

Anne Lützenkirchen

Die Transformation des Gesundheitsversorgungssystems in den neuen Bundesländern

Gewinne und Verluste für Medizinerinnen

Einleitung

Die Transformation autoritärer sozialistischer Systeme in liberale kapitalistische Demokratien ist im ausgehenden zwanzigsten Jahrhundert zu einem dominierenden politischen Thema und Problem avanciert. Unter Transformation ist eine Phase radikalen sozialen Wandels zu verstehen, der das Herrschaftssystem umstülpt und dadurch auch für die Professionen und für das Geschlechterverhältnis eminente Bedeutung hat. Wie agieren und reagieren Menschen, die einem solch extremen Umstrukturierungsprozeß ausgesetzt sind? Wie wandeln sich Professionen und Geschlechterverhältnisse nach nicht-adaptivem Umbau des Gesellschaftssystems? Hierzu einen gesundheitswissenschaftlich relevanten Beitrag zu leisten, war Ziel eines Forschungsprojektes, das die Veränderungen der beruflichen Situation der Ärztinnen in den neuen Bundesländern, dargestellt am Beispiel Cottbus, untersucht. Es werden die Bewältigungsstrategien der Probandinnen aus der Sicht der Betroffenen selbst erfaßt. Eine besondere Rolle spielt dabei die spezifische Perspektive der Frau. Da der ärztliche Beruf in der DDR stark feminisiert und die soziale Rolle der Frau von einer fast hundertprozentigen Kombination von Vollzeit-Erwerbsarbeit und Mütterrate geprägt war, sind *Ärztinnen* von der gesellschaftlichen Entwicklung besonders betroffen. Sie unterlagen (und unterliegen) in bezug auf den Umbau einer doppelten Anforderung. Sie mußten nicht nur ihre Beruflichkeit völlig umstrukturieren, sondern das Frauenleitbild unterliegt in den neuen Bundesländern einem gravierenden Wandel. Trotz des hohen Feminisierungsgrades blieb auch die Medizin geschlechtsspezifisch segregiert, und *Ärztinnen* waren auf niedriger Hierarchieebene insbesondere in der medizinischen Basis- und Routinearbeit auf dem ambulanten Sektor überrepräsentiert. Sie waren somit dem Zwang zur Niederlassung besonders ausgesetzt. Außerdem verwiesen die geschlechtsspezifische Berufsrolle und die soziale Frauenrolle den »weiblichen Arzt« in Ostdeutschland nach der Wende auf die schlechteren Startplätze.

Forschungsdesign und Methode

Die vorliegende Studie überprüft nicht Hypothesen, die aus der Theoriebildung gewonnen wurden, sondern hat gänzlich explorativen Charakter, ist eine erstmalig erfolgende Bestandsaufnahme zum Thema Beruf der Ärztin in der DDR und dessen Transformation in den neuen Bundesländern. Eruiert werden soll ein höchst komplexer Bereich: die Umstrukturierung eines Berufsfeldes vom staatlichen zum kassenärztlichen System und als sozialpsychologische Fragestellung die individuelle Bewältigung dieser strukturellen Veränderungen. Fokussiert werden soll das damit verbundene subjektive, emotionale Erleben der betroffenen Ärztinnen. So wurden sowohl eine standardisierte Fragebogen-Erhebung als auch offene, biographische Tiefeninterviews durchgeführt. Die Herangehensweise war interpretativ, das erforderte die Forschungsfrage mit explorativem Charakter.

Es wurden in den Stadt- und Außenbezirken von Cottbus im Januar 1997 135 Fragebögen (»Fragebogen zur Veränderung der beruflichen Situation von Ärztinnen in den neuen Bundesländern«) an alle dortigen niedergelassenen Ärztinnen postalisch verschickt. Der Rücklauf betrug 51% ($n=69$). Die Fragebogen-Untersuchung konnte lediglich die Veränderungen bei der Gruppe der niedergelassenen Ärztinnen berücksichtigen (die Rekrutierung erfolgte über das Telefonbuch), wohingegen in den persönlichen Gesprächen auch andere Untersuchungsgruppen erreicht werden konnten. Insgesamt wurde im März und April 1997 mit 62 Ärztinnen gesprochen. Die Interviews hatten eine Dauer von 45 Minuten bis 3 Stunden. 34 Teilnehmerinnen waren niedergelassene Ärztinnen, 26 angestellte Ärztinnen (12 im Krankenhaus, 12 in Behörden und 2 in Betrieben) und 2 im Zuge der Wende aus dem Beruf ausgeschiedene Ärztinnen.

Ergebnisse

1. Vor- und Nachteile der Transformation des Gesundheitswesens für Ärztinnen

Viele Befragte stimmen mit wesentlichen Ansätzen des Sozialismus und der sozialistischen Medizin noch überein und lehnen Erscheinungen des neuen Systems vehement ab. Der Verzicht auf die als überlegen beurteilten Elemente des DDR-Gesundheitsversorgungssystems fällt den Befragten sehr schwer und löst viel Wut und Bitterkeit aus. Die Bewältigung der Umstrukturierung im Gesundheitswesen wurde als Zwang erlebt, und

insofern gab es für alle Betroffenen mehr oder weniger große Schwierigkeiten.

Von hervorstechender Bedeutung war das Ergebnis, daß Frauen in doppelter Hinsicht von den Veränderungen des Gesundheitssystems am meisten betroffen waren, weil der ambulante Bereich und hiervon wiederum das allgemeinpraktische Gebiet als primäre Frauendomänen dem heftigsten Wandel unterlagen. Die ambulant tätigen ÄrztInnen waren in erster Linie dem Zwang zur Niederlassung unterworfen, um weiterhin berufstätig bleiben zu können, da die poliklinischen Versorgungsstrukturen aufgelöst wurden. Es ergab sich, daß stationär oder bei Behörden arbeitende KollegInnen eher die Chance hatten, auf ihrem angestammten Arbeitsplatz verbleiben zu können.

Allgemeinärztinnen verloren nicht nur ihren geschätzten, weil sicheren Arbeitsplatz, sondern auch einen großen Teil ihrer bis dato einigermaßen geregelten Freizeit. Sie arbeiten heute bis zu 70 Stunden, weil sie neben der ausufernden Arbeitszeit auch noch enorm viele bürokratische Aufgaben in den Abendstunden und an den Wochenenden erledigen müssen. Übereinstimmend wurde die Ansicht geäußert, daß dieses Pensum nur von Frauen geleistet werden kann, deren Kinder schon relativ groß und selbständig sind. Daher mußte die Schlußfolgerung gezogen werden, daß die jüngere Allgemeinpraktikerin mehr und mehr von der Bildfläche verschwinden wird, es sei denn, sie entscheidet sich für die Kinderlosigkeit. Zudem war zu notieren, daß auch die stationär tätige *Ärztin* immer stärker verdrängt wird.

Es wurde deutlich, daß ein großer Teil der sich zu Beginn des Umbaus im Medizinalwesen tätigen Befragten über die Tragweite des Geschehens überhaupt nicht im klaren war. Es kam vielfach zu Fehleinschätzungen. Viele Ärztinnen gingen zunächst davon aus, im wesentlichen beruflich so weitermachen zu können wie bislang.

