in Deutschland.* Denkschrift. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 37–42.

Häussler, Bertram/Wilhelm F. Schräder/Werner Mall, 1993: Betreuungsdienste für chronisch Kranke im Land Brandenburg – Entwicklungskonzeption. In: Heiner Vogel et al. (Hrsg.), *Strukturen der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern – Meinungen, Hintergründe, Perspektiven.* Dokumentation einer Fachtagung der DGVT »Perspektiven fortschrittlicher Gesundheitspolitik in den neuen Bundesländern« am 7./8. Dezember 1992 in Berlin. Tübingen: DGVT-Verlag, 116–128.

Häussler, Bertram/Wilhelm F. Schräder/Ingolf Schulz, 1990: *Das Betriebsgesundheitswesen der DDR – Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten.* Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.

Hanja, Karl-Heinz, 1990: Die Länder in der SBZ und DDR im Spannungsverhältnis von Regionalismus, Föderalismus und Zentralismus (1945 bis 1952). In: *Politische Studien* 41, 626–638.

Hannan, Michael T., 1992: Rationality and Robustness in Multilevel Systems. In: James S. Coleman/Thomas J. Fararo (Hrsg.), *Rational Choice Theory. Advocacy and Critique.* Newbury Park: Sage, 120–136.

Hannan, Michael T./John Freeman, 1977: The Population Ecology of Organizations. In: *American Journal of Sociology* 82, 929–964.

——, 1984: Structural Inertia and Organizational Change. In: *American Sociological Review* 49, 149–164.

Hansen, Eckhard, et al. 1981: *Seit über einem Jahrhundert … Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik: Sozialer Fortschritt, organisierte Dienstleistermacht und nationalsozialistische Machtergreifung: der Fall der Ambulatorien in den Unterweserstädten und Berlin. 100 Jahre kaiserliche Botschaft zur Sozialversicherung: Eine Festschrift.* Köln: Bund-Verlag.

Hartmannbund, 1990: Hartmannbund: Mehr als 10 000 DDR-Ärzte planen freie Niederlassung. In: *HB-Informationen* 6/1990.

Hartwich, Hans-Hermann, 1990: *Freie und Hansestadt Hamburg. Die Zukunft des Stadtstaates.* Hamburg: Landeszentrale für politische Bildung.

Harych, Horst, 1990a: 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.

——, 1990b: Anmerkungen zur Strukturplanung im ambulanten medizinischen Bereich. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat.* St. Augustin: Asgard, 82–83.

Hauser, Heinz, 1988: Grundzüge einer wettbewerbsorientierten Reformpolitik und das Konzept der Health Maintenance Organization. In: Heinz Hauser/J.-Matthias Graf von der Schulenburg (Hrsg.), *Health Maintenance Organizations. Eine Reformkonzeption für die Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland?* Gerlingen: Bleicher, 13–38.

Hausmann, Klaus, 1990: Noch ein Verband? In: *Virchow-Bund* 1, 61.

Heins, Martin, 1994: *Transformationsprozesse in Ostdeutschland. Norm-, anomie- und innovationstheoretische Aspekte.* Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Heitzer, Wilhelm, 1991: Medizinische Versorgung in Ostdeutschland: Poliklinische Einrichtungen. Stand und Entwicklungsperspektiven. In: *Die Ortskrankenkasse* 73, 325–328.

Henke, Klaus-Dirk, 1990: Das Gesundheitswesen im gesamtdeutschen Einigungsprozeß. In: *Wirtschaftsdienst* 70, 353–357.

Henke, Klaus-Dirk/Wulf-Dietrich Leber, 1993: Territoriale Erweiterung und wettbewerbliche Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Karl-Heinrich Hansmeyer (Hrsg.), *Finanzierungsprobleme der deutschen Einheit II: Aufbau und Finanzierung der sozialen Sicherung.* Berlin: Duncker & Humblot, 11–62.

Herder-Dorneich, Philipp, 1985: Wettbewerb und Rationalitätenfallen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Walter Hamm/Günther Neubauer (Hrsg.), *Wettbewerb im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 7.* Gerlingen: Bleicher, 13–61.

Herder-Dorneich, Philipp/Jürgen Wasem, 1986: *Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit.* Baden-Baden: Nomos.

Hernes, Gudmund, 1977: Structural Change in Social Processes. In: *American Journal of Sociology* 80, 513–547.

Hillebrandt, Bernd, 1995: *Orientierungshilfen bei der Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen.* Frankfurt a.M.: Peter Lang.

Hockerts, Hans Günter, 1980: *Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Hofemann, Klaus, 1991a: Polikliniken im Umbruch. Eine empirische Bestandsaufnahme zur Diskussion des Umwandlungsprozesses in Ostdeutschland. In: *Die Ortskrankenkasse* 73, 669–672.

——, 1991b: Systemwechsel im Gesundheitswesen. In: *Soziale Sicherheit* 40, 37–42.

——, 1993: Die Privatisierung der ambulanten Versorgung. Vom Niedergang der poliklinischen Versorgung in den neuen Ländern. In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 19. Hamburg: Argument-Verlag, 39–52.

Hommel, Jürgen, 1991: Die neue KV Sachsen. In: *Ärzteblatt Sachsen* 2, 28–29.

Huber, Ellis, 1990: *Zukunft für die Polikliniken und Ambulatorien. Integrierte Gesundheitszentren und andere Strategien zur ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland.* Berlin: Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin.

Huber, Manfred/Aynur Köse/Markus Schneider, 1993: *Wirtschaftlichkeit und Leistungsniveau deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich.* Gutachten für die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Augsburg: BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH.

Huerkamp, Claudia, 1985: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert: Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

——, 1989: Ärzte und Patienten. Zum strukturellen Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert. In: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hrsg.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts.* Bonn: Psychiatrie-Verlag, 57–74.

Hurrelmann, Klaus/Ulrich Laaser, 1993: Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung. In: Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis.* Weinheim: Beltz, 3–26.

Hurst, Jeremy, 1991: Reforming Health Care in Seven European Nations. In: *Health Affairs* 10 (Fall), 7–21.

Immergut, Ellen, 1992: *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe.* New York: Cambridge University Press.

ISD (Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung), 1987: Organisationsprojekt zum Hochschulkaderprojekt. Manuskript. Berlin: ISD.

ISD (Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung), 1990: *Das Gesundheitswesen. Jahresgesundheitsbericht 1989 für das Gebiet der ehemaligen DDR.* Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: Ärztebuch.

Jacobs, Klaus/Andreas Kniesche/Wilhelm F. Schräder, 1992: *Zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen für zugelassene Einrichtungen nach § 311 Abs. 2*

SGB V im Land Brandenburg. IGES-Papier Nr. 92–55. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.

Jacobs, Klaus/Wilhelm F. Schräder, 1991: Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum. Geordneter Wandel in der ambulanten medizinischen Versorgung: Das »Brandenburg-Modell« der Umstrukturierung. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 45, (5–6), 4–13.

——, 1992: *Fallpauschale oder Einzelleistungsvergütung? Zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Vergütungsformen in den neuen Bundesländern.* IGES-Papier 92–21. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.

——, 1993: Gesundheitszentren im Land Brandenburg. Zur Modernisierung ambulanter Angebotsstrukturen zwei Jahre nach der deutschen Vereinigung. In: *Gesundheitsmärkte.* Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 19. Hamburg: Argument-Verlag, 53–66.

Jahn, Erwin, 1949: Die Medizinalpolitik in der russischen Besatzungszone Deutschlands. Manuskript.

——, 1962: Das Gesundheitswesen im sowjetisch besetzten Teil Deutschlands. Ärztliche Behandlung und Überwachung. In: *Bundesgesundheitsblatt* 5, 409–415.

——, 1977: Integriertes System der medizinischen Versorgung – ein Modell. In: Hubert Metz (Hrsg.), *Reform des Gesundheitswesens.* Berlin: de Gruyter, 257–297.

Jahn, Erwin et al., 1971: *Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland.* Köln: Bund-Verlag.

Kagan, Jerome, 1981: Universals in Human Development. In: Ruth H. Munroe et al. (Hrsg.), *Handbook of Cross-Cultural Human Development.* New York: Garland, 53–62.

Kahnert, Bernd, 1990: Wie »modern« können die Betriebs-Polikliniken der DDR sein? In: *Die Betriebskrankenkasse* 78, 534–543.

Karrenberg, Hans, 1993: Die Finanzausstattung der Kommunen in den neuen Bundesländern. In: Wolfgang Seibel (Hrsg.), *Verwaltungsreform und Verwaltungspolitik im Prozeß der deutschen Einigung.* Baden-Baden: Nomos, 288–308.

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), 1990: Grundsätze für die Angleichung der Versorgungssysteme in einem geeinten Deutschland. In: *Dienst für Gesellschaftspolitik* 12/1990, 6–10.

——, 1991a: *Entscheidungshilfen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Neuorganisation bisheriger poliklinischer Einrichtungen in den fünf neuen Bundesländern und Berlin-Ost.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

——, 1991b: *Tätigkeitsbericht 1990 für die Zeit von November 1989 bis Dezember 1990.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

——, 1991c: Die Niederlassungswelle läuft ungebrochen weiter. Presseerklärung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 8.5.1991. Köln: KBV.

——, 1991d: *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1991.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

——, 1991e: Liste der kassenärztlich ambulant tätigen Ärzte, Stand: April 1991. Manuskript. Köln: KBV.

——, 1992: *Tätigkeitsbericht 1991 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Zeit vom 1. Januar 1991 bis 31. Dezember 1991.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

——, 1993: *Tätigkeitsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1992 für die Zeit vom 1. Januar 1992 bis 31. Dezember 1992.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

——, 1994: *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1994.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

——, 1995: *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1995.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, 1990: Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen – in eigener Sache. In: *Ärzteblatt Thüringen* 1, 30–31.

Katz, Michael L./Carl Shapiro, 1985: Network Externalities, Competition, and Compatibility. In: *American Economic Review* 75, 424–440.

——, 1994: Systems Competition and Network Effects. In: *Journal of Econonomic Perspectives* 8, 93–115.

