

Klaus Jacobs und Wilhelm F. Schröder

## Gesundheitszentren im Land Brandenburg

### Zur Modernisierung ambulanter Angebotsstrukturen zwei Jahre nach der deutschen Vereinigung

#### 1. Ausgangslage: Pauschale Vorurteile statt differenzierter Analyse

Zu Beginn des deutschen Vereinigungsprozesses herrschte unter allen Fachleuten weitgehend Einigkeit in der Erwartung, daß bei der anstehenden Integration des Gesundheitssystems der DDR mit den größten Anpassungsaufgaben und -problemen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung gerechnet werden müsse, weil sich in diesem Leistungsbereich in 45 Jahren getrennter Entwicklung die tiefgreifendsten Strukturunterschiede zwischen Ost und West herausgebildet hätten – in der Regel festgemacht an der verkürzten Gegenüberstellung von Polikliniken und Ambulatorien mit angestellten Ärzten und »frei« niedergelassenen Ärzten in Einzelpraxen.

Im Rückblick muß bei der Beschreibung der damaligen Ausgangssituation – Grundlage für die Entwicklung einer zielgerichteten Umstrukturierungskonzeption für das ambulante Versorgungssystem in Ostdeutschland – deutlich unterschieden werden zwischen dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen auf der einen Seite und den zahlreichen, bewußt oder unbewußt verbreiteten Vorurteilen und Fehlinformationen auf der anderen Seite. Diese Unterscheidung ist vor allem auch deshalb erforderlich, weil die vielfältigen Vorurteile und Fehleinschätzungen über das ostdeutsche Versorgungssystem den gesetzlich und vertraglich determinierten Umstrukturierungsprozeß mindestens ebenso nachhaltig geprägt haben wie die tatsächlichen Versorgungsstrukturen bzw. die diesbezüglich bestehenden Hauptunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland.

Den westdeutschen Ärzteverbänden und ihren »Sprachrohren« in Politik, Publizistik und Wissenschaft ging es von Beginn an erklärtermaßen darum, das ambulante Versorgungs- und Finanzierungssystem der Bundesrepublik ohne jeglichen Abstrich auf die neuen Länder zu übertragen. Eine unvoreingenommene Bestandsaufnahme der ostdeutschen Versorgungsrealität war dafür nicht nur unnötig, sondern im Zweifel sogar eher hinderlich. Somit wurde die Diskussion schon frühzeitig durch eine Reihe ungeprüfter Halb- und Unwahrheiten über das ostdeutsche Versorgungssystem geprägt,

während die Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen in der alten Bundesrepublik gleichzeitig unkritisch als »bewährt« und in jeder Hinsicht vorbildlich verklärt wurden: »Im Interesse der in der Bundesrepublik bewährten, historisch gewachsenen und der Bevölkerung und den Leistungserbringern gewohnten Strukturen und zur Abwehr einer Systemänderung ist (...) eine klare Politik bei den Polikliniken und Ambulatorien zwingend erforderlich« (Arnold/ Schirmer 1990: 132). »Auf Dauer sollten Polikliniken und Ambulatorien im Interesse der 'Systemklarheit' in Deutschland nicht bestehen bleiben« (ebenda: 131).

Einen auch nur annähernd ebenbürtigen Widerpart zu dieser Position gab es nicht, z. B. zum Erhalt von Versorgungsstrukturen, an die die ostdeutsche Bevölkerung und die dortigen Leistungserbringer gewohnt waren und die von diesen – wie alle entsprechenden Umfragen mit großer Deutlichkeit zeigten (z. B. Kruse/Kruse 1991; Hermann/Meinschmidt 1991) – keineswegs rundweg als ungeliebte und überholte »sozialistische Reminiszenzen« empfunden wurden. Aber insbesondere auch auf seiten der gesetzlichen Krankenkassen gab es weder einen erkennbaren Versuch, bestimmte Elemente des ostdeutschen Versorgungssystems vor der Zerstörung zu bewahren – gerade auch im Hinblick auf die Möglichkeit ihrer späteren Nutzbarmachung in ganz Deutschland –, noch wurde irgendein Vorbehalt dagegen geäußert, auch solche Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, die im Westen seit langem kritisiert und als dringend reformbedürftig angesehen wurden, unverändert auf Ostdeutschland zu übertragen. Die Chance zu einem Pluralismus unterschiedlicher Angebotsformen, einem »wettbewerblichen Nebeneinander verschiedener Angebote, die ihre Qualität ständig unter Beweis stellen müßten« (Prognos 1990: 105), wurde zugunsten der aus westdeutscher Ärztesicht verständlicherweise bevorzugten »Systemklarheit« überhaupt nicht ernsthaft in Betracht gezogen.