Die meisten Gesprächspartnerinnen waren weit davon entfernt, nichts lieber zu wollen, als mit fliegenden Fahnen in die Niederlassung zu stürmen. Insbesondere die Älteren sind äußerst ungern in die Niederlassung gegangen. Sie befürchteten, nicht mehr in die wirtschaftlichen Aspekte hineinwachsen zu können und konnten absehen, kaum noch Ansparzeiten für spätere Renten zur Verfügung zu haben. So befürchtete diese Untersuchungsgruppe, bei der Transformation des Gesundheitswesens besonders schlecht abzuschneiden. Lange hielten gerade die älteren Ärztinnen an der Hoffnung auf Übergangslösungen fest, die Alternativen zur Privatpraxis geboten hätten.

Insgesamt wird trotz aller Kritik die Qualität der medizinischen Versorgung von den Befragten als zum Teil gestiegen eingestuft. Die technischen

Möglichkeiten haben enorm zugenommen, sind jetzt selbst in der ambulanten Medizin bestens verfügbar. Auch die diagnostischen, medikamentösen und andere therapeutische Möglichkeiten sind stark angewachsen, teils bis ins ausufernde Überangebot. Die gestiegenen Möglichkeiten und Kapazitäten, etwa die schnelleren Wege, Diagnoseergebnisse zu erhalten, werden insgesamt sehr geschätzt. Die Überversorgung wird jedoch massiv kritisiert und als kostentreibende Verschlechterung gewertet.

Die Arztdichte hat zugenommen, weil viel weniger Ärzte als früher in der Verwaltung und in der reinen Prophylaxe tätig sind. Dies führt zu erhöhtem Konkurrenzdruck, was einerseits als negativ beurteilt wird, denn insbesondere die Niedergelassenen müssen zum Teil hart um ihr Auskommen kämpfen. Für die Qualität der medizinischen Versorgung wird dieser Sachverhalt aber auch als positiv angesehen, denn die ÄrztInnen müssen sich deutlich stärker als früher um gute Arbeit bemühen.

Besonders stark gelitten hat in den Augen der Befragten die Versorgungslage jedoch unter der jetzt strikten Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung, die kategorisch abgelehnt wird. Besonders bedauert wird der Wegfall der Dispensairebetreuung. Als davon besonders betroffen werden z.B. die DiabetikerInnen und Rheumakranken betrachtet, die nun keine spezialisierte Betreuungsstelle mehr haben, sondern von ihren HausärztInnen versorgt werden. Das Niveau des Impfwesens hat sich nach Einschätzung der Cottbuser Ärztinnen ebenfalls erheblich gesenkt. Dies wird angesichts des Wiederaufflackerens verschiedener Infektionskrankheiten für bedrohlich gehalten.

Es muß bei der Einschätzung einer partiellen Qualitätssteigerung eine große Einschränkung gemacht werden. Die Güte der medizinischen Versorgung etwa auf gynäkologischem oder pädiatrischem Gebiet ist nur für solche Personen gestiegen, die die Fähigkeit besitzen, die nun vorhandenen Möglichkeiten einzufordern. Von dem höheren Standard profitieren im wesentlichen die gebildeteren Menschen, die zu lernen vermochten, Eigenverantwortung zu ergreifen und entsprechendes Inanspruchnahmeverhalten zu beherrschen. Hierzu war hervorzuheben, daß man sich heute als Patient selbst darum kümmern muß, um medizinisch gut betreut zu werden. Es ist erforderlich geworden, selbst Initiative zu ergreifen und Ansprüche zu formulieren. In der DDR war ärztliche Betreuung hingegen »von oben« geplant und bestimmt.

Bei der positiven Gesamtbeurteilung werden aber noch weitere Abstriche gemacht, die es anzuführen gilt. So ist die Versorgungsqualität laut Bekunden der Gesprächspartnerinnen durch die Ausdehnung der

medizinischen Möglichkeiten zum Teil lediglich formal besser geworden. Die Hebung wird nämlich, so wird immer wieder berichtet, durch die Senkung des Zeitfaktors wieder zunichte gemacht. Mehr Technik, aber weniger Zeit der ÄrztInnen bedeuten für die PatientInnen insgesamt keine deutlich günstigere Betreuung, so ein Resümee der Befragten.

Die Anhebung des technischen Niveaus und die Verbesserung des Verbrauchsmaterials wird sehr befürwortet. Beides möchte niemand mehr missen. Aber es besteht ebenfalls eine kritische Sicht den hinzugekommenen Nachteilen gegenüber. Sorgfältiges Abwägen der gewonnenen Verluste und Gewinne führt oftmals zu einem Plus-Minus-Null-Ergebnis. Unter den neuen Bedingungen ist der ärztliche Beruf ihres Erachtens anders, aber nicht besser oder schlechter geworden. Eindeutig gehoben hat sich aber nach Ansicht der Probandinnen die Güte der Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung. Während PatientInnen früher stärker einen abhängigen Objektstatus innehatten, geben sich ÄrztInnen heute mehr Mühe, PatientInnen zu informieren und positive Beziehungen zu gestalten. Als gravierendes Negativum wird von den Interviewpartnerinnen hingegen die neue, eingeschränktere Rechtslage aufgefaßt.

Es war aufzuzeigen, daß die Qualität der medizinischen Versorgung nach Einschätzung der befragten Ärztinnen besonders unter dem Primat des Geldes leidet. Viele medizinische Maßnahmen werden heute nur aufgrund finanzieller Erwägungen durchgeführt oder unterlassen. Die Frage nach der optimalen Betreuung weicht der Frage nach der optimalen Finanzierung, was den PatientInnen zum Nachteil gereicht.

Als von besonderer Bedeutung herauszustellen war auch die deutliche Senkung des Frauenanteils im ärztlichen Beruf. Nach Aussagen der Interviewten sorgt diese Entwicklung der Ärztinnen-Verdrängung für eine beträchtliche Verschlechterung der Versorgungsqualität. Das menschliche Engagement für die PatientInnen ist nach übereinstimmenden Aussagen bei den männlichen Kollegen nicht so ausgeprägt.

So mußte die Prognose getroffen werden, daß der Vorteil, den die weibliche Ärztin durch ihre besonderen, geschlechtsrollenbezogenen Eigenschaften und Fähigkeiten in die medizinische Versorgung einbringt, schrumpfen wird, je mehr die Ärztin von der Bildfläche verschwindet. Die Betreuungsqualität wird dadurch nach Ansicht der Studienteilnehmerinnen beträchtlich gemindert.

Als Resultat ergab sich, daß auch das Prestige des ärztlichen Berufes im Wandel begriffen ist. Ein Statusverlust wird von den Befragten mit der Entwicklung der Ärztin zur Geschäftsfrau in Zusammenhang gebracht. Die Ärztin »verkommt« zur Dienstleisterin und sinkt dadurch im Ansehen der Bevölkerung. In einer Wechselbeziehung zu dieser Entwicklung steht

eine Veränderung des Patientenverhaltens. Nach übereinstimmender Auskunft der Befragten hat sich das PatientInnenverhalten erheblich verändert. Es konnte ermittelt werden, daß die Erwartungshaltung an die ÄrztInnen sehr gestiegen ist, die Menschen sind aufgeklärter und informierter, auch kritischer. Es wird heute mehr von der Ärztin gefordert, PatientInnen verhalten sich weniger passiv. Der Prestigewandel des ärztlichen Berufes und eine forderndere, weniger abhängig-untergeordnete Anspruchshaltung der PatientInnen bedingen sich gegenseitig. Wer Kunde/Kundin eines Dienstleistungsunternehmens ist, hat genaue Vorstellungen vom erwünschten Dienst und macht entsprechende Ansprüche geltend.

