

Jürgen Wasem

## Strategische Planung oder ungesteuerte Kettenreaktion?

### Zur Erosion der poliklinischen Einrichtungen in Ostdeutschland nach der Vereinigung

Die ambulante ärztliche Versorgung in den fünf neuen Bundesländern (einschl. Ost-Berlin) hat in den vergangenen zwei Jahren einen in hohem Maße dynamischen Wandlungsprozeß mitgemacht: War noch zum Zeitpunkt des Beitritts zur Bundesrepublik die Versorgung zu mehr als 95 % von in Polikliniken, Ambulatorien, (Fach-)Ambulanzen oder staatlichen Arztpraxen als Angestellte beschäftigten Ärzten/Ärztinnen sichergestellt, so stieg seit Jahresbeginn 1991 der Anteil der als niedergelassene Kassenärzte teilnehmenden Mediziner stetig an. Bereits ein Jahr nach Beitritt waren mehr als 60 % der ambulant tätigen Ärzte »freiberufliche« Kassenärzte. Wiederum ein Jahr später ist der Anteil der noch als Angestellte in Einrichtungen beschäftigten Ärzte/Ärztinnen auf unter 15 % gesunken.<sup>1</sup> Der »Transformationsprozeß« kann damit als im wesentlichen abgeschlossen betrachtet werden. Polikliniken spielen faktisch nur noch die Rolle eines »Auffangbeckens« für Ärzte/Ärztinnen, die auf Grund ihres Alters oder gesundheitlicher Beeinträchtigungen keine Kassenarztpraxis eröffnen können.

Wird nach den Ursachen dieser raschen Transformation gefragt, so werden höchst unterschiedliche Erklärungen angeboten: Einerseits wird der Prozeß einer »dominante(n) Strategie der raschen institutionellen Angleichung an das westdeutsche System« (insbesondere) westdeutscher Akteure zugeschrieben (Offe 1992: 69), also als Resultat zielgerichteten politischen Handelns gedeutet, andererseits wird die These vertreten, er sei »von einer derartigen Eigendynamik (geprägt gewesen; JW), daß staatliches Handeln und staatliche Eingriffe die Entwicklung kaum hätten beeinflussen können« (Landesregierung Sachsen-Anhalt 1992: 3).

Strategische Planung oder ungesteuerter, ja unsteuerbarer eigendynamischer Prozeß? Die Frage kann überhaupt nur deswegen so gestellt werden, weil sich – anders als in den meisten übrigen Rechtsgebieten, in denen bundesdeutsche Institutionen und Strukturen im Vereinigungsprozeß definitiv auf Ostdeutschland erstreckt

wurden – die Vertragsparteien des Einigungsvertrages für einen gesetzlichen Rahmen entschieden, der die potentielle Entwicklung der Strukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung im Beitrittsgebiet a priori noch nicht eindeutig determinierte: Zwar wurde im Einigungsvertrag einerseits die Grundentscheidung getroffen, daß die ambulante Versorgung in Ostdeutschland grundsätzlich nach den »Spielregeln« des Kassenarztrechtes organisiert wird. Entsprechend wurde festgelegt, daß neu zu errichtende Kassenärztliche Vereinigungen<sup>2</sup> den gesamten Sicherstellungsauftrag übernehmen. Auch wurde explizit formuliert (ohne daß allerdings ein Instrument zur Durchsetzung dieser Vorgabe vorgesehen worden wäre), daß die Niederlassung in freier Praxis mit dem Ziel zu fördern sei, den freiberuflich tätigen Arzt zum maßgeblichen Träger der ambulanten Versorgung zu machen und der Anteil poliklinischer Einrichtungen an der Versorgung zu verringern sei.

Andererseits wurden vom Einigungsvertrag Polikliniken und ähnliche Einrichtungen bis Ende 1995 grundsätzlich zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen.<sup>3</sup> Zulassung zur Versorgung bedeutet hierbei insbesondere, daß der Träger der Einrichtung die erbrachten Leistungen insoweit gegenüber den Krankenkassen abrechnen kann, wie diese zum Leistungsspektrum der GKV gehören. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam mit der KBV bis Ende 1995 eine Treuhandgesellschaft zur Übernahme der Trägerschaft von poliklinischen Einrichtungen betreiben, soweit deren Fortbestand zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Ab 1.1.1996 sind die Einrichtungen immer noch dort zuzulassen, wo sie zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind. Auch wurde festgelegt, daß Vorstände und Vertreterversammlungen der neuen KVen bis 31.12.1995 paritätisch mit niedergelassenen ÄrztInnen und solchen der Einrichtungen zu besetzen sind; ebenso sind die Ärzte/Ärztinnen der Einrichtungen gleichgewichtig mit den niedergelassenen KollegInnen auf der ärztlichen Seite der gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden zu bildenden Zulassungsausschüsse vertreten.

