

# Die Privatisierung der ambulanten Versorgung

## Vom Niedergang der poliklinischen Versorgung in den neuen Ländern

### 1. *Aufeinandertreffen konträrer Systeme*

Im Prozeß der deutschen Vereinigung wurde das Gesundheitswesen in den neuen Bundesländern genauso konsequent den Strukturen Westdeutschlands angepaßt wie die anderen Bereiche des Sozialsystems. Hoffnungen, soziale Lösungen der ehemaligen DDR weiterzuentwickeln und gegebenenfalls in eine Sozialreform des Gesamtsystems einfließen zu lassen, wurden nicht Realität. Der Prozeß der deutschen Vereinigung wurde historisch als Kolonialisierung vollzogen und nicht – wie in vielen Reden zu Beginn des Einigungsprozesses beschworen – als Zusammenwachsen gleichberechtigter staatlicher Gebilde.

Staats- und Einigungsvertrag übertrugen das westdeutsche Sozialsystem vollständig, sieht man von einigen nicht sehr bedeutenden Einzelregelungen, wie z.B. der Anhebung der Schwerbehindertenabgabe im Westen, einmal ab<sup>1</sup>. Die Gründe dieser »Duplizierung« sind vielschichtig und können kurz wie folgt skizziert werden:

- Die totale Abschottung von allen Informationen und das Fehlen jeglicher Reformbewegungen verhinderten die Artikulation sozialpolitischer Alternativen gegenüber dem Überstülpen des westdeutschen Modells. Dieses Vakuum wurde in der Umbruchphase schnell von westdeutschen Verbandslobbyisten ausgefüllt. Sozialpolitiker in den neuen Bundesländern müssen nun erst lernen, daß es zu den bestehenden Strukturen wohlbegründete Kritik, alternative Entwürfe und kritische gesellschaftliche Kräfte gibt.<sup>2</sup>
- Im Westen, teilweise auch im Osten, wurden sozialpolitische Lösungen der ehemaligen DDR schnell als SED-spezifisch denunziert, obwohl gerade die einheitliche Trägerschaft sowie die staatlichen Eigeneinrichtungen in der ambulanten Versorgung zeigen, daß dies Forderungen einer bis zur Jahrhundertwende zurückzuführenden Reformdiskussion waren.<sup>3</sup>
- Die Vereinigung der beiden deutschen Staaten fand historisch in einer Phase verschärfter Auseinandersetzungen um den Sozialstaat und seine Ausgestaltung statt. Die zwischen 1981 und 1985

in nachhaltig wirksamen Eingriffen durchgesetzte Mehr-Markt-Strategie zeigt eine Erosion des Sozialstaatsmodells und ein verändertes gesellschaftliches Machtgefüge gegenüber den siebziger Jahren.

Diese historische Bedingungskonstellation bestimmte auch den Systemwechsel im Gesundheitswesen. Allerdings war der Konflikt um die Neuordnung hier viel stärker ausgeprägt als in allen anderen Bereichen der Sozialpolitik. Stießen doch zwei konträre Modelle aufeinander, die seit Beginn staatlicher Gesundheitsversorgung in Deutschland im Streit miteinander liegen. Waren Staatlichkeit und zentrale Trägerschaft die Hauptmerkmale des ostdeutschen Gesundheitssystems und die private Leistungserbringung absolut unbedeutend, so stellen im Westen gerade der Trägerpluralismus in Form des »gegliederten« Krankenversicherungssystems mit regionalem, berufsständischem und betrieblichem Organisationsprinzip und das Monopol privatwirtschaftlicher Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung und bei Arzneimitteln Eckpfeiler des Systems dar.

Zwangsläufig kollidieren die westlichen Strukturelemente mit denen der ehemaligen DDR. Die Zulassung von nicht-privatwirtschaftlichen Leistungsanbietern in der ambulanten Versorgung drohte eine Schneise in das Behandlungsmonopol der Niedergelassenen zu schlagen und gleichzeitig die Position der Kassen zu stärken. Untersuchungen, die z.B. zeigen, daß Polikliniken auch wirtschaftlich zu führen sind,<sup>4</sup> werden gesundheitspolitisch nicht wirksam

## *2. Eigeneinrichtungen der Kassen und ihre Zurückdrängung in der alten Bundesrepublik*

Polikliniken und Ambulatorien sind keine Erfindung des SED-Regimes; sie hatten ihren Ursprung in der Weimarer Republik. Der reichsweite Ärztestreik 1923/24 führte zur Errichtung von Ambulatorien, die die ambulante Behandlung der Kassenpatienten sicherstellen sollten. An Reformen interessierte Ärzte fragten schon damals, »ob neben der freien ärztlichen Berufstätigkeit eine andere Art der ärztlichen Versorgung großer Volksteile zweckmäßig und wünschenswert ist.«<sup>5</sup>

In der Regie der Kassen geführte Ambulatorien sind als Ausdruck der Interessen der Krankenkassen anzusehen, preissenkende, qualitätsverbessernde und innovative Gesundheitsdienste anzubieten. Dies

geschah in medizinischen Eigenbetrieben, wie Krankenhäusern, Zahnkliniken, Ambulatorien, Röntgen- und Lichtinstituten, etc., in Erholungsstätten und Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialberatung sowie in Selbstabgebestellen der Kassen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel wie Brillen, orthopädische Gegenstände etc.

Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen e.V. war damals auf dem Gebiet der Errichtung von Eigeneinrichtungen die aktivste Organisation. Die ihm zuzurechnenden medizinischen Eigenbetriebe und Erholungsstätten erreichten im Jahre 1930 ihre zahlenmäßig größte Ausdehnung. Bei 137 Kassen bestanden Zahnkliniken, weiter wurden 300 andere Eigeneinrichtungen gezählt, darunter 44 Ambulatorien und 125 Röntgen- und Lichtinstitute. Hierbei ergaben sich vor allem für die Ambulatorien neue qualitätsverbessernde Perspektiven. Sie ermöglichten eine sinnvolle Arbeitsteilung und Kooperation; die fachliche Zusammensetzung des Personals erlaubte ein breites Spektrum an Hilfen, die die Möglichkeiten der Einzelpraxis bei weitem überstiegen.<sup>6</sup>

Der Faschismus beendete die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung, aktiv in das Leistungsgeschehen einzugreifen. Im Westen Deutschlands konnte nach dem Ende Hitlerdeutschlands nicht mehr an die Reformen der Weimarer Zeit angeknüpft werden. Konservative und mittelständische Interessen der »Adenauer-Zeit« setzten sich besonders bei der Auseinandersetzung um das Kassenarztrecht durch. Die autonome, geradezu monopolistische Stellung des niedergelassenen Arztes wird im Gesetz über das Kassenarztrecht 1955 abgesichert. Folge ist der § 368 d (RVO), der den Eigeneinrichtungen der Kassen enge Grenzen setzt. Dementsprechend ist es im Westen bis heute bei einem einzigen Ambulatorium geblieben.

Die aktuelle Diskussion um poliklinische Einrichtungen knüpft damit an den historischen Konfliktpunkt um die Form der Leistungserbringung im ambulanten Bereich an. Sie gelten auch heute als Symbol dafür, daß Alternativen zur Privatpraxis möglich sind. Sie zeigen jedoch darüber hinaus, »in welchem Maße die *Verrechtlichung privater Besitzstände in den Dienstleistungsberufen heute – wie historisch – als 'Zwingburg' jeder Sozialreform dienen...*«<sup>7</sup>, so daß wirkliche Alternativen heute wie damals auf den »cordon sanitaire, den Sperriegel der Privatisierung« stoßen.<sup>8</sup>

### 3. Die Situation ambulanter Versorgung in der ehemaligen DDR und die Regelungen des Einigungsvertrages

Ambulante Versorgungsleistungen wurden fast ausschließlich in Polikliniken und Ambulatorien erbracht. Unter Polikliniken sind Einrichtungen zu verstehen, die über mindestens fünf fachärztliche und eine zahnärztliche Abteilung sowie über Apotheke und Labor verfügen. Ambulatorien sind demgegenüber kleinere Versorgungseinheiten mit einem schmaleren Leistungsspektrum. Eine Besonderheit waren die Dispensaire-Einrichtungen. Sie faßten Patienten mit gleichen Krankheitsbildern zusammen und sollten die Integration von Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation sicherstellen. Tab. 1 gibt einen Überblick über die Einrichtungen der ambulanten Versorgung nach der (1989) 626 Polikliniken existierten, davon allein 41 in Ost-Berlin. Hinzu kommen noch Versorgungseinrichtungen des Betriebsgesundheitswesens mit 154 Betriebspolikliniken und 364 Betriebsambulatorien (1989). Insgesamt waren (1989) 20840 Ärzte ambulant tätig, darunter lediglich 340 in eigener Niederlassung (gegenüber 5050 im Jahre 1955).

Tabelle 1: Zahl der Polikliniken, Ambulatorien und staatliche Arztpraxen, 1950-1989

Jahr	Polikliniken	Ambulatorien	Staatliche Arztpraxen
1950	184	575	-
1960	399	766	298
1970	452	828	1301
1980	561	969	1645
1989	626	1020	1635

Quelle: Darstellung auf Grundlage von *Ambulante medizinische Betreuung*, Mitteilungen des Instituts für medizinische Statistik und Datenverarbeitung, Berlin 1989. Vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1991, 114.

Zur *Bewertung* des Versorgungssystems liegen unterschiedliche Einschätzungen vor. So berichtet Schönbach, daß nach einer Repräsentativbefragung im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen vom Mai 1990 zwei Drittel der Befragten mit der medizinischen Versorgung in den Betriebsambulatorien »sehr zufrieden« bzw. »zufrieden« waren.<sup>9</sup> Eine negative Bewertung nimmt vor allem der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vor. Er bestreitet die Akzeptanz der Einrichtungen durch

die Bevölkerung und kritisiert, daß die positiven Effekte, die die integrierte Versorgung der poliklinischen Einrichtungen haben, durch zahlreiche Mängel in der Praxis aufgewogen werden. Als Mängel werden u.a. der häufige Arztwechsel, die dadurch erzeugte instabile Arzt-Patient-Beziehung, lange Wartezeiten, große Anonymität, organisatorische Schwierigkeiten und erhebliche Versorgungsprobleme genannt. Die angestrebte Einheit von Prophylaxe, Therapie und Nachsorge sei so im wesentlichen nicht verwirklicht.<sup>10</sup>