2. Die Gründung einer Niederlassung zwischen Zwang und Freude

Die Gesprächspartnerinnen berichteten, daß sich unmittelbar nach der deutsch-deutschen Vereinigung innerhalb der ÄrztInnenschaft nicht nur Unsicherheit und Zukunftssorgen breit machten, sondern daß, vornehmlich im ambulanten Bereich, ein regelrechtes Chaos ausbrach, dem man sich kaum entziehen konnte und das nur schwer zu ertragen war. Direkt nach der Wende hat jeder sofort versucht, seine eigenen Pfründe zu sichern und andere hinauszudrängen. Solidarität, gemeinschaftliches Handeln sowie institutionalisierte Hilfe zur Umsetzung der anstehenden Aufgaben, hat es praktisch nicht gegeben. In heftigsten Turbulenzen verwandelte sich Kollegialität in Egoismus und Isolation. Das Vorgehen einiger Ärzte wird von den Befragten bis hin zur Brutalität charakterisiert, unter der freundlichere Naturen nicht nur haben leiden müssen, sondern die ihnen auch die schlechtere Ausgangsposition zuschob.

Die Erkenntnis, auf vielen Gebieten, die in Zukunft zum ärztlichen Aufgabenfeld zählen würden, unwissend zu sein und viele neue Kenntnisse erwerben zu müssen, führte bei vielen Ärztinnen zu Panik. Die Flutwelle an Fortbildungsangeboten und Verkaufsveranstaltungen, die westliche Firmen in den Neuen Bundesländern anboten, ertränkte die Betroffenen, die zunächst gar nicht in der Lage waren, sinnvolle Auswahlkriterien anzuwenden. Viele Ärztinnen mußten zunächst eine Übergangslösung akzeptieren, auch wenn dies doppelte Arbeit und Kosten bedeutete. Der Niederlassungszwang spitzte sich auch durch den beträchtlichen Zeitdruck zu, der nach der Einheit auch auf dem Gesundheitssektor Einzug hielt.

Wichtig war es hervorzuheben, daß Krisen immer wieder durch schwere Fehleinschätzungen, durch Illusionen und Mangel an Realitätswahrnehmung verschärft wurden. Es gab Ärztinnen, die sich in blinder

Euphorie, großer Unkenntnis der Sachlage und Kritiklosigkeit in das neue System gestürzt haben und sehr unsanft auf dem Boden der Tatsachen gelandet sind. Die Wirklichkeit wurde oftmals zunächst ausgeblendet, ein Verhalten, das die Betroffenen einerseits vor Angst und Enttäuschung schützte, sie andererseits aber auch in manch höchst problematische Situation stürzte.

Es mußte betont werden, daß die ambulant arbeitenden Ärztinnen es insgesamt als Zwangsmaßnahme empfanden, eine Niederlassung gründen zu müssen. Sie standen vor absoluter Alternativlosigkeit, hatten nicht die Wahl. Die überwiegende Anzahl der befragten Ärztinnen ist nicht gerne in die freie Niederlassung gegangen, sondern hätte weiterhin den Angestelltenstatus favorisiert. Viele Ärztinnen, vornehmlich die ambulant tätigen, sahen sich vor dem Dilemma Niederlassung oder Arbeitslosigkeit, wobei erstere oftmals nur das kleinere Übel, nicht jedoch eine Wunscherfüllung darstellte.

Manche Ärztinnen sind deshalb in die Niederlassung gegangen, weil sie sich nicht vorstellen können, unter den heutigen Bedingungen weiter in der Klinik zu arbeiten. Die Lage im Krankenhaus hat sich für ÄrztInnen so dramatisch verschlechtert, daß manche lieber die Unwägbarkeiten und »Talfahrten« der eigenen Praxis aushalten, weil sie für sich im stationären Bereich keine Alternative sehen.

3. Die niedergelassene Ärztin als Geschäftsfrau

Ein wesentliches Ergebnis bestand in der Erkenntnis, daß für die jetzt niedergelassenen Ärztinnen ihr freies Unternehmertum das Zentrum der beruflichen Veränderungen bildet. Die Existenz als Geschäftsfrau lehnen die meisten Gesprächspartnerinnen allerdings vehement ab. Sie fühlen sich erpreßt, denn sie müssen diese Notwendigkeit gegen ihren Willen erdulden, wenn sie ihren Beruf ausüben wollen. Sie haben das Gefühl, mit dem Unternehmerintum einen extrem teuren Preis für ihre berufliche Tätigkeit in Kauf nehmen zu müssen. Viele Befragte sehen in der Marktwirtschaft für die Ärztin überwiegend Nachteile. Gerade für Mütter mit Kindern waren nach dem Urteil der Probandinnen die DDR-Verhältnisse deutlich günstiger, weil Frauen als Angestellte den Kopf auch noch für Familienaufgaben frei haben konnten, was ihnen als freie Unternehmerinnen jetzt viel schwerer fällt. Es mußte aufgezeigt werden, daß die Vereinbarkeit fast verunmöglicht wird, weil neben den fachlich-medizinischen Anforderungen zusätzlich auch noch das Geschäftliche erledigt werden muß, so daß kaum Zeit und Kraft übrigbleiben. Als kaum auszuhalten wird die heute sehr geschrumpfte Freizeit bei den

Niedergelassenen erlebt. Als Gründe für den Verlust wird der Zeitaufwand für Verwaltung und Betriebswirtschaft angegeben. Es stellte sich heraus, daß es den meisten Befragten insgesamt am schwersten gefallen ist, sich den unternehmerischen Bereich anzueignen. In finanziellen Dingen ist es immer wieder zu gravierenden Fehleinschätzungen gekommen. Besonders die älteren Ärztinnen geben an, große Probleme und Ängste mit den Geschäfts- und Finanzbelangen gehabt zu haben.

Es wurde herausgefunden, daß neben Finanzwesen und Unternehmertum auch Bürokratie und Verwaltungsarbeit konstituierende Elemente des ärztlichen Berufes geworden sind. Auch sie nehmen nun einen vorderen Rang bei den Veränderungen des ärztlichen Berufes ein. Die zum Beruf gehörigen Aufgabenfelder sind insgesamt stark angewachsen. Die Anforderungen im ärztlichen Bereich sind aufwendiger und komplexer geworden, da sie über das rein Medizinische jetzt weit hinausgehen. Diese Entwicklung ist den meisten Befragten höchst unwillkommen: »Ich wäre so gern wieder Mediziner!«

Wesentlich war auch festzuhalten, daß immer wieder berichtet wurde, daß seit der Wende für die Ärztinnen keine Ruhe in den Berufsalltag mehr einkehrt. Auch Rastlosigkeit und permanente Anspannung zählen demnach zu den neuen Erfordernissen. Was zunächst für Umstrukturierungsstreß gehalten wurde, entpuppt sich bei vielen Ärztinnen als Dauerzustand. Bei den Medizinerinnen, die eine eigene Praxis gegründet haben, liegt eine chronische Belastung schon allein durch das Bewußtsein vor, niemals ausfallen zu dürfen, weil sonst sofort ein finanziell bedrohlicher Zustand eintritt. Das Unternehmerintum mit all seinen Unwägbarkeiten und Risiken lastet schwer auf den Schultern der Niedergelassenen und zehrt auch an ihrer Gesundheit, die ein Großteil der Interviewpartnerinnen heute als angegriffener bezeichnet.