Zwei besonders gern gepflegte Vorurteile gegenüber dem »staatszentralistischen« Versorgungssystem der DDR machten es den Kassen zudem leicht, sich auch im eigenen Interesse bzw. im Interesse ihrer Versicherten von der Vorteilhaftigkeit eines möglichst raschen Systemwechsels in Richtung »bewährter« West-Strukturen überzeugt zu geben: die vermeintliche Unwirtschaftlichkeit sowie das Fehlen konstanter Arzt-Patienten-Beziehungen im ambulanten Versorgungssystem der DDR.

Der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit brauchte offenkundig gar nicht mehr gesondert begründet oder belegt werden, weil hierin ja

schließlich ein mitentscheidender Grund für den Zusammenbruch der gesamten DDR lag. Ein Staat mit einem von Grund auf unwirtschaftlichen und unproduktiven Wirtschaftssystem könne wohl schlechterdings – so die in der Regel in Ost und West gleichermaßen bereitwillig akzeptierte Auffassung – auch kein effizientes Gesundheitssystem haben. Diese Ansicht schien insofern durchaus zuzutreffen, als die allenthalben erkennbaren Mangelercheinungen der DDR-Wirtschaft auch das Gesundheitswesen betrafen, und zwar sogar in ganz besonderem Maße: »Investitionen im Gesundheitswesen konnten nicht zur gesellschaftlichen Wertschöpfung beitragen und standen daher auf der staatlichen Prioritätenlist nicht gerade oben. So war die fortwährende Mangelverwaltung programmiert.« (Apelt 1991: 28) Dennoch besteht natürlich ein gravierender Unterschied – insbesondere für die Beurteilung der ambulanten Versorgungsstrukturen –, ob das System der ambulanten Gesundheitsversorgung unter den Folgen der allgegenwärtigen Mangelwirtschaft zu leiden hatte – wie letztlich jeder Gesellschaftsbereich der DDR – oder ob dieses System selbst – auf Grund *eigener* Strukturschwächen – nennenswerte Ineffizienzen hervorrief.

Der Versuch, diese sehr unterschiedlichen Formen von Unwirtschaftlichkeit auseinanderzuhalten, wurde jedoch kaum ersthaft unternommen. Offenbar war die allgemeine Überzeugung von der Unwirtschaftlichkeit der Polikliniken allenthalben derart verwurzelt, daß der bloße Hinweis auf das zahlenmäßige Verhältnis zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterstellen als ausreichender Beleg für die vermeintlich geringe Produktivität in den Polikliniken zu genügen schien (so z.B. Arnold/Schirmer 1990: 132). Ohne weitere Differenzierung war diese Relation zu Vergleichszwecken jedoch weitgehend unbrauchbar: Zum einen zählten zur Gruppe der nichtärztlichen Mitarbeiter(innen) in den Polikliniken zum Beispiel auch Fürsorgerinnen oder Gesundheitsberater, die gar nicht zur ambulanten ärztlichen Versorgung gerechnet werden konnten; zum anderen gab es in der Regel eine nicht geringe Zahl von Mitarbeitern, die bereits auf den ersten Blick als unmittelbare Folgeerscheinungen der allgemeinen DDR-Mangelwirtschaft zu erkennen waren: zum Beispiel Fahrer, Heitzer, Fahrstuhlführer, aber auch die aus westlicher Sicht vergleichsweise vielen Assistentinnen in den medizintechnisch besonders rückständigen Labor- und Radiologieabteilungen. Der Nachweis einer »systemimmanenten« Unwirtschaftlichkeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung der DDR wurde jedenfalls nirgends geführt – ganz abgesehen davon,

daß es mehr als fraglich erscheint, die im Westen dominierende Angebotsform der Einzelpraxis per se schon als einen Garanten für gesamtwirtschaftliche Rationalität und Effizienz anzusehen. Die Feststellung, es gebe keinen Beweis dafür, daß die ambulante Versorgung mit Polikliniken und Ambulatorien effizienter durchgeführt werden könne als mit niedergelassenen Ärzten (Arnold/Schirmer 1990: 131), dürfte in umgekehrter Richtung mindestens ebenso zutreffen.