Staats- und Einigungsvertrag übertrugen im Prozeß der deutschen Vereinigung das Gesundheitsversorgungssystem der BRD komplett auf die neuen Bundesländer. So heißt es in § 311, Abs. 10 SGB: »Die Niederlassung in freier Praxis ist mit dem Ziel zu fördern, daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird.« Das bedeutet eine klare Vorrangstellung der Einzelpraxis und entspricht damit im wesentlichen den Forderungen der westdeutschen Ärzteschaft.<sup>11</sup> Lediglich Anpassungsfristen und eine sehr enge Öffnungsklausel für den Weiterbestand von poliklinischen Einrichtungen fand in den Einigungsvertrag Eingang: So sieht § 311, Abs. 2, SGB V vor: »Zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung werden... die kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien u.a.) kraft Gesetz bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen..... Der Zulassungsausschuß entscheidet über eine Verlängerung der Zulassung ... im Benehmen mit der Landesbehörde unter Berücksichtigung des Anteils der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte.«

#### 4. Polikliniken vor dem »Aus«

An den Erhalt der Polikliniken in den neuen Ländern knüpften einige westdeutsche Gesundheitspolitiker die Hoffnung, das als unreformierbar geltende westdeutsche Gesundheitswesen unter Veränderungsdruck zu setzen.<sup>12</sup> Eine nicht auf privatwirtschaftlichem Kalkül basierende Versorgungseinrichtung wie die Poliklinik – so die Annahme – könnte als konkurrierendes Anbietersystem in der ambulanten Versorgung zu mehr Kostenstabilität beitragen und ganz allgemein die Innovationsfähigkeit verbessern.

Die Polikliniken weisen gegenüber der Einzelpraxis zahlreiche Vorteile auf:<sup>13</sup>

1. Sie gewähren eine umfassende medizinische Betreuung bei geringer zeitlicher Belastung der Patienten.

2. Sie bieten die Chance zu kooperativen und interdisziplinären Arbeitsmöglichkeiten.
3. Eine teure stationäre Unterbringung kann häufig vermieden werden.
4. Die teure Medizintechnik kann besser ausgelastet werden.
5. Die Dispensaires für die kontinuierliche Betreuung chronisch Kranker können weitergeführt werden.

Eine vom Verfasser im ersten Jahr nach Übertragung des Gesundheitssystems der alten Bundesrepublik auf die neuen Länder durchgeführte Befragung sollte klären, inwieweit die im Einigungsvertrag vorgesehene Öffnungsklausel für Polikliniken zu relevanten Ergebnissen geführt hat. Im einzelnen sollte Material für die Beantwortung folgender Fragen verfügbar gemacht werden:

- Wie vollzieht sich der Übergangsprozeß von einem staatlichen Gesundheitswesen zu einem im Prinzip privatwirtschaftlich organisierten System?
- Welche Handlungsspielräume sind bei den zuständigen staatlichen Ebenen vorhanden und wie werden diese genutzt?
- Welche Einflußfaktoren bestimmen generell den Umbauprozeß?

Der Untersuchung – deren Ergebnisse im folgenden referiert werden – lag eine schriftliche Befragung der Leiter der Gesundheitsämter bzw. der Amtsärzte aller Kreise und kreisfreien Städte in den neuen Bundesländern (außer Berlin) zugrunde sowie einige Leitfadengespräche im Raum Sachsen und Thüringen. Der Fragebogen bezog sich auf bereits vollzogene Entscheidungen und laufende Planungen in bezug auf die vorhandenen poliklinischen Einrichtungen. Er sollte die Faktoren, von denen der Wandel des Gesundheitssystems beeinflußt wird, transparent machen sowie mögliche Versorgungsprobleme offenlegen. Die Befragung erfolgte im Juni und Juli 1991.

An der Befragung beteiligten sich über 90 % aller Gesundheitsämter mit ca. 630 poliklinischen Einrichtungen. Dieser Rücklauf erlaubt zuverlässige Aussagen für das gesamte Gebiet der ehemaligen DDR (außer Berlin). Die hohe Beteiligung signalisiert ein erhebliches Interesse ostdeutscher Kommunalpolitiker, ihre komplizierte Problemlage im Westen verständlich zu machen.

#### 4.1 *Quantitative Bedeutung von Polikliniken und Ambulatorien im Verlauf des Systemwechsels*<sup>14</sup>

Die heute deutlich werdende Radikalität des Umbruchs war zu Beginn des Umstrukturierungsprozesses noch nicht absehbar. Es

bestand sogar die Hoffnung, die poliklinischen Einrichtungen zu modernen Gesundheitszentren umzugestalten<sup>15</sup> und so das überholte Prinzip der Einzelpraxis zu überwinden. Sogar die konzerterte Aktion warnte auf ihrer Sitzung im November 1990 vor überstürzten Kündigungen und sprach sich dafür aus, den Polikliniken eine Wettbewerbschance zu geben. Trotz vielfacher Anstrengungen einzelner Leiter von Gesundheitsämtern, Krankenkassen und Ärzten vollzog sich offenbar bereits von Jahresbeginn 1991 an eine Entwicklung in Richtung einer vollständigen Anpassung der ambulanten Angebotsstrukturen an die der West-Länder. 77 % der befragten Gesundheitsämter (142 Fälle) gaben an, die vorhandenen ambulanten Einrichtungen nicht über das Jahr 1995 hinaus weiterbetreiben zu wollen. Die restlichen 20 % (36 Fälle) wollen ambulante Einrichtungen – zumeist erheblich reduziert – auch über 1995 hinaus weiterführen.

Die 36 Kommunen, die insgesamt 59 ambulante Einrichtungen weiterführen wollen, konzentrieren sich auf die Länder Brandenburg und Sachsen. In Thüringen und Sachsen-Anhalt geben überhaupt nur 2 bzw. 3 Gemeinden an, eine Fortführung über 1995 hinaus zu planen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Geplante Weiterführung über 1995 hinaus

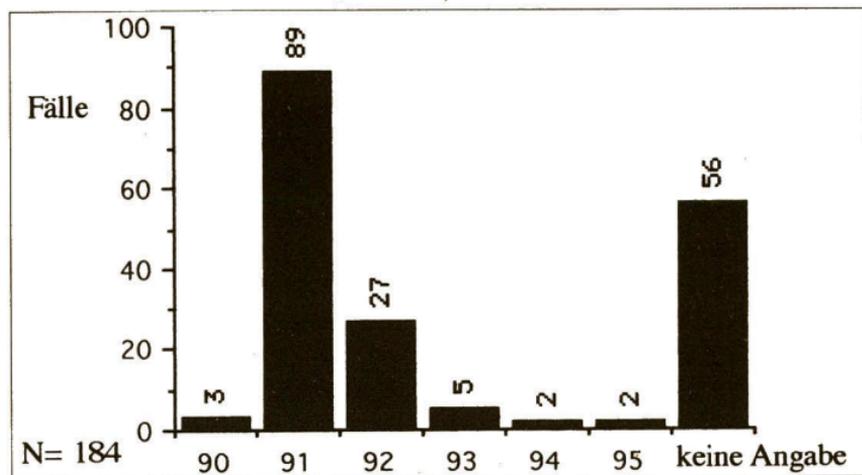
Mecklenburg- Vorpommern	Brandenburg	Sachsen- Anhalt	Thüringen	Sachsen	Gesamt
5	13	3	2	13	36

Von den Städten und Landkreisen, die ihre Einrichtungen vor 1995 schließen wollen, liegt der Schließungszeitpunkt überraschend früh. Von den Ämtern, die sich zu dieser Frage äußerten, geben fast 70 % (89 Fälle) an, ihre Einrichtungen noch im Jahr 1991 zu schließen. Weitere 21 % (27 Fälle) wollen dies bereits 1992 tun, 2 % der Einrichtungen waren schon 1990 nicht mehr tätig (vgl. Schaubild 1).

An die Stelle der bislang bestehenden ambulanten Einrichtungen treten überwiegend private Niederlassungen. In ca. 20 Prozent der Fälle werden die Ambulatorien bzw. Polikliniken zu privaten Arzthäusern umfunktioniert. Einige Gesundheitsämter betonen die problemlose Umwandlung und melden »Vollzug« bei der als notwendig erachteten Anpassung an westliche Verhältnisse.

Von den ehemaligen Polikliniken waren bereits 1991 z.T. nur Fragmente übriggeblieben. Dies sind v.a. Abteilungen, die wegen des

Schaubild 1: Jahr der Schließung (N = 184)



hohen Investitionsaufwandes nicht privatisiert werden konnten, meist die radiologisch – diagnostische Fachabteilung oder die Physiotherapie, ferner die Abteilungen, in denen die Ärzte zu alt sind, um sich privat niederzulassen. Wurden die Polikliniken gänzlich aufgelöst, so wurden die Reste, z.B. die chirurgische oder gynäkologische Ambulanz, dem Krankenhaus angegliedert, andere Abteilungen dem Gesundheitsamt.

Auch die Städte und Gemeinden, die einen reibungslosen Übergang zur kassenärztlichen Versorgung betonen, weisen auf Schwierigkeiten hin wie: »ältere Kollegen bleiben als 'Rumpfbesetzung' übrig«, »behinderte Ärzte können und wollen die finanziellen Belastungen einer privaten Niederlassung nicht tragen«, »das nicht-medizinische Personal, vor allem Physiotherapeuten und Schwestern, kann nur zu einem geringen Teil von den niedergelassenen Ärzten übernommen werden« (Quelle: Fragebogen 187).

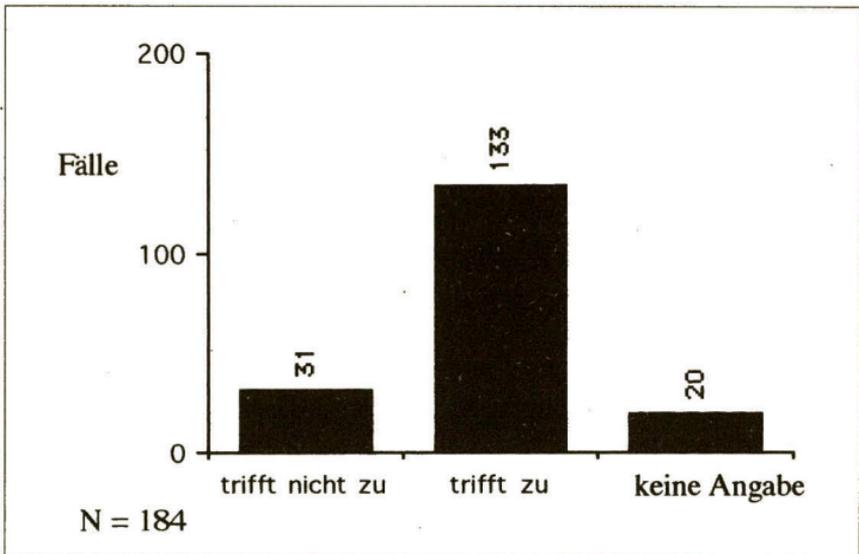
#### 4.2 Ursachen des beschleunigten Zusammenbruchs

Die Befragung ging von der Arbeitshypothese aus, daß vor allem zwei Ursachen für den beschleunigten Zusammenbruch der Polikliniken verantwortlich seien: die fehlenden Mittel für Investitionen und das Abwandern der Ärzte in freie Praxis. Die tatsächliche Entwicklung ist jedoch komplexer. So schreibt ein Amtsarzt: »Die Schließung der Poliklinik war Anfang 1991 nicht geplant, ergab sich aber daraus, daß sämtliche Ärzte in eigene Niederlassung gingen. Außerdem stieg das Haushaltsdefizit der Polikliniken jeden weiteren

Monat und ließ sich durch Mittel des Landkreises nicht decken.« So oder ähnlich dürfte der Prozeß in vielen kleineren Gemeinden abgelaufen sein. Dieser Zusammenhang kommt in den Antworten zur Frage nach fehlenden Mitteln für Investitionen und noch vorhandenen Ärzten zum Ausdruck.

*Fehlende Gelder für Investitionen.* – In bezug auf die Ursachen ging die Umfrage davon aus, daß das Fehlen finanzieller Mittel ein wichtiger Einflußfaktor dafür ist, ob eine Einrichtung fortgeführt werden kann oder geschlossen werden muß. Von den Gesundheitsämtern, die sich zu dieser Frage äußerten, gaben über 80 % (133 Nennungen) an, daß Mittel für die Weiterführung fehlen (vgl. Schaubild 2). Als Schließungsursache wird vereinzelt auf die verspäteten und dann noch gekürzten Abschlagszahlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) hingewiesen. Auch sechs- bis achtwöchige Banklaufzeiten haben vielen Einrichtungen das »Aus« gebracht.

Schaubild 2: Fehlende Mittel zur Weiterführung (N = 184)



*Ärzte wandern ab.* – Hand in Hand mit den mangelnden Perspektiven einer Weiterführung und dem Fehlen von Investitionsmitteln vollzieht sich ein schneller Abbau des Personals. 67 % der Amtsleiter gaben an, daß in Polikliniken und Ambulatorien nur noch eine Rumpfbesetzung tätig ist. Nur in 20 % der Fälle sind noch über 75 % der Ärzte in der Einrichtung, d.h. maximal 1/5 der Einrichtungen

ist von der Besetzung her überhaupt in der Lage, weitergeführt zu werden, falls dies beabsichtigt ist.

Die Abwanderung von Ärzten ist weitgehend unabhängig von der Aussage über fehlende Mittel. Den Ärzten war schon frühzeitig klar, daß eine längerfristige Weiterbeschäftigung am alten Arbeitsplatz vor allem auf Grund der unklaren Finanzsituation unwahrscheinlich sein würde und es nun darauf ankomme, sich möglichst schnell günstige Voraussetzungen für die Niederlassung als Kassenarzt zu sichern.

Die Abwanderung der Ärzte wird z.T. als panikartig beschrieben, die alle weiteren Planungen in bezug auf die vorhandenen ambulanten Einrichtungen unmöglich machte. An ihr sind vor allem auch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht unbeteiligt. Gesteuerte Informationen über beschränkte Zulassungsmöglichkeiten setzten das bekannte Windhundverfahren um die begrenzte Zahl von Kassenarztpraxen mit in Gang. Wie eine solche Einflußnahme ausgesehen haben mag, illustriert folgendes Zitat:

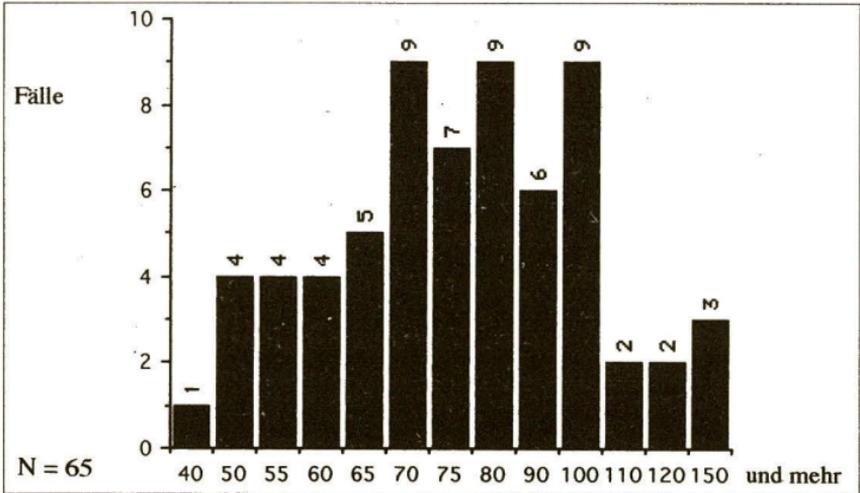
»Aus zahlreichen Gesprächen mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, insbesondere aus Köln, ging hervor, daß es für die Polikliniken der DDR – unabhängig von ihrer fachlichen oder wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – keine Überlebenschance geben wird. Es wurde mehrfach eindeutig zum Ausdruck gebracht, daß die KV nicht bereit ist, die angestellten Ärzte einer Poliklinik oder einer Ambulanz in ihre Berechnung der notwendigen Arztstellen in einem Bereich einzubeziehen....«  
(Quelle: Fragebogen Nr. 103)

*Fallpauschale.* – Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte erfolgt im Osten wie im Westen Deutschlands im Rahmen der Einzelleistungshonorierung, die der Polikliniken über eine Fallpauschale. Die im ersten Halbjahr 1991 gültige Höhe der Fallpauschale von ca. 50 DM wird überwiegend als nicht ausreichend angesehen. Auf die Frage, ob die Fallpauschale kostendeckend sei, antworteten fast 80 % mit »nein«. Nur gut 10 % halten die Fallpauschale für ausreichend, 10 % machten keine Angabe. Am häufigsten wurden kostendeckende Beträge zwischen 70 DM und 100 DM genannt; das Spektrum reicht bis 200 DM. (vgl. Schaubild 3). Viele Amtsleiter wünschen ausdrücklich das westliche Einzelleistungsvergütungssystem auch für Polikliniken, andere eine Anpassung der Höhe der Fallpauschale an das westliche Vergütungsniveau.

Die Nennungen hatten allerdings höchst unterschiedliche Qualität. Einige Amtsleiter beklagten die geringe Höhe der Fallpauschale, konnten aber keinen kostendeckenden Betrag nennen. Immerhin konnten fast 120 (!) Ämter keine Aussagen machen. Das zeigt, daß

die meisten Einrichtungen organisatorisch auf die Abrechnung nach Einzelleistungen nicht vorbereitet waren. Die Mehrzahl der 65 auswertbaren Antworten enthielt jedoch konkrete und plausible Nennungen von Zahlbeträgen, so daß die Schlußfolgerung einer relevanten Kostenunterdeckung zulässig ist.

Schaubild 3: Kostendeckende Fallpauschale in DM (N = 65)



Gemessen an den tatsächlichen Kosten der poliklinischen Einrichtungen ist die im Westen festgesetzte Höhe der Fallpauschale zu niedrig. So mußten die Einrichtungen mit völlig veralteten Geräten arbeiten, deren Betriebskosten überdurchschnittlich hoch sind. Überhöhte Betriebskosten verursachten vor allem die veralteten Heizsysteme und mangelnde Wärmedämmung. Auch die ungünstige räumliche Aufteilung auf z.T. mehrere Gebäudeeinheiten erforderte Heizer, Fahrer und Pförtner. Hinzu kam ein ungünstiger Personalschlüssel. Auf einen Arzt kamen teilweise 9 Mitarbeiter. Eine Stadt von 13 000 Einwohnern hat in ihren poliklinischen Einrichtungen insgesamt 140 (!) nicht-ärztliche Mitarbeiter.

Neben der zu niedrigen Fallpauschale wird v.a. die Praxis der Kostenerstattung kritisiert. So wäre zu Beginn des Jahres 1991 ein Voranschub zum Betriebsmittelumlauf erforderlich gewesen. Die verzögerten und reduzierten Zahlungen, teilweise erst zwei bis vier Monate später, hätten viele Gemeinden vor die Alternative gestellt, entweder die Gehälter zu zahlen oder für die Betriebskosten aufzukommen. Kritisiert wird auch die Zahlungspraxis der Kassenärztlichen

Vereinigungen, speziell die der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Diese gestaltete sich nicht selten zu einem »Fiasko« (so die Formulierung eines Amtsarztes) und hatte zur Jahreswende 90/91 entscheidenden Einfluß auf die Schließung von Polikliniken und Ambulatorien. So schreibt ein Amtsarzt, daß den Vertretern der Gemeinden eindeutig und unmißverständlich klar gemacht worden sei, daß an eine Fortführung bestehender Einrichtungen (insbesondere von Betriebsambulatorien) nicht zu denken sei und diese dem System der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik widersprächen. Einige der befragten Amtsärzte äußern ihr Bedauern darüber, daß bei den KVen kaum Kenntnisse über das Gesundheitssystem der ehemaligen DDR existierten, so daß Entscheidungen ohne Berücksichtigung der spezifischen Hintergründe des bereits existierenden Versorgungsangebotes getroffen wurden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die schon erwähnte Studie der Ärztekammer Berlin (vgl. Fußnote 4). Hiernach werden poliklinische Leistungen durch die Fallpauschale um 30 % bis 50 % geringer bewertet als die durchschnittliche Vergütung je Fall durch die AOK Berlin.

### 4.3 *Gesundheitsversorgung*

In bezug auf die Versorgungslage sind die Probleme nur zum Teil quantifizierbar. In den meisten Städten und Gemeinden wird die Situation – zumindestens aus Sicht der Leiter der Gesundheitsämter – als nicht problematisch angesehen. 96 % der befragten Ämter verneinen eine Gefährdung der Versorgung. Dennoch vollzieht sich der Systemwechsel nicht bruchlos. So wird auf zahlreiche Probleme hingewiesen, die zwar keine bedrohliche Situation kennzeichnen, aber eine Unterversorgung bzw. Schlechterstellung gegenüber früher bedeuten. Diese Problemlagen beziehen sich auf die mit der Schließung der Polikliniken und Ambulatorien nicht mehr vorhandenen Angebote, wie z.B. die Kinderstomatologie, die Diabetikerbetreuung, die kinderärztliche Betreuung, die Schwangerenbetreuung, die Betreuung psychisch Gefährdeter und Suchtkranker sowie die Lungenfürsorge.