Weiterhin war zu notieren, daß zu den neuen Belastungen bei den weitaus meisten Befragten auch eine erhebliche Ausweitung der Arbeitszeit zählt. Die meisten Ärztinnen in freier Niederlassung haben heute eine erheblich längere Arbeitszeit als früher. Weniger arbeitsfreie Zeit heißt für die Ärztinnen in erster Linie weniger Zeit für ihre Kinder und Partner. Dieser Preis des verminderten Zeitkontingents als Privatperson für die Einheit wird von den Gesprächspartnerinnen ebenfalls als besonders hoch bewertet. Den Kindern wird noch mehr Selbständigkeit und Allein-Zurechtkommen abverlangt als früher.

Ein Resultat der Untersuchungen besteht auch darin, daß die Allgemeinmedizinerin heute nach eigenen Aussagen stärker belastet ist als die Fachärztin, weil sie praktisch unbegrenzt im Dienst ist. In medizinischen Notfällen ist der/die Hausarzt/-ärztin seit der Wende der/die erste

AnsprechpartnerIn für die PatientInnen und nicht mehr der Notdienst wie früher. So haben AllgemeinmedizinerInnen praktisch nie fest einplanbaren Feierabend. Gleichzeitig geben sie an, mit ihrer Arbeit weniger EBM-Punkte zu sammeln als Fachärztinnen für ihre besser dotierten spezialisierten Tätigkeiten. Auch deshalb müssen sie quantitativ insgesamt sehr viel leisten, um die Praxis zu halten und fühlen sich unter starkem Druck. »Aus der Fünfminutenmedizin ist die Dreiminutenmedizin geworden«, faßte eine befragte Allgemeinpraktikerin diesen Aspekt zusammen.

So war darzulegen, daß es die Fachärztinnen etwas leichter haben als die Allgemeinmedizinerinnen, da sie zeitlich in geringerem Umfang eingespannt sind. Sie versorgen überwiegend nach Bestellsystem und haben weniger Notfälle, so daß sie in der Regel über mehr Freizeit verfügen. Aber auch bei ihnen hat die freie Zeit abgenommen.

Geklärt werden konnte auch, daß die Ärztinnen bei den Umstrukturierungen ihres Berufsfeldes insgesamt nicht sehr viel Hilfestellung erfuhren, weder staatlicherseits, noch durch KollegInnen, noch durch ihre Familien und im großen und ganzen allein damit zurechtkommen mußten. Unterstützung bei der Niederlassung boten Weiterbildungsseminare (die jedoch ein zweischneidiges Schwert waren und neben unverzichtbarer Hilfe gleichzeitig Gefahrenquellen darstellten) und einige Ehemänner, sofern vorhanden, manchmal auch KollegInnen, vornehmlich bei Gründung einer Gemeinschaftspraxis. Dazu erwies sich, daß sich insbesondere Frauen vermehrt für diese Form der gemeinsamen Niederlassung entscheiden. Es wird zunehmend realisiert, daß sie große ökonomische und soziale Vorteile bietet. Manche Probandinnen verwirklichen dadurch auch gezielt ihren Wunsch nach Teilzeitarbeit wegen Mutterschaft.

4. Die Umstrukturierungen und deren Konsequenzen im Krankenhaus

Für die Krankenhausärztinnen war festzustellen, daß sich die Arbeitsbedingungen sehr verschärft haben. Die Konkurrenzfrage hat eine zentrale Rolle erlangt, die Angst vor Entlassung und Arbeitslosigkeit bestimmt die Arbeitssituation. Zum einen ist festzuhalten, daß im Krankenhaus ein deutlich geringerer Frauenanteil als im ambulanten Bereich zu finden war, der seit der Einheit einem rapiden weiteren Schrumpfungsprozeß unterliegt. Die Klinik ist bereits zu DDR-Zeiten ein Ort männlicher Dominanz gewesen und wird es jetzt noch mehr. Zum zweiten fühlen sich die Krankenhausärztinnen noch stärker von Arbeitsplatzunsicherheit bedroht als niedergelassene. Die Ärztinnen, die nach der Wende im Krankenhaus angestellt blieben, mußten sich in bezug auf ihr Berufsleben

zwar neu orientieren, jedoch nicht einen so tiefgreifenden Veränderungsprozeß durchlaufen wie die in eine Niederlassung überwechselnden Kolleginnen, die eine ganz neue Existenz gründen mußten. Überraschenderweise wird jedoch auch für den Klinikbetrieb von umfangreichen Modifikationen berichtet.

Neben der quantitativen und qualitativen Verlagerung in Richtung auf Technologien und der damit verbundenen größeren Subspezialisierung der Abteilungen werden eine drastische Verschlechterung des Arbeitsklimas durch zunehmenden Konkurrenzdruck und höhere Belastung durch wachsendes Arbeitspensum aufgeführt. Es mußte festgehalten werden, daß insbesondere die Krankenhausärztin Verluste erleidet. Sie ist von den Wandlungsprozessen der weiblichen Geschlechtsrolle wegen schwerer betroffen als ihr männlicher Kollege und läuft Gefahr, mehr und mehr verdrängt zu werden. Es galt aufzuzeigen, daß und wie diese neue Situation die Atmosphäre in der Klinik von Grund auf veränderte: Es entwickelte sich ein enormer Konkurrenzdruck, Wettbewerbs- und Verdrängungsverhalten ersetzte Kollegialität und solidarische Zusammenarbeit. Angst vor Arbeitslosigkeit und Zukunftsungewißheit kehrten rigide Ellenbogenpraxis hervor. Ein erbitterter Kampf um das berufliche Überleben setzte ein. Die Verschlechterung und Verschärfung der beruflichen Situation in der Klinik traf Frauen am härtesten. So flohen vor allem Ärztinnen aus den Krankenhäusern. Das Krankenhaus wurde und wird noch mehr als vorher zu einer Männerdomäne, in der sich Frauen immer weniger behaupten können. Die männlichen Chefärzte, die zu einem beträchtlichen Teil aus den alten Bundesländern kommen, können unter den neuen Bedingungen frauenfeindliches Verhalten voll und ganz durchsetzen, z.B. bei Einstellungen, da sie jetzt persönlich entscheiden und Personal nicht mehr »von oben« vorgesetzt bekommen. Die Gespräche förderten zutage, daß die ohnehin rarer werdenden vakanten Posten kaum noch mit Frauen besetzt werden. Männer beherrschen den Konkurrenzkampf nach Aussagen der Befragten besser. Als Erklärung war die Beibehaltung des weiblichen Geschlechtsrollenklischees im Sozialismus anzuführen, das die ostdeutschen Frauen nun die schlechteren Startpositionen zuweist. Männer verfügen erhöht über die für berufliches Fortkommen notwendigen instrumentellen Eigenschaften. Der Aspekt potentieller Schwangerschaft wird dafür benutzt, Frauen aus der Klinik zu entfernen, wie die Studienteilnehmerinnen angeben. Es war zu notieren, daß die Ärztin im Krankenhaus mehr und mehr von der Bildfläche verschwindet. Sie wird in der Männerwelt Klinik zunehmend abgelehnt, und diese Haltung kann heute auch mehr und mehr zum Zuge kommen – noch ausgeprägter als zu DDR-Zeiten.

