

# Zerschlagung der Polikliniken und Transfer korporativer Regulierung: Das Gesundheitswesen

*Philip Manow*

Am 16. Juli 1956 hielt der Regierungsdirektor des Bundesministeriums für Arbeit (BMA), Paul Caesar, vor dem »Forschungsbeirat für Fragen der Wiedervereinigung Deutschlands beim Bundesminister für gesamtdeutsche Fragen« ein Referat über das »Sozialversicherungsrecht in der Bundesrepublik und in der sowjetischen Besatzungszone« (Caesar 1956, 1958). Diese »vergleichende Übersicht« sollte – so der Referent – dem Ziel dienen, »alle Vorbereitungen zu treffen, um die Wiedervereinigung Deutschlands so günstig und reibungslos zu gestalten, wie dies nur irgend möglich ist.« »Für das Gebiet der Sozialversicherung«, so der Referent weiter,

müssen wir davon ausgehen, daß im Zeitpunkt der Wiedervereinigung zunächst ein zweigeteiltes Recht vorhanden ist ... Es ist natürlich nicht angängig, ein solches zweigeteiltes Sozialversicherungsrecht in dem wiedervereinigten Deutschland auf die Dauer aufrechtzuerhalten; es muß vielmehr Aufgabe des gesamtdeutschen Gesetzgebers sein, ein *einheitliches Recht für das wiedervereinigte Gebiet* zu schaffen. Wir alle wissen, daß die angestrebte Vereinheitlichung dieses Rechts nicht von heute auf morgen erfolgen kann. Sie bedarf einer gründlichen Vorbereitung und Behandlung durch die neu geschaffenen Gesetzgebungsorgane. Man muß daher mit einer längeren Übergangszeit rechnen, die für das Gebiet der Sozialversicherung bis zu einer vollständigen Rechtsvereinheitlichung bei sehr optimistischer Betrachtung mindestens drei Jahre beträgt. Für die Zwischenzeit bedarf es einer *Übergangsregelung*.

(Caesar 1956: 710, 1958: 9; Hervorh. im Original)<sup>1</sup>

---

1 Die ansonsten identischen Texte von 1956 und 1958 weichen nur in einem kleinen, doch bezeichnenden Detail voneinander ab. Bei »sehr optimistischer Betrachtung« hatte Caesar 1956 noch einen Übergangszeitraum von »mindestens zwei Jahren« bis zu einer vollständigen Rechtsvereinheitlichung prognostiziert, 1958 waren daraus bereits »mindestens drei Jahre« geworden.

Bekanntlich hat sich die Vereinheitlichung der beiden deutschen sozialen Sicherungssysteme anders als 1956 skizziert vollzogen. Die grundsätzlichen Entscheidungen über die Gestalt eines gesamtdeutschen Sozialstaats fielen 1990 im Rahmen der zwei Staatsverträge und durch mehrere Anpassungsgesetze und wurden nicht durch »neu geschaffene Gesetzgebungsorgane« *nach* Herstellung der staatlichen Einheit und – soviel wird man sagen können – auch nicht nach »gründlicher Vorbereitung« getroffen. Sie waren Produkt eines zwischenstaatlichen und auf der Ebene der Ministerialbürokratien angesiedelten Aushandlungsprozesses, der unter enormem Zeitdruck stand und schon deswegen eine hohe Prämie auf institutionelle Pauschal- und Komplettlösungen setzte. Er machte jegliche zunächst möglich erscheinenden innovativen Vorteilskombinationen aus Elementen des ostdeutschen und des westdeutschen Sozialstaatsmodells von vornherein extrem unwahrscheinlich. Damit war auch die »vollständige Rechtsangleichung« im Gesundheitsbereich bereits zum 1. Januar 1991 vollzogen. Sie wurde nur noch in Einzelfragen, etwa bezüglich der zunächst auf fünf Jahre befristeten Beteiligung der Polikliniken und Ambulatorien an der ambulanten Versorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern oder bezüglich der Patientenzuzahlungen durch Übergangsregelungen ergänzt (vgl. die §§ 311 Abs. 2 und 310 SGB V i.d.F. des Einigungsvertrages vom 31.8.1990).

Auch die 1956 vom BMA-Ministerialen Caesar formulierte Erwartung hinsichtlich der Zeiträume, die eine Angleichung beider Sozialsysteme erfordern würde, sollte sich nicht erfüllen. So wurde im Gesundheitswesen bereits dreieinhalb Jahre nach der deutschen Einigung nicht etwa im Hinblick auf die *rechtliche* Vereinheitlichung, sondern im Hinblick auf die *tatsächliche Institutionenübertragung* und auf die Funktionsfähigkeit dieser übertragenen Institutionen konstatiert:

Die Anpassung der Strukturen ist weitgehend abgeschlossen. Die Institutionen, die die Versorgung sicherstellen, sind voll funktionsfähig. Das gegliederte System der Krankenkassen ist aufgebaut, das frühere staatliche Versorgungssystem wurde in ein freiheitlich-pluralistisches Gesundheitssystem mit freiberuflichen Leistungserbringern, einer Vielfalt von Trägern und einer funktionierenden Selbstverwaltung umgestaltet. (BMG 1994: 2–3)

Insgesamt hat also der gesundheitspolitische Angleichungsprozeß die 1956 bei »sehr optimistischer Betrachtung« vorhergesagten Zeiträume für eine Vereinheitlichung der Systeme deutlich unterschritten, und dies ohne bedeutsame Einschnitte im Leistungsniveau oder gar eine spürbare »Transformationskrise«, und obwohl die beiden Systeme gesundheitlicher Versorgung

sich seit den fünfziger Jahren beständig weiter auseinander entwickelt hatten, das heißt ihre institutionelle Form gerade in gegenseitiger Abgrenzung voneinander ausgebildet hatten (Manow-Borgwardt 1994; Manow 1997). Dabei ist der Grad der Zufriedenheit mit den neuen Strukturen hoch, und er ist seit 1990 kontinuierlich gestiegen (1990: 26 % sehr zufrieden/zufrieden mit dem Gesundheitswesen, 1995: 64 % sehr zufrieden/zufrieden; vgl. Schmidtke 1997: 181).

Was sich aus dieser kurzen Kontrastierung von ursprünglicher und dann rasch vergessener Planung und tatsächlichem Einigungsverlauf gewinnen läßt, ist nicht nur eine Bestätigung der These vom Improvisationscharakter der Vereinigung, die Gerhard Lehmruch in Anlehnung an Eschenburgs Kennzeichnung der zweiten deutschen Republik als »improvisierte Republik« bereits früh auch für die nun dritte deutsche Republik geäußert hatte (Lehmruch 1990; vgl. auch Czada 1994, 1995). Vielmehr gibt uns die Kontrastierung auch bereits erste Hinweise auf jene Faktoren, die jenseits situativer politischer Handlungszwänge den Verlauf des gesundheitspolitischen Institutionentransfers erklären können und dabei womöglich auch über diesen Politiksektor hinausgreifendes Erklärungsgewicht besitzen: ein kurz aufflammender, dann jedoch schnell auf den westdeutschen Status quo konvergierender Parteienkonflikt; die administrativ geprägte Aushandlung des linearen Institutionentransfers und die schnelle, an die Verbände delegierte Umsetzung; ein aus dieser Arbeitsteilung entstehendes korporatistisches Tauschmuster aus verbandlicher Gewährleistungsgarantie für den Aufbau der ambulanten Versorgung in Ostdeutschland im Gegenzug für eine gegenüber den Verbänden ausgesprochene staatliche Domänengarantie (Manow 1994). Diese Elemente des Transferprozesses zeigen, daß für den gesundheitspolitischen Einigungsverlauf in erster Linie jene komplexe Governance-Struktur des *bundesdeutschen* Gesundheitswesens bestimmend war, in der sich verschiedene verbandliche, politische und staatliche Akteure zu einem *in sich* partiell dynamischen Gefüge zusammenfinden, das gleichwohl gegenüber einem auf tiefgreifende Veränderungen drängenden Außendruck immer eine ausgesprochen hohe Beharrungskraft besessen hat (Alber 1988, 1992; Mayntz 1990; Döhler 1990; Döhler/Manow-Borgwardt 1992a, 1992b; Döhler/Manow 1997; Manow 1994).

Nun ist es jedoch für ein Verständnis des sektoralen Transformationsprozesses notwendig, den Blick auf diese bereits vielfach diskutierten, vornehmlich institutionellen Einflußfaktoren für den Einigungsverlauf (vgl. Robischon et al. 1995) in zwei Richtungen zeitlich – und damit auch theoretisch – zu erweitern. Zum einen muß die Aufmerksamkeit stärker auf die Umset-

zung der gesundheitspolitischen Entscheidungen gelenkt werden. Denn die Staatsverträge und die 1990 verabschiedeten Überleitungsgesetze konnten nicht im vorhinein allen Kontingenzen Rechnung tragen. Die für den Umsetzungsprozeß entscheidenden Akteure konnten nicht in einem Maße feingesteuert werden, das diese zu reinen Vollzugsträgern rechtlicher oder vertraglicher Vorgaben gemacht hätte. Gerade in einem Bereich wie dem Gesundheitssektor, in dem das schließliche Ergebnis des Transformationsprozesses weitgehend dem in den Staatsverträgen festgeschriebenen Ziel entsprach, muß daher nach dem genauen Ineinandergreifen von institutionell abgegrenzten Handlungsmöglichkeiten, politischen Zielbestimmungen und individuellen Akteurkalkülen, also nach der Mikro-Makro-Logik der Sektortransformation gefragt werden.<sup>2</sup>

In dieser Hinsicht ist in erster Linie jener ärztliche Niederlassungsprozeß in den neuen Bundesländern in den Blick zu nehmen (hierzu Wasem 1992, 1997; Schimank/Wasem 1995), dessen eigenständige Bedeutung für den Transformationsverlauf in diesem Sektor zunächst deswegen nicht angemessen wahrgenommen wurde, weil hier die Summe individueller Anpassungsentscheidungen mit dem gesetzlich gesetzten und verbandlich vielfach unterstützten Ziel konform ging, den in privater Praxis niedergelassenen Arzt zum »maßgeblichen Träger der ambulanten Versorgung« zu machen (§ 311 Abs. 10 SGB V i.d.F. des Einigungsvertrags; Hervorh. d. Verf.). So schien dieser Anpassungsprozeß dann allenfalls in seiner Dynamik noch überraschend, während die ausgesprochene Unwahrscheinlichkeit des Vorgangs selber – der umfassend erfolgreichen, vermittelt staatlichen und verbandlichen Handelns gelungenen Transformation einer großen Zahl dem Steuerungsziel zunächst entgegenstehender Akteurpräferenzen – demgegenüber zurücktrat. Angesichts der außerordentlichen Komplexität des Transformationsprozesses, der keineswegs eindeutigen und problemlos auf das schließliche Gleichgewicht konvergierenden Interessenlagen der Akteure und der Beschränkung des staatlichen und verbandlichen Steuerungsarsenals auf unvollständige Verträge und unverbindliches Erwartungsmanagement ist erklärungsbedürftig, warum sich die ostdeutschen Ärzte so umfassend und so rasch für die Niederlassung entschieden.

Bei der Betrachtung des Umsetzungsprozesses kommen dann auch stärker jene vielfältigen Lernvorgänge, Rückkoppelungseffekte, individuellen

---

2 Dieser Perspektive entspricht es, in der Analyse sowohl auf institutionalistische Ansätze als auch auf die Rational-choice-Theorie zurückzugreifen (Wiesenthal 1995).

und kollektiven Gegenstrategien, »koinzidentiellen Störgrößen« (Schimank/Wasem 1995) und auch Zielverschiebungen in den Blick, durch die die ursprüngliche Absicht eines getreulichen Kopierens des westdeutschen Institutionengefüges gefährdet und auch teilweise modifiziert wurde. So zeigt beispielsweise die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vorgenommene »Entfristung«, durch die die bis 1992 noch verbliebenen Ambulatorien und Polikliniken nunmehr ohne zeitliche Begrenzung zur Teilnahme an der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern zugelassen sind,<sup>3</sup> daß mittlerweile zumindest in Teilbereichen eine Umorientierung der ursprünglichen Zielsetzung auf seiten zentraler Steuerungsakteure stattgefunden hat, ohne deren Berücksichtigung das Bild vom gesundheitspolitischen Transformationsprozeß unvollständig wäre.

Zusätzlich scheint es notwendig, den Betrachtungszeitraum auch in entgegengesetzter Richtung zu erweitern und beispielsweise die meist in ihrem wichtigen Einfluß auf den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß vollständig vernachlässigte Systemkonkurrenz zu beachten, von der die jeweilige institutionelle Sektorenentwicklung in beiden deutschen Staaten zwischen 1945 und 1990 deutlich geprägt wurde (für die Gesundheitspolitik siehe Manow 1997). Man wird die Vehemenz und den zuweilen anachronistischen Charakter der im Vereinigungsprozeß aufbrechenden Auseinandersetzungen etwa um die hergebrachten sozialversicherungsrechtlichen Differenzierungen zwischen Arbeitern und Angestellten oder um die Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nur verstehen können vor dem Hintergrund der weltanschaulich aufgeladenen nationalen Abgrenzungsbemühungen, die in den Jahren der deutschen Teilung die jeweilige Institutionenentwicklung geprägt haben. Ebenso wenig läßt sich die Dynamik des Umsetzungsprozesses der gesundheitspolitischen Transformationsentscheidungen verstehen ohne die Referenz auf die unterschiedlichen »De-Alignments« und »Re-Alignments«, die sich zwischen 1945 und 1990 einerseits aus dem »Wegfall traditioneller Kerne der Interessenformierung« in Ostdeutschland (Hockerts 1994: 522), andererseits aus deren deutlicher Aufwertung im Rahmen des in der Bundesrepublik dominanten »korporativen Ordnungsmodells« ergeben haben (vgl. Döhler/Manow 1997; Döhler/Manow-Borgwardt 1992). Gerade dieser unterschiedliche Stellenwert einer intermediären Organisationsebene (bzw. ihr fast vollständiges Fehlen im Falle der DDR) ist wiederum auf jenen negativen Zusammenhang der ost-westlichen Systemkonkurrenz zurückzuführen.

---

3 § 311 Abs. 2 SGB V i.d.F. des Gesetzes vom 21.12.1992 (GSG; BGBl. I: 2266).

ren, der die beiderseitige Institutionenentwicklung in den über 40 Jahren der Trennung geprägt hat (vgl. Hoffmann 1996).

Der Beitrag gliedert sich wie folgt: Zunächst werden im nachstehenden Abschnitt die wichtigsten Entscheidungen des gesundheitspolitischen Einigungsprozesses knapp rekapituliert (Abschnitt 2). Abschnitt 3 hat die »Mikro-Makro-Logik« der Transformation des DDR-Gesundheitswesens zum Thema. Abschließend werden Schlußfolgerungen für die vergleichende Analyse der deutschen Einigung angesprochen (Abschnitt 4).

## 1 Die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Einigungsprozeß

Der Sektor gesundheitlicher Versorgung kann im Vereinigungsprozeß insofern als ein besonderes Politikfeld gelten, als er einen Bereich darstellt, in dem unmittelbar vor der Einigung zwischen den bundesdeutschen Akteuren der institutionelle Dissens<sup>4</sup> stark ausgeprägt war. Unter den Gesundheitspolitikern war der anhaltende Bedarf nach Reformierung der Sektorstrukturen weitgehend unstrittig. Die Bundesregierung hatte bereits 1988 offiziell die Reform der beim Gesundheits-Reformgesetz (GRG) noch ausgesparten Bereiche Kassenorganisation und Krankenhaus angekündigt. Demgegenüber litt das ostdeutsche Gesundheitswesen zwar an dem generellen Problem mangelnder Ressourcenzufuhr. Doch sprach der Umstand, daß zunächst kein über das diffuse Klagen über diese Mangelsituation hinausgehendes krasses Performanzgefälle zwischen dem ostdeutschen und dem westdeutschen Versorgungsmodell offenkundig gemacht werden konnte, erst einmal für die Vermutung, daß hier knappe Ressourcen recht sinnvoll eingesetzt würden. Gegenüber dem an »Strukturdefiziten« reichen bundesdeutschen System – so fürchteten viele bundesdeutsche Akteure – bot sich der Erhalt spezifischer Elemente des ostdeutschen Gesundheitssystems in einem vom Primat der Kostendämpfung geprägten gesundheitspolitischen Kontext somit geradezu an.

War im Gesundheitsbereich also auf den ersten, von Akteuren, Interessen und Strategien zunächst ganz abstrahierenden Blick noch am ehesten eine

---

4 Diese Begrifflichkeit nimmt Bezug auf das Erklärungskonzept des »institutionellen Konsenses« bei Mayntz (1992a, 1994).

Abweichung von dem generellen Einigungsmodus des linearen Institutionentransfers in das »Beitrittsgebiet« zu erwarten, so mußte auf den zweiten Blick das antizipatorische Abwehrhandeln jener gesundheitspolitischen Akteure einkalkuliert werden, die von einer »issue linkage« zwischen der sozialpolitischen Integrationsaufgabe und der ohnehin anhängigen, allgemeinen gesundheitspolitischen Reformdebatte ihre Interessenpositionen massiv bedroht sahen. Hierzu gehörten etwa die Ersatzkassen, deren Sonderstellung bereits im Kontext der bundesdeutschen Reformdebatte bedroht war. Sie erwarteten angesichts des Fehlens einer arbeits- und sozialrechtlichen Differenzierung zwischen Arbeitern und Angestellten in der DDR ausschließlich von der sofortigen und vollständigen Substitution des östlichen durch das westliche Institutionengefüge eine Sicherung essentieller Eigeninteressen. Im Falle langer Übergangszeiträume, in denen noch eine einheitliche, lediglich territorial gegliederte Kasse für die gesetzliche Krankenversicherung verantwortlich sein sollte,<sup>5</sup> rechneten die Ersatzkassen mit einem bleibenden Ausschluß von der Versicherungstätigkeit in den neuen Bundesländern mit offenkundigen Rückwirkungen auf ihre Position im west- oder dann gesamtdeutschen Kassenwettbewerb. Auch die westdeutschen Ärzte mußten von jedem auch nur partiellen Erhalt ostdeutscher Strukturen, sei es im Bereich der ambulanten Gesundheitseinrichtungen, sei es im Bereich der Kassengliederung, eine Bedrohung ihrer bereits im Kontext der bundesdeutschen Kostendämpfungsmaßnahmen – zumindest in Teilbereichen – immer wieder in Frage gestellten Position erwarten.

Vor diesem Hintergrund konnte die Strukturangleichung nach westdeutschem Muster zunächst als klares Indiz für die Macht von Partikularinteressen im bundesdeutschen Gesundheitswesen gewertet werden. Dies war eine Interpretation, die sich zudem mit dem Verweis auf das vielfache und massive Lobbying von Ärzteschaft und Ersatzkassen im Zuge des gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses des Jahres 1990 plausibilisieren ließ und ganz generell in die vorherrschende Sichtweise von der ausgeprägten Verbandsmacht im Gesundheitswesen der Bundesrepublik paßte (Stone 1991; Braun/Müller 1993). Doch der Vereinigungsverlauf in der Gesundheitspolitik läßt sich nicht nur als Resultat einer verbandlichen Blockadehaltung interpretieren. Denn auch auf Staatsseite, auf der im Einigungsprozeß weniger das traditionell zuständige Ressort, sondern als alles koordinierende und mo-

---

5 Hierauf zielten frühe Konzeptionen, die seitens des BMA, der Planungsabteilung des Bundesverbandes der Allgemeinen Ortskrankenkassen und der SPD erstellt worden waren (Manow 1994).

derierende Instanz das Bundeskanzleramt dominierte, überwog deutlich das Interesse, die Vereinigung nicht mit einer Fülle zusätzlicher sektoraler Reformdiskussionen zu belasten. Hier überwog die – angesichts der »Semi-Souveränität« des politischen Systems der Bundesrepublik nicht vollkommen unberechtigte, aber wohl auch nicht frei von strategischem Kalkül geäußerte – Sorge, eine auch nur auf Teilaspekte beschränkte Neuverhandlung der Wirtschafts- und Sozialordnung eines geeinten Deutschlands könnte zu derartigen »Instabilitäten politischer, wirtschaftlicher und sozialer Art« führen, daß »am Ende die Einheit sogar daran scheitern könnte« (Schäuble 1991: 55). Aus dieser Sicht war es notwendig, auch und gerade im umstrittenen Gesundheitssektor nicht nur gegenüber der oppositionellen SPD, sondern zum Beispiel auch gegenüber der den »sozialen Errungenschaften« der DDR noch vielfach innerlich verbundenen Ost-CDU und gegenüber dem reformwilligeren Bundesarbeitsministerium darauf zu bestehen, der DDR im ersten Staatsvertrag ein »Verhandlungspaket zu präsentieren, dem das bundesdeutsche Recht ohne Modifikationen zugrunde liegt« (SZ vom 26.4. 1990).

Das BMA hatte sich zunächst offener und pragmatischer gezeigt und in einem ersten Ressortentwurf für den ersten Staatsvertrag für einen Übergangszeitraum plädiert, in dem vorläufig eine einheitliche Kasse für die Krankenversicherung zuständig sein sollte, bis nach einer – nicht im vorhinein definierten – Zeitspanne genau das geschehen sollte, was viele bundesdeutsche Akteure neben der bekannten »Beständigkeit von Provisorien« von diesem Angleichungsweg befürchteten: die inhaltliche Verkoppelung endgültiger Strukturangleichung zwischen Ost und West mit der Reform der bundesdeutschen Kassengliederung. So vernünftig die für diese Planung vorgebrachte Begründung zunächst auch erschien, man könne nicht der DDR »unser gegenwärtiges System ungefiltert ... oktroyieren«, nur um »es dann wieder zu reformieren«,<sup>6</sup> so wenig korrespondierte dieses Vorgehen doch mit den Interessen wichtiger Sektorakteure und entscheidender politischer Akteure. So lag nach Interventionen unter anderem der Ersatzkassen im Bundeskanzleramt den Verhandlungen zum ersten Staatsvertrag schließlich ein bundesdeutscher Entwurf zugrunde, der hinsichtlich des Gesundheitssektors entgegen allen Vorstellungen längerer Übergangszeiträume (die zu diesem Zeitpunkt nicht nur vom BMA, sondern auch von den Allgemeinen Ortskrankenkassen und den Sozialdemokraten befürwortet wurden) in

---

6 So der Leiter der Abteilung V, »Gesundheit, Krankenversicherung«, des BMA, Ministerialdirigent Karl Jung, in einem Interview mit der Ärzte-Zeitung vom 6.3.1990.

Artikel 18 nur lapidar formulierte: »Mit Inkrafttreten dieses Vertrages wird ein gegliedertes Krankenversicherungssystem geschaffen.«

Dieses Votum für eine besonders radikale und kurzfristige Strukturumstellung konnte sich gegen die auf der ostdeutschen Verhandlungsseite bestehenden und von einigen Westakteuren unterstützten Widerstände letztlich nicht durchsetzen. Trotzdem beließ der im ersten Staatsvertrag schließlich festgehaltene Kompromiß eigentlich nur noch hinsichtlich des *Angleichungszeitraums* größere Interpretationsspielräume, während das *Angleichungsziel* in Artikel 21, Abs. 1 »Die deutsche demokratische Republik leitet alle erforderlichen Maßnahmen ein, um ihr Krankenversicherungsrecht an das der Bundesrepublik anzugleichen« nicht mehr besonders mißverständlich definiert war. Mit Artikel 22 Abs. 2 des Staatsvertrages wurde das Ziel als »schrittweise ... Veränderung in Richtung des Versorgungsangebots der Bundesrepublik Deutschland mit privaten Leistungserbringern« präzisiert. Was sich hier bereits als generelle Linie durchsetzen konnte und durch die gesundheitspolitischen Anpassungsgesetze der Monate Juni bis September 1990<sup>7</sup> und letztlich durch den Einigungsvertrag bestätigt und bestärkt wurde, war in Strukturfragen die schließlich auf den 1. Januar 1991 datierte Komplettübernahme des bundesdeutschen Institutionengefüges (vgl. Heine 1996) plus jener bereits oben erwähnten Zwischenregelung hinsichtlich der vorerst auf fünf Jahre befristeten Teilnahme der ambulanten Gesundheitseinrichtungen an der medizinischen Versorgung und einer Reihe weiterer Übergangsvorschriften. Die Trennung der Haushalte der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen »alten« und »neuen« Ländern »bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse« (§ 313 Abs. 1 SGB V) ist sicherlich die bedeutendste dieser Übergangsvorschriften. Bezüglich der Versorgungsstrukturen enthielt der Einigungsvertrag nun die Verpflichtung, die Niederlassung von Ärzten mit dem Ziel zu fördern, daß »der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung« wird. Dies war eine Formulierung, die die Vorgabe des ersten Staatsvertrages (»Veränderung *in Richtung* des Versorgungsangebots der Bundesrepublik Deutschland«) nun weitgehend »interpretationssicher« machte.

---

7 Gesetz über die Sozialversicherung vom 28.6.1990 (GBl. Nr. 38: 486), das Gesetz über die Krankenhausfinanzierung in der DDR vom 30.8.1990 (GBl. Nr. 59: 1428), das Gesetz über die vertraglichen Beziehungen der Krankenversicherung zu den Leistungserbringern vom 13.9.1990 (GBl. Nr. 61: 1533) und das Gesetz zur Errichtung von Krankenkassen vom 13.9.1990 (GBl. Nr. 61: 1538).

Ob man nun aber die umfassende Strukturangleichung im Gesundheitssektor trotz weitgehenden Konsenses über die Dringlichkeit weiterer Reformen hervorhebt oder die modifikationslose Strukturangleichung aus dem tiefgreifenden Dissens erklärt, der über die Zielrichtung eben dieser als notwendig erachteten Reformen bestand, bleibt sich im argumentativen Kerngehalt gleich. In beiden Erklärungen haben jene wechselseitigen *positiven* Interessenüberlappungen und hierauf basierenden »Tauschmuster« keinen Platz, die den konsensualen Kern abgestimmten Staats- und Verbändehandelns im Einigungsprozeß definierten. Sie besitzen für seinen Verlauf ein mindestens ebenso großes Erklärungsgewicht wie die »negative Koordination« der heterogenen Interessenlagen von Staat, Kassenverbänden und Ärzteschaft. In diesem Zusammenhang ist vor allem auf die Bedeutung jenes korporatistischen Tausches für den gesundheitspolitischen Vereinigungsverlauf zu verweisen, in den schließlich *alle* Verbände einbezogen waren – also auch die im bundesdeutschen Kontext sich immer benachteiligt fühlenden Ortskrankenkassen. Hier stand die verbandlich übernommene Gewährleistungsgarantie für den Aufbau eines funktionierenden Systems der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern der staatlicherseits den Verbänden gegebenen Domänengarantie gegenüber (vgl. Manow 1994: 115–118).

Für den radikalen Schwenk zentraler Akteure vom Votum für eine mit der Vereinigung verbundene (oder ihr vorausgehende) umfassende Reformierung des bundesdeutschen Gesundheitssystems hin zum Votum für die schnelle und komplette Strukturangleichung gemäß bundesdeutschem Vorbild ist zum einen sicherlich die allgemeine Unsicherheit verantwortlich, die über die Verteilungsimplicationen von Status-quo-Abweichungen bestand. Beim Abwägen von tatsächlich realisierter Interessenverwirklichung und hypothetisch möglicher Interessenverletzung im Fall tiefgreifender Struktur-reformen gewann der Status quo, je länger, desto mehr, an Attraktivität. So wuchs beispielsweise bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen die Befürchtung, ihr Eintreten für einen längeren Übergangszeitraum, in dem für das Gebiet der ehemaligen DDR zunächst noch ein einheitlicher Träger für die gesetzliche Krankenversicherung zuständig sein sollte, während in Westdeutschland eine Organisationsreform die Voraussetzung für die Vereinheitlichung der Systeme schaffe, könne im Ergebnis möglicherweise lediglich dazu führen, daß hierdurch im Beitrittsgebiet ein neuer, eigenständiger Versicherungsträger entstehe, der in seiner auf keine bestimmte Versicherten-gruppen beschränkten Zuständigkeit noch am ehesten mit den Ortskrankenkassen konkurrieren würde. Die dann schließlich auch bei den »Verlierern« des bundesdeutschen Status quo dominierende strukturkonservative Orientie-

rung entsprach damit dem in risikoreichen Situationen gängigen »Maximin«-Prinzip, nach dem in diesen Entscheidungskontexten nicht der *erwartbare Nutzen*, sondern die *Erwartungssicherheit eines gegebenen Nutzenniveaus* maximiert wird.

Die im Einigungsprozeß sich vollziehende generelle Rückbesinnung auf einen basalen institutionellen Konsens, der in den vorherigen Gesundheitsreformdebatten verloren gegangen zu sein schien, ist aber nicht nur Ausdruck besonders unsicherer Kalkulationsgrundlagen für das Akteurhandeln angesichts weitreichender Umwälzungen der Handlungsbedingungen, sondern verdeutlicht auch das gehörige Maß strategisch motivierter Übertreibung, mit der sich die Akteure in »Normalitätsphasen« über die Strukturdefizite des Gesundheitssektors beklagen. In einem staatsnahen Sektor wie dem bundesdeutschen Gesundheitswesen besteht für die Verbände die Notwendigkeit, über die öffentliche Plausibilisierung von dringendem Reformbedarf (entsprechend der jeweils interessenspezifisch getroffenen Mängeldiagnose) auf die durch politische Setzungen definierten Bedingungen des eigenen Handelns Einfluß zu nehmen. Das im Aggregateffekt entstehende Bild allgemeiner Unzulänglichkeit ist aber dann zu einem großen Teil diesem »theatre of inadequacy« geschuldet, das Richard Klein bereits für den britischen National Health Service als »built-in incentive to dramatize its own difficulties, to exaggerate shortcomings, and to shock its audience« (Klein 1983: 201) beschrieben hat. In politischen »Ausnahmephasen« wie der deutschen Einigung, in denen es nicht mehr nur um Partialreformen am bestehenden System geht, sondern in denen viel grundlegendere Strukturänderungen drohen, werden die Debatten um jene überschießenden Beiträge oftmals zuverlässig bereinigt.

Ein zweiter Einwand gegen eine Erklärung, die die Transformation des DDR-Gesundheitswesens allein aus den Blockierungsinteressen staatlicher und/oder verbandlicher Akteure erklärt, besteht darin, daß diese Interpretation ein zu hohes Maß an Determiniertheit des Prozesses unterstellt. Hier besteht die Gefahr, retrospektiv, vom Prozeßergebnis her, zu argumentieren und dieses dann auf die an ihm bestehenden Interessen zurückzuführen. Nicht berücksichtigt wird dabei, daß auch nach der politischen Entscheidung zur gesundheitspolitischen Komplettangleichung der Angleichungsprozeß durchaus noch als ergebnisoffen angesehen werden mußte. Die weitere Umsetzung der Transformationsentscheidungen konnte zwar ebenfalls durch Staat und Verbände vielfältig beeinflußt werden (Wasem 1997), doch zumindest hinsichtlich der zukünftigen Struktur der ambulanten Versorgung war der Prozeßverlauf im Kern abhängig von einer Vielzahl von Einzelent-

scheidungen, die sich lediglich durch staatliches und verbandliches Erwartungsmanagement und durch eine *Anreizgestaltung* deutlich unterhalb der Zwangsschwelle steuern ließen, aber nicht mehr durch gesetzliche Vorgaben. Daß diese eingeschränkten Steuerungsmöglichkeiten dem umfassenden »Steuerungserfolg« schließlich nicht abträglich gewesen sind, verweist endgültig auf spezifische Kontextbedingungen, die nicht mehr unmittelbar aus dem Vereinigungsprozeß und auch nicht nur aus dem staatlichen und verbandlichen Implementationshandeln zu erklären sind, sondern sich ebenfalls lange zuvor vorgenommenen institutionellen Weichenstellungen verdanken.

## 2 Die Mikro-Makro-Logik der Transformation

Der Einigungsvertrag enthielt zwar die politische Verpflichtungserklärung, den Niederlassungsprozeß in den neuen Ländern mit dem Ziel zu fördern, den frei praktizierenden Arzt zum maßgeblichen Träger der ambulanten Versorgung zu machen, und mit dieser »positiven« Zielbestimmung korrespondierte die gewollt produzierte Unsicherheit darüber, ob und in welchem Ausmaß die Beteiligung der Polikliniken und Ambulatorien an der medizinischen Versorgung der Bevölkerung über den in § 311 Abs. 2 SGB V festgeschriebenen Stichtag des 31. Dezember 1995 hinaus als gesichert anzusehen sei. Doch war mit diesen politischen und rechtlichen Rahmensetzungen der Verlauf der Umsetzung noch keineswegs determiniert.

Die individuelle Entscheidung über den Verbleib in der Poliklinik oder die Niederlassung in eigener Praxis war zwar in erster Linie abhängig von der Gewichtung verschiedener persönlicher »Zieldimensionen« oder »Zielvorstellungen« (vgl. Wasem 1992, 1997: 120–131). Hierunter fallen etwa eine bestimmte Vorstellung von »richtiger« Medizin, das Ziel der Einkommensmaximierung und Arbeitsplatzsicherheit, die Aversion gegenüber den mit einer Niederlassung verbundenen finanziellen Risiken oder das Ziel autonomer (oder aber: kollegialer) Arbeits- und Arbeitszeitgestaltung (Wasem 1997: 120–131). Die Verwirklichungswahrscheinlichkeiten dieser individuell unterschiedlich gewichteten Ziele hingen dabei aber kritisch von den Entscheidungen ab, die andere Ärzte hinsichtlich der Frage »Poliklinik oder Niederlassung?« gemäß der Ausprägung *ihrer* Zieldimensionen und natürlich unter demselben Interdependenzvorbehalt trafen. Wenn beispielsweise zahlreiche Niederlassungen den Bestand *von* und damit die Arbeitsplatzsicherheit *in* Polikliniken gefährden und zugleich Zielvorstellungen diziplinen-

übergreifender medizinischer Praxis und Kollegialität verbürgender Arbeitszusammenhänge wegen des personellen Ausblutens der Polikliniken immer unrealistischer werden, dann war auch bei Ärzten, deren Präferenz für den Verbleib in einer Gesundheitseinrichtung sehr hoch war, zu erwarten, daß sie sich für eine Niederlassung entscheiden würden. Wenn andererseits aber der Verbleib vieler Ärzte in den Polikliniken deren Bestand als zentrale Träger der ambulanten Versorgung sichert und damit unter anderem die mit einer Niederlassung verbundenen Risiken vermeidbar wurden (bzw. diese Risiken in einer Konkurrenzsituation zwischen etablierter Poliklinik mit breitem Versorgungsangebot und neu gegründeter Einzelpraxis sogar ansteigen), dann war auch bei den Ärzten, die die Tätigkeit in »freier Praxis« dem Anstellungsverhältnis in einer Gesundheitseinrichtung deutlich vorzogen, damit zu rechnen, daß sie sich für den Verbleib in einer Poliklinik entscheiden würden. Abgesehen von den beiden polaren Fällen, in denen für – kleine – Gruppen von Ärzten die Niederlassung beziehungsweise der Verbleib in der Poliklinik eine dominante, das heißt von den Entscheidungen anderer Akteure unabhängige Strategie darstellte, handelt es sich folglich hier um eine interdependente Entscheidungssituation mit – in stilisierter Darstellung – zwei Gleichgewichten in puren Strategien.<sup>8</sup> Es handelt sich um eine geradezu klassische Situation von »binary choices with externalities« (Schelling 1978). Es ist vor allem diese Interdependenz der Entscheidungssituation, die für die besondere Dynamik des Niederlassungsprozesses ursächlich war, die in der Tabelle 1 und der Abbildung 1 komprimiert zum Ausdruck kommt.

Doch die hier deutlich werdende Dynamik des Niederlassungsprozesses hatte mehr zur Voraussetzung, als in dem geschlossenen Modell »binärer Entscheidungen mit Externalitäten« erfaßt werden kann. Entscheidend für einen Prozeßverlauf, der wunschgemäß in die politisch vorgegebene Richtung zielte, scheint zusätzlich gewesen zu sein, daß Steuerungshandeln über die Generierung von Mißtrauen (also durch eine negative Erwartungsbildung) generell weitaus robuster und unverletzlicher ist als eine Steuerung über die Generierung von Vertrauen (positive Erwartungsbildung).<sup>9</sup> Diese

---

8 Tatsächlich gab es natürlich eine größere Zahl möglicher Gleichgewichte, in denen aber entweder die Poliklinik oder die Privatpraxis die jeweils deutlich dominierende Versorgungsform darstellt, »an den Rändern« in variablem Umfang ergänzt durch die Existenz der jeweils komplementären Versorgungsform.

9 Dies scheint mir der entscheidende Unterschied zwischen dem – aus der jeweiligen Perspektive des zentralen Steuerungsakteurs – erfolgreichen ärztlichen Niederlassungsprozeß im Zuge der Transformation des DDR-Gesundheitswesens und der gescheiterten Einführung des BTX-Systems in Deutschland zu sein (vgl. für einen Vergleich dieser beiden Fälle

**Tabelle 1** *Niedergelassene und angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung der DDR von 1965 bis 1994*

Jahr/Stichtag	ambulant tätige Ärzte gesamt	davon niedergelassen		davon in Einrichtungen	
		absolut	in %	absolut	in %
1965	7.270	2.524	34,7	4.746	65,3
1970	10.690	1.888	17,7	8.802	82,3
1975	15.260	1.308	8,6	13.952	91,4
1980	16.730	863	5,2	15.867	94,8
1985	18.380	502	2,7	17.878	97,3
1988	21.120	367	1,7	20.753	98,3
1989	20.100	340	1,7	19.760	98,3
31.12.1990	17.038	2.139	12,6	14.899	87,4
01.01.1992	17.141	14.584	85,1	2.557	14,9
01.01.1993	17.858	16.790	94,0	1.068	6,0
31.12.1993	18.787	18.157	96,6	630	3,4
31.12.1994	19.284	18.654	96,7	630	3,3

Quellen bzw. Berechnungs-Fundstellen: 1965–1989: Frerich/Frey (1993: 236); Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991: 117). Die Zahlen für den Zeitraum ab dem 31.12.1990 beruhen auf Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. der Krankenversicherungen. Für die freundliche Überlassung dieser Zahlen danke ich Jürgen Wasem.

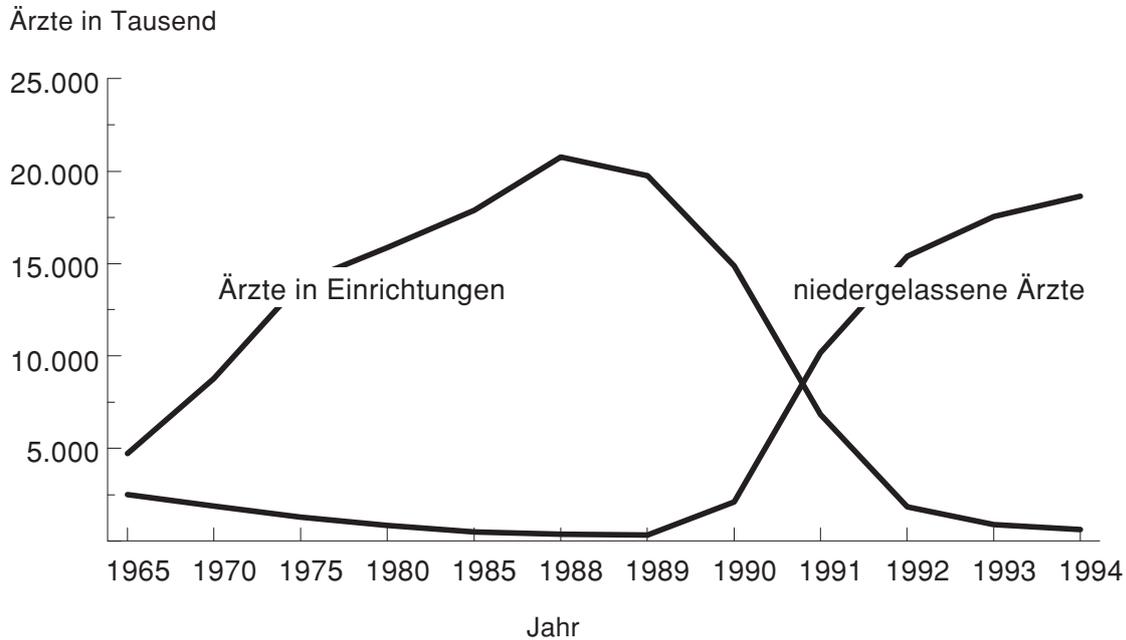
öfter vermerkte Asymmetrie (vgl. Padgen 1988; Dasgupta 1988) läßt sich wohl in erster Linie auf die »irrationalen« Unterschiede individueller Nutzenkurven in den Bereichen erwarteten Verlusts und erwarteten Gewinns zurückführen, bei der mögliche Status-quo-Verschlechterungen regelmäßig schwerer gewichtet werden als gleichwahrscheinliche und größenidentische Verbesserungen des Status quo (Kahnemann/Tversky 1984; Kahnemann/Knetsch/Thaler 1991).

Im Kontext der ärztlichen Niederlassungsentscheidungen wurde eine Mißtrauensspirale vor allem durch den Umstand in Gang gesetzt, daß der Status quo, also die Anstellung in der Poliklinik, kein ununterschreitbares Sicher-

---

unter der Frage nach der »staatlichen Steuerbarkeit unkoordinierten kollektiven Handelns« (Schimank/Wasem 1995). Wasem (1997) hat ausführlich das massive Erwartungsmanagement beschrieben, das nach 1990 hinsichtlich der Überlebensfähigkeit der Versorgungsform Poliklinik von Verbänden und Politik betrieben wurde.

Abb. 1 Niedergelassene und angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung der DDR von 1965 bis 1994<sup>10</sup>



Quellen: Der Wert für 1990 entspricht dem Wert für den Stichtag 31.12.1990 aus der Tabelle weiter oben. Die Werte für 1991, 1992 und 1993 sind errechnete Durchschnittswerte aus den der Tabelle zugrundeliegenden Quellen. Der Wert für 1994 entspricht dem Wert für den Stichtag 31.12.1994 aus der Tabelle.

heitsniveau definierte, an dem sich alle anderen ihrerseits unsicheren Alternativoptionen zu messen hatten. Hier scheint ein wichtiger Unterschied zu der ansonsten ganz analog gelagerten Entscheidungssituation im Agrarsektor »Verbleib in der Genossenschaft oder ›Wiedereinrichtung‹ eines Familienbetriebs?« zu bestehen (vgl. Lehbruch/Mayer in diesem Band). Im Unter-

10 Das im Schaubild deutliche Oszillieren zwischen Verstaatlichung und Reprivatisierung der ärztlichen Versorgung in der DDR hatte einerseits die Anordnung der Deutschen Wirtschaftskommission über die Niederlassung der Ärzte vom 23. Februar 1949 zur rechtlichen Grundlage, in der es in § 1 Satz 2 und in § 3 Abs. 1 und 2 hieß: »Die Erlaubnis [zur Niederlassung] wird entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung im Rahmen einer umfassenden Planung für das gesamte Gebiet der sowjetischen Besatzungszone und unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, das Netz der öffentlichen Behandlungsstellen zu verstärken, erteilt. Die Erlaubnis ist zu versagen, 1. wenn in dem Bezirk, in dem der Antragsteller sich niederlassen will, eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung

schied zu den Bauern besaßen die Ärzte keine eigenen Eigentumstitel an den ambulanten Gesundheitseinrichtungen und dadurch auch eine nur eingeschränkte Entscheidungsgewalt über ihr eigenes Beschäftigungsverhältnis. Die Ärzte waren abhängig von den Kosten-Nutzen-Kalkulationen Dritter (vor allem der Kommunen und Betriebe als Träger der Einrichtungen). Über deren Bilanzierungen ließ sich vieles vermuten, und in sie flossen ohnehin viele kontextfremde Variablen ein. Auch bei nur geringen Ausgangszweifeln an der Überlebenswahrscheinlichkeit der poliklinischen Versorgungsform schlug dadurch für die Ärzte in der DDR alsbald das Kalkül durch, lieber frühzeitig und selbstbestimmt etwas zu vollziehen, zu dem man sich später ohnehin gezwungen sehen könnte: die Niederlassung in privater Praxis.

Daß die auch seitens der westdeutschen Ärzteverbände offensiv genährten Zweifel an den Überlebenschancen der poliklinischen Versorgungsform nahezu ungeschmälert auf die Entscheidungskalküle der ostdeutschen Ärzte durchschlagen konnten, hatte einen weiteren Grund: mit der im Mai 1990 verabschiedeten Kommunalverfassung (17.5.1990, GBl. Nr. 28: 255). und dem Kommunalverfassungsgesetz wurde den ostdeutschen Kommunen die vollständige Verantwortung für die Gesundheitseinrichtungen übertragen, und zwar auch für jene Gesundheitseinrichtungen, die zuvor Teil des betrieblichen Gesundheitsdienstes waren (vgl. Wasem 1997: 172–175). Zwar hatte sich die Mehrzahl der Polikliniken auch vor der Wende schon in kommunaler Trägerschaft befunden, doch implizierte diese Zuständigkeit in einem zentral gesteuerten System kaum tatsächliche dezentrale Handlungsspielräume und hatte somit auch kaum zur Ausbildung eigenständiger Kompetenzen auf kommunaler Ebene geführt. Und schon gar nicht war in den ostdeutschen Kommunen das nötige Wissen über das nun relevante komplizierte bundesdeutsche Sozialversicherungsrecht vorhanden, das etwa für das bisher poliklinisch erbrachte Leistungsspektrum (von der psycho-sozialen Beratung, Maßnahmen der Rehabilitation, Reihenimpfungen, dem Rettungsdienst, über die »normale« kurative Tätigkeit bis zum Unterhalt eigener Friedhöfe und eigener Fuhrparks) ganz unterschiedliche Kostenträgerschaften vorsah. Sahen sich die Kommunen oftmals nicht in der Lage, in der kurzen Zeit bis zur vollen Geltung des bundesdeutschen Sozialrechts am 1. Ja-

---

... bereits gesichert ist; 2. wenn es sich um die erste hauptberufliche Niederlassung handelt und dem Antragsteller ein hauptberuflicher, seiner Vorbildung und seinen Fähigkeiten entsprechender Arbeitsplatz im öffentlichen Gesundheitsdienst der sowjetischen Besatzungszone nachgewiesen wird.« Für die Gegenbewegung war der mit dem Einigungsvertrag formulierte § 311 Abs. 10 SGB V die rechtliche Grundlage.

nuar 1991 einen fundierten Überblick über die neuen Finanzzuständigkeiten und den eventuellen Ausgliederungsbedarf zu gewinnen, so war auch von westdeutscher Seite keine sachkundige Unterstützung zu erwarten, weil in dem hier vorherrschenden strikten Trennsystem zwischen stationärer Versorgung, ambulanter Versorgung und öffentlichem Gesundheitsdienst (öGD) die Kommunen Kompetenzen lediglich für den randständigen öGD und/oder für Krankenhäuser besitzen, aber nicht als Träger ambulanter Gesundheitseinrichtungen fungieren. So fielen auch die westdeutschen kommunalen Spitzenverbände

als kompetente Informanten völlig aus ... Auch die Kommunalaufsicht [Bezirke] und die ... Landesministerien traten als informierte Berater der Kommunen anfangs kaum in Erscheinung.

(Wasem 1997: 174)

Daß in dieser Konstellation dann massive (und von interessierter Seite genährte) kommunale Befürchtungen, mit ihrer Zuständigkeit für die Polikliniken möglicherweise enorme finanzielle Verpflichtungen übernommen zu haben, in der zweiten Jahreshälfte 1990 zu teils pauschalen Kündigungswellen gegenüber den an den Gesundheitseinrichtungen Beschäftigten führten, ganz generell aber zu einer kommunalen Politik der forcierten Förderung des Niederlassungsprozesses, hat besonders in dieser kritischen Frühphase das Vertrauen in die Erhaltungsmöglichkeiten der ambulanten Gesundheitseinrichtungen bedeutend gemindert.

In diesem Zusammenhang kommt zudem der wichtige Aspekt stärker in den Blick, daß entgegen der mißverständlichen Bezeichnung der DDR als »Organisationsgesellschaft« (Pollack 1990) das vorherrschende Kennzeichen der »zweiten deutschen Diktatur« eher ihre umfassende Organisationsarmut war (vgl. Mayntz 1992b). Diese resultierte vor allem aus der sukzessiven Enteignung des Kompetenzbereichs einer intermediären Organisationsebene. Für die Sozialversicherung und damit auch für die Krankenversicherung gilt diese Aussage sowohl hinsichtlich der Kassenseite, auf der seit 1956 der gewerkschaftliche Appendix der Partei, der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund, zum Träger der Sozialversicherung für Arbeiter und Angestellte geworden war, als auch für die Ärzteseite, auf der bereits 1946 die Kassenärztlichen Vereinigungen in die »Industriegewerkschaft 15/Gesundheitswesen« integriert worden waren (vgl. Hoffmann 1996). Daß das Fehlen von korporativen Akteuren mit einer gewissen Distanz zu Staat und Partei ein wichtiger Erklärungsfaktor für die Unterrepräsentanz ostdeutscher Interessen im vereinigungsbezogenen Entscheidungsprozeß war, ist oft vermerkt wor-

den. Daß darüber hinaus auch das mit dem linearen Institutionentransfer importierte westliche System intermediärer Instanzen wegen der mangelnden Vertrautheit mit einer solchen Form »gesellschaftlicher Selbstorganisation« in den neuen Ländern bis heute in vieler Hinsicht funktionslos blieb, läßt sich besonders gut am Gesundheitssektor studieren.

Das im bundesdeutschen Gesundheitssystem vorhandene, mit weitreichender Regulierungsverantwortung bedachte Verbandswesen, das vor allem auf der Ärzteseite immer zugleich auch die Funktion der wirtschaftlichen und politischen Interessenvertretung erfüllt, also eine ausgeprägte Janusköpfigkeit zwischen im Bereich »zweiter Staatsgewalt« angesiedelter Körperschaft öffentlichen Rechts einerseits und »wirtschaftlichem Kampfverband« andererseits besitzt, schien in den neuen Ländern von jener institutionellen Ambivalenz weitgehend bereinigt. Hier wurden die Verbände vielmehr vorwiegend als mittelbare Staatsverwaltung wahrgenommen. Es herrschte gewissermaßen ein halbiertes Funktionsverständnis von der Rolle der Verbände vor, das es den Verbänden selbst ermöglichte, in einer eigenartigen Verbindung aus Einflußlogik und Logik ihrer *westlichen* Mitgliedschaft zum Vollzugs-träger externer Interessenlagen zu werden und alles verbandliche Bestreben ausschließlich und ganz unabhängig von den Präferenzen ihrer östlichen Mitglieder auf die Abwicklung der »attraktiven Komplementäroption« Poliklinik zu richten (Wiesenthal 1995: 26).<sup>11</sup>

Die in »Stil und Habitus« zunächst eher an sozialreformerische Vereine erinnernden, im Zuge der Wende neugegründeten freien Ärzteverbänden in der DDR wurden schnell durch die ihnen an Professionalität und Dienstleistungsorientierung weit überlegenen westdeutschen Counterparts verdrängt (Erdmann 1992; Wielgohls/Wiesenthal 1995). Hinsichtlich der potentiell machtvollen Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) stellt sich jedoch die Frage, warum diese in den neuen Ländern bislang nicht zur Vertretung eigenständig ostdeutscher Interessen genutzt wurden. Der Verweis auf die Fragmentierung der Mitgliedschaft der KVen in niedergelassene und angestellte Ärzte oder auf einen auf der Führungsebene der Kassenärztlichen Vereinigungen vollzogenen Personenimport aus dem Westen beziehungsweise auf einen dort bestehenden west-östlichen Elitenkonsens reicht dann

---

11 Methodisch gwendet heißt dies: Die Dynamik des ärztlichen Niederlassungsprozesses in Ostdeutschland ließ sich deswegen so gut als interdependenten, aber unkoordinierter Entscheidungs- beziehungsweise Anpassungsprozeß vieler Einzelindividuen rekonstruieren (vgl. Wasem 1992), weil dieser Prozeß durch keine gegenläufige verbandliche Fokussierung oder Aggregation von Oppositionsinteressen »verschmutzt« wurde.

nicht aus, wenn noch nicht einmal Versuche zu verzeichnen gewesen sind, die importierte Organisationsform »Kassenärztliche Vereinigung« für Interessen angestellter Ärzte in Ostdeutschland in Dienst zu nehmen.<sup>12</sup> In diesem Zusammenhang scheinen eher die prägenden Wirkungen jener Weichenstellungen aus den formativen Phasen der beiderseitigen Institutionenentwicklungen zum Tragen zu kommen, in denen in der DDR eine autonome Interessenrepräsentation der niedergelassenen Ärzte zerschlagen wurde, vor allem, um zu verhindern, daß mit ihr der institutionelle Kern eines bürgerlichen Heilberufes wiederentstand (Hockerts 1994; vgl. Ernst 1997), während in der Bundesrepublik die deutliche Aufwertung der Verbände elementarer Bestandteil einer der ostdeutschen Nivellierungspolitik bewußt entgegengesetzten Politik zum Erhalt des »freien Ärztestandes« war (Manow 1997).

Dies ist ein Beispiel für die Fortwirkung institutioneller Weichenstellungen, die in der formativen Phase der beiderseitigen Sozialstaatsentwicklung der Nachkriegszeit vorgenommen wurden. Diese Frühphase war noch deutlich geprägt von dem Erfordernis nationaler beziehungsweise weltanschaulicher Abgrenzung zwischen Ost und West. In der Bundesrepublik wurde mit dem Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 zunächst das Modell autoritärer Sektorbefriedung re-installiert, das in der Endphase der Weimarer Republik den langen Konflikt zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen einer vorläufigen institutionellen Lösung zugeführt hatte. Ein zentraler Bestandteil dieser Lösung war die Errichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Monopolrepräsentanten der Ärzteschaft, denen der sogenannte Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung der Bevölkerung übertragen wurde. Dieses 1955 re-installierte Modell korporativer Sektor-Governance wurde in der Bundesrepublik alsbald ergänzt um besondere ärztliche Standesprivilegierungen (vollständige Niederlassungsfreiheit, Einzelleistungsvergütung, Verbot eigener Leistungserbringung durch die Kassen; Manow 1997), die im Kontext der stark wertgeladenen Sozialpolitik der fünfziger Jahre durch die

---

12 Die simple »Ausdehnung des westdeutschen Akteursets«-Erklärung fällt zu kurz aus, wenn man etwa jene organisationssoziologischen Arbeiten in Betracht zieht, die die hohe Bereitschaft zur Übernahme neuer Handlungsorientierungen und Normensets, eines neuen »Amtsethos« belegen, wenn für Akteure mit einem Wechsel von Beruf oder Amt auch ein Wechsel des kontextuell vordefinierten »appropriate behavior« verbunden ist (vgl. March 1994: 57–102). Entsprechendes gilt auch für den »Identitätswandel« von Organisationen in veränderten Umwelten. Hinsichtlich der Kassenärztlichen Vereinigungen legt dies die These nahe, daß eine kontextunabhängig durchgehaltene Fixierung der KVen auf das westdeutsche Versorgungsmodell mit der mangelnden Herausforderung dieser Orientierung durch die ostdeutschen KV-Mitglieder zu tun haben könnte.

besondere »nationale Zuverlässigkeit« legitimiert wurden, die der Mittelstand schon in der Weimarer Zeit immer für sich reklamiert hatte. Die besondere »nationale Zuverlässigkeit« war in der DDR folgerichtig zur generellen Vermutung politischer Unzuverlässigkeit der Ärzteschaft gewendet. Ein Berufsstand, der aufgrund seiner späten und krisenhaften Professionalisierung einen Hang zum aggressiven Nationalismus und Anti-Kommunismus entwickelt hatte (Hubenstorf 1989), war hier nicht wohlgefallen (vgl. Ernst 1997). Wenn es der DDR-Gesundheitspolitik offiziell-programmatisch um die »Überwindung der Beschränktheit des Gesundheitswesens und der Stellung der Ärzte nach Gesichtspunkten kapitalistischer Profitinteressen« ging (zitiert nach Frerich/Frey 1993: 14), so stand dahinter immer auch das Ziel, zu verhindern, daß mit einer freien Ärzteschaft ein durch die Sozialversicherung alimentierter bürgerlicher Heilberufsstand wiederentstand, der sowohl in sozio-ökonomischer als auch in politischer Hinsicht »sperrig« auf dem Weg zur neuen sozialistischen Gesellschaft liegen könnte. Ausfluß dieser Befürchtungen war eine Gesundheitspolitik, die die Niederlassung in privater Praxis massiv diskriminierte und alle institutionellen Stützpfiler eines unabhängigen Ärztestandes frühzeitig zu beseitigen suchte. Der Verweis auf die repressive Mittelstandspolitik der DDR erlaubte es wiederum den westdeutschen Ärzten, dem Anspruch der freien Berufe, »Statthalter der Freiheit« zu sein (Deneke 1956: 342, 345–347), Glaubwürdigkeit zu verleihen und aus ihm interessenpolitische Münze zu schlagen.

Vor dem Hintergrund dieser geschichtlichen Entwicklung erklärt sich das im gesundheitspolitischen Transformationsprozeß zutage tretende Ausmaß an organisatorischer »Interessenvernachlässigung« nicht nur – wie häufig unterstellt – aus einer schlichten räumlichen Ausdehnung des westdeutschen Akteursets, die jede Artikulation authentisch ostdeutscher Interessen verdrängte. Vielmehr verdankt sich der Anschein imperialer Landnahme auch der Unterausnutzung derjenigen Potentiale, die in dem importierten Institutionengefüge latent angelegt waren und die durchaus ein höheres Ausmaß an Interessenberücksichtigung hätten gewährleisten können. Diese Unterausnutzung war zum Teil im Erfahrungsmangel im Umgang mit Formen autonomer Interessenrepräsentation begründet, war zum Teil aber auch den »incomplete learning cycles« (March 1994) geschuldet, deren gehäuftes Auftreten bei dem rasanten Tempo der Vereinigung ganz unvermeidlich war. Die zunächst vorherrschende Aussicht auf eine *Reformierung* des bestehenden DDR-Gesundheitssystems veranlaßte in Ostdeutschland erhebliche organisatorische und persönliche Investitionen in moderat reformorientierte Ärzteverbände. Diese Investitionen wurden dann bald durch die Entscheidung zur

umfassenden Transformation des Gesundheitssektors nach westdeutschem Vorbild nahezu vollständig entwertet, ohne im neuen organisatorischen Kontext der Kassenärztlichen Vereinigungen noch einmal erneuert werden zu können. Denn hier hatten nun die sehr viel stärker dem ostdeutschen Status quo radikal ablehnend gegenüberstehenden ärzteverbandlichen »Gegengründungen« schon früh ihre organisatorische Basis gefunden.

### 3 Die Transformation des DDR-Gesundheitswesens und die analytischen Dimensionen des Sektorvergleichs

Kein Institutionensystem besitzt hermetische Geschlossenheit und zwingt Akteure in eine reine Anpasserrolle hinein.<sup>13</sup> Institutionen entlasten Akteure, schaffen Erwartungssicherheit, definieren eine Bandbreite zulässiger Handlungen, dienen aber immer zugleich auch der Zielverfolgung. Sie bieten den Einzelakteuren positive Auszahlungen über ihre basale Funktion, die »Reduktion von Komplexität«, hinaus (Schimank 1992). Die Stabilitätsbedingungen von Institutionen liegen somit in einer Simultanität doppelter Funktionserfüllung, der Generierung von Erwartungssicherheit und der Ermöglichung von Zielverfolgung. Für die vergleichende Analyse der Sektordynamiken der Vereinigung kann diese basale Einsicht zunächst die Aufmerksamkeit darauf lenken, daß mit den jeweiligen sektoralen Transformationsentscheidungen zugleich immer auch spezifische Opportunitätsstrukturen etabliert worden sind – Ressourcen, Strategieoptionen, Koalitionsmöglichkeiten, Modi des »coping«, die die entscheidenden Transformationsakteure für eigene Interessenverfolgung nutzen konnten. In dieser Hinsicht wird dann bei der Implementation des Vereinigungsrechts etwa der Faktor institutioneller Konsens beziehungsweise Dissens auf der Seite bundesdeutscher Akteure relevant, weil sich hier Möglichkeiten zur Bildung west-/östlicher Interessenkoalitionen ergaben – sei es zum Zwecke des Strukturerhalts, sei es zum Zwecke grundlegender Strukturreform (Robischon et al. 1995).

Für die jeweiligen sektoralen Transformationsverläufe scheint nun aber wichtig gewesen zu sein, welcher Natur der potentielle »Rückhalt« war, die institutionelle Möglichkeit zum *Interessenschutz*, die mit den sektoralen Transformationspfaden verbunden war. Justiziable Rechtspositionen stellten

---

13 Wenn wir hier einmal absehen von den Foucaultschen »totalen Institutionen«.

offensichtlich besonders wirkungsvolle Lösungen für das Problem kollektiven Handelns dar,<sup>14</sup> vor das sich ostdeutsche Akteure angesichts des Wegbrechens vertrauter Strukturen und eines zunächst noch geringen Entwicklungsstandes *neuer* Formen gesellschaftlicher Selbstorganisation im Vereinigungsverlauf und im nachfolgenden Umsetzungsprozeß gestellt sahen und sehen. Wenn individualisierte<sup>15</sup> Rechtspositionen recht effektive Lösungen für die im Kontext ostdeutscher Transformationsreaktionen auftretenden Kollektivhandlungsprobleme darstellten, so traten jedoch in denjenigen Sektoren, in denen in der »alten« Bundesrepublik die *verbandliche Regulierung* als dominante sektorale Governanceform fungiert beziehungsweise in denen die entscheidenden Parameter hinsichtlich Wettbewerbsregulierung und Ressourcenverteilung verbandlich kontrolliert sind,<sup>16</sup> Kollektivhandlungsprobleme deutlicher zum Vorschein.

Im Gesundheitssektor und insbesondere bezüglich der Kassenärztlichen Vereinigungen kontrastiert das abstrakt mögliche mit dem tatsächlich genutzten Potential der verbandlichen Interessenvertretung deswegen in besonderem Maße, weil hier die Verbandsebene in dem westlichen Governance-Modell eine ebenso machtvolle Position im Regelungsgefüge besetzt wie auch ein ausgeprägt auf Interessenvertretung ausgerichtetes Selbstverständnis besitzt. Bei der Transformation des DDR-Gesundheitswesens war die Rolle der ärztlichen Körperschaften hingegen darauf beschränkt, das in den zwischenstaatlichen Verträgen festgeschriebene Transformationsziel, die Angleichung der ostdeutschen Versorgungsstrukturen an das westdeutsche Versorgungsmodell, effizient umzusetzen. Dieses Ziel konnte auch deswegen erreicht werden, weil wichtige ökonomische Handlungsparameter im Gesundheitssektor verbandlich reguliert und nicht unbeeinflussbar marktlich vorgegeben sind. Die Verbände konnten also – wiederum im Unterschied zum Agrarsektor – über den wirtschaftlichen Erfolg des von ihnen verfolgten Institutionentransfers mitbestimmen.