Ähnlich wie mit der angeblichen Unwirtschaftlichkeit verhielt es sich beim Vorwurf der fehlenden Arzt-Patienten-Beziehungen: Die bloße Behauptung paßte augenscheinlich derart gut zur allgemein verbreiteten Vorstellung von unvermeidlicher, weil »systemimmanenter« Unpersönlichkeit und Bürgerferne im DDR-Staat, daß ein Beleg dafür weithin überflüssig erschien. Und genauso wie beim Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit wurde gar nicht erst die Frage aufgeworfen, ob denn in den alten Bundesländern bei den Arzt-Patienten-Beziehungen immer alles zum Besten bestellt sei. Anders jedenfalls läßt sich die Schlußfolgerung, das (angebliche) Fehlen konstanter Arzt-Patienten-Beziehungen in den Polikliniken spreche eher für eine Förderung der privaten Niederlassung (Düllings 1991: 19), kaum nachvollziehen.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß ein echtes Interesse an einer differenzierten Bestandsaufnahme des ambulanten Versorgungssystems der DDR nicht bestand. Insbesondere aus westdeutscher Sicht gab es keinerlei Neigung, irgendwelchen Strukturelementen aus dem Osten eine Überlebenschance in einem gesamtdeutschen Gesundheitssystem einzuräumen. Und für die Artikulation eigenständiger ostdeutscher Interessen war im Rahmen der »Beitritts-Verhandlungen« zum Einigungsvertrag von vornherein wenig Platz.

## 2. *Erhaltenswerte Ansätze der Integration und Kooperation im ostdeutschen Versorgungssystem*

Worin bestanden denn nun »echte« Strukturunterschiede zwischen den ambulanten Versorgungssystemen in Ost und West? Kennzeichnend für das westdeutsche Gesundheitssystem – und zugleich ursächlich für viele seiner seit langem bekannten, aber ebenso lange unge lösten Probleme – ist die in hohem Maße *segregierte Zuständigkeitsverteilung*, und zwar sowohl im Hinblick auf die Organisation des Versorgungsgeschehens als auch auf dessen Finanzierung. So wird

z.B. seit Jahren auf die Notwendigkeit einer besseren »Verzahnung« von ambulantem und stationärem Sektor hingewiesen, die jedoch bislang immer wieder an der starren institutionellen Abgrenzung beider Bereiche gescheitert ist; seit Jahren wird eine bessere Kooperation der Ärzte im ambulanten Bereich für erforderlich gehalten, um viele Doppeluntersuchungen und -behandlungen, aber auch zahlreiche Krankenhauseinweisungen vermeiden zu helfen; und seit Jahren ist bekannt, daß die gesonderte Finanzierungsverantwortung für die letztlich immer nur willkürlich unterscheidbaren Aufgaben der kurativen, pflegerischen und rehabilitativen Versorgung zu einer Vielzahl von negativen Auswirkungen führt, und zwar sowohl im Hinblick auf Angemessenheit und Qualität der Versorgung als auch auf deren gesamtwirtschaftliche Effizienz.

Im deutlichen Unterschied dazu wies das ostdeutsche Gesundheitssystem an vielen Stellen einen weitgehend *integrativen Charakter* auf, wie sich für den ambulanten Versorgungsbereich gleich in mehrfacher Weise zeigen läßt. So bestanden integrative Strukturansätze u.a.

- innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung durch eine zumindest stellenweise institutionalisierte Kooperation von Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete an zentralen Standorten;
- zwischen ärztlicher und nichtärztlicher medizinischer Versorgung im Rahmen integrierter Versorgungseinrichtungen mit einheitlicher Leitung;
- zwischen medizinischer Versorgung, ambulanter Pflege sowie Gesundheits- und Sozialberatung in einheitlicher organisatorischer und Finanzierungsverantwortung;
- im Zusammenwirken von qualifiziertem Fachpersonal unterschiedlicher Gesundheitsberufe zur Schwerpunktversorgung für chronische Krankheiten («Dispensaire«-Betreuung);
- zwischen den Aufgabenbereichen der Prophylaxe, Diagnostik und Therapie, etwa bei der gutausgebauten Kinderstomatologie, teilweise auch im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitswesens;
- in einer zumindest stellenweisen Abstimmung von ambulanter und stationärer Versorgung, zum Teil institutionalisiert in »Polikliniken am Krankenhaus«.

Aus *versorgungsinhaltlicher Sicht* war die Vielzahl integrativer Elemente im ostdeutschen Versorgungssystem grundsätzlich positiv zu beurteilen, vor allem vor dem Hintergrund der zahlreichen gegenteiligen Erfahrungen im westdeutschen Versorgungsalltag – dort selbst immer wieder Gegenstand grundlegender Kritik und Anlaß

für die Forderung nach entsprechenden Strukturreformen. Gerade auch aus Sicht der ostdeutschen Ärzte wurden die verschiedenen integrativen Ansätze des poliklinischen Versorgungssystems als Grundlage für die Realisierung von »guter Medizin« und deshalb auch als erhaltenswert in einem gesamtdeutschen Gesundheitswesen eingestuft (Wasem 1992: 95 f).