Weiterhin konnte belegt werden, daß neben qualitativen Veränderungen auf technischem und sozialem Gebiet auch die quantitativen Bedingungen anders und härter geworden sind. Das Arbeitspensum ist auch für diese Untersuchungsgruppe erheblich angestiegen. Viele berichteten, schon in der DDR sehr viel gearbeitet zu haben, heute jedoch »bis zum Umfallen«. Es müssen immer mehr PatientInnen in immer kürzerer Zeit mit immer mehr Maßnahmen behandelt werden. Die Belastung wird als sehr hoch geschildert.

Die Arbeit ist einerseits komprimiert, andererseits ausgedehnt und wird als spürbar stressiger beschrieben. Mehr PatientInnen müssen in kürzerer Zeit durch mehr Technik »durchgeschleust« werden. Die zugeteilte Arbeit ist in der normalen Dienstzeit nicht zu schaffen, und es wird unter der Hand verlangt, daß man erst geht, wenn alles erledigt ist. Die PatientInnen liegen bei den gleichen Krankheiten wie früher wesentlich kürzer in der Klinik, und die Krankenkassen kontrollieren die Verweildauer und schnellstmögliche Entlassung streng. Der PatientInnendurchlauf ist also stark angestiegen, und jetzt liegen schwerere Fälle als früher im Krankenhaus. Es ist nur noch ein Ort für Schwerkranke. Auch dies erhöht die Arbeitsbelastung der Ärztinnen maßgeblich, denn kein Patient »läuft mal eben so mit«. Bei dieser Arbeitsvermehrung ist die Anzahl des Personals beträchtlich gesunken.

Weiterhin war zu ermitteln, daß die Wende im Krankenhaus teils erhebliche Umstrukturierungen der Abteilungen mit sich brachte. Der starke Zuwachs an technischem Gerät führt zu immer weitergehender Differenzierung und Abspaltung sowie Neubildung subspezialisierter, kleinerer Stationen. Im Zuge dieses Umbaus von Bereichen kam es häufiger vor, daß Ärztinnen, die langjährig auf einem bestimmten Gebiet gearbeitet hatten, nun ein neues Tätigkeitsfeld zugewiesen bekamen. Eine solche, oft als gravierend empfundene Veränderung war in vielen Fällen unerwünscht und für die Betroffenen mit Schwierigkeiten verbunden. Sie mußten sich in neue Inhalte und die entsprechenden neuen Medizintechnologien einarbeiten. Das ist ihnen z.T. nicht leichtgefallen, zumal wenn die Abordnung mit einem Gefühl des »Wegnehmens angestammter Plätze« verbunden war. Andererseits war zu erfahren, daß das Betreten von Neuland und der Zugewinn neuer Kenntnisse und Fähigkeiten auch als Bereicherung erlebt wurden. In jedem Fall wurde den Ärztinnen bei der Umorientierung und Anpassung große Anstrengung abverlangt.

Die erforderlichen Adaptionsleistungen sind nicht abgeschlossen, der Druck läßt kaum nach. Der Neuaufbau wird zwar als sehr interessant und bereichernd angesehen, aber der unaufhörliche Streß wird als schwerwiegender Nachteil erlebt.

Auch bezüglich dieser Untersuchungsgruppe war als ein wesentliches Ergebnis herauszustellen, daß die Umstrukturierungsphase noch nicht beendet ist. Die Differenzierungen nehmen noch weiter zu. Es entstehen immer hochtechnisierte Spezialabteilungen. Auch die Probandinnen dieser Untersuchungsgruppe sprechen von dem Eindruck, der Wandlungsprozeß gehe keinem Ende entgegen, sondern entpuppe sich als Dauerzustand. Generell ist von einem pausenlosen Arbeitsstreß die Rede, der die Grenze des Möglichen erreicht hat.

5. Umwälzungen für die Ämter-Ärztinnen

Politisch und fachlich (d.h. auf die Veränderung der Inhalte und gesetzlichen Regelungen bezogen) war der Umbau des Gesundheitswesens im Hinblick auf die Ämter nicht weniger tiefgreifend als anderswo. Dennoch waren – und dies bildet ein zentrales Resultat in bezug auf diese Untersuchungsgruppe – in Ämtern insgesamt diejenigen Ärztinnen anzutreffen, die den geringsten Turbulenzen ausgesetzt waren. Manche Ärztinnen aus dieser Untersuchungsgruppe mußten keine großen Sorge durchstehen, daß sie arbeitslos würden. Für sie war klar, daß sie in den neu aufzubauenden medizinischen Diensten der Ämter eine Arbeitsstelle bekommen würden. Für einige bestand sogar die Möglichkeit, unter diversen Angeboten auszuwählen. Aber selbst die Ärztinnen, die sich in relativer Sicherheit wußten, durchlebten innerlich dennoch beträchtliche Druckgefühle, Angst und Unruhe. An niemandem gingen die Umstrukturierungs-Erschütterungen spurlos vorbei, sie ließen niemanden wirklich unberührt, selbst die nicht, die nicht akut von Arbeitslosigkeit bedroht oder betroffen waren. Inhaltlich waren selbst diejenigen Ärztinnen starken Veränderungsprozessen unterworfen, die »praktisch auf ihrem Stuhl sitzenbleiben konnten«, allein schon durch die völlige Wandlung der gesetzlichen Grundlagen für ihre Arbeit. Im nachhinein erwies sich für diese Untersuchungsgruppe, daß die Zeit nach der deutsch-deutschen Vereinigung eine höchst günstige Zeit war, um in den neu aufzubauenden Behörden eine Stelle zu behalten oder zu bekommen.

Als sehr große fachliche und emotionale Belastung wurde es von dieser Untersuchungsgruppe empfunden, unter BRD-Bedingungen nicht mehr rezeptieren zu dürfen. Behörden-Ärztinnen dürfen heute nicht mehr therapeutisch tätig sein. Dieser Umstand wird als große Degradierung und als *die* zentrale Einschränkung angesehen. Dies wird nur schwer verkraftet und nimmt den Spitzenplatz der erlebten heutigen Nachteile ein. Ämter-Ärztinnen begreifen sich heute dementsprechend weniger als Behandlerinnen denn als Verwalterinnen. Sie sind Managerinnen

bestimmter Bevölkerungsgruppen geworden und organisieren die Verteilung der PatientInnen auf die verschiedenen medizinischen Dienste. Es war wichtig herauszuarbeiten, daß dies die zentrale inhaltliche Umstellung und eine Neudefinition ihrer Berufsrolle bedeutete.