Katzenstein, Peter J., 1987: *Policy and Politics in West Germany. The Growth of a Semisovereign State.* Philadelphia: Temple University Press.

Kaufmann, Franz-Xaver, 1982: Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention. In: Franz-Xaver Kaufmann (Hrsg.), *Staatliche Sozialpolitik und Familie.* München: Oldenbourg, 49–79.

——, 1991: *Diskurse über Staatsaufgaben.* MPIfG Discussion Paper 91/5. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Kirchberger, Stefan, 1986: Public-Health Policy in Germany, 1945–1949: Continuity and a New Beginning. In: Donald W. Light/Alexander Schuller (Hrsg.), *Political Values and Health Care: The German Experience.* Cambridge, MA: MIT Press, 185–238.

Klopstech, Angela/Reinhard Selten, 1984: Formale Konzepte eingeschränkt rationalen Verhaltens. In: Horst Todt (Hrsg.), *Normengeleitetes Verhalten in den Sozialwissenschaften.* Berlin: Duncker & Humblot, 11–34.

Klose, Joachim, 1993: *Leistungsreport Ärzte. Arztprofile der wichtigsten Fachgruppen niedergelassener Ärzte. Ein Kompendium zur ambulanten Versorgung in den westlichen Bundesländern.* Stuttgart: Gustav Fischer.

Knemeyer, Franz-Ludwig, 1993: Verwaltungs- und Gebietsreformen in den jungen Bundesländern. In: *Die Verwaltung* 26, 273–289.

Knoch, Hans Georg, 1990: Das ambulante Operieren. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen der DDR. Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat.* St. Augustin: Asgard, 109–114.

Koalitionsvereinbarung, 1990: Grundsätze der Koalitionsvereinbarung zwischen den Fraktionen der CDU, der DSU, dem DA, den Liberalen (LDP, BFD, F.D.P.) und der SPD, Anlage A, Abschnitt »Soziales und Gesundheit«. Manuskript. Berlin.

König, Klaus, 1993: Administrative Transformation in Eastern Germany. In: *Public Administration* 71, 135–149.

Köppl, Bernd, o.J. [1991]: Leitlinien und Forderungen für die Absicherung der gesundheitlichen Versorgung im ambulanten Bereich von Ostberlin. Manuskript. Berlin: Fraktion Bündnis 90/Grüne im Berliner Abgeordnetenhaus.

——, [o.J. 1991a]: Gesundheitssenator Dr. Luther ruiniert die Polikliniken in Ost-Berlin. Manuskript. Berlin.

Kolb, Rudolf/Franz Ruland, 1990: Die Rentenversicherung in einem sich einigenden Deutschland. In: *Deutsche Rentenversicherung* 62, 141–153.

Kooiman, Jan/Martijn van Vliet, 1993: Governance and Public Management. In: Eliassen/Jan Kooiman (Hrsg.), *Managing Public Organizations – Lessons from Contemporary European Experience.* London, 58–73.

Korbanka, Christian, 1990: *Das Gesundheitswesen in der DDR. Darstellung und Effizienzanalyse.* Köln: Müller-Botermann.

Korger, Dieter, 1993: Einigungsprozeß. In: Werner Weidenfeld/Karl-Rudolf Korte (Hrsg.), *Handbuch zur deutschen Einheit.* Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 241–252.

Korneli, Peter, 1991: Probleme der Sanierung und Modernisierung der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern. In: *Krankenhaus-Umschau* 60, 165–172.

Kreps, David M., 1990: Corporate Culture and Economic Theory. In: James E. Alt/Kenneth A. Shepsle (Hrsg.), *Perspectives on Positive Political Economy.* Cambridge: Cambridge University Press, 90–143.

Kruse, Udo/Silke Kruse, 1991: Neue Bundesländer: Geborgenheit des Sozialismus wird nicht vermißt. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 45, 10–15.

Küchenhoff, Günther, 1955: Das neue Kassenarztrecht. In: *Recht der Arbeit* 8, 413–421.

Kuran, Timur, 1987a: Chameleon Voters and Public Choice. In: *Public Choice* 53, 53–78.

——, 1987b: Preference Falsification, Policy Continuity and Collective Conservatism. In: *Economic Journal* 97, 642–665.

——, 1989: Sparks and Prairie Fires: A Theory of Unanticipated Political Revolution. In: *Public Choice* 61, 41–74.

Laaser, Ulrich/Heinz-Erich Wichmann/Bernt-Peter Robra, 1995: Epidemiologie. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystemforschung in Deutschland.* Denkschrift. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 91–94.

Labisch, Alfons/Florian Tennstedt, 1991: Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949 – ca. 1965). In: Thomas Elkeles et al. (Hrsg.), *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990.* Berlin: edition sigma, 129–158.

Landesregierung Sachsen-Anhalt, 1992: Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD Drucksache 1/957. Landtag von Sachsen-Anhalt, 27.1.1992, Drucksache 1/1143 neu.

Lehmann, Helmut, 1949: *Die Sozialversicherung in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands.* Berlin: Dietz.

Lehmbruch, Gerhard, 1988: Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die »Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen«. In: Gérard Gäfgen (Hrsg.), *Neokorporatismus und Gesundheitswesen.* Baden-Baden: Nomos, 11–32.

——, 1990: Die improvisierte Vereinigung: Die Dritte deutsche Republik. Unentwegter Versuch, einem japanischen Publikum die Geheimnisse der deutschen Transformation zu erklären. In: *Leviathan* 18, 462–486.

——, 1991: Die deutsche Vereinigung. Strukturen und Strategien. In: *Politische Vierteljahresschrift* 32, 585–604.

——, 1993: Der Staat des vereinigten Deutschland und die Transformationsdynamik der Schnittstellen von Staat und Wirtschaft in der ehemaligen DDR. In: *BISS public* 3, 21–41.

——, 1994a: Dilemmata verbandlicher Einflußlogik im Prozeß der deutschen Vereinigung. In: Wolfgang Streeck (Hrsg.), *Staat und Verbände.* Opladen: Westdeutscher Verlag, 370–392.

——, 1994b: The Process of Regime Change in East Germany: An Institutionalist Scenario for German Unification. In: *Journal of European Public Policy* 1, 115–142.

Leibfried, Stephan/Florian Tennstedt, 1986: Health-Insurance Policy and Berufsverbote in the Nazi Takeover. In: Donald W. Light /Alexander Schuller (Hrsg.), *Political Values and Health Care: The German Experience.* Cambridge, MA: The MIT Press, 127–184.

Liebold/Zalewski, 1992: *Kassenarztrecht.* Loseblatt-Sammlung. Bd. I. Berlin: Engel.

Liebowitz, S. J./Stephen E. Margolis, 1994: Network Externality: An Uncommon Tragedy. In: *Journal of Economic Perspectives* 8, 133–150.

Lindblom, Charles E., 1965: *The Intelligence of Democracy. Decision-Making through Mutual Adjustment.* New York: The Free Press.

Lindenberg, Siegwart, 1981: Rational Repetitive Choice: The Discrimination Model Versus the Camilleri-Berger Model. In: *Social Psychology Quarterly* 44, 312–330.

——, 1990: Rationalität und Kultur. In: Hans Haferkamp (Hrsg.), *Sozialstruktur und Kultur.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 249–287.

——, 1991: Die Methode der abnehmenden Abstraktion: Theoriegesteuerte Analyse und empirischer Gehalt. In: Hartmut Esser/Klaus G. Troitzsch (Hrsg.), *Modellierung sozialer Prozesse.* Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften, 29–78.

Lischka, Detlef/Günther Thiele, 1992: Ost und West nicht vergleichbar – Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Krankenhäusern. In: *Krankenhaus-Umschau* 61, 818–822.

Lubecki, Paul, 1991: Gutachten Polikliniken Ost: Zur Leistungs- und Kostenstruktur. In: *Die Ortskrankenkasse* 73, 309–312.

Luce, Bryan R./A. Elixhauser, 1990: *Standards for the Socioeconomic Evaluation of Health Care Services.* Berlin: Springer.

Lüders, Maren, 1991: Status des Kassenarztes. Unternehmer oder Angestellter. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 45, 33–36.

Luhmann, Niklas, 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem – Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Philipp Herder-Dorneich/Alexander Schuller (Hrsg.), *Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt?* Stuttgart: Kohlhammer, 28–49.

——, 1984: *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

——, 1986a: »Distinctions directrices« – Über Codierung von Semantiken und Systemen. In: Friedhelm Neidhardt/M. Rainer Lepsius (Hrsg.), *Kultur und Gesellschaft.* Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 27. Opladen: Westdeutscher Verlag, 145–161.

——, 1986b: *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?* Opladen: Westdeutscher Verlag.

——, 1988: Warum AGIL? In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 40, 127–139.

Lutz, Burkart, 1994: Institutionen und Interessen – Erste Thesen und Überlegungen zum Prozeß der System-Transformation. In: *Berliner Journal für Soziologie* 4, 289–444.

Maier, Gunther/Peter Weiss, 1990: *Modelle diskreter Entscheidungen. Theorie und Anwendungen in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften.* Wien: Springer.

Majnoni d'Intignano, Beatrice, 1993: Financing of Health Care in Europe. In: C. Artundo et al. (Hrsg.), *Health Care Reforms in Europe.* Proceedings of the First Meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 33–56.

Manow, Philip, 1994a: *Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß.* Frankfurt a.M.: Campus.

——, 1994b: *Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstruktur-Gesetz (GSG) und seine Vorgänger.* MPIfG Discussion Paper 94/5. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Manz, Günter/Gunnar Winkler, 1985: *Sozialpolitik.* Berlin: Verlag Die Wirtschaft.

March, James G., 1994: *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen.* New York: The Free Press.

March, James G./Johan P. Olson, 1984: The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. In: *American Political Science Review* 78, 734–749.

——, 1989: *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics.* New York: The Free Press.

Markus, Hazel/Robert B. Zajonc, 1985: The Cognitive Perspective in Social Psychology. In: Gardner Lindzey/Elliot Aronson (Hrsg.), *The Handbook of Social Psychology*. Bd. 1. New York: Random House, 137–230.