Aber nicht nur aus versorgungsinhaltlicher, sondern auch aus *ökonomischer* Sicht bergen kooperative Formen der ambulanten Gesundheitsversorgung gegenüber der »Zwergpraxis« eines einzelnen Arztes eine Reihe von einzelwirtschaftlichen Vorteilen, die z.B. in der gemeinsamen Anschaffung und Nutzung von teuren medizin- und bürotechnischen Geräten, längeren Öffnungszeiten oder gegenseitigen Vertretungen liegen können. Nicht zuletzt aus diesen Gründen hat sich gerade auch in den westlichen Bundesländern der Anteil der ambulant tätigen Ärzte in kooperativen Angebotsformen (Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen) seit Beginn der achtziger Jahre deutlich erhöht und nimmt weiter zu. Sinnvolle Vergütungsregelungen könnten dazu beitragen, daß sich diese Entwicklung nicht nur einzelwirtschaftlich für die beteiligten Ärzte, sondern auch gesamtwirtschaftlich und damit für die Beitragszahler der Krankenkassen lohnt.

Die ambulanten Versorgungsstrukturen der DDR enthielten somit durchaus eine Reihe guter Ansätze für die Entwicklung einer modernen und zukunftsweisenden Gesundheitsversorgung. Deshalb wäre es die folgerichtige gesundheitspolitische Gestaltungsaufgabe gewesen, die bereits bestehenden guten Ansätze zu nutzen und gezielt weiterzuentwickeln, anstatt sie erst vollends zu zerschlagen, um sie dann u.U. zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen einer gesamtdeutschen Strukturreform in Teilen wieder mühsam aufzubauen. Damit keine Mißverständnisse entstehen: Das Konstatieren guter Ansätze der Integration und Kooperation im ostdeutschen System der ambulanten Gesundheitsversorgung soll keineswegs bedeuten, daß diese Ansätze auch immer in wünschenswertem Ausmaß entwickelt waren; dies war erkennbar nicht der Fall. Es soll auch nicht behauptet werden, daß die Mehrzahl der Probleme im ostdeutschen Gesundheitssystem als Folge der generellen Mißwirtschaft vor allem »von außen« stammte; ohne Zweifel gab es auch eine Vielzahl »interner« Mängel, u.a. als Folge von unzureichend geförderter Eigenverantwortlichkeit der Beschäftigten, des Fehlens von positiven Leistungsanreizen oder eines keineswegs immer »konsumentenorientierten« Umgangs mit den Patienten. Es hätte sich jedoch zumindest

der Versuch gelohnt, diese Mängel gezielt zu beseitigen, anstatt sie lediglich zu ersetzen durch die zahlreichen und u.U. tiefgreifenderen Strukturschwächen des westdeutschen Gesundheitssystems.

### 3. *Konzept und Prozeß des »geordneten Wandels« im Bundesland Brandenburg*

Mit Beginn des Jahres 1991 wurde das westdeutsche Gesundheitssystem mit seinen unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Erbringung und Finanzierung bestimmter Gesundheitsleistungen auf die neuen Bundesländer übertragen. Dieses bedeutete gegenüber dem vorher gültigen System mit seiner weitgehend integrierten Versorgung und Finanzierung einen gravierenden Einschnitt. Nunmehr waren plötzlich ganz unterschiedliche Kostenträger für die Finanzierung von Leistungen zuständig, die zuvor noch »einheitlich« erbracht worden waren; und ein Großteil der einzelnen Kostenträger – z.B. der Öffentliche Gesundheitsdienst, Berufsgenossenschaften oder Sozialhilfeträger – war den Beteiligten in Ostdeutschland im Hinblick auf ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich weithin unbekannt – manches Mal sogar im Hinblick auf ihre Existenz. Auf die außerordentlich schwierige Aufgabe, sich hierauf von einem auf den anderen Tag einzustellen, wurden die Verantwortlichen in den ostdeutschen Versorgungseinrichtungen fast nirgends ausreichend vorbereitet. Vielfach herrschte sogar Unklarheit darüber, bei wem überhaupt die maßgebliche Verantwortung im erforderlichen Umstrukturierungsprozeß lag.