Die skizzierten gesetzlichen Rahmenbedingungen enthalten damit zwar einerseits unzweifelhaft einen »bias« in Richtung Systemwechsel (vgl. dazu auch den Beitrag von Manow-Borgwardt in diesem Band), andererseits wäre jedoch auch eine dauerhafte Dominanz poliklinischer Versorgungsformen ebenso wie ein »Mischsystem« denkbar gewesen. Auch hinsichtlich eines Systemwechsel wäre ein Spektrum unterschiedlicher Dynamiken denkbar gewesen. Warum

sich derjenige Entwicklungspfad durchgesetzt hat, der zumindest im Jahresverlauf 1990 allgemein als am wenigsten wahrscheinlich angesehen wurde, nämlich die extrem rasche Angleichung an die westdeutschen Strukturen, darauf soll im vorliegenden Beitrag eine Antwort versucht werden.

### *Die Zielvorstellungen der ostdeutschen Ärzte in der »Ausgangssituation«*

Der »einfachste« Erklärungsansatz für den zu beobachtenden Prozeß wäre sicherlich, daß der massenhafte Übergang in die Niederlassung innerhalb kurzer Zeit den erklärten Zielvorstellungen der ostdeutschen Ärzte/Ärztinnen entsprach, diese mit Inkrafttreten des westdeutschen Rechts (und damit der rechtlichen Zulässigkeit der Niederlassung) also das realisierten, was sie »schon immer« wollten. Träfe dieser Erklärungsansatz zu, könnte strategisches Handeln westdeutscher Akteure bei der Erklärung des Prozeßverlaufes unberücksichtigt bleiben.

Teilweise wurden die Zielvorstellungen der ostdeutschen Ärzte/Ärztinnen während des Vereinigungsprozesses auch in dieser Weise interpretiert – so schätzte der Hartmannbund (1990) die Zahl der Niederlassungswilligen schon im Februar 1990 »auf mehr als 10 000« ein und auch Arnold/Schirmer (1990: 129) nahmen im Frühjahr 1990 an, bei kaum einer anderen Berufsgruppe in der DDR sei der Wunsch nach den westdeutschen Organisationsformen so deutlich geworden wie bei den Ärzten und Ärztinnen.

Im allgemeinen aber kamen Beobachter in der Phase nach der Wende in der DDR zu dem Eindruck, daß die große Mehrheit der (als Angestellte) ambulant tätigen Mediziner zwar etwa mit der Arbeitsbelastung oder dem Anteil administrativer Tätigkeiten an ihrem Zeitbudget unzufrieden war (Wiesenhütter 1991, Harych 1990), jedoch die Ärzte die Versorgung durch Polikliniken einerseits als gesundheitspolitisch sinnvoll bewerteten und andererseits einen Verbleib in diesen Einrichtungen gegenüber einer Niederlassung auch deshalb bevorzugt haben würden, weil sie keine ökonomischen Risiken eingehen wollten oder weil ihre Lebensplanung (z.B. bei Teilzeitbeschäftigten) nicht auf eine Niederlassung ausgerichtet war.<sup>4</sup> Eine hinreichende Erklärung für das hohe Ausmaß schneller Niederlassungen bieten die »ursprünglichen« Zielvorstellungen der ostdeutschen Ärzte und Ärztinnen (vgl. hierzu ausführlicher: Wasem 1992: 17-24) nach der Wende damit sicherlich nicht.



### *Weichenstellungen durch die Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen*

Der Kompetenzzuweisungsstruktur des Selbstverwaltungsmodelles im bundesdeutschen Gesundheitswesen entsprechend, kam den Handlungen der »parastaatlichen« verbandlichen Akteure – also der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Krankenkassen-Spitzenverbänden auf der Bundesebene sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Landesverbänden der Krankenkassen auf der Landesebene – bei der Umsetzung der krankensicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages besonderes Gewicht zu.

Dies gilt zunächst für die nähere Ausgestaltung der Modalitäten der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung. Hier legten KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen kurz nach dem Beitritt eine »Gemeinsame Empfehlung zur Situation ambulanter Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost« vor (Empfehlung vom 2.11.1990, abgedruckt in: Schönbach [Hrsg.] 1991: 493-497). Darin erklärten beide Seiten u.a., daß sie die Möglichkeit der Gründung einer Treuhandgesellschaft zur vorübergehenden Übernahme von Trägerschaften von Polikliniken und Ambulatorien restriktiv handhaben wollen und im Regelfall nur für Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens und dort auch nur im Falle von Betriebsstillegungen beabsichtigen.

Diese restriktive Politik wurde fortgesetzt in den »Übergangsverträgen«, die die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der KBV im Dezember 1990 mit Wirkung zum 1. Januar 1991 schlossen<sup>5</sup>: Darin wurde unter anderem festgelegt, daß die Beschäftigung von Fachärzten in den Einrichtungen über den Personalstand vom 1. Januar 1991 hinaus, sowie ab 1.1.1993 jede Neu- oder Wiederbesetzung einer Facharztstelle der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf, die (nur dann) erteilt werden soll, wenn die Beschäftigung zur ordnungsgemäßen Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Die Vertragsparteien legten auch fest, daß Krankenhausfachambulanzen nicht zu den durch den Einigungsvertrag zugelassenen Einrichtungen gehören.