Es war jedoch erforderlich hervorzuheben, daß es neben relativ ruhig verlaufenden Umstrukturierungen in Behörden auch für Ämter-Ärztinnen äußerst dramatische Krisensituationen gab. In besonders schlimme Bedrängnis gerieten solche Ärztinnen, die in Institutionen tätig waren, die im Zuge der Wende ersatzlos aufgelöst wurden und für die es um keinen Preis in Frage kam, in die Niederlassung zu gehen, sei es aus persönlichen Gründen, z.B. für eine alleinerziehende Mutter dreier Kinder, oder sei es aus fachlichen Gründen, etwa weil sie in einer Spezialdisziplin tätig waren, die sich für eine Niederlassung nicht eignet (z.B. Impfwesen). Für diese Ärztinnen kam also nur eine Anstellung in Betracht, und es erfolgte ein erbitterter Wettkampf um die Stellen in den neugegründeten Ämtern. Es galt darzulegen, daß nicht alle angetretenen Ärztinnen einen Sieg davonzutragen vermochten.

6. Veränderungen für Betriebsärztinnen

Bezüglich dieser Untersuchungsgruppe mußte festgestellt werden, daß sie von dem Umbau des Gesundheitswesens ausgesprochen stark und nachteilig tangiert war. Die Arbeitsmedizin spielte in der DDR als Grundpfeiler der betriebsärztlichen Versorgung eine herausragende Rolle. Medizinische Versorgung und Arbeit, Arbeitsplatz waren zu DDR-Zeiten fest miteinander verknüpft. Erhaltung der Arbeitskraft war das primäre gesundheitspolitische Anliegen, für das gerade ArbeitsmedizinerInnen eine Hauptrolle spielten. Arbeitsmedizinerinnen waren zu einem großen Teil als Betriebsärztinnen tätig und als solche maßgeblich für die Basisbetreuung der werktätigen Bevölkerung zuständig. Es galt darzustellen, daß viele Arbeitsmedizinerinnen überdurchschnittlich hart von der Wende betroffen waren und in eine Misere gerieten. Hatten sie zu DDR-Zeiten eine herausragende Rolle gespielt, weil das Betriebsgesundheitswesen eine tragende Säule der medizinischen Versorgung darstellte, wurde nun praktisch ihr ganzer Berufsstand ausgerottet, so die Befragten. Demgegenüber wird die heutige Arbeitsmedizin unter BRD-Bedingungen von den Interviewten als Stiefkind bezeichnet, das einem qualitativen und quantitativen Schrumpfungsprozeß anheimgefallen ist. Arbeitsmedizinerinnen berichteten, sie würden nun nicht mehr als vollwertige Ärztinnen angesehen. Arbeitsmedizin sei heute auch keine komplette fachärztliche Weiterbildung mehr, sondern »lediglich« eine Zusatzbezeichnung. (Das

trifft heute nicht mehr zu.) Die Arbeitsmedizin habe keine Lobby, genösse kein Sozialprestige, im Gegenteil, sie werde belächelt und herabgewürdigt im Vergleich zu anderen Fachrichtungen. So wird der heutige Status von den Betroffenen als großer Abstieg erlebt. Sie empfinden heftige Enttäuschung über den Mangel an Anerkennung. Hinzukommt, daß entsprechende Arbeitsplätze sehr rar geworden sind. So finden besonders die Arbeitsmedizinerinnen nur sehr schwer einen neuen Ort für sich. Der Umbau des Gesundheitswesens war demnach für diese Untersuchungsgruppe als sehr nachteilig zu beurteilen.

7. Besonders große Nöte durch die Umstrukturierung des Gesundheitssektors

Als eindeutiger empirischer Befund mußte festgestellt werden, daß fast alle Ärztinnen, die Teilnehmerinnen der Studie waren, durch die Wende mehr oder weniger heftigen Turbulenzen ausgesetzt waren. Die nötigen Anpassungsleistungen erforderten von fast allen Ärztinnen erhebliche Anstrengungen und Opfer. Bei manchen Probandinnen gingen die Anpassungsmühen jedoch besonders weit.

So konnte ermittelt werden, daß etwa ehemalige Genossinnen überdurchschnittlich hohe Verluste erlitten. Zum einen erhielten sie als ehemalige Parteimitglieder keine Stellungen in den neu gegründeten Ämtern. Zum zweiten waren sie als Schreibtischärztinnen jahre- oder gar jahrzehntelang aus der praktischen Arbeit heraus und sahen sich zu einer Niederlassung nicht imstande.

Überdurchschnittlich hart gefordert wurden auch diejenigen Ärztinnen von der Transformation, deren erster Umstrukturierungsversuch scheiterte. Sie haben viel Energie, Zeit, Nerven und Geld in einen Fehlversuch investiert und mußten noch ein zweites Mal an den Start gehen. Auch unvorhersehbare Schicksalsschläge (etwa plötzlicher Tod des Ehemannes oder des Kollegen, mit dem die Gründung einer Gemeinschaftspraxis geplant war) machten den ohnehin schon schwierigen Wende-prozeß für einige Medizinerinnen zu einem katastrophalen Notstand.

Es ließ sich jedoch erkennen, daß das größte Leid nach eigener Schilderung diejenigen Ärztinnen erlebten und erleben, die im Zusammenhang mit der deutsch-deutschen Vereinigung aus dem Berufsleben ausscheiden mußten, weil es ihnen nicht gelang, auf dem sich transformierenden Medizinalsektor einen neuen Arbeitsplatz zu erobern. Es waren mehrere Gründe aufzuspüren, die zu einer vorzeitigen Beendigung der ärztlichen Berufslaufbahn führten. An erster Stelle rangiert hier das Alter. Außerdem wird auch das weibliche Geschlecht als Grund für die Ausgrenzung aus

dem Berufsleben angegeben. Unter den Älteren war es für die ambulant Tätigen am schwierigsten, sich einen neuen Arbeitsplatz zu schaffen. Letzteres ergab sich vornehmlich dann, wenn die Spezialisierung der betreffenden Ärztin unüberwindliche finanzielle Hindernisse mit sich brachte. Ältere Ärztinnen mit technik- und kostenintensiven Fachgebieten, die viele und teure Apparate erfordern, scheiterten häufig am Projekt Niederlassung, etwa weil Kredite aus Altersgründen nicht bewilligt wurden. Der Vorruhestand wird als Arbeitslosigkeit aufgefaßt, in die die betreffenden Ärztinnen von einem dieserhalb verhaßten System gegen ihren Willen gedrängt wurden. Dieser Zustand hat für sie etwas Unmoralisches, Degradierendes. Sie können die Umstände nicht als strukturell bedingt interpretieren, sondern fühlen sich als persönliche Opfer. Die Gespräche förderten zutage, daß diese Ärztinnen gar nicht in ein normales Leben zurückfinden. Sie sind nicht in der Lage, die neue Situation zu akzeptieren und sich anzupassen. Deshalb ist ihnen die Freude am Ruhestand völlig verbaut. Sie können mit ihrer gewonnenen Freizeit nichts anfangen und die jetzigen Umstände nicht genießen, weil sie noch immer in Aggression und Depression verstrickt sind. Sie können keinerlei Vorteile entdecken und nicht das Beste aus den Umständen machen.