Träger der ambulanten Gesundheitseinrichtungen – Polikliniken und Ambulatorien – waren in aller Regel die Kreise und kreisfreien Städte – übrigens auch bei den Einrichtungen des Betrieblichen Gesundheitswesens, für die lediglich die Verantwortung für Gebäude und Ausstattung bei den jeweiligen Trägerbetrieben lag. Demzufolge hätten die Kreise und kreisfreien Städte bzw. deren Gesundheitsdezernenten auch die Hauptakteure im Umstrukturierungsprozeß sein müssen, doch stellten die damit verbundenen Aufgaben fast durchgängig eine klare Überforderung der zumeist unerfahrenen Kommunalpolitiker dar. Dies galt im Bereich der Gesundheitsversorgung in ganz besonderem Ausmaß, weil hier die sonst vielfach unverzichtbare Unterstützung von westdeutscher Seite weitgehend ausblieb, und zwar sowohl von seiten der kommunalen Spitzenverbände als auch durch einzelne Kommunalbeamte aus den alten Ländern, wo die Kommunen allein für den Bereich des Öffentlichen

Gesundheitsdienstes, aber nicht für die Organisation der gesamten ambulanten Gesundheitsversorgung verantwortlich sind.

Aktiv waren vor allem einzelne Ärzte in den ambulanten Gesundheitseinrichtungen, die für sich individuelle Niederlassungsentscheidungen trafen (vgl. dazu auch Wasem in diesem Band), und zwar vielfach »über Nacht«, d.h. unter Mißachtung aller Kündigungsfristen und arbeitsrechtlichen Verpflichtungen. Dieses Verhalten wurde zumeist überhaupt nicht als rechtlich problematisch empfunden, enthielt doch der Einigungsvertrag explizit eine Zielstellung, die am beruflichen Status der einzelnen Ärzte orientiert war: »Die Niederlassung in freier Praxis ist mit dem Ziel zu fördern, daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird.« (§ 311 Abs. 10 SGB V).

Durch die unkoordinierte und vielfach überstürzte Niederlassungswelle, die im Prinzip inkompatibel war zu dem »eigentlich« erforderlichen Umstrukturierungsprozeß aus der Perspektive der bestehenden Versorgungseinrichtungen – hier wäre die Frage nach der beruflichen Stellung einzelner Beschäftigter bestenfalls sekundär gewesen –, kam es in der ambulanten Gesundheitsversorgung der neuen Länder unter vielen der unmittelbar Beteiligten zu erheblichen Verunsicherungen:

- unter zahlreichen, häufig älteren Ärztinnen und Ärzten, die dem Schritt in die Selbständigkeit eher zurückhaltend gegenüberstanden (häufig auch weil sie angesichts ihres Alters gar keine Kredite mehr von den Banken erhielten, um sich selbständig machen zu können);
- unter dem nichtärztlichen Personal, das von den sich niederlassenden Ärzten häufig nicht »mitgenommen« wurde (das hierdurch zwangsläufig wachsende Zahlenverhältnis zwischen nichtärztlichen und ärztlichen Beschäftigten in den »Restpolikliniken« wurde natürlich sofort als Indiz für deren vermeintliche Unwirtschaftlichkeit herausgestellt);
- unter den zuständigen Kommunalpolitikern, denen von interessierter Seite ständig eingeredet wurde, sich am besten so schnell wie möglich von den Polikliniken und Ambulatorien zu trennen, damit diese »unwirtschaftlichen Gebilde« nicht zu einer unverträglichen Belastung für die ohnehin knappen Kommunalhaushalte würden (und schließlich würden sich westdeutschen Kommunen ja auch nicht in die Belange der ambulanten ärztlichen Versorgung »einmischen«);
- und nicht zuletzt unter den Bürgern/Patienten, bei denen mit den

Polikliniken nicht nur ein weiterer, überwiegend positiv empfundener Teil ihres vertrauten Alltagslebens zu verschwinden drohte, sondern die sogar oft zunächst gar nicht wußten, ob sie Leistungen in den Polikliniken überhaupt noch kostenfrei in Anspruch nehmen konnten; der Fortbestand längerjähriger Arzt-Patienten-Beziehungen, die entgegen vielen pauschalen Vorturteilen durchaus bestanden – im dünnbesiedelten Brandenburg bei insgesamt eher geringen Arztzahlen fast schon zwangsläufig –, drohten ausgerechnet in einer Zeit in Gefahr zu geraten, die nach dem Abflauen der ersten »Vereinigungseuphorie« in nahezu allen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bereichen durch erhebliche Unsicherheiten gekennzeichnet war.