Der zweite Komplex, hinsichtlich dessen die Selbstverwaltung Spielräume in der Umsetzung des Einigungsvertrags hatte, war der Bereich der Vergütungsvereinbarungen. Durch Verträge zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurde – nachdem das vereinbarte Honorar für niedergelassene Kassenärzte

bereits im Oktober bekannt geworden war, während die Vergütungen für Einrichtungen zu diesem Zeitpunkt noch vergleichsweise »im Dunkeln« blieben – im Dezember 1990 für alle Kassenarten einheitlich die ab 1.1.1991 zu zahlende Vergütung in Ostdeutschland geregelt.<sup>6</sup> Für die niedergelassenen Kassen-/Vertragsärzte wurde festgelegt, die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen ohne »Deckelung« mit einem Punktwert von 6,1 Pfennigen zu berechnen. Für die Einrichtungen wurde hingegen vereinbart, die Höhe der Gesamtvergütung nach einer Fallpauschale zu berechnen, in deren Ermittlung die Zusammensetzung der Poliklinik mit Ärzten der verschiedenen Fachgruppen, das relative Fallwertgewicht je Arztgruppe und die durchschnittliche Fallzahl je Arzt einer Arztgruppe in Westdeutschland, ein sog. »Überweisungsgewicht«, der durchschnittliche Gesamtfallwert in Westdeutschland und ein dem niedrigeren Grundlohniveau im Beitrittsgebiet Rechnung tragender »Einigungsvertragsabschlag« (von 50 v.H.) einfließen.

Auf die Vergütungen sollten niedergelassene Ärzte und Einrichtungen Abschlagszahlungen erhalten. Während die Abschlagszahlungen für die niedergelassenen Ärzte durch die KVen organisiert wurden, wurde die KBV mit der Durchführung der Abschlagszahlungen für die Einrichtungen beauftragt. Diese hatte Anfang 1991 erhebliche Probleme die Abschlagszahlungen rechtzeitig abzuwickeln (BerG 1991: 1-2; Hofemann 1991: 670). Vielfach erreichten die Gelder die Einrichtungen bzw. deren Träger erst mit mehrwöchiger Verspätung.

Im Vergleich zu den Gestaltungsmöglichkeiten auf Bundesebene hatten KVen und Landesverbände der Krankenkassen nur vergleichsweise geringe Möglichkeiten, durch Normsetzung oder Verwaltungsakte auf den Transformationsprozeß einzuwirken. Spielräume bestanden hier etwa bei der Art der Beteiligung von Ärzten in Krankenhausfachambulanzen an der Versorgung.<sup>7</sup> Wichtiger war auf der Landesebene aber die Einflußnahme durch Öffentlichkeitsarbeit, Beratung etc. Hier wirkte sich nun aus, daß zwar (wie skizziert) eine paritätische Besetzung der Organe der KVen mit niedergelassenen Ärzten und Poliklinikern vorgesehen war, diese aber erst ab dem Zeitpunkt gelten sollte, ab dem die KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts etabliert waren. Bis zu diesem Zeitpunkt nahmen von niederlassungsinteressierten Ärzten seit dem Frühjahr 1990 in der Rechtsform privatrechtlicher eingetragener Vereine gegründete »Kassenärztliche Vereinigungen e.V.« die Funktionen der KVen wahr. Als öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Parität

haben sich die KVen erst zwischen April und Juni 1991 konstituiert. Damit waren die eingetragenen Vereine in den ersten Monaten nach dem Beitritt und dem Inkrafttreten des Einigungsvertrages in der Lage, ohne Berücksichtigung der Interessen der den Verbleib in Polikliniken präferierenden Ärzte zu agieren. Dies dürfte auch die Einflußnahme der westdeutschen Partner-KVen erleichtert haben. Im Vergleich zu den KVen sind die Krankenkassen und ihre Verbände auf Landesebene im Transformationsprozeß nur wenig in Erscheinung getreten – in erster Linie waren sie in dieser Phase mit ihrer eigenen Konstituierung, Organisation ihres Mitgliederbestandes etc. befaßt.

Wie sind die skizzierten Entwicklungen in Bezug auf die in diesem Beitrag untersuchte Fragestellung einzuordnen? Bei den ambulant tätigen Ärzten erweckten die getroffenen Vereinbarungen und die »Begleitmusik« ihrer Implementierung den Eindruck, daß kassenärztliche Organisationen und Krankenkassenverbände entschlossen seien, den Einrichtungen keine Überlebenschancen einzuräumen. Insbesondere die unterschiedliche Vergütung – hier Einzelleistungsvergütung, dort eine Fallpauschale – wurde ebenso wie die »Probleme« mit der Auszahlung der Abschlagszahlungen für die Polikliniken in den Anfangsmonaten von 1990 und 1991 als »Beweis« für eine bewußte Diskriminierung der Polikliniker bewertet (Jacobs/Schröder 1992).<sup>8</sup>

Dieser Eindruck wurde noch durch den – noch über die restriktive Haltung in der »Gemeinsamen Erklärung« aus dem Herbst 1990 hinausgehenden – vollständigen Verzicht auf die Bildung einer Treuhandgesellschaft für »trägerlos« gewordene Polikliniken verstärkt, so daß ein Verbleib in den Polikliniken auch solchen Ärzten, die gemäß ihrer ursprünglichen Zielsetzungen dort hätten bleiben wollen, als risikobehaftet und die Niederlassung als relativ »attraktiver« erscheinen ließ.