Versorgungsdefizite werden v.a. auch im ländlichen Bereich genannt. Die Niederlassung der Ärzte konzentriert sich hier auf die Kreisstädte und verschlechtert die Versorgung auf dem Lande. Weitere Versorgungsdefizite entstanden dadurch, daß im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Ärzten – entgegen vorherigen Zusagen – keine Ermächtigung zur kassenärztlichen Tätigkeit gegeben wurde.

Häufig wird die Zerschlagung der Verbindung zwischen Therapie und Prophylaxe beklagt. Die Patienten erlebten diese Situation als Zusammenbruch der bisherigen Arzt-Patient-Beziehung, vor allem die älteren Menschen, die größere Schwierigkeiten haben, sich umzustellen.

Hinzu kommen Zweifel daran, ob die neu niedergelassenen Ärzte, die in ihrer bisherigen Tätigkeit sehr spezialisiert waren, entsprechend darauf vorbereitet sind, allgemeinärztliche Aufgaben wahrzunehmen. So schreibt ein Amtsarzt, daß die Übergabe der – bislang von der Poliklinik durchgeführten – Diabetiker-Betreuung an niedergelassene Ärzte darin bestehe, daß im Rahmen eines zweistündigen Kurses die Insulinpumpe erklärt werde. Kunstfehler werden nicht ausgeschlossen. Eine empirische Bestätigung dieser Befürchtungen kommt in einem Bericht über die mangelhafte Betreuung Zuckerkranken zum Ausdruck. Hiernach werden deutlich mehr Patienten als früher mit «Blutzuckerwerten im extrem pathologischen Bereich» eingeliefert.<sup>16</sup>

Die fehlenden finanziellen Mittel bewirken bei den noch vorhandenen poliklinischen Einrichtungen Versorgungsdefizite. Dies bezieht sich vor allem auf die total veralteten Röntgengeräte und das übrige Inventar.

#### 4.4 *Fehlen und Fehler der Gesundheitspolitik*

Die Kritik an der Gesundheitspolitik bezieht sich sowohl auf die rechtliche Gestaltung der Übergangsregelungen als auch auf Hilfen nach Inkrafttreten des Einigungsvertrages. So wird kritisiert, daß die Interessen der Bürger nicht berücksichtigt wurden. Ferner wurde eine schrittweise Umgestaltung für sinnvoller gehalten. Nach der im Einigungsvertrag getroffenen bruchlosen Übernahme der westdeutschen Strukturen wird vor allem das Fehlen von Unterstützung im Umgestaltungsprozeß bedauert. Das entstandene Politikvakuum wurde sehr schnell und effektiv durch Verbandsinteressen gefüllt.

Durch die Antwortschreiben – auch bei denen, die die Umstellung der Gesundheitsversorgung begrüßen – zieht sich als roter Faden der Kritik das Fehlen von verantwortlicher Gesundheitspolitik. Diese betrifft einmal die *Verwaltungsebene*. In der Umstrukturierungsphase war die örtliche Verwaltung überlastet und durch die Neuartigkeit der sich stellenden Probleme überfordert. Ein Amtsleiter beklagt das »absolute Versagen der Landesregierung« (Sachsen), der gesamte Umstellungsprozeß sei organisatorisch nicht zu bewältigen

gewesen. So hätte die Politik schon von Anfang an deutlich machen müssen, daß »Polikliniken nur bei harter Wirtschaftsführung« eine Überlebenschance haben können. Es sei häufig der Eindruck erweckt worden, daß alles so bleiben könne, wie es früher war.

Welchen Einfluß die im Gesundheitswesen tätigen parastaatlichen Akteure, wie z.B. die Ärztekammern hatten, zeigt ein Beispiel aus Brandenburg:

»Noch in den letzten Tagen des Dezembers 1990 gab es zur Vorbereitung der Zahlung einer Fallpauschale eine Beratung in der Außenstelle der kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin. Dabei wurde den Vertretern des Gesundheitsamtes gesagt, daß die Finanzierung der Einrichtungen des Getriebsgesundheitswesens nicht übernommen wird. ... Aus dem Gespräch ging hervor, daß die dort Beteiligten, obwohl sie keine Kenntnisse über das Betriebsgesundheitswesen hatten, ihre Entscheidungen trafen.« (Fragebogen Nr. 80)

Daß die Ärztekammern – entgegen anderslautenden Versprechungen – keineswegs über die ideologische Hürde, Polikliniken in der ambulanten Versorgung zu tolerieren, gesprungen sind, zeigt die Praxis der Honorarzahlungen. Ein Amtsarzt drückt dies so aus: »Die KV hat ihre Politik über die der ärztlichen Versorgung gestellt«.

Wenn von seiten der gesundheitspolitisch Verantwortlichen Orientierungen gegeben wurden, wie dies in Brandenburg mit dem propagierten Modell der Gesundheitszentren der Fall ist, so wird dies als solches verstanden, obwohl die strukturellen Gründe, die den Zerfall der Polikliniken bewirkten, nicht beeinflußt worden sind bzw. werden konnten. Brandenburg kann mittlerweile 36 Gesundheitszentren weiterführen. Um poliklinische Einrichtungen als echtes Reformkonzept flächendeckend wirksam werden zu lassen, hätte es aber der Unterstützung durch ein übergeordnetes Politikinteresse, z.B. auf der Ebene des Bundesgesundheitsministeriums und der Krankenkassen, bedurft. Das vorhandene Vakuum konnte von Einzelakteuren auf Landes- und Gemeindeebene, bei Ärzten und örtlichen Kassen nicht ausgefüllt werden. Nachteilig wirkt sich auch aus, daß poliklinische Einrichtungen keine Partner im Westen hatten.<sup>17</sup> Das in fast allen anderen Bereichen zu beobachtende Einschleusen von know how ist hier unterblieben.

## 5. Weitere Schließungen 1992

Waren zum Jahresende 1989 noch 62 % der Ärzte der ambulanten Versorgung in Polikliniken, 18 % in Ambulatorien und nur 2 % als Niedergelassene tätig, so hat sich diese Situation innerhalb von etwas mehr als zwei Jahren fast in das Gegenteil gewendet. Am 1.4.1992

– so meldet das *Ärzteblatt* – haben sich bereits 89 % in eigener Praxis niedergelassen und nur noch 11 % sind in Ambulatorien und Polikliniken tätig. Insgesamt stieg die Zahl der niedergelassenen Kassenärzte von 2.100 im Dezember 1990 auf 15.142.<sup>18</sup> Damit ist das im Einigungsvertrag genannte Ziel, freiberuflich tätige Ärzte zum maßgeblichen Träger der ambulanten Versorgung zu machen, erreicht.

Welchen Einfluß die noch verbleibenden wenigen poliklinischen Einrichtungen auf die zukünftige Reformdiskussion haben werden, ist noch nicht absehbar. Ihre Erfolgsaussichten hängen nicht zuletzt davon ab, inwiefern der notwendige innere Umstrukturierungsprozeß erfolgreich abgeschlossen werden kann und die erforderliche politische Unterstützung – auch die finanzielle – nicht versagt wird.

Korrespondenzadresse: Fachhochschule Köln – Fachbereich Sozialpädagogik  
Mainzer Str. 5 – D-5000 Köln 1

### Anmerkungen

- 1 Vgl. Hofemann, K., Systemwechsel im Gesundheitswesen, in: *Soziale Sicherheit*, 2/91, 37ff.
- 2 Nahnsen, I., Die Gefährdung sozialpolitischer Gestaltungsspielräume durch die Diskreditierung sozialpolitischer Muster als SED-spezifisch, in: *Sozialer Fortschritt*, 1/1992, 7.
- 3 Vgl. ebenda, 9ff.
- 4 Vgl. z.B. die Wirtschaftlichkeitsanalyse der Ärztekammer Berlin »Beratung zugelasener ärztlich geleiteter Einrichtungen«, Berlin, o.J. (1992)
- 5 Hansen, E., u.a., Seit über einem Jahrhundert ...: Verschüttete Alternativen der Sozialpolitik, Köln 1981, 177.
- 6 Vgl. Hofemann, K., Reidegeld, R., Ambulante Versorgung an den Grenzen von Finanzierbarkeit, Effizienz und Effektivität, in: *WSI-Mitteilungen* 11/1986, 741.
- 7 Hansen, E., u.a., ebenda, 182.
- 8 Hansen, E., u.a., ebenda, 184.
- 9 Schönbach, K.-H., Zur Reorganisation von Betriebs-Polikliniken und -Ambulatorien im System der ambulanten medizinischen Versorgung in der DDR, in: *Die Betriebskrankenkasse*, 7-8/1990, 432.
- 10 Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1991, 122f.
- 11 Feldmeier-Berens, U., von Stackelberg, J.-M., Grundlagen für den Umbau, in: *Die Ortskrankenkasse*, 10/1992, 309.
- 12 Vgl. dazu u.a. führende Vertreter der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, z.B. W. Heizer, in: *Die Ortskrankenkasse*, 10/90, oder K.H. Schönbach, in: *Die Betriebskrankenkasse* 12/90, ferner Verordnungsentwurf des BMA zum geplanten Gesetz über die Errichtung von Krankenkassen und über das Krankenhauswesen vom Juni 1990.
- 13 Vgl. König, H.J., Sind Polikliniken wirtschaftlich zu gestalten? in: *Humanitas*, 4/1991.
- 14 Auf die Differenziertheit der ambulanten medizinischen Versorgung in der ehemaligen DDR wird hier nicht näher eingegangen. Vgl. dazu: Schröder, W.F., Jacobs, K., *Zur Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region Dresden*. Hrsg., Freie und Hansestadt Hamburg, 1991.
- 15 Vgl. Jacobs, K., Schröder, W.F., *Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum*, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, vervielfältigt, Berlin 1991.
- 16 *Frankfurter Rundschau* vom 12.10.1992.
- 17 Vgl. Feldmeier-Berens, U., Von Stackelberg, J., *Grundlagen für den Umbau*, in: *Die Ortskrankenkasse*, 10/1992, 310.
- 18 Vgl. *Deutsches Ärzteblatt* vom 15.5.1992, 1115f.