Angesichts dieser großen Verunsicherungen, die eine Gefährdung der ambulanten Gesundheitsversorgung darstellten, sah sich die Landesregierung von Brandenburg – als einzige in den neuen Bundesländern – Anfang 1991 zum Handeln verpflichtet, um den teilweise chaotischen Erosionsprozeß in den poliklinischen Einrichtungen zu bremsen bzw. in geordnetere Bahnen zu lenken. Es entstand die Formel vom »geordneten Wandel« mit den übergeordneten Zielstellungen der ungefährdeten Versorgungssicherheit, der Schaffung von dauerhaft wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen, der Pluralität von unterschiedlicher Angebotsformen mit möglichst unverzerrten Wettbewerbsbedingungen und des möglichst weitreichenden Erhalts von positiven Ansätzen der Integration und Kooperation in der ambulanten Versorgung innerhalb von bürgernahen und patientengerechten Angebotsagglomerationen.

Vor dem Hintergrund einer empirischen Untersuchung der ambulanten Versorgungsstrukturen in der Region Dresden (Schräder/Jacobs 1991), deren zentrale Ergebnisse im Land Brandenburg grundsätzlich bestätigt wurden und die dem bestehenden Versorgungssystem – im deutlichen Widerspruch zu vielen undifferenzierten und erkennbar interessengeleiteten Vorurteilen – grundsätzlich positive Entwicklungsmöglichkeiten zubilligten, wurde ein pragmatisches Umstrukturierungskonzept entwickelt (Jacobs/Schräder 1991). Dieses Konzept setzte unmittelbar an den bestehenden Einrichtungen an, und zwar zunächst weitgehend unabhängig von der Frage der beruflichen Stellung einzelner Ärzte. Der eigens im Gesundheitsministerium eingerichtete »Beratungsdienst Gesundheitszentren Brandenburg (BerG)« wandte sich deshalb folgerichtig an die Träger der bestehenden Einrichtungen, um diese bei der praktischen Umsetzung des Umstrukturierungskonzeptes zu unterstützen.

Für das Umstrukturierungskonzept war vor allem der Gedanke leitend, daß die Schaffung von dauerhaft wirtschaftlichen Strukturen in den zu bildenden Nachfolgeeinrichtungen der Polikliniken und Ambulatorien deren möglichst rasche Herauslösung aus den Kommunalhaushalten erforderte, u.a. um sicherzustellen, daß erforderliche Modernisierungs- und Instandsetzungsinvestitionen unverzüglich erfolgen konnten. Das Konzept sah deshalb vor, zur eigenständigen Wahrnehmung aller gebäudewirtschaftlichen Aufgaben sowie zu allen weiteren Aufgaben der Standortentwicklung eine Gesundheitszentrums-Gesellschaft zu gründen. Niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte aus der ehemaligen Poliklinik sollten grundsätzlich die Möglichkeit erhalten, als Mieter im neugegründeten Gesundheitszentrum zu verbleiben, genauso wie z.B. verschiedene gesundheitliche Beratungsdienste – jetzt in der Zuständigkeit der neugeschaffenen Gesundheitsämter –, eine Apotheke, eine Sozialstation, Geschäftsstellen von Krankenkassen oder weitere Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Für den Fall, daß einzelne Ärzte auch weiterhin lieber im Angestelltenverhältnis tätig sein wollten – irgendeine Bevormundung bei dieser Entscheidung sollte es in keiner Richtung geben –, sollte durch die Kommune – u.U. auch durch einen freigemeinnützigen Träger oder in gemischter kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft – eine zweite Gesellschaft gegründet werden, die als gemeinnützige »Medizinische Einrichtungs-Gesellschaft« die unmittelbare Rechtsnachfolge der früheren Poliklinik antrat und damit zugleich deren im Einigungsvertrag erteilte Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung übernahm. Auch diese Gesellschaft sollte Mieter im neuen Gesundheitszentrum werden. Voraussetzung für ihre Gründung war eine positive Wirtschaftlichkeitsprognose für jede einzelne ärztliche Abteilung, um die Notwendigkeit einer Subventionierung von unwirtschaftlichen Leistungseinheiten durch Steuermittel von vornherein auszuschalten und um ein klares Signal zu geben: keine *Abwicklung* von überkommenen, sondern *Entwicklung* von modernen und leistungsfähigen Versorgungsstrukturen.

Das hier in seinen Grundzügen skizzierte »Brandenburg-Modell« der Umstrukturierung hat sich im Rückblick als erfolgreich erwiesen. Wenn sich der Prozeß der Umstrukturierung dennoch vielfach als ausgesprochen holprig erwies und auch nicht in jedem Fall zu einem positiven Abschluß im Sinne des »reinen Modells« führte, steht dies zu dieser grundsätzlich positiven Einschätzung keineswegs im Widerspruch. Für manche ehemalige Poliklinik kam das

Konzept der Umstrukturierung und die praktische Hilfestellung der Landesregierung zu spät, weil der Erosionsprozeß bereits zu weit fortgeschritten war. Aber auch dort, wo dies im Frühjahr und Sommer 1991 noch nicht der Fall war, gestaltete sich die praktische Umsetzung des Umstrukturierungskonzepts in vielen Fällen ausgesprochen schwierig. Die teilweise massive »Gegenpropaganda«, die vor allem von seiten der ärztlichen Standespolitik entfacht wurde, führte immer wieder zu erheblichen Verunsicherungen bei den vielfach überforderten Akteuren vor Ort. Insbesondere der Hinweis auf den vermeintlichen »Endtermin« für ambulante Versorgungseinrichtungen mit angestellten Ärzten – die kraft Einigungsvertrag bis zum 31.12.1995 erteilte Zulassung der Einrichtungen zur kassenärztlichen Versorgung wurde entgegen der Absicht des Gesetzgebers als grundsätzlich befristet interpretiert – ließ die Zukunft dieser Einrichtungen immer wieder fraglich erscheinen. Wäre die jetzt im Gesundheitsstrukturgesetz vorgenommene Streichung dieser Frist bereits zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt, hätte manch gezielter »Störaktion« durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der Boden entzogen werden können.

Aber nicht nur »Stimmungsmache«, sondern auch objektive Benachteiligungen standen der erfolgreichen Umsetzung des Brandenburger Umstrukturierungskonzeptes teilweise hinderlich im Weg. Dazu muß vor allem das Nebeneinander von unterschiedlichen Vergütungsregelungen für selbständig tätige Ärzte bzw. für Versorgungseinrichtungen mit angestellten Ärzten gezählt werden. Hier kann insbesondere den Krankenkassen nicht der Vorwurf erspart werden, entgegen vielen wohlklingenden Absichtserklärungen in Untätigkeit verharret geblieben zu sein und das Ende hoffnungsvoller Strukturansätze billigend in Kauf genommen zu haben. Daß die undifferenzierte Behandlungsfallpauschale für ambulante Versorgungseinrichtungen – im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung für selbständig tätige Ärzte –, Ende 1992 noch weitgehend unverändert in derselben Form angewandt wurde, wie sie 1991 auf der Basis eines im Eilverfahren gegen Ende 1990 durchgeführten und in mehrfacher Hinsicht problematischen Gutachtens eingeführt worden war, entspricht jedenfalls in keiner Weise dem Anspruch der Krankenkassen, als moderne Dienstleistungsunternehmen zuallererst im Interesse ihrer Mitglieder zu handeln.

#### 4. *Der Entwicklungsstand nach zwei Jahren deutscher Einheit und Perspektiven für die Zukunft*

Trotz aller zahlreichen und vielfältigen Probleme kann sich das Zwischenfazit über den erfolgten Prozeß der Umstrukturierung rund zwei Jahre nach dem Ende der DDR sehen lassen: Im Land Brandenburg sind durch den »geordneten Wandel« rund 30 Gesundheitszentren unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung entstanden, überwiegend in kommunaler, zum Teil auch in freigemeinnütziger Trägerschaft (vgl. MASGF 1992). Im deutlichen Unterschied zu manchen ehemaligen Polikliniken, die auch in anderen neuen Ländern noch existieren, gilt für alle diese Gesundheitszentren, daß sie von ihrer Gesamtperspektive her als eindeutig zukunftsorientiert gelten können. Überall sind bereits zahlreiche positive Veränderungen erfolgt, die von baulichen Investitionen über eine Erhöhung der Standortattraktivität durch die Ansiedlung weiterer Anbieter bis zur Schaffung effizienter interner Verwaltungsstrukturen reichen. Die eingetretenen Veränderungen strahlen gleichermaßen positiv auf die Beschäftigten wie auf die Bürger/ Patienten aus. Die Gesundheitszentren stellen mit teilweise mehreren hundert Arbeitsplätzen im eher ländlich strukturierten Flächenstaat Brandenburg mittlerweile stabile Wirtschaftsfaktoren dar. Gleichzeitig bedeuten sie in einer Zeit der allgemeinen Ungewißheit über die wirtschaftliche Zukunft einen positiven Identifikationsfaktor für die Kommunen und ihre Einwohner, der weit über den Gesundheitsbereich hinausreicht.

Die erheblichen *organisatorischen* Aufgaben, die sich im Rahmen des hier lediglich grob skizzierten Umstrukturierungsprozesses in großer Zahl stellten – auf viele keineswegs kleine »Randprobleme« konnte hier überhaupt nicht eingegangen werden, wie z.B. die zwar gesetzlich eindeutig geregelte, praktisch aber dennoch oft strittige Frage der Eigentumsübertragung von Gebäuden des Betrieblichen Gesundheitswesens in das Kommunalvermögen –, ließen viele *versorgungsinhaltliche* Fragen zunächst häufig in den Hintergrund treten. Meist mußten die inhaltlichen Aspekte der Umstrukturierung zunächst auf die eher plakative Forderung beschränkt bleiben, die in den Polikliniken/Gesundheitszentren noch bestehenden positiven Ansätze zur Integration und Kooperation im Interesse einer ganzheitlichen medizinischen und sozialen Betreuung der Bevölkerung zu erhalten und gezielt weiterzuentwickeln. Diese Phase ist jedoch mittlerweile vorbei: Im selben Maße, in dem die entstandenen

Gesundheitszentren an innerer und äußerer Stabilität gewinnen, können auch Fragen einer gezielten Verbesserung der Versorgungsqualität und damit der Nutzung der erhaltenen Integrationsansätze angegangen werden. Auch hierzu leistet die Brandenburger Landesregierung Unterstützung.

Grundsätzlich gilt, daß die Gesundheitszentren durch ihr unterschiedlich breites Angebot an ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen der Gesundheitsversorgung günstige Anknüpfungspunkte für die Entwicklung von weitergehenden Versorgungskonzepten bieten, z.B. zur Entwicklung koordinierter Versorgungsangebote für chronisch Kranke als einer qualifizierten Fortführung und Weiterentwicklung der früheren Dispensaire-Betreuung zu einem flächendeckenden System der ambulanten Rehabilitation. Damit werden Voraussetzungen geschaffen, um die Versorgung von chronisch Kranken, z.B. von Diabetes- oder Rheumakranken, in Form einer rehabilitativ orientierten Langzeitbetreuung zu sichern, die modernen wissenschaftlichen Anforderungen gerecht wird. Allein hierdurch werden Entwicklungsmöglichkeiten der Gesundheitszentren aufgezeigt, die weit über Brandenburg hinaus richtungsweisend sein können.

Dringend erforderlich für die Fortführung und Erweiterung der bereits bestehenden und zur Zeit zum Teil noch durch Landesmittel geförderten kooperativen Versorgungsangebote ist die Schaffung geeigneter Vergütungsformen, die keine Benachteiligung dieser zukunftsweisenden Ansätze, sondern ihre gezielte Förderung enthalten. Nicht zuletzt mit dem Ziel, entsprechende Initiativen zu bündeln und zu unterstützen, wurde im Frühjahr 1992 der »Verband der Gesundheitszentren (VdGZ)« mit Sitz in Potsdam gegründet, dessen Aktivitäten jedoch nicht auf das Land Brandenburg und die dortigen Gesundheitszentren beschränkt bleiben sollen, sondern die Einbeziehung aller Formen kooperativer ambulanter Versorgung – kooperative Ärztehäuser, Praxismgemeinschaften, gebietsübergreifende Gemeinschaftspraxen usw. – in ganz Deutschland vorsieht. In diesem Sinne besteht durchaus die begründete Hoffnung, daß die in den kommenden Jahren aller Voraussicht nach weiterhin erforderlichen Strukturanpassungen im System der ambulanten Gesundheitsversorgung spürbare positive Impulse aus den neuen Bundesländern erhalten können.

Korrespondenzadresse:

Klaus Jacobs, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung  
Otto-Suhr-Allee 18-20, 1000 Berlin 10

*Literaturverzeichnis*

- Apelt, P., 1991: Gleichheit und Ungleichheit im Gesundheitswesen der DDR. In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 16, 1: 27-33
- Arnold, M., und B. 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
- Düllings, J., 1991: Staatsdominanz und ihre Folgen für die Entwicklung der ambulanten Versorgung Ostdeutschlands. In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 16, 1: 13-20
- Hermann, S., und G. Meinschmidt, 1991: Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik, Gesundheitsbarometer 1, hrsg. von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin
- Jacobs, K., und W.F. Schröder, 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
- Kruse, U., und S. Kruse, 1991: Geborgenheit des Sozialismus wird nicht vermißt. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 45, 3-4: 10-15
- MASGF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (1992) Gesundheitszentren mit Zukunft: Das »Modell Brandenburg« für eine moderne ambulante Versorgung, Potsdam
- Prognos, 1990: Bewertende Beschreibung des Gesundheitswesens der DDR, im Auftrag des Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Köln
- Schröder, W.F., und K. Jacobs, 1991: Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region Dresden, hrsg. von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg
- Wasem, J., 1992: Niederlassung oder »Poliklinik« – Zur Entscheidungssituation der ambulant tätigen Ärzte im Beitrittsgebiet. In: Oberender, P. (Hrsg.) Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomische Beiträge 14, Baden-Baden: 81-134