Ob die dargestellten Entscheidungen und Verhaltensweisen der Selbstverwaltungskörperschaften auch faktisch Ergebnis bewußten strategischen Handelns waren, ist im einzelnen naturgemäß schwer zu rekonstruieren. A priori erscheint die Interessenlage von KBV und KVen einerseits und Krankenkassenverbänden andererseits keinesfalls identisch: Während für die KBV, sofern durch eine rapide Reduktion poliklinischer ärztlicher Arbeitsplätze die Versorgung nicht gefährdet wird, ein eindeutiges Interesse an einer raschen Dominanz der Niederlassungen zu konstatieren ist, da Polikliniken eine potentielle »Bedrohung« der freiberuflichen Ausübung des



Arztberufes darstellen, könnten die Krankenkassen hingegen an einem Erhalt des Angebotes durch poliklinische Einrichtungen aus versorgungspolitischen wie ökonomischen Gründen interessiert sein und daher innerhalb des vom Einigungsvertrages gesetzten Rahmens »poliklinikfreundliche« Regelungen zu vereinbaren gesucht haben.

Allerdings kann nicht von einer homogenen Interessenlage der miteinander im Wettbewerb stehenden Krankenkassenverbände der verschiedenen Kassenarten ausgegangen werden. Wie die Analyse von Manow-Borgwardt in diesem Band zeigt, blockierten sich wechselnde Koalitionen innerhalb der Krankenkassenverbände bereits bei den politischen Beratungen über die zwei Staatsverträge. Insgesamt erscheint daher eine Verhandlungskonstellation nicht unwahrscheinlich, in der der KBV, als einem über eine eindeutige Zielsetzung verfügenden Akteur, Krankenkassen-Vertreter mit widersprüchlichen Prioritäten gegenübermaßen, so daß insgesamt eine »poliklinikfreundliche« Mehrheit eher als unwahrscheinlich angesehen werden muß.

In bezug auf die restriktiven Vereinbarungen zur Zulassung zur Versorgung erscheint es vom Regelungsgehalt her naheliegend, daß diese mit der Absicht verabredet wurden, den Anteil poliklinischer Einrichtungen an der Versorgung zu reduzieren. Dies gilt auch für die Entscheidung, keine Trägergesellschaft für Polikliniken zu gründen (von der ein Teilnehmer an den Verhandlungen zwischen KBV und Spitzenverbänden im Interview mit dem Verfasser bemerkte, sie sei getroffen worden, weil man »den inneren Zerfallsprozeß der Polikliniken nicht hemmen wollte«).

Hinsichtlich der Vergütungsvereinbarung betont die KBV hingegen, daß sie um eine »faire« Regelung bemüht gewesen sei. Die Krankenkassenverbände stellen in den Vordergrund, daß sie bei einer Einzelleistungsvergütung für die Polikliniken die Gefahr medizinisch nicht indizierter Ringüberweisungen der angestellten Ärzte einer Einrichtung gesehen hätten (vgl. hierzu kritisch: Jacobs/Schröder 1992), betonten im übrigen aber ebenfalls, daß sie die Kriterien, nach denen die Fallpauschalen bemessen werden, für sachgerecht halten. Hinsichtlich der »Verzögerungen« bei den Abschlagszahlungen weisen schließlich beide Seiten strategische Absichten weit von sich. Wenn dies so sein sollte, wären die skizzierten Wirkungen der Vergütungsarrangements auf die Bewertungen durch die betroffenen Ärzte als unintendiert, aber – zumindest für einige der Akteure – nicht als konstraintentional zu kategorisieren.

### *Politikverzicht der Politik?*

Als potentiell strategisch handelnde Akteure im Transformationsprozeß nach Inkrafttreten der Regelungen des Einigungsvertrages sind auch die Exekutiven und Legislativen von Bund und Ländern anzusehen: Zumal der Bund könnte auf einer breiten Klaviatur von Instrumenten spielen, die von der Gesetzgebung über die Rechtsaufsicht durch das zuständige Bundesministerium bis zur Formulierung von Vergabebedingungen für Transfers in die neuen Länder reichen. Die Länder verfügen hingegen über keine spezifischen sozialrechtlichen Kompetenzen bei der ambulanten ärztlichen Versorgung, könnten allerdings aus ihrer allgemeinen Zuständigkeit für das Gesundheitswesen unter Beachtung des Primates bundesrechtlicher Regelungen in die Gestaltung der gesundheitlichen Infrastruktur eingreifen. Auch könnten sie als Kommunalaufsicht auf die Kommunen (als Träger der Polikliniken) einwirken.