---

14 Die Blockierungswirkung, die eine Klage vor dem Bundesverfassungsgericht gegen die ostdeutschen Stromverträge für die Privatisierung der Stromwirtschaft hat, ist unabhängig davon, ob sie von einer ostdeutschen Gemeinde oder von 164 von ihnen eingereicht wird. Analoges gilt für die individuellen Eigentumsansprüche an dem Vermögen der zu Genossenschaften umgewandelten LPGs (siehe Lehbruch/Mayer in diesem Band).

15 Der Begriff der Individualisierung bezieht sich hier selbstverständlich sowohl auf natürliche wie auf Rechtspersonen.

16 Das abstrakte Recht zur Niederlassung besaß mit der Vereinigung natürlich jeder Arzt und jede Ärztin unter Berufung auf Artikel 12 GG, doch war damit über die materielle Attraktivität der Wahrnehmung dieser abstrakten Rechtsposition noch nichts ausgesagt.

## Literatur

- Alber, Jens, 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen*. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19. Opladen: Westdeutscher Verlag, 116–150.
- , 1992: *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*. Frankfurt a.M.: Campus.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit), 1994: *Entwicklung des Gesundheitswesens in den neuen Ländern*. Stand: Mai 1994. Bonn: BMG.
- Braun, Bernard/Rainer Müller, 1993: Gesundheitspolitik als erzwungener Strukturwandel – Das Beispiel der ambulanten Versorgung in der ehemaligen DDR. In: Hans Ulrich Deppe et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD*. Frankfurt a.M.: Campus, 55–95.
- Caesar, Paul, 1956: Das Sozialversicherungsrecht in der Bundesrepublik und in der sowjetischen Besatzungszone. In: Bundesministerium für Arbeit (Hrsg.), *Bundesarbeitsblatt*. Bonn: BMA, 710–715.
- , 1958: *Das Sozialversicherungsrecht in der Bundesrepublik und in der sowjetischen Besatzungszone*. Bonn: Bundes-Verlag.
- Czada, Roland, 1994: Schleichweg in die »Dritte Republik«. Politik der Vereinigung und politischer Wandel in Deutschland. In: *Politische Vierteljahresschrift* 35, 245–270.
- , 1995: Kooperation und institutionelles Lernen in Netzwerken der Vereinigungspolitik. In: Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*. Frankfurt a.M.: Campus, 299–326.
- Dasgupta, Partha, 1988: Trust as a Commodity. In: Diego Gambetta (Hrsg.), *Trust. Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford: Blackwell, 49–72.
- Deneke, J.F. Volrad, 1956: *Die freien Berufe*. Stuttgart: Vorwerk.
- Döhler, Marian, 1990: *Gesundheitspolitik nach der »Wende«*. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: edition sigma.
- Döhler, Marian/Philip Manow-Borgwardt, 1992a: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 3, 64–106.
- , 1992b: Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. In: *Politische Vierteljahresschrift* 33, 579–596.
- Döhler, Marian/Philip Manow, 1997: *Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren*. Opladen: Leske + Budrich.
- Erdmann, Yvonne, 1992: Aufbau und Entwicklung von Ärzteverbänden in Ostdeutschland. In: Volker Eichener et al. (Hrsg.), *Organisierte Interessen in Ostdeutschland. Probleme der Einheit* 12. Marburg: Metropolis, 319–357.

- Ernst, Anna-Sabine, 1997: »Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus«. *Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945–1961*. Münster: Waxmann.
- Frerich, Johannes/Martin Frey, 1993: *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Bd. 2: Sozialpolitik in der Deutschen Demokratischen Republik*. München: Oldenbourg.
- Heine, Wolfgang, 1996: Die Sozialrechtsordnung. In: Bernd von Maydell et al. (Hrsg.), *Die Umwandlung der Arbeits- und Sozialordnung*. Opladen: Leske + Budrich, 183–246.
- Hockerts, Hans Günter, 1994: Grundlinien und soziale Folgen der Sozialpolitik in der DDR. In: Hartmut Kaelble et al. (Hrsg.), *Sozialgeschichte der DDR*. Stuttgart: Klett-Cotta, 519–544.
- Hoffmann, Dierck, 1996: *Sozialpolitische Neuordnung in der SBZ/DDR. Der Umbau der Sozialversicherung 1945–1956*. München: Oldenbourg.
- Hubenstorf, Michael, 1989: »Deutsche Landärzte an die Front!« Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus. In: Ärztekammer Berlin (Hrsg.), *Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918–1945*. Berlin: Edition Hentrich, 200–223.
- Kahnemann, Daniel/Amos Tversky, 1984: Choices, Values, and Frames. In: *American Psychologist* 39, 341–350.
- Kahnemann, Daniel/Jack L. Knetsch/Richard H. Thaler, 1991: Anomalies. The Endowment Effect, Loss Aversion, and Status Quo Bias. In: *Journal of Economic Perspectives* 5, 193–206.
- Klein, Rudolf, 1983: The NHS and the Theatre of Inadequacy. In: *Universities Quarterly* 37, 201–215.
- Lehmbruch, Gerhard, 1990: Die improvisierte Vereinigung: Die Dritte deutsche Republik. In: *Leviathan* 18, 462–486.
- Manow, Philip, 1994: *Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß*. Frankfurt a.M.: Campus.
- , 1997: Entwicklungslinien ostdeutscher und westdeutscher Gesundheitspolitik zwischen doppelter Staatsgründung, deutscher Einigung und europäischer Integration. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 43, 101–131.
- Manow-Borgwardt, Philip, 1994: Die Sozialversicherung in der DDR und der BRD, 1945–1990: Über die Fortschrittlichkeit rückschrittlicher Institutionen. In: *Politische Vierteljahresschrift* 35, 40–61.
- March, James G. (with the assistance of Chip Heath), 1994: *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: The Free Press.
- Mayntz, Renate, 1990: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: *Staatwissenschaften und Staatspraxis* 1, 283–307.
- , 1992a: Die außeruniversitäre Forschung im Prozeß der deutschen Einigung. In: *Leviathan* 20, 64–82.

- , 1992b: Modernisierung und die Logik interorganisatorischer Netzwerke. In: *Journal für Sozialforschung* 32, 19–32.
- Mayntz, Renate (unter Mitarbeit von Hans-Georg Wolf), 1994: *Deutsche Forschung im Einigungsprozeß. Die Transformation der Akademie der Wissenschaften der DDR 1989 bis 1992*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Padgen, Anthony, 1988: The Destruction of Trust and its Economic Consequences in 18th Century Naples. In: Diego Gambetta (Hrsg.), *Trust. Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford: Blackwell, 127–141.
- Pollack, Detlef, 1990: Das Ende einer Organisationsgesellschaft. Systemtheoretische Überlegungen zum gesellschaftlichen Umbruch in der DDR. In: *Zeitschrift für Soziologie* 19, 292–307.
- Robischon, Tobias, et al., 1995: Die politische Logik der deutschen Vereinigung und der Institutionentransfer: Eine Untersuchung am Beispiel von Gesundheitswesen, Forschungssystem und Telekommunikation. In: *Politische Vierteljahresschrift* 36, 423–459.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1991: *Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.
- Schäuble, Wolfgang, 1991: *Der Vertrag: Wie ich über die deutsche Einheit verhandelte*. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt.
- Schelling, Thomas C., 1978: Hockey Helmets, Concealed Weapons, and Daylight Saving: A Study of Binary Choices with Externalities. In: Thomas C. Schelling, *Micromotives and Macrobehaviour*. New York: Norton, 211–243.
- Schimank, Uwe, 1992: Erwartungssicherheit und Zielverfolgung. Sozialität zwischen Prisoner's Dilemma und Battle of the Sexes. In: *Soziale Welt* 43, 182–200.
- Schimank, Uwe/Jürgen Wasem, 1995: Die staatliche Steuerbarkeit unkoordinierten kollektiven Handelns. In: Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*. Frankfurt a.M.: Campus, 197–232.
- Schmidtke, Heidrun, 1997: Gesundheitsversorgung und Gesundheit in den neuen Bundesländern. In: Richard Hauser/Thomas Olk (Hrsg.), *Soziale Sicherheit für alle?* Opladen: Leske + Budrich, 173–222.
- Stone, Deborah, 1991: German Unification: East meets West in the Doctor's Office. In: *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 16, 401–412.
- Wasem, Jürgen, 1992: Niederlassung oder »Poliklinik« – Zur Entscheidungssituation der ambulant tätigen Ärzte im Beitrittsgebiet. In: Peter Oberender (Hrsg.), *Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos, 81–134.
- , 1997: *Vom staatlichen zum kassenärztlichen System: Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Wiegohls, Jan/Helmut Wiesenthal, 1995: Konkurrenz – Ignoranz – Kooperation: Interaktionsmuster west- und ostdeutscher Akteure beim Aufbau von Interessenver-

- bänden. In: Helmut Wiesenthal (Hrsg.), *Einheit als Interessenpolitik. Studien zur sektoralen Transformation Ostdeutschlands*. Frankfurt a.M.: Campus, 298–333.
- Wiesenthal, Helmut, 1995: Einleitung: Grundlinien der Transformation Ostdeutschlands und die Rolle korporativer Akteure. In: Helmut Wiesenthal (Hrsg.), *Einheit als Interessenpolitik. Studien zur sektoralen Transformation Ostdeutschlands*. Frankfurt a.M.: Campus, 8–33.