8. Frauenspezifische Belastungen im Zuge der Umstrukturierungen

Als ein zentraler Faktor war zu identifizieren, daß die Männer nach Einschätzung der Probandinnen aufgrund ihrer instrumentell orientierten Geschlechtsrolle mit der Wende besser fertig werden. Sie können mit den Neuerungen besser umgehen, die Bewältigungsanstrengungen leichter bewerkstelligen, weil sie pragmatischer, sachbezogener, nüchterner und weniger innerlich engagiert an die Sache herangehen. Sie lassen nach Beobachtungen der Studienteilnehmerinnen bedrohliche Erscheinungen nicht so nahe an sich heran, schütteln Sorgen eher ab und reagieren gelassener. Probleme nehmen sie weniger schwer und persönlich. Die Befragten nehmen in dieser Hinsicht einen deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied zuungunsten der Frauen wahr. Frauen reagieren eher expressiv, bewerten Sachverhalte eher als Schwierigkeiten, problematisieren stärker, durchdringen Themen tiefer und finden deshalb stets auch mehr Nachteile. Sie beteiligen sich eher in psychischer Dimension, sind schneller besorgt und unruhig. Daher treten bei ihnen eher Störungen durch die anstehenden Anforderungen auf, so die Befragten.

So war es wichtig herauszustellen, daß die *Ärztin* nach Auffassung der Interviewpartnerinnen durch die Transformation insgesamt mehr Verluste erlitten hat als der Arzt. Heutzutage ist es notwendig, länger auf eine

Stelle zu warten, mobiler und flexibler zu sein als früher. Unter diesen Umständen ist es für Frauen praktisch unmöglich geworden, berufliche Entfaltung und Kinderwunsch miteinander zu verbinden. Rücksicht auf berufstätige Mütter wird in der Berufswelt kaum noch genommen. Die Frau als potentielle Mutter wird zunehmend im Berufsleben abgelehnt. Sie wird in steigendem Maße auch aus der Klinik verdrängt, und die einzig bleibende Alternative, die private Niederlassung, ist nicht als familienfreundlich zu bezeichnen, was wiederum die Frauen härter trifft, weil Familienarbeit nach wie vor in ihrer Hauptzuständigkeit liegt. Parallel dazu konnte nachgewiesen werden, daß die traditionelle soziale Rolle des Mannes weder in der DDR noch in der Transformationsgesellschaft eine Überprüfung und Modifikation erfuhr und erfährt. In diesem Nichtanrühren liegt nach den Recherchen der Autorin ein Hauptgrund für die Problemlage der Frau und der *Ärztin*.

Die Niederlassung war und ist für Frauen schwieriger und härter als für Männer, weil sie weiterhin die haushälterische und familiäre Hauptlast tragen und nun dafür noch weniger Zeit zur Verfügung haben. Der Druck der Mehrfachbelastung ist also für sie noch höher geworden. Am härtesten getroffen ist die Allgemeinmedizinerin mit ihren überdurchschnittlichen Arbeitszeiten.

9. Die Ärztinnen und ihre neue Situation als berufstätige Frau und Mutter

Als ein zentrales Ergebnis der empirischen Befunde war aufzuzeigen, daß die *Ärztin* heute als berufstätige Frau und Mutter große Verluste als Folge der Transformation verbuchen muß. Übereinstimmend wurde von den Interviewpartnerinnen die Ansicht vertreten, daß die eigene Niederlassung Anforderungen mit sich bringt, die junge *Ärztinnen*, die auch Mütter kleiner Kinder sind, schon rein zeitlich gar nicht bewältigen können. Prognostizierbar ist demnach, daß die junge *Ärztin*, die gleichzeitig Mutter kleiner Kinder ist, mehr und mehr aus dem Praxenpanorama verschwinden wird. Junge *Ärztinnen* werden sich überwiegend nur noch dann niederlassen, wenn sie sich für Kinderlosigkeit entscheiden. Andersherum werden *Ärztinnen* mit kleinen Kindern zunehmend die Nur-Hausfrauen-Rolle übernehmen. Dieser Trend wurde von den Befragten sehr bedauert und als große Ungerechtigkeit den heutigen jungen Kolleginnen gegenüber betrachtet. Dieser Prozeß war als ein für Frauen fundamental relevanter sozialer Wandel zu bewerten. Die Schritte in Richtung auf mehr Gleichberechtigung, die in der DDR vollzogen worden waren, sind im Rückgang begriffen. Einige befragte junge

Ärztinnen vollziehen diese Entwicklung bereits insofern, als sie sich wegen ihrer Niederlassung gegen ein eigentlich geplantes zweites Kind entschieden haben.

Etwas aufgefangen werden kann nach Aussagen der Betroffenen die Ausweitung der Arbeitszeit und die Abnahme der Kinderbetreuungsplätze durch den heute höheren Verdienst der Ärztinnen. Dieser kann es ermöglichen, sich nunmehr eine Tagesmutter und eine Haushaltshilfe zu leisten. Eine große Anzahl der jüngeren Studienteilnehmerinnen verfährt so, löst die Vereinbarkeitsfrage also fortan privat und auf eigene Kosten durch die Inanspruchnahme von privaten Dienstleistungen.

Wird die Situation für die jetzige junge Ärztin und ggf. Mutter noch als einigermaßen zu bewerkstelligen erachtet, wird für die junge Ärztin in Zukunft allgemein schwarzgesehen. Es wird eine dramatisch progredierende Verschlechterung der beruflichen Chancen für diese Personengruppe erwartet.

Diskussion

Insgesamt ist festzuhalten, daß es die Wende-Ärztinnen zum größten Teil gerade noch geschafft haben, sich eine neue Position zu »ergattern«, aber daß die jungen Nachrückerinnen heute im Vergleich zu DDR-Zeiten mit ungleich härteren Bedingungen konfrontiert sind.

Es stellte sich heraus, daß sich die Arbeitszufriedenheit der Cottbuser Ärztinnen insgesamt weniger quantitativ als qualitativ geändert, also verlagert hat. Nach wie vor gibt es Punkte, die als Vorteile und solche, die als Nachteile gewertet werden, aber diese unterlagen einem inhaltlichen Wechsel. Positive und negative Entwicklungen halten sich bezogen auf die Arbeitszufriedenheit laut Auskunft der Befragten insgesamt die Waage. Für die einzelne Ärztin jedoch kann der Zeiger deutlich in die eine oder andere Richtung ausschlagen.

Im großen und ganzen geht es den Ärztinnen, die ihr Berufsfeld transformieren mußten, trotz erlebter Turbulenzen und Verluste doch jetzt recht gut. Deutlich wurde jedoch, daß viele Ärztinnen die Einschränkung vornehmen, dieser positive Gesamteindruck treffe nur »auf das Äußerliche« zu. Häufig wurde die Meinung vertreten, innerlich, psychisch, gebe es doch nach wie vor heftige Erschütterungen und Nachwehen, und emotional sei der Druck des Umwälzungsprozesses noch lange nicht zu Ende, sondern in einen Dauerzustand übergegangen. So wiesen die Befragten darauf hin, daß die Transformation der Sachebene abgeschlossen, die Gefühls- und Verhaltensebene jedoch noch voll im Entwicklungsprozeß begriffen und kein Ende abzusehen ist.