Auf Bundesebene sind für die erste Phase nach dem Beitritt Aktivitäten des (seinerzeit noch zuständigen) Bundesarbeitsministeriums in Bezug auf den Transformationsprozeß festzustellen. Das Ministerium hatte in der ersten Jahreshälfte 1990 teilweise »poliklinikfreundlichere« Regelungen propagiert als diejenigen, die schließlich in den Einigungsvertrag Eingang fanden. In den ersten Wochen nach dem Beitritt bemühte sich der BMA, dem Eindruck entgegenzuwirken, die zeitliche Befristung der Zulassung der Polikliniken bis 1995 sei als »Deadline« zu verstehen – vielmehr handele es sich um eine »Prüfperiode«, an deren Ende über die Weiterexistenz wieder verhandelt werden müsse. Zugleich wurde seitens des BMA die Vergütung der Einrichtungen durch Fallpauschalen abgelehnt und der Selbstverwaltung vorgeworfen, die Polikliniker zu lange im Unklaren über die im einzelnen beabsichtigten Regelungen zu lassen. Auch hinsichtlich der Zulassung der Krankenhaus-Fachambulanzen setzte sich der BMA für eine einrichtungsfreundliche Interpretation des Einigungsvertrages ein, und es wurden konzeptionelle Überlegungen für eine Umstrukturierung von Polikliniken in Gesundheitszentren angestellt.

Nach der Regierungsneubildung im Januar 1991 sind vergleichbare Aktivitäten des nunmehr für die GKV zuständigen Bundesministeriums für Gesundheit nicht mehr festzustellen. Es beschränkte sich vielmehr im wesentlichen darauf, den Bundesländern anzubieten, befristet auf Bundeskosten Personal für die Umstrukturierung von Polikliniken beschäftigen zu können (»Beratungshilfen«) und in



Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung einen »Wegweiser für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen« für infolge des Umbruches arbeitslos gewordene Beschäftigte der Gesundheitseinrichtungen zu entwickeln (Bundesministerium für Gesundheit 1991). Hinsichtlich der Teilnahme von ambulant tätigen Ärzten aus Krankenhaus-Fachambulanzen spricht sich der BMG für eine Zulassung kirchlicher Krankenhäuser, nicht jedoch für die Zulassung von Krankenhäusern in kommunaler oder anderer öffentlicher Trägerschaft aus.

Ein uneinheitliches Bild bieten die Politiken der Länder. Das eine Extrem stellt hier sicherlich die Position des Landes Thüringen dar: Der dortige Arbeits- und Sozialminister legte den Kommunen in einem Rundschreiben Ende 1990 nahe, den Beschäftigten in poliklinischen Einrichtungen zu kündigen;<sup>9</sup> im weiteren Verlauf hat Thüringen explizit nicht in den Transformationsprozeß eingegriffen. Auch Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen haben dezidiert keine Aktivitäten entfaltet. Einen Schritt weiter geht Sachsen-Anhalt: Das Land stellte den Kommunen 1991 Zuschüsse für Investitionen insbesondere in die bauliche Infrastruktur der Gebäude, in denen angestellte oder niedergelassene Ärzte beschäftigt sind, zur Verfügung.

Einen »geordneten Wandel« beabsichtigte Brandenburg herbeizuführen. Das Land entwickelte ein Konzept zur Einrichtung von Einrichtungen in sog. »Gesundheitszentren«, in denen niedergelassene und angestellte Ärzte gleichermaßen tätig sein können und jeder Arzt frei entscheiden kann, welchen Rahmen er für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bevorzugt. Diesen Gesundheitszentren wurde in einer Anlaufphase auch eine finanzielle Förderung (primär auf Darlehensbasis) zugebilligt. Noch weiter in dem Bemühen um eine »poliklinikfreundliche« Gestaltung der Rahmenbedingungen ging zunächst das Land Berlin, das für 1991 eine Beschäftigungsgarantie für die Mitarbeiter der Einrichtungen ausgesprochen hatte und mit großer Dynamik Konzepte einer Überführung der Polikliniken in gemeinnützige Trägerschaft entwickelte. Allerdings kehrte sich diese Politik in der zweiten Jahreshälfte 1991 um – seitdem steht die »Abwicklung« der Einrichtungen im Vordergrund der Politik des Landes.

Sind die unterschiedlichen Landespolitiken, wie die These vom »unsteuerbaren eigendynamischen Prozeß« nahelegt, ohne Einfluß geblieben? Werden die Niederlassungsanteile als Maßstab zur Beurteilung genommen, ergibt sich ein widersprüchliches Bild (vgl. ausführlicher: Wasem 1992: 8-13): Einerseits lag die Niederlassungsquote in Berlin zu den verschiedenen Zeitpunkten des Jahres 1991

durchweg spürbar unter der Quote in den anderen Bundesländern, während die Quote in Thüringen besonders hoch war – insoweit haben also die »Beschäftigungsgarantie« hier wie die »Kündigungsempfehlung« dort gewirkt. Andererseits unterscheidet sich der Anteil der Niederlassungen im (aktiven) Brandenburg kaum von dem in den (passiven) Ländern Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen – offenbar hatte die brandenburgische Politik entweder keinen Effekt auf die Niederlassungsintensität, oder ein eventueller Effekt wurde von anderen Faktoren überlagert. Hinsichtlich dieser anderen Faktoren ist insbesondere auf die Träger der Polikliniken, insbesondere also die Kommunen, zu rekurrieren.

### *Kommunale Finanznot als exogener Steuerungsmechanismus*

Einen ganz wesentlichen Einfluß auf den Transformationsprozeß sollten die Kommunen ausüben. Insbesondere in den ersten Monaten nach dem Beitritt sprachen sie in zahlreichen Fällen Kündigungen der Arbeitsverhältnisse ärztlicher wie nicht-ärztlicher Mitarbeiter der Einrichtungen aus, während sie andererseits häufig durch niedrige Mieten bei einer Niederlassung in den Einrichtungen sowie durch günstige (häufig: unentgeltliche) Überlassung der Praxisausstattungen Anreize zur Niederlassung schufen. Auch im Jahresverlauf 1991 sind immer wieder »Kündigungswellen« zu beobachten. Zugleich unterblieb in der großen Mehrzahl der Einrichtungen jegliches investive Engagement der Träger.<sup>10</sup> Diese Maßnahmen betrafen nicht nur die unmittelbar von den Kündigungen betroffenen Ärzte und Ärztinnen, sondern führten auch bei den noch in der Poliklinik beschäftigten Kollegen dazu, daß sie die Sicherheit des Arbeitsplatzes als gefährdet erlebten.

Das Verhalten der Kommunen läßt sich allerdings kaum als strategisches Handeln zur Beseitigung der poliklinischen Versorgungsform kategorisieren. Vielmehr ist es überwiegend als Reflex kommunaler Finanznot zu verstehen (vgl. auch Hofemann 1991): Zum Jahreswechsel befürchteten viele Kommunen, die von den westdeutschen ärztlichen Standesvertretern regelmäßig als unwirtschaftlich arbeitend bewerteten Einrichtungen würden durch Defizite zur Erhöhung der ohnehin eklatanten finanziellen Schwierigkeiten beitragen. Auch war häufig unbekannt, welche Kostenträger die weiteren bis dahin von den Polikliniken wahrgenommenen Aufgaben, die nicht in das Leistungsspektrum der GKV gehörten, finanzieren würden. Zu Beginn des Jahres schienen sich die finanziellen Befürchtungen

zudem zu bestätigen: Die Gehälter für die ärztlichen und nicht-ärztlichen Beschäftigten waren zu zahlen, ohne daß die Abschlagszahlungen der KBV eingetroffen waren. Hinzu kam, daß in Fällen eines abrupten Abgangs von Ärzten in die Niederlassung regelmäßig ein Überhang nicht-ärztlicher Mitarbeiter entstand, der seinerseits nun tatsächlich Finanzierungslücken verursachte (BerG 1991: 2-4). In dieser Situation hatten kommunale Gesundheitspolitiker auch dort, wo sie prinzipiell ein offensives Eintreten für poliklinische Einrichtungen intendierten, kaum Durchsetzungsmöglichkeiten gegenüber den kommunalen Finanzpolitikern.

### *Ärzte in der »Niederlassungsspirale«*

Das bis jetzt entwickelte Szenario zeigt, daß nach dem Beitritt seitens der staatlichen Akteure (Bund, Länder, Kommunen) und der Akteure in den Selbstverwaltungsorganen des Gesundheitswesens in Bezug auf die Poliklinik-Frage unterschiedliche, mehrheitlich allerdings »poliklinik-feindliche« Impulse ausgingen, die teilweise bewußtem strategischen Handeln zuzuschreiben sind, teilweise Reflex gesundheitssystemexogener Faktoren waren. Diese Impulse führten dazu, daß die Nachteile eines Verbleibs in der Poliklinik, insbesondere das hohe Arbeitsplatzrisiko, immer mehr Ärzten bewußt wurden, welche sich daher – trotz anderer »ursprünglicher« Zielvorstellungen – für eine Niederlassung entschieden.<sup>11</sup>

Durch den Wechsel von Ärzten, die zunächst beabsichtigt hatten, in der Poliklinik zu verbleiben, wird nun allerdings eine den bisherigen Prozeß verstärkende und beschleunigende Dynamik in Gang gesetzt: Je mehr Ärzte sich in der Niederlassung befinden, um so bedrohlicher wird der Arbeitsplatz in der Poliklinik (u.a. weil infolge der entstehenden Personalüberhänge im nicht-ärztlichen Bereich die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung beeinträchtigt wird; auch weil die sich niederlassenden Kollegen durch Investition in westdeutsche Medizintechnik u.U. Patienten aus der – nicht investierenden – Poliklinik abziehen können). Also entscheiden sich mehr Ärzte/Ärztinnen für die Niederlassung, was das Risiko für die verbleibenden weiter heraufsetzt und weitere Niederlassungen auslöst<sup>12</sup>.

Hätte die »Niederlassungsspirale« von den Ärzten durchbrochen werden können? Eine Chance hätte vielleicht bestanden, wenn kollektives gemeinsames Handeln aller, die »eigentlich« in der Poliklinik bleiben wollten, an die Stelle eines individuellen »Rette sich wer kann!« getreten wäre. Hierzu hätte es jedoch einer intensiven



Vertrauens- und Kooperationsbasis bedurft<sup>13</sup>, an der es jedoch – aus einer Reihe von Gründen – gefehlt hat.

Strategische Planung *oder* ungesteuerte Kettenreaktion? Die Erosion der ostdeutschen Polikliniken ist Ergebnis einer Kumulation von strategischer Planung westdeutscher Akteure, Gesundheitssystem-exogener Einflüsse (nämlich der Finanznot ostdeutscher Kommunen) *und* – von den strategisch Planenden so vermutlich selber nicht antizipiert – eines sich selbst beschleunigenden Diffusionsprozesses<sup>14</sup>, der seinen »natürlichen« Gleichgewichtspunkt dort erreicht hat, wo die Niederlassung »objektiv«, insbesondere aus Altersgründen, nicht möglich ist.<sup>15</sup>

Korrespondenzadresse:

Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln

Lothringer Str. 78

5000 Köln 1

### Anmerkungen

- 1 Die Datenlage zu Niederlassungen und Verbleib von Ärzten in Einrichtungen muß insgesamt als unbefriedigend bezeichnet werden. Vgl. zu diesbezüglichen Problemen: Wasem 1992: 10-II.
- 2 In Berlin-Ost war keine neue KV zu errichten; vielmehr erstreckte sich die KV Berlin auf den Ostteil der Stadt.
- 3 Wenn im folgenden von der »kassenärztlichen« Versorgung gesprochen wird, bezieht dies die vertragsärztliche Versorgung bei den Ersatzkassen stets mit ein.
- 4 Vgl. etwa FAZ v. 17.08.1990 sowie zahlreiche Experteninterviews im Rahmen des am MPIfG durchgeführten Forschungsvorhabens zur Transformation der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. Aufschlußreich hinsichtlich der positiven Bewertung des poliklinischen Systems ist die Tatsache, daß noch Ende 1990, also zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt, 91 % der befragten Ärzte der Auffassung waren, die »organisatorische Einheit von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Nachsorge« sollte als Element des DDR-Gesundheitswesens in ein gesamtdeutsches Gesundheitswesen einfließen. Entsprechend beurteilten 75 % die »Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung« und 82 % die Dispensaire-Versorgung als erhaltenswert – alles Elemente, die mit dem Poliklinik-Gedanken auf das engste verknüpft waren.
- 5 Anhang zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä): Übergangsregelungen für die Anwendung des Vertrages in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, in welchem das SGB V bisher nicht gegolten hat; abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 1991: A-51 sowie Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag: Übergangsregelungen für die Anwendung des Vertrages in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung

- Berlin, in welchem das SGB V bisher nicht gegolten hat; abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 1991: A-138.
- 6 Vgl. für die Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen: Gesamt-Rahmenvertrag für die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (v. 14.12.1990; abgedruckt in: Schönbach 1991: 535-574); für den Bereich der Ersatzkassen wurde die Vergütung gem. § 8 des Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag (s.o.) in einer Anlage zu diesem Anhang geregelt (abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 1991: A-138).
  - 7 Hier hatten KBV und Krankenkassenverbände sich in einer Vertragsänderung im April 1991 auf eine temporäre Lockerung der zunächst (wie skizziert) sehr restriktiven Politik verständigt. Die Politik der Beteiligten im Zulassungsausschuß auf der Landesebene war allerdings teilweise offenbar weiterhin restriktiv.
  - 8 Ob die an der Ermittlung der Fallpauschale geübte Kritik (u.a.: zu geringe Ansetzung der Überweisungsgewichte, höherer »Einigungsvertrags-Abschlag« als bei niedergelassenen Ärzten, Einigungsvertrags-Abschlag auch bei Behandlung von westdeutschen Patienten) tatsächlich gerechtfertigt ist und die Vergütungsregelungen die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen beeinträchtigen, ist eine von der Frage nach der Wirkung auf die Einschätzung der Ärzte/Ärztinnen zu trennende Frage, zu der verallgemeinernde Antworten kaum möglich sind (manche Polikliniken können offensichtlich mit den Fallpauschalen ganz gut leben, während sie dem spezifischen Leistungsspektrum anderer nur unzureichend Rechnung tragen).
  - 9 Vgl. Interview mit dem Sozial- und Gesundheitsminister, in: Humanitas, Nr. 3/91: 7
  - 10 Einer repräsentativen Befragung ostdeutscher Ärzte aus dem 4. Quartal 1991 zufolge hatten bei denjenigen Ärzten, die zu diesem Zeitpunkt noch als Angestellte in Einrichtungen beschäftigt waren, rd. 2/3 der Träger bislang nicht in die bauliche oder medizinisch-technische Infrastruktur der Einrichtungen investiert (MPIFG/ZEG/Infratest Gesundheitsforschung/EFB 1992)
  - 11 In der Befragung der ostdeutschen Ärzte (MPIFG/ZEG/Infratest Gesundheitsforschung/EFB 1992) sind die langfristig größere Sicherheit des Arbeitsplatzes und die drohende bzw. bereits ausgesprochene Kündigung die eindeutig dominierenden Gründe für den Gang in die Niederlassung.
  - 12 Es liegt also der typische Fall interdependenter Nutzen- und Kostenfunktionen vor, die häufig »spiralenhafte« Prozesse hervorrufen (vgl. Granovetter 1978 sowie Granovetter/Soong 1986).
  - 13 In analytischer Perspektive liegt hier die typische Situation eines »Assurance game« vor, bei dem bei fehlender Kooperation für die Beteiligten eine suboptimale Lösung erreicht wird (vgl. Sen 1967 sowie Bates 1984).
  - 14 Ein solcher »Diffusionsprozeß« unterscheidet sich von typischen »eigendynamischen Prozessen« dadurch, daß bei letzteren die Aktion auf immer dieselben Akteure zurückgeworfen wird, bei ersteren jedoch immer weitere Akteure in die »Spirale« einbezogen werden (vgl. den Versuch einer Typologie bei Mayntz/Nedelmann 1987).
  - 15 In der Ärztebefragung Ende 1991 ist »Mein Alter« der alles dominierende Grund derjenigen Ärzte, die an Polikliniken verblieben waren (MPIFG/ZEG/Infratest Gesundheitsforschung/EFB 1992).

*Literaturverzeichnis*

- 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
- Bates, Robert H., 1988: Contra Contractarianism: Some Reflections on the New Institutionalism. In: *Politics and Society* 16, 387-401
- BerG [Beratungsdienst Gesundheitszentrum Brandenburg], 1991: Liquiditätsprobleme und »strukturelle« Finanzierungslücken in Kreisen und Gemeinden der neuen Bundesländer als Folge des ungeordneten und häufig überstürzten Wandels in der ambulanten medizinischen Versorgung, vervielf. Ms.: [Potsdam]
- Bundesminister für Gesundheit, 1991: Wegweiser für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialbereich der neuen Bundesländer, vervielf. Ms.: Berlin
- Granovetter, Mark, 1978: Threshold Models of Collective Behavior. In: *American Journal of Sociology* 83, 1420-1443
- Granovetter, Mark/ Roland Soong, 1986: Threshold models of interpersonal effect in consumer demand *Journal of Economic Behavior and Organization* 7, 83-99
- Hartmannbund: Hartmannbund: Mehr als 10.000 DDR-Ärzte planen freie Niederlassung HB-Informationen Nr. 6/90 vom 7. Februar 1990: Bonn
- Harych, Horst, 1990: Zur Zukunft der Polikliniken und der ambulanten Versorgung in der DDR. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.): *Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat.* Sankt Augustin, 99-104
- Hofemann, Klaus, 1991: Polikliniken im Umbruch. Eine empirische Bestandsaufnahme zur Diskussion des Umwandlungsprozesses in Ostdeutschland. In: *Die Ortskrankenkasse* 73, 669-672
- Jacobs, Klaus/ Wilhelm F. Schröder, 1992: Fallpauschale oder Einzelleistungsvergütung? Zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Vergütungsformen in den neuen Bundesländern. IGES-Papier 92-21, Berlin
- Landesregierung Sachsen-Anhalt, 1992: Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD betr. die Entwicklung des ambulanten Gesundheitswesens in Sachsen-Anhalt: Magdeburg
- Mayntz, Renate/Birgitta Nedelmann, 1987: Eigendynamische soziale Prozesse: Anmerkungen zu einem analytischen Paradigma. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 39, 648-668
- MPIFG/ZEG/Infratest Gesundheitsforschung/EFB, 1992: Datensatz Arztbarometer 1991: München
- Offe, Claus, 1992: Die politischen Kosten der Vereinheitlichung des Gesundheitssystems. Winfried Schmähl (Hrsg.): *Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung* Frankfurt, 59-90
- Schönbach, Karlheinz (Hrsg.), 1991: *Das Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung.* Ein Leitfaden mit Textsammlung. Baden-Baden
- Sen, Amartya K., 1967: Isolation Assurance and the Social Rate of Discount. In: *Quarterly Journal of Economics* 81, 172-224
- Wasem, Jürgen, 1992: Von der »Poliklinik« in die Kassenarztpraxis: Versuch einer Rekonstruktion der Entscheidungssituation ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland: Köln
- Wiesenhütter, Peter, 1991: Wandeln sich die Arzt-Patienten-Beziehungen in Ostdeutschland? In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 16, 21-26