Marwell, Gerald/Pamela Oliver, 1993: *The Critical Mass in Collective Action. A Micro-Social Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mayntz, Renate, 1985: Die gesellschaftliche Dyamik als theoretische Herausforderung. In: Burkart Lutz (Hrsg.), *Soziologie und gesellschaftliche Entwicklung*. Verhandlungen des 22. Deutschen Soziologentages in Dortmund 1984. Frankfurt a.M.: Campus, 27–44.

——, 1987: Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme – Anmerkungen zu einem theoretischen Paradigma. In: *Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft* 1, 89–110.

——, 1988: Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung. In: Renate Mayntz et al. (Hrsg.), *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt a.M.: Campus, 11–44.

——, 1991: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Klaus-Dirk Henke et al. (Hrsg.), *Die Zukunft der sozialen Sicherung in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos, 21–45.

Mayntz, Renate/Wolfgang Klitzsch/Erich Ubeländer, 1981: *Analyse von Planungs- und Steuerungsfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung in Versorgungsschwerpunkten des Gesundheitswesen*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Mayntz, Renate/Birgitta Nedelmann, 1987: Eigendynamische soziale Prozesse: Anmerkungen zu einem analytischen Paradigma. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 39, 648–668.

Mayntz, Renate/Bernd Rosewitz, 1988: Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: Renate Mayntz et al. (Hrsg.), *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt a.M.: Campus, 117–180.

Mayntz, Renate/Fritz W. Scharpf, 1995a: Der Ansatz des akteurbezogenen Institutionalismus. In: Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*. Frankfurt a.M.: Campus, 39–72.

Mayntz, Renate/Fritz W. Scharpf, 1995b: Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren. In: Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*. Frankfurt a.M.: Campus, 9–38.

McKeown, Thomas, 1982: *Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Mechanic, David, 1975: Ideology, Medical Technology and Health Care Organization in Modern Nations. In: *American Journal of Public Health* 65, 241–247.

Merkel, Wolfgang, 1994: Struktur oder Akteur, System oder Handlung: Gibt es einen Königsweg in der sozialwissenschaftlichen Transformationsforschung? In:

Wolfgang Merkel (Hrsg.), *Systemwechsel I. Theorien, Ansätze und Konzeptionen.* Opladen: Leske + Budrich, 303–332.

Mette, Alexander, 1970: Zur Geschichte des Gesundheitswesens in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Kurt Winter (Hrsg.), *Deine Gesundheit – Unser Staat.* Berlin: Volk und Gesundheit, 60–73.

Metze, Ingolf, 1982: *Gesundheitspolitik. Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen.* Stuttgart: Kohlhammer.

Meyer, Dirk, 1993: Der Einfluß der Reglementierungen des Arztberufes auf die Technologieentwicklung im ambulanten Sektor. In: *Sozialer Fortschritt* 42, 222–227.

Meyer, Gerd, 1989: Sozialistischer Paternalismus. Strategien konservativen Systemmanagements am Beispiel der Deutschen Demokratischen Republik. In: Ralf Rytlewsko (Hrsg.), *Politik und Gesellschaft in sozialistischen Ländern.* Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 20. Opladen: Westdeutscher Verlag, 426–448.

Milgrom, Paul/John Roberts, 1990: Bargaining Costs, Influence Costs, and The Organization of Economic Activity. In: James E. Alt/Kenneth A. Shepsle (Hrsg.), *Perspectives on Positive Political Economy.* Cambridge: Cambridge University Press, 57–89.

Mühlmann, Manfred/Hans-Georg Keune, 1980: Das medizinische Betreuungsverhältnis und die allgemeine Betreuungspflicht der Gesundheitseinrichtungen. In: Reinhard Gürtler (Hrsg.), *Rechtsprinzipien im Gesundheitswesen.* Berlin: Volk und Gesundheit, 127–179.

Müller, Hermann, 1992: *Gesundheitszentren mit Zukunft. Das »Modell Brandenburg« für eine moderne ambulante Versorgung.* Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.). Potsdam: Druckhaus Brandenburg.

Müller, Joachim/Jürgen Wasem, 1984: Neuregelung der Krankenschein-Ausgabe. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 38, 61–66.

Münch, Richard/Neil J. Smelser, 1987: Relating the Micro and Macro. In: Jeffrey C. Alexander et al. (Hrsg.), *The Micro-Macro-Link.* Berkeley: University of California Press, 256–288.

NAV(Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.), 1990: *Jahresbericht 1989/90.* Hürth: Drei Kronen Druck.

Neckel, Sighard, 1992: Das lokale Staatsorgan. Kommunale Herrschaft im Staatssozialismus der DDR. In: *Zeitschrift für Soziologie* 21, 252–268.

Neipp, Joachim, 1987: *Der optimale Gesundheitszustand der Bevölkerung. Methodische und empirische Fragen einer Erfolgskontrolle gesundheitspolitischer Maßnahmen.* Berlin: Springer.

Neubauer, Günter, 1987: Gemeinsame Selbstverwaltung als Steuerungsinstrument der ambulant-ärztlichen Versorgung. In: Ralph Brennecke/Elisabeth Schach (Hrsg.), *Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung.* Berlin: Springer, 111–124.

——, 1988: Staat, Verwaltung und Verbände. Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Gérard Gäfgen (Hrsg.), *Neokorporatismus und Gesundheitswesen.* Baden-Baden: Nomos, 91–112.

——, 1993: Schritte zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland. In: Peter Oberender (Hrsg.), *Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland.* Baden-Baden: Nomos, 63–85.

Neubauer, Günther/Herbert Rebscher, 1984: *Gemeinsame Selbstverwaltung. Eine ordnungspolitische Alternative für die Gesundheitsversorgung.* Spardorf: Wilfer.

Newhouse, John P., 1987: Editorial: Cross National Differences in Health Spending: What Do They Mean? In: *Journal of Health Economics* 6, 159–162.

Niehoff, Jens-Uwe/Frank Schneider/E. Wetzstein, 1992: Reflections on the Health Policy of the Former German Democratic Republic. In: *Journal of Health Sciences* 3, 205–213.

Niehoff, Jens-Uwe/Ralf-Raigo Schrader, 1991: Gesundheitsleitbilder – Absichten und Realitäten in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Thomas Elkeles et al. (Hrsg.), *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990.* Berlin: edition sigma, 51–74.

Nowak, Meinolf et al., 1990: Bewertende Beschreibung des Gesundheitswesens der DDR. Für das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Manuskript. Köln: Prognos AG.

Oberschall, Anthony, 1980: Loosely Structured Collective Conflict: A Theory and an Application. In: Louis Kriesberg (Hrsg.), *Research in Social Movements, Conflict and Change.* Bd. 3. Greenwich, CT.: JAI Press, 45–48.

OECD, 1992: *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries.* Paris: OECD.

——, 1994a: *OECD Health Data Base.* Paris: OECD.

——, 1994b: *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries.* Paris: OECD.

Offe, Claus, 1992: Die politischen Kosten der Vereinheitlichung des Gesundheitssystems. In: Winfried Schmähl (Hrsg.), *Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung.* Frankfurt a.M.: Campus, 59–90.

Offermanns, Matthias, 1990: *Bürokratie und Vertrauen: Die Institution Vertrauen in der ökonomischen Theorie der Bürokratie.* Baden-Baden: Nomos.

——, 1993: Reglementierungen des Arztberufes als Problem der Technologieentwicklung? In: *Sozialer Fortschritt* 42, 228–231.

Ohlmer, Roswitha, 1990: Rheumatologische Dispensairebetreuung in der DDR. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat.* St. Augustin: Asgard, 253–255.

Oldiges, Franz-Josef, 1991: Polikliniken: Bewährung gefragt. In: *Die Ortskrankenkasse* 73, 328–329.

Oliver, Pamela E./Gerald Marwell, 1988: The Paradox of Group Size in Collective Action: A Theory of the Critical Mass II. In: *American Sociological Review* 53, 1–8.

Oliver, Pamela E./Gerald Marwell/Ruy Teixeira, 1985: A Theory of the Critical Mass I. Interdependence, Group Heterogeneity and the Production of Collective Action. In: *American Journal of Sociology* 91, 522–556.

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

Parkin, David, 1991: Comparing Health Service Efficiency Across Countries. In: Alistair McGuire et al. (Hrsg.), *Providing Health Care: The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery.* Oxford: Oxford University Press, 172–192.

Parlow, Siegfried/Irina Winter, 1974: Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik. In: Wolfgang Fritz Haug (Hrsg.), *Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V).* Bd. AS 4. Berlin: Argument Verlag, 46–72.

Parsons, Talcott, 1978: *Action Theory and the Human Condition.* New York: The Free Press.

Partsch, Manfred, 1991: Östliche Bundesländer: Vergütungsregelung für Polikliniken. Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren Behandlungsfallpauschalen. In: *Die Ortskrankenkasse* 73, 313–317.

Penzel, Willi/Walter Schär/Johanna Rösler, 1988: Planung und Ökonomie in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. In: Walter Schär (Hrsg.), *Leitung, Organisation und Ökonomie im Gesundheitswesen.* Berlin: Volk und Gesundheit, 77–147.

Perschke-Hartmann, Christiane, 1993: Das Gesundheits-Strukturgesetz von 1992. Zur Selbstevaluation staatlicher Politik. In: *Leviathan* 21, 564–583.

——, 1994: *Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer.* Opladen: Leske + Budrich.

Peters, Horst, 1978: *Die Geschichte der sozialen Versicherung.* St. Augustin: Asgard.

Pfaff, Martin, 1990: Differences in Health Care Spending across Countries: Statistical Evidence. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 15, 1–67.

Pforringer, W., 1990: Polikliniken sind sozialistische Mißgeburten. In: *Neue Ärztliche*, 13.12.1990.

Pollack, Detlef, 1992: The times, they are a-changing … – Anmerkungen zum Transformationsprozeß in Ostdeutschland. In: *BISS public* 2, 49–61.

Preker, Alexander S./Richard G. A. Feachem, 1993: Searching for the Silver Bullett: Market Mechanisms in the Health Sector in Central and Eastern Europe. Paper presented at the Project Hope Conference »Health Care Reform Strategies and Central Europe«, Prague, Nov. 10–12,1993. Washington: World Bank Human Resources Sector Operations Division.

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 1992: Positive Bilanz für das Gesundheitssystem der neuen Länder. Aus- und Umbau ist praktisch abgeschlos-

sen. In: *Sozialpolitische Umschau* Nr. 358. Bonn: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung.

Pritzel, Konstantin, 1977: Das Gesundheitswesen in der Entwicklung der SBZ zur DDR. In: Hans Harmsen (Hrsg.), *Gesundheitspolitische Entwicklungen und Schwerpunkte in den Fünfjahrplänen der DDR und UdSSR.* Hamburg: Bundesanstalt für Gesamtdeutsche Aufgaben, 7–36.

——, 1978: Ökonomischer Leistungsvergleich der Gesundheitssysteme der Bundesrepublik und der DDR – Schwierigkeiten und Grenzen der Vergleichbarkeit. In: Hans Harmsen (Hrsg.), *Gesundheitspolitische Aufgaben in der DDR und UdSSR.* Hamburg: Bundesanstalt für gesamtdeutsche Aufgaben, 49–65.

Rapoport, Anatol/Melvin Guyer, 1967: A Taxonomy of 2 x 2 Games. In: *General Systems* 11, 203–214.

Reiners, Hartmut, 1987: *Ordnungspolitik im Gesundheitswesen.* WIdO-Materialien 30. Bonn: AOK-Verlag.

Reinhardt, Uwe E., 1988: HMOs in den Vereinigten Staaten: Darstellung und jüngste Entwicklungstendenzen. In: Heinz Hauser/J.-Matthias von der Schulenburg (Hrsg.), *Health Maintenance Organizations. Eine Reformkonzeption für die Gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland?* Gerlingen: Bleicher, 147–194.

Reißig, Rolf, 1994: Transformation – Theoretisch-konzeptionelle Ansätze und Erklärungsversuche. In: *Berliner Journal für Soziologie* 4, 323–343.

Richardson, Jeff, 1994: Cost Utility Analysis: What Should be Measured? In: *Social Science and Medicine* 39, 7–21.

Robischon, Tobias et al., 1995: Die politische Logik der deutschen Vereinigung und der Institutionentransfer. Eine Untersuchung am Beispiel von Gesundheitswesen, Forschungssystem und Telekommunikation. In: *Politische Vierteljahresschrift* 36, 423–459.

Robra, Bernt-Peter, et al., 1991: Die Häufigkeit der ärztlichen Inanspruchnahme im Spiegel zweier Repräsentativerhebungen: DHP-Survey und EVaS-Studie. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 53, 228–232.

Roemer, M. I., 1976: *Health Care Systems in World Perspective.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Rönnau, A., 1991: Staatliche Existenzförderung für Freie Berufe in den neuen Bundesländern. In: *Der freie Beruf* 10, 30–35.

Rogers, E. M., 1983: *Diffusion of innovations.* New York: The Free Press.

Rolf, Hartmut, 1975: *Sozialversicherung oder staatlicher Gesundheitsdienst? Ökonomischer Effizienzvergleich der Gesundheitssicherungssysteme der Bundesrepublik und der Deutschen Demokratischen Republik.* Berlin: Duncker & Humblot.

Ronning, Gerd, 1991: *Mikroökonometrie.* Berlin: Springer.

Rosewitz, Bernd/Uwe Schimank, 1988: Verselbständigung und politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme. In: Renate Mayntz (Hrsg.), *Differenzie-*

rung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a.M.: Campus, 295–329.

Rosewitz, Bernd/Douglas Webber, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen.* Frankfurt a.M.: Campus.

Ruban, Maria Elisabeth, 1981: *Gesundheitswesen in der DDR: System und Basis, Gesundheitserziehung, Gesundheitsverhalten, Leistungen, Ökonomie des Gesundheitswesens.* Berlin: Gebr. Holzapfel.

Rudolf-Virchow-Bund, 1990: Gesundheitsreform in der DDR: Leitlinien des Rudolf-Virchow-Bundes. In: *Virchow-Bund* 1, 18–20.

Rudzio, Wolfgang, 1991: *Das politische System der Bundesrepublik Deutschland.* Opladen: Leske + Budrich.

Rueschemeyer, Dietrich, 1974: Reflections on Structural Differentiation. In: *Zeitschrift für Soziologie* 3, 279–294.

Runge, Carlisle Ford, 1984: Institutions and the Free Rider: The Assurance Problem in Collective Action. In: *Journal of Politics* 46, 154–181.

Ryll, Andreas, 1993: Bargaining in the German Ambulatory Health Care System. In: Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Games in Hierarchies and Networks. Analytical and Empirical Approaches to the Study of Governance Institutions.* Frankfurt a.M.: Campus, 315–338.

SVR-KAG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen), 1991: *Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten 1991.* Baden-Baden: Nomos.

——, 1992: *Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Jahresgutachten 1992.* Baden-Baden: Nomos.

Sächsische Staatskanzlei (Hrsg.), 1991: Regierungserklärung von Ministerpräsident Prof. Dr. Kurt Biedenkopf. In: Sächsische Staatskanzlei (Hrsg.), *Mitten in Europa. Der Freistaat Sachsen und seine Region.* Wiesbaden: Gabler, 13–78.

Sass, Hans-Martin (Hrsg.), 1988: *Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische und ordnungspolitische Einflußfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen.* Berlin: Springer.

Schäfer, Franz, 1952: Krankenversicherung und ambulante Leistungen im Krankenhaus. Die gegenwärtige Rechtslage. In: *Das Krankenhaus* 44, 52–57.

Schär, Walter, 1988: Entwicklungsbestimmende Aufgaben, volkswirtschaftliche Verflechtungen und staatliche Leitung im Gesundheitswesen. In: Walter Schär (Hrsg.), *Leitung, Organisation und Ökonomie im Gesundheitswesen.* Berlin: Volk und Gesundheit, 9–32.

Schäuble, Wolfgang, 1991: *Der Vertrag. Wie ich über die deutsche Einheit verhandelte.* Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.

Scharpf, Fritz W., 1985: Die Politikverflechtungsfalle: Europäische Integration und deutscher Föderalismus im Vergleich. In: *Politische Vierteljahresschrift* 26, 323–356.

——, 1989: Decision Rules, Decision Styles and Policy Choices. In: *Journal of Theoretical Politics* 1, 151–178.

——, 1990: *Games Real Actors Could Play: The Problem of Connectedness.* MPIfG Discussion Paper 90/8. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Scharpf, Fritz W./Matthias Mohr, 1994: *Efficient Self-Coordination in Political Networks: A Simulation Study.* MPIfG Discussion Paper 94/1. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Scharpf, Fritz W./Bernd Reissert/Fritz Schnabel, 1976: *Politikverflechtung: Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik.* Kronberg/Ts.: Scriptor.

Scheff, Thomas J., 1992: Rationality and Emotion: Homage to Norbert Elias. In: James S. Coleman/Thomas J. Fararo (Hrsg.), *Rational Choice Theory: Advocacy and Critique.* Newbury Park: Sage, 101–119.

Schelling, Thomas C., 1971: On the Ecology of Micromotives. In: *Public Interest* Nr. 25, 61–98.

——, 1978: *Micromotives and Macrobehavior.* New York: W.W. Norten & Company.

Scheytt, Oliver, 1993: Kommunalpolitik. In: Werner Weidenfeld/Karl-Rudolf Korte (Hrsg.), *Handbuch zur deutschen Einheit.* Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 413–419.

Schimank, Uwe, 1991: Politische Steuerung in der Organisationsgesellschaft am Beispiel der Forschungspolitik. In: Wolfgang Zapf (Hrsg.), *Die Modernisierung moderner Gesellschaften.* Verhandlungen des 25. Deutschen Soziologentages in Frankfurt am Main 1990. Frankfurt a.M.: Campus, 505–516.

——, 1995: Teilsystemevolutionen und Akteurstrategien: Die zwei Seiten struktureller Dynamiken moderner Gesellschaften. In: *Soziale Systeme* 1, 73–100.

Schimank, Uwe/Jürgen Wasem, 1995: Die staatliche Steuerbarkeit unkoordinierten kollektiven Handelns. In: Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung.* Frankfurt a.M.: Campus, 197–232.

Schirmer, Horst Dieter, 1991: Rechtsvereinheitlichung im Ärztlichen Berufsrecht und Kassenarztrecht aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands. In: *Medizinrecht* 9, 55–66.

Schlicht, Ekkehart, 1990: Rationality, Bounded or Not, and Institutional Analysis. In: *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 146, 703–719.

Schmid-Schween, Simone (1993): *Der freiberufliche Zahnarzt und der staatlich angestellte Stomatologe: Ein medizinsoziologischer Vergleich.* Dissertation. Göttingen: Universität Göttingen.

Schmidt, Alfred/Erwin Jahn/Bodo Scharf (Hrsg.), 1988a: *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bürgernähe, Arbeitnehmer- und Patientenorientierung statt Anbieterdominanz. Bd. I: Grundmängel, Grundanforderungen, Reformperspektiven.* Köln: Bund-Verlag.

——, 1988b: *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bürgernähe, Arbeitnehmer- und Patientenorientierung statt Anbieterdominanz. Bd. II: Vorschläge zur Strukturreform.* Köln: Bund-Verlag.

Schmitter, Philippe C., 1979: Interessenvermittlung und Regierbarkeit. In: Ulrich von Alemann/Rolf G. Heinze (Hrsg.), *Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus. Analysen, Positionen, Dokumente.* Opladen: Westdeutscher Verlag, 92–114.

Schmitter, Philippe C./Wolfgang Streeck, 1981: *The Organization of Business Interest.* Discussion papers IIBV/Arbeitsmarktpolitik 81–13. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.

Schneider, [ohne Vorname], 1948: Privatpraxis und Poliklinik. In: Werner Wilk (Hrsg.), *Zur Frage der Polikliniken. Ein Diskussionsbeitrag. Probleme der Gesundheitspolitik.* Bd. 1. Potsdam: Potsdamer Verlagsgesellschaft, 86–91.

Schneider, F./J.-U. Niehoff, 1992: Primary Care Goes Private in Former GDR. In: *Bulletin of Medical Ethics* 82, 33–35.

Schneider, K./Otto Weiss/Gerhard Wolfram, 1990: Die ambulante medizinische Versorgung in der DDR – Entwicklung und aktuelle Probleme unter besonderer Beachtung der Polikliniken. Berlin: ISOG.

Schneider, Markus et al., 1993: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich.* Ausgabe 1992. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. Augsburg: BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH.

Schneider, Volker/Raymund Werle, 1988: *Regime oder korporativer Akteur? Die EG in der Telekommunikationspolitik.* MPIfG Discussion Paper 88/4. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Schnell, Rainer, 1993: Die Heterogenität sozialer Kategorien als Voraussetzung für Repräsentativität und Gewichtungsverfahren. In: *Zeitschrift für Soziologie* 22, 16–32.

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, 1990: Zur Reorganisation von Betriebs-Polikliniken und -Ambulatorien im System der ambulanten medizinischen Versorgung in der DDR. In: *Die Betriebskrankenkasse* 7–8, 430–446.

—— (Hrsg.), 1991: *Das Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Leitfaden mit Textsammlung.* Baden-Baden: Nomos.

Schräder, Wilhelm F./Klaus Jacobs, 1991: *Zur Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region Dresden.* Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.

Schreiber, Werner, 1993: Drei Jahre Deutsche Einheit – die Gesundheitspolitik. In: *Die Krankenversicherung* 44, 248–252.

Schüßler, Rudolf, 1988: Der homo oeconomicus als skeptische Fiktion. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 40, 447–463.

Schulenburg, J.-Matthias Graf von der, 1981: *Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen.* Tübingen: Mohr.

——, 1982: Health Maintenance Organizations – Eine interessante Alternative zur traditionellen Krankenversicherung? In: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 71, 627–648.

——, 1987a: Verbände als Interessenwahrer von Berufsgruppen im Gesundheitswesen. In: Leonhard Männer/Günter Sieben (Hrsg.), *Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen.* Gerlingen: Bleicher, 373–418.

——, 1987b: Die »Ärzteschwemme« und ihre Auswirkungen auf die ambulante Versorgung. In: Ralph Brenneke (Hrsg.), *Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung.* Berlin: Springer-Verlag, 125–138.

Schwartz, Friedrich Wilh./Ralph Brennecke/Anita B. Pfaff (1995): Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie. In: *Public Health Forum* 3(10), 44–45.

Schwartz, Friedrich Wilhelm/Werner Hofmann, 1995: Gesundheitsberichterstattung. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystemforschung in Deutschland.* Denkschrift. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 23–30.

Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (Hrsg.), 1995a: *Gesundheitssystemforschung in Deutschland.* Denkschrift. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.

——, 1995b: Einführung: Gegenstand und Aufgaben der Gesundheitssystemforschung. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystemforschung in Deutschland.* Denkschrift. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 1–12.

SED, 1946: Kommunalpolitische Richtlinien der SED. Juli 1946. Auszugsweise abgedruckt in E. Fischer/L. Rohland/D. Tutzke (Hrsg.), *Für das Wohl des Menschen.* Berlin 1979: Volk und Gesellschaft, 36–39.

——, 1947a: Beschluß des Zentralsekretariats der SED über sozialpolitische Richtlinien, 30. Dezember 1946. Abgedruckt in Helena Fiedler (Hrsg.), *Zur Sozialpolitik in der antifaschistisch-demokratischen Umwälzung 1945 bis 1949. Dokumente und Materialien.* Berlin 1984: Dietz, 147–158.

——, 1947b: Beschluß des Zentralsekretariats der SED über gesundheitspolitische Richtlinien, 31. März 1947. Abgedruckt in Helena Fiedler (Hrsg.), *Zur Sozialpolitik in der antifaschistisch-demokratischen Umwälzung 1945 bis 1949. Dokumente und Materialien.* Berlin 1984: Dietz, 168–175.

Seibel, Wolfgang, 1992: Notwendige Illusionen: Der Wandel des Regierungssystems im vereinten Deutschland. In: *Journal für Sozialforschung* 32, 337–361.

Sen, Amartya K., 1967: Isolation Assurance and the Social Rate of Discount. In: *Quarterly Journal of Economics* 81, 172–224.

Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin, 1991: Presseerklärung »Neue Träger- und Betreibergesellschaften zur Weiterführung von Polikliniken«. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit.

——, 1993: Gesundheitlich-Soziale Zentren in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit.

Simon, Herbert A., 1955: A Behavioral Model of Rational Choice. In: *Quarterly Journal of Economics* 69, 99–118.

——, 1956: Rational Choice and the Structure of the Environment. In: *Psychological Review* 63, 129–138.

Sozialcharta der DDR, 1990: Abgedruckt in: *Zeitschrift für Sozialreform* 36, 256–262.

Spaar, Horst/Werner Beilicke, 1993: Über die Notwendigkeit des Strukturwandels in der ambulanten Versorgung. In: Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.), *Gesundheitssysteme im Umbruch: Von der DDR zur BRD.* Frankfurt a.M.: Campus, 96–111.

Spitzenverbände, 1990: Angebot an die DDR: Einführung einer gegliederten sozialen Krankenversicherung. Spitzenverbände legen Grundsatzposition vor. Gemeinsame Presseerklärung. Siegburg: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verband der Angestellten-Krankenkassen, Verband der Arbeiter-Ersatzkassen.

Stange, Karl-Heinz, 1994: Verpaßte Reform der ambulanten Versorgung? Die Transformation des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern. In: Bernhard Blanke (Hrsg.), *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin.* Opladen: Leske + Budrich, 291–326.

Statistisches Amt der DDR, 1989: *Statistisches Jahrbuch der DDR 1989*. Berlin: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik.

——, 1990: *Statistisches Jahrbuch der DDR 1990*. Berlin: Rudolf-Hauffe-Verlag.

StBA (Statistisches Bundesamt), 1990a: *Statistisches Jahrbuch 1990 für die Bundesrepublik Deutschland.* Stuttgart: Metzler-Poeschel.

——, 1990b: *Zahlen – Fakten – Trends.* Extra 9/90–2. Wiesbaden: StBA.

——, 1991: *Fachserie 12, Reihe 5: Berufe des Gesundheitswesens 1990.* Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Stigler, George J./Gary S. Becker, 1977: De gustibus non est disputandum. In: *American Economic Review* 67, 76–90.

Stiller, Klaus-Peter, 1991: Kommentar zu § 311 SGB V. In: Bernd Baron von Maydell (Hrsg.): *Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung. GK-SGB V. Bd. 2.* Stand: 16. Ergänzungslieferung, Dezember 1991. Neuwied: Luchterhand.

Streeck, Wolfgang/Philippe C. Schmitter, 1985: Gemeinschaft, Markt und Staat – und die Verbände? Der mögliche Beitrag von Interessenregierungen zur sozialen Ordnung. In: *Journal für Sozialforschung* 25, 133–159.

Sutton, Robert I./Anita L. Callahan, 1987: The Stigma of Bankruptcy: Spoiled Organizational Image and its Management. Manuskript. Stanford: Stanford University.

Tautz, Wilfried, 1990: Die Dispensaire-Betreuung – Eine aktive medizinische Behandlungsform. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen der DDR:*

Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat. St. Augustin: Asgard, 256–261.

Tennstedt, Florian, 1977: *Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik.* Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.

Thriene, B., 1991: Die lufthygienische Belastung in der DDR – Situation und Erfordernisse. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen 53*, 54–60.

Tobin, James, 1958: Estimation of Relationships for Limited Dependent Variables. In: *Econometrica* 26, 24–36.

Trommsdorf, Gisela, 1994: Psychologische Probleme bei den Transformationsprozessen in Ostdeutschland. In: Gisela Trommsdorf (Hsrg.), *Psychologische Aspekte des sozio-politischen Wandels in Ostdeutschland.* Berlin: de Gruyter, 19–42.

Tsebelis, George, 1993: *Decision Making in Political Systems: Comparison of Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartism.* Duke University Program in Political Economy. Papers in International Political Economy, Working Paper No. 178. Durham: Duke University.

Ulrich, Volker, 1988: *Preis- und Mengeneffekte im Gesundheitswesen. Eine Ausgabenanalyse von GKV-Behandlungsarten.* Frankfurt a.M.: Peter Lang.

Vanberg, Viktor J., 1992: Organizations as Constitutional Systems. In: *Constitutional Political Economy* 3, 223–252.

Veith, Dagmar, 1988: *Machtpotentiale der Interessengruppen und des Staates in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gestalt und Auswirkungen des Korporatismus in der GKV.* Regensburg: S. Roderer.

Vollmer, Rudolf J., 1990a: *Sozialversicherung und Gesundheitsrecht der DDR.* Bd. I. Stand: 1.5.1990. Bonn: AOK-Verlag.

——, 1990b: *Sozialversicherung und Gesundheitsrecht der DDR.* Bd. 2. Stand: 1.5.1990. Bonn: AOK-Verlag.

Volpp, Kevin, 1991: The Structure of Health Care Delivery in Communist East Germany. In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 16, 3–13.

Wasem, Jürgen, 1990: Die Probleme der Versicherten- und Kassenstruktur und ihre Reform – Ein Überblick. In: *Sozialer Fortschritt* 39, 53–59.

——, 1992a: *Von der »Poliklinik« in die Kassenarztpraxis: Versuch einer Rekonstruktion der Entscheidungssituation ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland.* MPIfG Discussion Paper 92/5. Köln: MPI für Gesellschaftsforschung.

——, 1992b: Niederlassung oder »Poliklinik« – Zur Entscheidungssituation der ambulant tätigen Ärzte im Beitrittsgebiet. In: Peter Oberender (Hrsg.), *Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen.* Baden-Baden: Nomos, 81–134.

——, 1993a: Strategische Planung oder ungesteuerte Kettenreaktion? Zur Erosion der poliklinischen Einrichtungen in Ostdeutschland nach der Vereinigung. In: *Jahrbuch für kritische Medizin 19: Gesundheitsmärkte.* Hamburg: Argument, 39–52.

——, 1993b: Finanzentwicklung im Gesundheitswesen der neuen Bundesländer. In: Peter Oberender (Hrsg.), *Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland.* Baden-Baden: Nomos, 111–137.

——, 1993c: Die Erfahrungen mit Kostendämpfungsstrategien und Gesundheitsreformen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.), *Bericht über die Tagung Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei steigenden Kosten und begrenzten Ressourcen.* Würzburg: Triltsch, 119–170.

——, 1995: Systemwechsel in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Erklärungen aus Sicht der ostdeutschen Ärzte. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 3(4), 293–310.

Webber, Douglas, 1992: Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. In: Renate Mayntz (Hrsg.), *Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl.* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 211–271.

Weber, Max, 1972: *Wirtschaft und Gesellschaft.* Erstauflage 1922. Tübingen: Mohr.

Weisbrod, Burton A., 1964: Collective-consumption Services of Individual-consumption Goods. In: *Quarterly Journal of Economics* 78, 471–477.

Weise, Peter, 1989: Homo oeconomicus und homo sociologicus: Die Schreckensmänner der Sozialwissenschaften. In: *Zeitschrift für Soziologie* 18, 148–161.

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.

Weiß, Wilhelm, 1952: *Das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone.* Bonn: Deutscher Bundes-Verlag.

——, 1957: *Das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone*. 3. Auflage. Bonn: Deutscher Bundes-Verlag.

Weissenböck, Herbert, 1974: *Studien zur ökonomischen Effizienz von Gesundheitssicherungssystemen.* Stuttgart: Kohlhammer.

Welsh, Helga A., 1990: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG). In: Martin Broszat / Hermann Weber (Hrsg.), *SBZ-Handbuch. Staatliche Verwaltungen, Parteien, gesellschaftliche Organisationen und ihre Führungskräfte in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands 1945–1949.* München: Oldenbourg, 244–252.

Weyer, Johannes, 1993: System und Akteur. Zum Nutzen zweier soziologischer Paradigmen bei der Erklärung erfolgreichen Scheiterns. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 45, 1–22.

WIBERA, 1991: Analyse der Leistungsfaktoren der Polikliniken und Ambulatorien auf dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik. Phase II. Unkorrigiertes Gutachten. Düsseldorf: WIBERA.

Wielgohs, Jan/Helmut Wiesenthal, 1995: Konkurrenz – Ignoranz – Kooperation: Interaktionsmuster west- und ostdeutscher Akteure beim Aufbau von Interessenverbänden. In: Helmut Wiesenthal (Hrsg.), *Einheit als Interessenpolitik. Studien zur sektoralen Transformation Ostdeutschlands.* Frankfurt a.M.: Campus, 298–333.

Wiemeyer, Joachim, 1984: *Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland.* Berlin: Duncker & Humblot.

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 Themenakquisition eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas. In: *Zeitschrift für Soziologie* 16, 434–449.

——, 1991: *Absturz in die Moderne. Der Sonderstatus der DDR in den Transformationsprozessen Osteuropas.* ZeS-Arbeitspapier 8. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen.

——, 1993: Institutionelle Dynamik und soziale Defensive. In: *Public*, 11, 5–23.

——, 1995: Einleitung: Grundlinien der Transformation Ostdeutschlands und die Rolle korporativer Akteure. In: Helmut Wiesenthal (Hrsg.), *Einheit als Interessenpolitik. Studien zur sektoralen Transformation Ostdeutschlands.* Frankfurt a.M.: Campus, 8–33.

Wiesenthal, Helmut/Wilfried Ettl/Christiane Bialas, 1992: *Interessenverbände im Transformationsprozeß. Zur Repräsentations- und Steuerungsfähigkeit des Verbändesystems der neuen Bundesländer.* Max-Planck-Gesellschaft, Arbeitsgruppe Transformationsprozesse, Arbeitspapier 92/3. Berlin: Max-Planck-Gesellschaft, Arbeitsgruppe Transformationsprozesse.

Wiesner, Gerd E., 1991: *Zur Gesundheitslage der Bevölkerung in den neuen Bundesländern.* München: MMV Medizin Verlag.

Wilhelm, Jürgen et al., 1993: »Vorwärts und nicht vergessen … ?« – Ärzte im Umbruch: Meinungen zu Perspektiven, Chancen und Gefahren eines gemeinsamen Gesundheitswesens im Spiegel der Niederlassung. In: Hans-Ulrich Deppe/Hannes Friedrich/Rainer Müller (Hrsg.), *Gesundheitswesen im Umbruch: Von der DDR zur BRD.* Frankfurt a.M.: Campus, 144–195.

Wilk, Werner (Hrsg.), 1948: *Zur Frage der Polikliniken – Ein Diskussionsbeitrag. Probleme der Gesundheitspolitik.* Bd. 1. Potsdam: Potsdamer Verlagsgesellschaft.

Wille, Eberhard/Angelika Mehnert/Jan Philipp Rohweder, 1994: *Zum gesellschaftlichen Nutzen pharmazeutischer Innovationen.* Frankfurt a.M.: Peter Lang.

Williams, Alan, 1985: Economics of Coronary Artery Bypass Grafting. In: *British Medical Journal* 291, 326–329.

Willke, Helmut, 1983: *Entzauberung des Staates. Überlegungen zu einer sozietalen Steuerungstheorie.* Königstein/Ts.: Athenäum.

——, 1984: Gesellschaftssteuerung. In: Manfred Glagow (Hrsg.), *Gesellschaftssteuerung zwischen Korporatismus und Subsidiarität.* Bielefeld: AJZ, 29–53.

——, 1991: *Systemtheorie: Eine Einführung in die Grundprobleme der Theorie sozialer Probleme.* Stuttgart: Gustav Fischer.

Wilsford, David, 1994: Path Dependency, or why History Makes it Difficult but not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way. In: *Journal of Public Policy* 14, 251–283.

Windhoff-Héritier, Adrienne, 1992: Verbandspolitische Konfliktlinien in der deutschen Sozialunion. Der Kampf um das neue Territorium und Probleme der Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Volker Eichener et al. (Hrsg.), *Probleme der Einheit. Organisierte Interessen in Ostdeutschland.* Bd. 12. Marburg: Metropolis-Verlag, 303–317.

Winter, Kurt, 1948: Demokratisierung des Gesundheitswesens und Errichtung von Polikliniken. In: Werner Wilk (Hrsg.), *Zur Frage der Polikliniken: Ein Diskussionsbeitrag.* Probleme der Gesundheitspolitik, Heft 1. Potsdam: Potsdamer Verlagsgesellschaft, 3–24.

Winter, Kurt, 1980: *Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik. Bilanz nach 30 Jahren.* Berlin: Volk und Gesundheit.

Wissell, Rudolf, 1947: *Zur Gestaltung der Sozialversicherung.* Hamburg: Verlag für Wirtschaft und Sozialpolitik.

Wissenschaftliche Arbeitsgruppe »Krankenversicherung« der Robert-Bosch-Stiftung, 1987: *Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung.* Bayreuth: Verlag P.C.O.

WIdO (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen), 1980: *Krankenschein-Ausgabesysteme 1976/79.* WIdO-Materialien Bd. 12. Bonn: AOK-Verlag.

Wissenschaftsrat, 1991: Empfehlungen zur Hochschulmedizin in den neuen Ländern und in Berlin. Manuskript. Köln: Wissenschaftsrat.

Wollmann, Hellmut, 1991: Kommunalpolitik und -verwaltung in Ostdeutschland: Institutionen und Handlungsmuster im »paradigmatischen« Umbruch. Eine empirische Skizze. In: Bernhard Blanke/Susanne Benzler (Hrsg.), *Staat und Stadt.* Opladen: Westdeutscher Verlag, 237–258.

Zalewski, Thomas, 1984: *Originäre Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Steuerungspotentiale in der ambulanten ärztlichen Versorgung.* Sankt Augustin: Asgard.

Zapf, Wolfgang, 1989: Über soziale Innovationen. In: *Soziale Welt* 40, 170–183.

Zey, Mary (Hrsg.), 1992: *Decision Making. Alternatives to Rational Choice Models.* Newbury Park: Sage.

Zuck, Rüdiger, 1990: Die Poliklinik. In: *Medizin und Recht* 20, 121–124.

Zweifel, Peter, 1994: Eine Charakterisierung von Gesundheitssystemen: Welche sind im Vorteil bei welchen Herausforderungen? In: Peter Oberender (Hrsg.), *Probleme der Transformation im Gesundheitswesen.* Baden-Baden: Nomos, 9–44.

Sachregister

Abschlagszahlungen
– an Kassenärzte *79, 81, 156–157*
– an poliklinische Einrichtungen *81, 157–158, 198–200, 206–207*
Aggregateffekte *24, 131*
Akteurkategorien *25–29, 260*
– aggregierte Akteure *28, 29*
– Individuen *25–26, 29*
– korporative Akteure *26–27, 29, 52, 53*
– politische Akteure *102*
– Verbände *102*
Akteurkonstellationen *29*
Alliierter Kontrollrat *42*
ambulant tätige Ärzte
– Aufgabe der Berufstätigkeit *84*
– Entwicklung der Zahl *82, 84*
– Wechsel nach Westdeutschland *84*
ambulanter Sektor
– gemeinsame Selbstverwaltung *53, 147–160, 205–210*
– Governance-Struktur *53*
– Reformblockaden *54*
– Selbstregulierung *53*
Ambulatorien *49, 50, 63*
AOK-Bundesverband
– Kurswechsel *138*
– Ressourcen *112*
– Zielvorstellungen *135*
Apparategemeinschaft *siehe* Gemeinschaftspraxen
Arbeitgeberverbände
– Ressourcen *114*
– Zielvorstellungen *113*
Arzt/Ärztin *siehe* niedergelassene Ärzte, Poliklinikärzte
Ärztekammern *50*
– Ressourcen *116*
Ärzteregister der DDR *77, 78*
Ärzteverbände *49*
– Ausweitung westdeutscher nach Ostdeutschland *116, 165*
– Entstehung ostdeutscher *116, 164*
– freie *102*
– Poliklinikverbände *102*
– Zielvorstellungen *112, 136, 265*
Arztgehälter *63*
Ärztlicher Direktor *55*
Arztregister der KVen *78*
Arztwahlrecht *56, 68–69*
– Bereichsarztsystem *68*
– Krankenordnung *68*
– Quartalsbindung *68, 69*
– Überweisung *68, 69*

Bedarfsplanung *57, 255*
– und Polikliniken *256–257*
Bereichsarztsystem *68*

Berlin-Ost *86*, *109*, *238–247*
betriebliches Gesundheitssystem *56*
Betriebsgesundheitswesen *44*, *46*, *180*
– Werksärzte *41*
Bezirksärzte *55*
BKK-Bundesverband
– Ressourcen *112*
– Zielvorstellungen *142*
Brandenburger Modell *231–237*
Bundeskanzleramt, Zielvorstellungen *138*
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) *175*
– Zielvorstellungen *138*
– Zuständigkeit für die GKV *105*
Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Zuständigkeit für die GKV *105*
Bundesrat *104*
Bundesregierung
– Ressourcen *103–104*, *105*
– Zielvorstellungen *103*, *136*, *209*

Change agents *264*

Datenbasis *32–36*
– Akteneinsicht *32*
– Arztbarometer 1990 *33*
– Arztbarometer 1991 *35*, *80*, *92*
– Befragung ostdeutscher Ärzte im Bezirk Halle *33*
– Experteninterviews *32*
– Kommunen 1992 *33*, *80*, *92*
– Patientenbefragung *35*
DDR-Regierung
– Ressourcen *107*
– Zielvorstellungen *106*
Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG) *43*, *46*
Diffusionsgeschwindigkeit *263*
Dispensaire-Einrichtungen *64*, *66*, *67*, *83*, *96*

Eigendynamik *s. auch* Transformationsprozeß, Niederlassungsprozeß *20*
Eigeneinrichtungen der Kassen *41*, *50*
Einigungsvertrag *105*, *262*
– krankenversicherungsrechtliche Regelungen *143–146*
Einigungsvertragsabschlag *153*, *156*
Einkaufsmodelle *51*

Fachambulanzen *208*, *251–252*
– mit Dispensaire-Auftrag *96–98*
– Entwicklung der Zahl *95–98*
– und Gesundheitsstrukturgesetz *254*
– in kirchlicher Trägerschaft *96–98*
– an Krankenhäusern *67*, *81*, *83*
– rechtlicher Status *159*, *201–203*, *205–206*
FDGB-Gewerkschaft Gesundheit und Sozialwesen *114*
Finanzierung *69–76*
– Beveridge-Ansatz *69*
– Bismarck-Ansatz *69*
– Semachko-Ansatz *70*
Freier Deutscher Gewerkschaftsbund (FDGB) *47*, *114*

gemeinsame Selbstverwaltung *53*, *60*
Gemeinschaftspraxen *61*, *92*
Gesamtvergütung *60*
– Vereinbarung für Ostdeutschland *149–153*, *155*
Gesundheitsdezernenten *200*
Gesundheitsministerium der DDR *55*
Gesundheitsstrukturgesetz *250–258*
Gesundheitssystem *53*

– funktionelle Ausdifferenzierung *38*
– als gesellschaftliches Teilsystem *18*
– kuratives Paradigma *37*
– Public-Health-Paradigma *37*
– Sozialisierung des *44*
– westdeutsches, Effizienz und Effektivität *21*
Gesundheitssystemforschung *18, 19, 29*
Gesundheitswesen
– Effizienz und Effektivität *21, 70–76*
– Planung *54–55*
Gesundheitswissenschaften *18, 19*
Gesundheitszentren *232–237*
Gewerkschaften
– Ressourcen *114*
– Zielvorstellungen *113*
GKV-Spitzenverbände *siehe* Krankenkassenverbände

Hartmannbund
– Ausweitung nach Ostdeutschland *166*
– Erwartungsmanagement *166–167*
– Ressourcen *112*
– Zielvorstellungen *112, 166*
Hausarzt *58, 68, 69*
Health Maintenance Organizations (HMO) *51*

Industriegewerkschaft Gesundheitswesen *47*
Institutionenexport
– Ablehnung von *135–137*
– Forderung nach *136–137*
Institutionentransfer *22*
Investitionen *siehe* niedergelassene Ärzte

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
– Ressourcen *115*
– Zielvorstellungen *110–111*
Kassenärztliche Vereinigungen *41, 50*
– Errichtung in Ostdeutschland *144, 200–201*
– Gründung privatrechtlicher KVen in der DDR *169–171*
– Magdeburger Übereinkommen *170*
– Regelungen im Einigungsvertrag *144*
– Ressourcen *115*
– Sicherstellungsmonopol *144*
Konflikt um *136, 141–143*
– Stimmrecht in Gremien *146–147*
– Zielvorstellungen *115*
Kassenarztrecht, Gesetz über *50; s. auch* Einigungsvertrag, krankenversicherungsrechtliche Regelungen
Kollektivverträge *40, 41, 42, 47, 50, 63*
kommunale Gesundheitsverwaltung *siehe* Kommunen
kommunale Spitzenverbände *174*
Kommunalvermögensgesetz *172*
Kommunen
– Gesundheitsverwaltung *46*
– Kündigung von Poliklinikpersonal *175*
– Reorganisation der Verwaltung *173*
– als Träger von Polikliniken *172*
– Unsicherheit über Rahmenbedingungen *174*
Korporatismus *52*
Kostendämpfungspolitik *53*
Krankenhausambulanzen *45*
Krankenhausfachambulanzen *siehe* Fachmbulanzen an Krankenhäusern
Krankenhausfinanzierungsgesetz (der DDR) *140*

Krankenkassen-Vertragsverordnung (der DDR) *140*
– Konflikt um *142–143*
Krankenkassenerrichtungsgesetz (der DDR) *140*
– Konflikt um *141–142*
Krankenkassenverbände
– Aufbau in Ostdeutschland *115*
– Ressourcen *111*, *115*
– Zielvorstellungen *111*, *112*, *265*
Kreisärzte *55*, *59*

Laborgemeinschaft *siehe* Gemeinschaftspraxen
Länder, ostdeutsche
– Berlin *116*, *119*, *238–247*
– Brandenburg *87*, *171*, *231–237*
– Mecklenburg-Vorpommern *87*, *228*
– Regierungskoalitionen *107*
– Ressourcen *108–110*
– Sachsen *88*, *230–231*
– Sachsen-Anhalt *89*, *228–230*
– Thüringen *89*, *227*
– Zielvorstellungen *108*
Leistungsstruktur *17*, *18*, *40*, *52*, *133*
Logit-Analyse zur Niederlassungsabsicht *187–191*

Magdeburger Übereinkommen *170*
Marburger Bund
– Ausweitung nach Ostdeutschland *167–169*
– Ressourcen *112*
– Zielvorstellungen *112*
Medizinische Hochschulen und Akademien *s. auch* Universitätspolikliniken *69*, *83*

NAV – Verband der niedergelassenen Ärzte
– Kooperation mit Virchow-Bund *169*
– Ressourcen *112*
– Zielvorstellungen *112*
neue Länder *siehe* Länder, ostdeutsche
niedergelassene Ärzte *45*, *47*, *49*
– Abschlagszahlungen *156*
– in Berlin-Ost *86*
– in Brandenburg *87*
– Entwicklung der Zahl *77*, *85–92*
– nach Facharztgruppen *90*
– Förderung durch Einigungsvertrag *144–145*
– Förderung durch Subventionen *160–161*
– Gemeinschaftspraxen *92*
– Investitionen *93*, *221*
– in Mecklenburg-Vorpommern *87*
– Motive *182–192*, *217–224*
– Räumlichkeiten *92*
– in Sachsen *88*
– in Sachsen-Anhalt *89*
– in Thüringen *89*
– Vertragsvereinbarungen der Selbstverwaltung *147–153*
Niederlassung *s. auch* niedergelassene Ärzte
– Paßförmigkeit mit Normensystem *264*
Niederlassungsabsicht, Logit-Analyse *187–191*
Niederlassungsanordnung *48*
Niederlassungsprozeß *77*, *195–197*
– Dynamik *30*
– Eigendynamik *195*
– Setzung von Rahmenbedingungen *31*
– Verlauf *83*, *85*

öffentlicher Gesundheitsdienst
– Errichtung von Gesundheitsämtern *139*
– Reorganisation *173*
Organisationssoziologie, populationsökologische Variante *25*

Paternalismus, zielgruppenspezifischer *56*
Patienten
– als aggregierte Akteure *132*
– Ressourcen *132*
– im Transformationsprozeß *213–216*
– Zielvorstellungen *132*
Poliklinikärzte *120*
– als aggregierte Akteure *130*
– Arbeitslosigkeit *218*
– Arbeitszufriedenheit *122*, *180–181*
– in Berlin-Ost *86*
– Bewertung des ostdeutschen Gesundheitswesens *122–123*, *178–180*
– in Brandenburg *87*
– Entwicklung der Zahl *86–92*
– nach Facharztgruppen *90*
– Gründung von Verbänden *171*
– Kündigungen *210–213*, *218–224*
– in Mecklenburg-Vorpommern *87*
– Niederlassungsabsicht *123–130*, *177*, *182–192*, *262*
– Ressourcen *130–131*
– in Sachsen *88*
– in Sachsen-Anhalt *89*
– in Thüringen *89*
– Zielvorstellungen *121–123*
Polikliniken *s. auch* Universitätspolikliniken *42*, *45*, *49*, *50*, *63*
– Abschlagszahlungen an *157*, *198–200*, *206–207*
– Ausschluß von Subventionen *161*
– und Bedarfsplanung *256–257*
– befristete Zulassungsgarantie *145*, *158*
– Entwicklung der Zahl *94–95*
– und Gesundheitsstrukturgesetz *254*
– Gründung von Poliklinikverbänden *171*
– Gutachten über Leistungsstrukturen *151–153*
– Konflikt um Rechtsrahmen *141–143*
– Kündigungen durch Träger *175*
– Paßförmigkeit mit Normensystem *264*
– Regelungen im Einigungsvertrag *143–145*
– Regelungen im Krankenkassenerrichtungsgesetz *143*
– Regelungen im Krankenkassen-Vertragsgesetz *143*
– Regelungslücken im Einigungsvertrag *158*
– Restriktion der Personalbestände *160*
– Träger *117*, *210–213*
Betriebe *120*, Kirchen *120*, Kommunen *117*, *172*, Kreise *117*, kreisfreie Städte *117*, Ressourcen *117–120*, Umstrukturierungsentscheidungen *210–213*, Wissenschaftsministerien *120*, Zielvorstellungen *117*
– Trägerwechsel *158*, *159*
– Treuhandgesellschaft *146*, *159–160*
– Vergütung durch Fallpauschalen *154*, *155*, *156*, *207*
– Verhandlungen um Vergütungen *150–152*, *154*
– Vertragsvereinbarungen der Selbstverwaltung *147–153*
Poliklinikpersonal, nichtärztliches
– Ressourcen *132*
– Zielvorstellungen *131*
Politikverflechtung *52*

Praxis, freie *siehe* niedergelassene Ärzte
Praxisgemeinschaft *siehe* Gemeinschaftspraxen
Produktionsfunktionen kollektiver Ereignisse *270–273*

Rahmen-Gesamtvertrag *155*, *207*
Rahmenkollektivverträge *siehe* Kollektivverträge
Reformblockaden *54*
Regelungsstruktur *40*, *52*, *133*
Rudolf-Virchow-Bund *siehe* Virchow-Bund

SED (Sozialistische Einheitspartei Deutschlands) *44*, *55*, *118*
Sicherstellung der Versorgung *siehe* Versorgung
Sicherstellungsmonopol der KVen *144*
– Konflikt um *136*, *141–143*
– Kontroverse um *136*
Sowjetische Militäradministration in Deutschland (SMAD) *43*, *45*
Sozialpartner
– Ressourcen *114*
– Zielvorstellungen *113*
SPD (Sozialdemokratische Partei Deutschlands)
– Bundesratsmehrheit *104*
– Ressourcen *104*
– Zielvorstellungen *104*, *135*, *140*, *209*
spezialärztliche Versorgung, ambulante *siehe* Versorgung, fachärztliche
Spitzenverbände der GKV *siehe* Krankenkassenverbände
Staatliche Arztpraxen *48*
Staatsvertrag über die Schaffung einer Währungsunion, Wirtschafts- und Sozialgemeinschaft (erster Staatsvertrag) *105*
– Regelungen zum Gesundheitswesen *139*
– Verhandlungen über *139*
Steuerung, hierarchische *52*
Systemtheorie *19*, *25*
Systemwechsel *24*

Teilsysteme
– funktionale *24*, *25*
– gesellschaftliche *22*
Selbstreferentialität *19*, Wandel von Strukturen *20–21*
Träger der Polikliniken *siehe* Polikliniken
Transformationsblockade *22*
Transformationsdynamik *21*, *22*, *24*, *259*
– Wirkungsmechanismen *269*
Transformationsprozeß, *s. auch* Niederlassungsprozeß *23*
– Eigendynamik *24*, *274–277*

Überweisungsgewicht *155*, *207*
Universitätspolikliniken *69*, *83*, *120*, *159*, *203–204*
– Entwicklung der Fallzahlen *98–99*

Vergütungsverträge *40*
Versorgung
– ambulante ärztliche
Effizienz und Effektivität *70–75*, Finanzierung *69–76*, Regelungsstrukturen *39*, Steuerung *52*
– ambulante Grundversorgung *58*
– fachärztliche ambulante *58*, *90*

– Krankenhausversorgung, versorgungsorientierter Ansatz *38*
– Sicherstellung der *57–59*
Bedarfsplanung *57*, *255*, Sicherstellungsauftrag *s. auch* Sicherstellungsmonopol der KVen *50*, *51*, *136*, *144*
Versorgungssysteme, parallele *56*
Vertragsbeziehungen Ärzte – Krankenkassen *siehe* Kollektivverträge
Verzahnung *61–62*, *64–67*
– Ärzte und Nichtärzte *61*, *64*
– Akutmedizin und Rehabilitation *62*
– ambulant/stationär *61*, *65*, *67*
– Kuration und Arbeitsmedizin *61*, *64*
– Prävention und Kuration *61*, *64*
Virchow-Bund, Zielvorstellungen *116*, *165*

Weiterbildungsassistenten *208–209*

Zentralismus, demokratischer *54*
Zulassungsstatistiken *78*

Renate Mayntz, Bernd Rosewitz, Uwe Schimank, Rudolf Stichweh
Differenzierung und Verselbständigung
Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme
1988 329 Seiten

Renate Mayntz, Thomas P. Hughes (Editors)
The Development of Large Technical Systems
1988 299 Seiten (copublished with Westview Press)

Clemens Schumacher-Wolf
Informationstechnik, Innovation und Verwaltung
Soziale Bedingungen der Einführung moderner Informationstechniken
1988 339 Seiten

Volker Schneider
Technikentwicklung zwischen Politik und Markt
Der Fall Bildschirmtext
1989 293 Seiten

Bernd Rosewitz, Douglas Webber
Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen
1990 349 Seiten

Raymund Werle
Telekommunikation in der Bundesrepublik
Expansion, Differenzierung, Transformation
1990 409 Seiten

Hans-Willy Hohn, Uwe Schimank
Konflikte und Gleichgewichte im Forschungssystem
Akteurkonstellationen und Entwicklungspfade in der staatlich finanzierten außeruniversitären Forschung
1990 444 Seiten

Bernd Marin, Renate Mayntz (Editors)
Policy Networks
Empirical Evidence and Theoretical Considerations
1991 331 Seiten (copublished with Westview Press)

Jens Alber, Brigitte Bernardi-Schenkluhn
Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich
Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien
1992 700 Seiten

Schriftenreihe des
Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln

Arthur Benz, Fritz W. Scharpf, Reinhard Zintl
Horizontale Politikverflechtung
Zur Theorie von Verhandlungssystemen
1992 205 Seiten

Fritz W. Scharpf (Editor)
Games in Hierarchies and Networks
Analytical and Empirical Approaches to the Study of Governance Institutions
1993 448 Seiten (copublished with Westview Press)

Andreas Stucke
Institutionalisierung der Forschungspolitik
Entstehung, Entwicklung und Steuerungsprobleme des
Bundesforschungsministeriums
1993 297 Seiten

Susanne Lütz
Steuerung industrieller Forschungskooperation
Funktionsweise und Erfolgsbedingungen des staatlichen
Förderinstrumentes Verbundforschung
1993 251 Seiten

Uwe Schimank, Andreas Stucke (Editors)
Coping with Trouble
How Science Reacts to Political Disturbances of Research Conditions
1994 401 Seiten (copublished with St. Martin's Press)

Edgar Grande, Jürgen Häusler
Industrieforschung und Forschungspolitik
Staatliche Steuerungspotentiale in der Informationstechnik
1994 566 Seiten

Philip Manow
Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß
1994 195 Seiten

Renate Mayntz (unter Mitarbeit von Hans-Georg Wolf)
Deutsche Forschung im Einigungsprozeß
Die Transformation der Akademie der Wissenschaften der DDR 1989 bis 1992
1994 301 Seiten

Campus Verlag · Frankfurt am Main

Katrin Behaghel
Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung
Ein Verbandssystem unter Streß
1994 326 Seiten

Renate Mayntz (Hrsg.)
Aufbruch und Reform von oben
Ostdeutsche Universitäten im Transformationsprozeß
1994 312 Seiten

Frank Thomas
Telefonieren in Deutschland
Organisatorische, technische und räumliche Entwicklung
eines großtechnischen Systems
1995 415 Seiten

Uwe Schimank
Hochschulforschung im Schatten der Lehre
1995 357 Seiten

Philipp Genschel
Standards in der Informationstechnik
Institutioneller Wandel in der internationalen Standardisierung
1995 237 Seiten

Renate Mayntz, Fritz W. Scharpf (Hrsg.)
Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung
1995 368 Seiten

Helmut Voelzkow
Private Regierungen in der Techniksteuerung
Eine sozialwissenschaftliche Analyse der technischen Normung
1996 380 Seiten

Jochen Gläser, Werner Meske
Anwendungsorientierung von Grundlagenforschung?
Erfahrungen der Akademie der Wissenschaften der DDR
1996 424 Seiten

Gerhard Krauss
Forschung im unitarischen Staat
Abhängigkeit und Autonomie der staatlich finanzierten Forschung in Frankreich
1996 239 Seiten

Schriftenreihe des
Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln

Hans-Georg Wolf
Organisationsschicksale im deutschen Vereinigungsprozeß
Die Entwicklungswege der Institute der Akademie der Wissenschaften der DDR
1996 375 Seiten

Dietmar Braun
Die politische Steuerung der Wissenschaft
Ein Beitrag zum »kooperativen Staat«
1997 450 Seiten

Renate Mayntz
Soziale Dynamik und politische Steuerung
Theoretische und methodologische Überlegungen
1997 342 Seiten

Marian Döhler
Die Regulierung von Professionsgrenzen
Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen
im internationalen Vergleich
1997 248 Seiten

Jürgen Wasem
Vom staatlichen zum kassenärztlichen System
Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der
ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland
1997 333 Seiten

Campus Verlag · Frankfurt am Main