Die vorliegende Untersuchung hat gesundheitspolitisch relevante Ergebnisse erbracht. Diese sollen kurz rekapituliert und für die Formulierung gesundheitspolitischer Empfehlungen nutzbar gemacht werden. Durch die Erfahrungen mit dem neuen System wird das alte in doppelter Hinsicht anders bewertet: Mängel im derzeitigen Versorgungssystem lassen ehemalige Strukturen positiv erscheinen, während als vorteilhaft erachtete Neuerungen frühere Einschränkungen bewußter werden lassen. Der Wunsch der ostdeutschen ÄrztInnen, neue Möglichkeiten zu nutzen, ohne dafür alte Vorteile aufgeben zu müssen, erscheint insofern nachvollziehbar. Folgende charakteristischen Elemente des DDR-Gesundheitsversorgungssystems bewerten die befragten Ärztinnen als besonders erhaltenswert:

- die poliklinische Versorgungsstruktur (Interdisziplinarität, Teamarbeit)
- die enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Medizin
- die betriebsmedizinische Betreuung
- die Prophylaxe
- die Freiheit der ÄrztInnen von wirtschaftlichen Zwängen (reine Fachlichkeit).

Sowohl die Ärzteschaft als auch die Gesundheitspolitik sind hiermit aufgefordert, auf die wertvollen Komponenten des ostdeutschen Erfahrungshorizontes zurückzugreifen, sie als Basis für Zukunftsgestaltung anzuerkennen und zu verwerten.

Literatur

- Allendorf, M., et al. (Hg.) (1979): Die Frau in der Deutschen Demokratischen Republik. Zum 100. Jahrestag der Herausgabe von August Bebel's Buch Die Frau und der Sozialismus. Dresden: Verlag Zeit im Bild
- Aulenbacher, Brigitte, Goldmann, Monika (Hg.) (1993): Transformation im Geschlechterverhältnis. Beiträge zur industriellen und gesellschaftlichen Entwicklung. Frankfurt/New York: Campus
- Bebel, August (1876): Die Frau und der Sozialismus. Neuauflage 1964. Berlin: Dietz-Verlag
- Beyme, Klaus von (1994): Systemwechsel in Osteuropa. Frankfurt/New York: Campus
- Brinkschulte, Eva (1993): Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland. Berlin: Edition Hentrich
- Deppe, Hans-Ulrich, Friedrich, Hannes, Müller, Rainer (Hg.) (1993): Gesundheitswesen im Umbruch. Von der DDR zur BRD. Frankfurt a.M.: Campus
- Dienel, Christiane (1996): Frauen in Führungspositionen in Europa. Weinheim/München: Juventa
- Ernst, Anna-Sabine (1997): »Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus.« Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945–1961. Münster: Waxmann

- Geiling-Maul, Barbara, Macha, Hildegard, Schrutka-Rechtenstamm, Heidi, Vechtel, Anne (1992) (Hg.): *Frauenalltag. Weibliche Lebenskultur in beiden Teilen Deutschlands*. Köln: Bund Verlag
- Janda, Erika (1984): *Der sozialpolitische Einfluß der medizinischen Intelligenz auf die weitere Gestaltung der sozialen Verhältnisse des entwickelten Sozialismus in der DDR unter Führung der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands*. Diss. B zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wissenschaften an der Gesellschaftswissenschaftliche Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Kuhrig, Herta, Speigner, Wulfram (Hg.) (1978): *Zur gesellschaftlichen Stellung der Frau in der DDR*. Leipzig: Verlag für die Frau
- Meinel, Christoph, Renneberg, Monika (Hg.) (1996): *Geschlechterverhältnisse in Medizin, Naturwissenschaft und Technik*. Bassum, Stuttgart: Verlag für Geschichte der Naturwissenschaften und der Technik
- Merkel, Wolfgang (Hg.) (1994): *Systemwechsel*. Bd. 1: *Theorien, Ansätze und Konzeptionen*. Opladen: Leske und Budrich
- Mesletzky, Josephine (1996): *Beruf und Familie bei Medizinerinnen und Medizinern*. Pfaffenweiler: Centaurus
- Offe, Claus: *Der Tunnel am Ende des Lichts. Erkundungen der politischen Transformation im Neuen Osten*. Frankfurt/New York: Campus
- Peemüller, Gerlinde (1985): *Grundlagen und Tendenzen der Vereinbarung von Berufstätigkeit und Mutterschaft – dargestellt auf der Basis einer soziologischen Untersuchung des Verlaufs der Berufstätigkeit von ausgewählten Beschäftigten sozialistischer Industriebetriebe in der Stadt Dresden*. Dissertation A. Halle-Wittenberg: Marxistisch-Leninistische Universität, Fakultät für Rechts- und Wirtschaftswissenschaften
- Reißig, Rolf (Hg.) (1993): *Rückweg in die Zukunft. Über den schwierigen Transformationsprozeß in Ostdeutschland*. Frankfurt/New York: Campus
- Rohnstock, Karin (1994) (Hg.): *Stiefschwestern. Was Ost-Frauen und West-Frauen voneinander denken*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Rychlik, Reinhard (1983): *Ärzte in der DDR. Ausbildung, Beruf und gesellschaftliche Stellung*. Stuttgart: Enke
- Sachs, Anne/Lindecke, Christiane (Hg.) (1991): *Frauen zwischen Ost und West*. Bd. 1 u. 2. Kassel: Gesamthochschule, Universitätsverlag
- Schröter, Ursula (1995): *Ostdeutsche Frauen. Sechs Jahre nach dem gesellschaftlichen Umbruch*. ISDA-Studie Nr. 15. Berlin: Trafo-Verlag
- Schröter, Ursula, Förster, Gerlinde, Seyfarth, Beate (1995): *Zur sozialen Lage und Befindlichkeit der Frauen in Ostdeutschland*. Studien des Instituts für Sozialdatenanalyse, ISDA. Berlin: Trafo-Verlag
- Szepansky, Gerda (1995): *Die stille Emanzipation. Frauen in der DDR*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Thiele, Wilhelm (Hg.) (1990): *Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag
- Thieme, Frank (1996): *Die Sozialstruktur der DDR zwischen Wirklichkeit und Ideologie. Eine Analyse geheimgehaltener Dissertationen*. Frankfurt a.M.: Lang-Verlag
- Trappe, Heike (1995): *Emanzipation oder Zwang? Frauen in der DDR zwischen Beruf, Familie und Sozialpolitik*. Berlin: Akademie-Verlag
- Wasem, Jürgen (1996): *Vom staatlichen zum kassenärztlichen System: Eine Untersuchung der Dynamik des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen*

- Versorgung in Ostdeutschland. Habilitationsschrift, eingereicht an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
- Weiss, Wilhelm (1952): Das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone. Bonn: Deutscher Bundes-Verlag
- Wiesner, Gerd (1980): Analyse der Ärztepopulation der DDR. Bestand – Struktur – Entwicklung. Diss. B zum Dr. sc. med. an der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR. Berlin
- Winter, Kurt (1980): Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik. Bilanz nach 30 Jahren. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit