

Aus dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG)  
der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

*Der Wandel der medizinischen Versorgung in Sachsen-  
Anhalt nach der Vereinigung von Ost- und  
Westdeutschland 1990 im Spiegel ärztlicher  
Berufsbiographien*

**D i s s e r t a t i o n**

zur Erlangung des Doktorgrades  
Dr. med.  
(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Louisa Marie Fink (geborene Seichter)  
aus Gießen  
Magdeburg 2021

### Bibliographische Beschreibung:

Fink (geb. Seichter), Louisa Marie:

Der Wandel der medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland 1990 im Spiegel ärztlicher Berufsbiographien. 2021. -202 Bl., 3 Abb., 6 Tab., 4 Anl.

### Kurzreferat:

Kritische Diskurse wie „Ökonomisierung der Medizin“ belegen: es gab und gibt fortwährend Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen. Für die zukünftigen Herausforderungen lohnt ein Blick auf frühere Transformationsprozesse. Dieser Beitrag untersucht, wie Ärzte<sup>1</sup> in Sachsen-Anhalt die Transformationsprozesse im Gesundheitswesen nach 1990 wahrnahmen und wie sie mit den einhergehenden Veränderungen umgingen. Es wurden 10 berufsbiographisch-leitfadengestützte Interviews mit Ärzten, die im Zeitraum zwischen 1989 und 1994 in Sachsen-Anhalt ärztlich tätig waren, geführt. Die Interviews wurden mit der Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2007) ausgewertet. In den Ergebnissen zeigten sich drei große Themenbereiche, die von den Interviewpartnern angesprochen wurden: die Wahrnehmung der Änderungen von Rahmen und Strukturen im Zuge der Wende, die Wahrnehmung der Evaluierungsprozesse und der westdeutschen Dominanz und Einflüsse der Wende auf die Arztrolle. Die verschiedenen Themenbereiche wurden ambivalent geschildert: Neue medizinische Möglichkeiten vs. Unsicherheiten, z.B. beim Gang in die eigene Niederlassung, vielseitige Unterstützungsleistungen vs. wahrgenommene Kolonialisierung und umstrittene Evaluierungen im Hochschulbereich, wahrgenommene Deprofessionalisierung der ärztlichen Rolle vs. Wahrnehmung konstanter, die Zeiten überdauernder Merkmale ärztlichen Handelns (z.B. Gleichbleiben der grundlegenden medizinischen Tätigkeit, Motivation und Arbeitsethos). Das Ziel, die medizinische Versorgung während der Transformationsprozesse zu gewährleisten, wurde erreicht. Auch die interviewten Ärzte konnten beruflich alle bestehen. Ärztlicherseits waren allerdings Anpassungsleistungen erforderlich, wie z.B. eine neue ökonomische Orientierung in der Rolle des Arztes.

---

<sup>1</sup> Wenn in dieser Arbeit von Ärzten, Patienten, etc. die Rede ist, gilt diese Form für alle Geschlechter, wenn es nicht explizit als geschlechterspezifisch gekennzeichnet wird.

**Schlüsselwörter:**

Transformation, Ökonomisierung der Medizin, Wandel der Arztrolle, Versorgungsforschung, qualitative Forschung

# Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS.....	4
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	8
<b>1. EINFÜHRUNG .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2. Deutsche Gesundheitssysteme vor der Wende .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Das Gesundheitssystem der DDR und seine medizinischen Versorgungsstrukturen .....	9
a) Sozialversicherung.....	10
b) Ambulante Versorgung .....	11
c) Stationäre Versorgung.....	12
1.2.2 Das Gesundheitssystem der BRD und seine medizinischen Versorgungsstrukturen .....	13
a) Versicherungssystem.....	14
b) Ambulante Versorgung .....	15
c) Stationäre Versorgung.....	16
<b>1.3 Anpassungsprozesse nach der Deutschen Einheit in den Neuen Bundesländern .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Angleichung des ambulanten Gesundheitswesens der DDR an das der BRD .....	18
1.3.2 Angleichung des stationären Gesundheitswesens der DDR an das der BRD .....	19
1.3.3 Auf- und Ausbau des Rehabilitationswesens .....	20
1.3.4 Grundlagen der Angleichung der Gesundheitssysteme von DDR und BRD .....	20
<b>1.4 Evaluierungsprozesse in der akademischen Medizin .....</b>	<b>22</b>
1.4.1 <i>Integritätsprüfungen durch die Personalkommission</i> .....	24
1.4.2 Fachliche Prüfung durch die außerordentliche Berufungskommission .....	26
1.4.3 Alternativbeispiel für Evaluierungsprozesse: Charité Berlin.....	26
<b>1.5 Individuelle Auswirkungen auf die ostdeutsche Ärzteschaft.....</b>	<b>27</b>
1.5.1 Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen auf die Ärzteschaft .....	28
1.5.2 Wahrnehmung der Veränderungsprozesse von 1990 bis 2017 in der ostdeutschen Ärzteschaft .....	30
<b>1.6. Zielsetzung und Vorgehensweise dieser Studie .....</b>	<b>34</b>
<b>2. MATERIAL UND METHODEN.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1 Datenerhebung: Offenes Leitfadeninterview mit berufsbiographisch-narrativem Einstieg.....</b>	<b>38</b>
2.1.1 Berufsbiographisch-narrativer Intervieweinstieg .....	38
2.1.2 Offenes Leitfadeninterview .....	39
<b>2.2 Feldzugang und Sample .....</b>	<b>41</b>
2.2.1 Auswahlkriterien.....	41
2.2.2 Sample .....	42
2.2.3 Feldzugang und Interviewdurchführung .....	43
<b>2.3 Auswertung.....</b>	<b>44</b>
2.3.1 Verwertung des Tonmaterials (Transkription und Pseudonymisierung) .....	44
2.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethodik .....	46
<b>3. ERGEBNISTEIL.....</b>	<b>53</b>

<b>3.1 Wendeprozesse</b> .....	<b>54</b>
3.1.1 Ökonomisierung und Bürokratisierung.....	54
a) Ökonomische Bemessung ärztlicher Leistungen .....	54
b) Neue Rolle: Arzt als Unternehmer .....	59
3.1.2 Evaluierung .....	62
a) Evaluierung zur ethischen und persönlichen Eignung (Integritätsprüfungen) .....	63
b) Fachliche Evaluierungsverfahren und Limitationen der Wiedereinstellung ostdeutscher Ärzte.....	64
c) Evaluierung durch die Medien.....	67
3.1.3 Kolonialisierung .....	67
a) Förderung der Tätigkeit westdeutscher Ärzte in Ostdeutschland .....	67
b) Wahrgenommene Benachteiligung ostdeutscher Ärzte .....	71
c) Positiver Kontakt zu westdeutschen Kollegen.....	72
d) Rolle von kirchlichen Einrichtungen und Ärzten, die schon vor der Wende niedergelassen waren .....	78
e) Wirtschaftsorientierte Unternehmen mit Bezug zum Gesundheitswesen in Ostdeutschland .....	79
3.1.4 Änderung von Rahmen und Strukturen .....	81
a) Verständnis für die Änderungen von Rahmen und Strukturen? .....	81
b) Ärztliches Engagement inmitten makrostruktureller Prozesse.....	82
c) Unsicherheiten in den Prozessen .....	86
3.1.5 Förderung von Niederlassungsstrukturen .....	87
a) Niederlassung als Chance und Zwang .....	87
b) Finanzielle Rahmenbedingung der Niederlassung .....	89
c) Räumlichkeiten für die Niederlassung .....	93
<b>3.2 Funktionsbereiche des Gesundheitswesens</b> .....	<b>96</b>
3.2.1 Auswirkungen auf die Patientenversorgung.....	96
a) Kontinuierliche Patientenversorgung in den Umbauprozessen .....	96
b) Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung in den Umbauprozessen als Ressource für Arzt und Patient .....	97
c) Hilfreiche Übergangsregelungen .....	98
3.2.2 Auswirkungen auf den Fort- und Weiterbildungsbedarf.....	98
a) Anerkennung der Facharztweiterbildung.....	98
b) Wahrnehmung der Fortbildungsangebote.....	100
c) Erforderliche Zusatzqualifikation.....	101
3.2.3 Auswirkungen auf den Forschungsbereich.....	103
a) Behinderung der Forschung an der Hochschule durch langwierige Hochschulevaluierungsverfahren .....	103
b) Abbruch einer Habil-Arbeit: Entwicklung einer diagnostischen Methode aus DDR-Zeiten für Westdeutschland keine Innovation.....	103
<b>3.3 Ärztliche professionelle Tätigkeit und Arbeitsbeziehungen</b> .....	<b>104</b>
3.3.1 Kontinuitäten und Veränderungen in der Arztrolle.....	104
a) Erhaltene Kernmerkmale ärztlicher Haltungen – Arbeitsethos, Tätigkeitsprofil, Selbstwirksamkeitswahrnehmung, (berufs-)politische Grundüberzeugungen .....	105
b) Wegfallende Merkmale ärztlicher Tätigkeit: Wegfall des ärztlichen Paternalismus als Verlust .....	107
c) Wegfallende Merkmale ärztlicher Tätigkeit: Wegfall der „sozialen Indikation“ .....	111
d) Wende als Chance .....	112
3.3.2 Arbeitsbeziehungen .....	116
a) Kollegialität als Orientierungsrahmen .....	116
b) Formen der Gemeinschaft in der DDR .....	118
c) Zusammenarbeit als Qualitätsfaktor .....	120
d) Kontinuität der Arbeitsbeziehungen als Ressource zur Prozessbewältigung .....	121
e) Diskontinuität der Arbeitsbeziehungen: Veränderung in der Zusammenarbeit als Herausforderung ..	123
<b>4. DISKUSSION</b> .....	<b>126</b>
<b>4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse</b> .....	<b>126</b>
4.1.1 Änderungen von Rahmen und Strukturen.....	126
a) Neue Chancen durch die Wende.....	126
b) Unsicherheiten durch die Wende .....	127

c) Wichtige Rahmenbedingungen für einen zügigen Systemumbau und diesbezügliche Unsicherheiten	128
4.1.2 Evaluierungsprozesse und wahrgenommene Kolonialisierung	129
a) Evaluierung (persönlich-ethisch und fachlich)	129
b) Wahrgenommene Kolonialisierung	130
4.1.3 Arztrolle in der Wende	131
a) Systemunabhängige Merkmale der ärztlichen Rolle	132
b) Neue Merkmale in der ärztlichen Rolle	132
c) Wegfall von Merkmalen der ärztlichen Rolle	132
<b>4.2 Rahmenbedingungen nach der Wende im Spiegel der Literatur</b>	<b>133</b>
4.2.1 Niederlassungswelle	133
4.2.2 Ende der Polikliniken und spätere Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren	136
4.2.3 Unterstützung durch westdeutsche Akteure	138
4.2.4 Fort- und Weiterbildungsbedarf	142
<b>4.3 Ökonomisierung der Medizin</b>	<b>144</b>
4.3.1 Begrifflichkeiten im Rahmen der Ökonomisierungsdebatte	144
4.3.2 Die Ökonomisierungsdebatte	145
4.3.3 Erfolgsfaktoren der Vereinbarkeit von ärztlichem Ethos und unternehmerischem Handeln in der Medizin	148
<b>4.4 Evaluierungsprozesse</b>	<b>151</b>
4.4.1 Evaluierung der ethischen und persönlichen Eignung	151
4.4.2 Fachliche Evaluierungsprozesse	157
<b>4.5. Arztrolle in der Wende</b>	<b>158</b>
4.5.1 Merkmale von Professionen	159
4.5.2 Talcott Parsons: Rechtfertigung der Professionalisierung	160
4.5.3 Eliot Freidson: Rechtfertigung der Deprofessionalisierung	162
4.5.4 Aktuelle Entwicklungen, welche eine Deprofessionalisierung begünstigen können	164
a) Deprofessionalisierung durch einen ärztlichen Monopolverlust	164
b) Deprofessionalisierung durch ein verändertes Patientenprofil	166
4.5.5 Versuche der Reprofessionalisierung: Normative Definition medizinischer Profession nach Swick und Bezug zur evidenzbasierten Medizin	169
4.5.6 Merkmale der Arztrolle in der Wende	171
a) Zeitlose Merkmale der ärztlichen Rolle	171
b) Veränderte Merkmale in der ärztlichen Rolle	173
<b>4.6 Diskussion der Methodik</b>	<b>174</b>
<b>4.7 Ausblick</b>	<b>177</b>
<b>5. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>179</b>
<b>6. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>181</b>
<b>DANKSAGUNGEN</b>	<b>190</b>
<b>EHREN-ERKLÄRUNG</b>	<b>192</b>
<b>DARSTELLUNG DES BILDUNGSWEGES</b>	<b>193</b>
<b>ANLAGEN</b>	<b>195</b>

<b>Anlage I: Berufsbiographisch-narrative Einstiegsfrage und Leitfadenfragen .....</b>	<b>196</b>
<b>Anlage II: Teilnehmerinformationen und Formular der Einverständniserklärung .....</b>	<b>197</b>
<b>Anlage III: Votum der Ethikkommission zum Forschungsprojekt (Referenznummer 85/14) .....</b>	<b>200</b>
<b>Anlage IV: Tabellen mit Kodiereinheiten, Paraphrasen und Abstraktionen .....</b>	<b>202</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AfNS= Amt für Nationale Sicherheit

AiP= Arzt im Praktikum

BGBl.= Bundesgesetzblatt

BRD= Bundesrepublik Deutschland

DDR= Deutsche Demokratische Republik

DRG= Diagnose Related Groups

DWDDR= Diakonisches Werk der DDR

DVA= Deutsche Versicherungsanstalt

EbM= Evidenzbasierte Medizin

GG= Grundgesetz

GKV= Gesetzliche Krankenversicherung

GVBl. LSA= Gesetz- und Verordnungsblatt des Landes Sachsen-Anhalt

HEG LSA= Gesetz zur Erneuerung der Hochschulen des Landes Sachsen-Anhalt  
(Hochschulerneuerungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt)

HG LSA= Hochschulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt

HoF= Institut für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität Halle-  
Wittenberg

ISMG= Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (früher: Institut für  
Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie)

KH= Krankenhaus

KV= Kassenärztliche Vereinigung

MAM= Medizinische Akademie Magdeburg

MfS= Ministerium für Staatssicherheit

MVZ= Medizinisches Versorgungszentrum

N.= Niederlassung

P.= Poliklinik

SBZ= Sowjetische Besatzungszone

SGB= Sozialgesetzbuch

SVAA= Sozialversicherung für Arbeiter und Angestellte

ÜdV= Übersetzung der Verfasserin

ZSM= Zentrum für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung an der Universität  
Magdeburg



# 1. Einführung

## 1.1 Einleitung

Mit der Wiederherstellung der Deutschen Einheit durch den Beitritt der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) zur Bundesrepublik Deutschland (BRD) kam es in Ostdeutschland (das Gebiet der Neuen Bundesländer nach der Wiedervereinigung) zu einem weitreichenden Wandel u.a. im Gesundheitswesen. Ab dem 1. Januar 1991 galt das (bundesdeutsche) Sozialgesetzbuch (SGB), so auch das Fünfte Buch „Gesetzliche Krankenversicherung“ (SGB V), auch im Beitrittsgebiet. Prägung und Kontrolle des ostdeutschen Gesundheitssystems durch das staatssozialistische Regime fielen weg. Kernelemente des Gesundheitswesens der DDR wurden durch bundesdeutsche Elemente ersetzt. Das Modell der Polikliniken, das wesentlich in der ambulanten Versorgung der DDR war, wurde nach der Vereinigung zu einem Auslaufmodell. Zahlreiche dort zuvor tätige Ärzte<sup>2</sup> gingen in die Niederlassung. Dies bedeutete für viele Ärzte einen deutlichen Umbruch. In der Literatur ist bislang allerdings nur wenig dazu beschrieben, wie die Ärzte individuell die Umgestaltungsprozesse im Gesundheitswesen erlebten und gestalteten. Dies soll in dieser Studie näher beleuchtet werden (siehe 1.6). Bevor die eigene Fragestellung präzisiert wird, ist ein Überblick über die Gesundheitssysteme von BRD und DDR vor der Wende<sup>3</sup> nützlich.

## 1.2. Deutsche Gesundheitssysteme vor der Wende

### 1.2.1 Das Gesundheitssystem der DDR und seine medizinischen Versorgungsstrukturen

Das Gesundheitssystem der DDR wurde als staatliches Gesundheitssystem nach Vorbild der Sowjetunion aufgebaut (vgl. Simon 2013: S. 43-44).

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens waren größtenteils Staatseigentum. Sozialpolitik und Wirtschaftspolitik wurden als Einheit angesehen (vgl. Deppe 1993: S. 12). Das Gesundheitswesen wurde zentralstaatlich organisiert (vgl. ebd: S. 16). Im ärztlichen Handeln hatten die Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheit einen besonderen

---

<sup>2</sup> Wenn in dieser Arbeit von Ärzten, Patienten, etc. die Rede ist, gilt diese Form für alle Geschlechter, wenn es nicht explizit als geschlechterspezifisch gekennzeichnet wird.

<sup>3</sup> Der Begriff „Wende“ bezieht sich in dieser Arbeit auf die Vereinigung von Ost- und Westdeutschland 1990 sowie die danach einsetzenden Transformationsprozesse, hier besonders relevant die im Gesundheitswesen.

Stellenwert (vgl. ebd.: S. 13). Daneben wurde Wert auf eine enge Verzahnung ambulanter und stationärer Tätigkeit gelegt (vgl. ebd.: S. 14).

#### *a) Sozialversicherung*

In der DDR wurden verschiedene Bereiche der Sozialversicherung in einer einheitlichen Sozialversicherung zusammengefasst (vgl. Simon 2013: S. 57). Diese Einheitsversicherung beinhaltete die Absicherung gegen Krankheit, Altersversicherung, Versicherung im Falle von Invalidität und Versicherung im Falle von Arbeitslosigkeit (vgl. Deppe 1993: S. 13). Allerdings wurde die Pflichtversicherung gegen Arbeitslosigkeit 1977 aufgehoben, „da Arbeitslosigkeit allein als Problem des Kapitalismus angesehen wurde.“ (Deppe 1993: S. 13).

Die Sozialversicherung teilte sich seit 1956 in die Sozialversicherung für Arbeiter und Angestellte (SVAA) und die Deutsche Versicherungsanstalt (DVA, später staatliche Versicherung der DDR genannt), in welcher vor allem Nicht-Mitglieder des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (also Bauern, Handwerker, Selbstständige, Freiberufler) tätig waren (vgl. Simon 2013: S. 58-59).

Leistungen der Sozialversicherungen der DDR ähnelten denen der Gesetzlichen Krankenversicherung der BRD, allerdings gab es keine Zuzahlungen, Eigenbeteiligung oder Rezeptgebühren (vgl. Simon 2013: S. 59). Es galt „grundsätzlich“ der „Anspruch auf freie und kostenlose Heilbehandlung“ (Simon 2013: S. 59.).

Der Beitrag zu Sozialversicherung für Arbeiter und Angestellte setzte sich zusammen aus Mitgliederbeiträgen, ggf. Beiträgen der Betriebe (bei abhängig Beschäftigten) und staatlichen Zuschüssen (vgl. ebd.: S. 58-60). Mitgliederbeiträge durften einen bestimmten Grenzwert (600 Mark) nicht überschreiten (vgl. ebd.: S. 59-60). Daneben leisteten die Betriebe, in denen Sozialversicherte tätig waren, noch einmal den gleichen Beitrag wie ihre Mitarbeiter zur Sozialversicherung (vgl. ebd.: S. 58). Der Rest des Beitrags zur Sozialversicherung wurde staatlich bezuschusst (vgl. ebd.: S. 59-60). Dieser staatliche Zuschuss stieg von 2,5% in den 50er Jahren auf knapp 50% in den 80er Jahren und machte damit einen wesentlichen Teil des Versicherungsbeitrags aus (vgl. ebd.: S. 60).

Die Deutsche Versicherungsanstalt erhielt keine staatlichen Zuschüsse, ihre Mitglieder mussten entsprechend höhere Beiträge zahlen (vgl. ebd.: S.60).

## *b) Ambulante Versorgung*

Die staatliche ambulante Versorgungsstruktur basierte vorwiegend auf Polikliniken, Ambulatorien und staatlichen Arztpraxen, wobei die **Polikliniken** das Leitmodell der ambulanten Versorgung der DDR waren (vgl. Deppe 1993: S. 14-15).

*„Das Konzept der medizinischen Betreuung in der DDR ging von dem >>Prinzip der Einheit von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe<< (Nachsorge) aus. Polikliniken bildeten als >>Leiteinrichtungen<< den Mittelpunkt eines Versorgungsbereichs. Sie sollten vor allem die Durchlässigkeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor gewährleisten und Koordinationsaufgaben übernehmen.“ (Deppe 1993: S. 14)*

Polikliniken enthielten planmäßig mindestens die Fachabteilungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie (inkl. Mütterberatung), Gynäkologie (inkl. Schwangerenberatung), Allgemeine – und Kinderzahnheilkunde. Röntgen, Labor, Physiotherapie, Funktionsdiagnostik, OP-Möglichkeiten waren ebenfalls in der Poliklinik integriert (vgl. ebd: S. 14-15). Die Polikliniken (und auch Ambulatorien) waren oft an ein Krankenhaus angegliedert oder im Krankenhaus tätige Ärzte übernahmen auch ärztliche Tätigkeiten in einer Poliklinik (bzw. einem Ambulatorium) (vgl. Simon 2013: S. 61). In einer Poliklinik waren im Regelfall 20-30 Ärzte und 100 bis 200 Mitarbeiter beschäftigt, manchmal auch deutlich mehr (vgl. Deppe 1993: S. 15). Es gab auch Fachpolikliniken, Polikliniken der Zahnheilkunde und Betriebspolikliniken (vgl. ebd.). In einer Zentralkartei, die für alle Poliklinikpatienten angelegt wurde, befanden sich die Behandlungsunterlagen aller Fachabteilungen, wodurch eine schnelle Übersicht über alle Vorbefunde und vorherigen Therapien des Patienten möglich war (vgl. Kästner 2009: S. 568).

Im Gegensatz zu Polikliniken waren **Ambulatorien** kleinere ambulante Versorgungseinrichtungen. Sie enthielten die Fachabteilungen Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Zahnheilkunde und Gynäkologie (vgl. Deppe 1993: S. 15).

**Staatliche Arztpraxen** waren eine Minimalvariante der ambulanten Versorgungseinrichtung. Hier waren ein bis zwei Ärzte aus dem Fachgebiet Allgemeinmedizin tätig (vgl. Deppe 1993: S.15).

In **Gemeindeschwesternstationen** waren speziell ausgebildete Krankenschwestern im Bereich Krankenpflege und Erste Hilfe tätig (vgl. ebd.).

Ein typisches Element des Gesundheitswesens der DDR, das die gewünschte Einheit im Gesundheitsbereich und die präventive Arbeit umsetzte, war die **Dispensaire-Einrichtung** (vgl. Deppe 1993: S. 14.). Hier wurden chronisch kranke Patienten umfassend ambulant behandelt.

Analog zur beschriebenen ambulanten Versorgung gab es das **Betriebsgesundheitswesen**, bestehend aus Betriebspolikliniken, Betriebsambulatorien, Arztsanitätsstellen und Schwesternsanitätsstellen (vgl. Häussler 1993: S. 131). Die Aufgaben im Betriebsgesundheitswesen waren nicht nur arbeitsmedizinischer, sondern auch kurativer Art (vgl. ebd.: S.134). Sie beliefen sich neben Erster Hilfe bei Unfällen auf Unfallverhütung, Prävention, Gesundheitserziehung und kurative ambulante Versorgung (vgl. Simon 2013: S. 63). Hierbei versorgten Betriebsärzte nicht nur die Betriebsmitarbeiter, sondern auch deren Familien (vgl.<sup>4</sup>). Das Betriebsgesundheitswesen war so für die ambulante Versorgung zahlreicher DDR-Bürger zuständig:

*„Die besondere Bedeutung des Betriebsgesundheitswesens für die ambulante Versorgung zeigte sich auch daran, dass Ende der 1980er-Jahre über 80% der arbeitenden Bevölkerung von Einrichtungen des BGW ambulant medizinisch betreut wurden und ca. 10% aller Ärzte beziehungsweise 25% der ambulant tätigen Ärzte in Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens arbeiteten.“ (Simon 2013: S. 64)*

Vereinzelt gab es auch **Ärzte, die in der DDR in eigener privater Niederlassung tätig waren**. Da strukturell durch die DDR aber nur staatliche Praxen gefördert und der Gang in die private Niederlassung deutlich erschwert wurde, reduzierte sich der Anteil der in privater Niederlassung tätigen Ärzte von 9500 Ärzten und Zahnärzten im Jahre 1955 (bei insgesamt 20000 Ärzten/ Zahnärzten) auf 800 Ärzte und Zahnärzte im Jahre 1989 (bei insgesamt 52000 Ärzten/ Zahnärzten) (vgl. Simon 2013: S. 60-61).

### *c) Stationäre Versorgung*

Große Kliniken waren allesamt staatliche Kliniken, die meisten kleineren und mittelgroßen Kliniken waren ebenfalls staatlich (vgl. ebd.: S.65). Ende 1980 waren nur 16% der

---

<sup>4</sup> N.N. (2009): Prinzipien, Finanzierung und Organisation des DDR-Gesundheitswesens. In: Ärzte-Zeitung, 09.11.2009. Online verfügbar unter [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gp\\_specials/special-mauerfall-20/article/574143/prinzipien-finanzierung-organisation-des-ddr-gesundheitswesens.html?sh=6&h=-1568164028](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/special-mauerfall-20/article/574143/prinzipien-finanzierung-organisation-des-ddr-gesundheitswesens.html?sh=6&h=-1568164028), zuletzt geprüft am 22.03.201

Krankenhäuser in nicht-staatlicher, freigemeinnütziger Trägerschaft (vgl. ebd.). Die Krankenhausausrüstung litt hierbei unter deutlichen Mängeln:

*„Eines der zentralen Probleme des Krankenhauswesens der DDR war die unzureichende Modernisierung, Überalterung der Bausubstanz und mangelhafte Sachmittelausstattung. Die unterlassenen Investitionen führten in den 1980er Jahren zunehmend zu Ausfällen von Versorgungskapazitäten.“ (Simon 2013: S. 65)*

Was hingegen positiv beschrieben wird, ist die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung in den Krankenhäusern der DDR (vgl. ebd.: S. 66). Dies wurde dadurch erleichtert, dass Krankenhäuser neben der stationären Versorgung auch einen Teil der ambulanten medizinischen Versorgung übernahmen (vgl. ebd. S. 64).

#### **Exkurs: Konfessionelle Krankenhäuser in der DDR**

Die konfessionellen Krankenhäuser der DDR gehörten nicht zum staatlichen Gesundheitswesen (vgl. <sup>5</sup>). Sie waren eng mit der katholischen oder evangelischen Kirche verbunden, von der BRD bekamen sie Zuschüsse, Spenden und Medizintechnik (vgl. ebd.). Die Ausstattung war häufig besser als die der staatlichen Krankenhäuser der DDR (vgl. ebd.). Die Einrichtungen wurden von der DDR toleriert, da sie (insgesamt gab es 72 Häuser unter konfessioneller Trägerschaft) für die Gesundheitsversorgung durchaus relevant waren (vgl. ebd.). Etwa 1% der Ärzte der DDR war in Häusern konfessioneller Trägerschaft tätig (vgl. Schäfer 2018: S. 4). Ärzte in evangelischen Krankenhäusern der DDR mussten bis 1988 reduzierte Rentenbezüge erwarten und hatten keine Vertretung durch eine Gewerkschaft (vgl. ebd.: S. 7).

### 1.2.2 Das Gesundheitssystem der BRD und seine medizinischen Versorgungsstrukturen

Das Gesundheitswesen der BRD, das nach der Wende für ganz Deutschland übernommen wurde, orientierte sich nach dem zweiten Weltkrieg weiterhin am Bismarck'schen Sozialversicherungssystem (vgl. Simon 2013: S. 43-44). Die Sozialpolitik wurde als „Reaktion“

---

<sup>5</sup> Homepage des Mitteldeutschen Rundfunks (2020): Gesundheitswesen der DDR. Vom Elend der Krankenhäuser. Online verfügbar unter <https://www.mdr.de/zeitreise/stoebern/damals/gesundheitswesen330.html>, zuletzt geprüft am 05.12.2020.

auf die Wirtschaftspolitik und „als deren Korrektiv“ (Deppe 1993: S. 18) angesehen. Das Gesundheitswesen wurde föderal organisiert (vgl. ebd.).

Es unterlag marktwirtschaftlichen Einflüssen (vgl. Deppe 1993: S. 17). Eine wichtige Eigenschaft des Systems der BRD war die Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich (vgl. Deppe 1993: S. 19). Hier konnten im Rahmen gesetzlicher Vorgaben eigenverantwortlich Aufgaben durch professionelle Akteure (Ärztetkammern, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen) übernommen werden (vgl. Deppe 1993: S. 19-20).

Im ärztlichen Handeln lag der Schwerpunkt auf einer kurativen Medizin (vgl. Deppe 1993: S. 18). Charakteristisch für die ambulante Versorgung war der niedergelassene Fach- oder Allgemeinarzt in eigener Praxis (vgl. Deppe 1993: S. 20). Dementsprechend bestand keine enge Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor (vgl. ebd.).

#### *a) Versicherungssystem*

Im Gegensatz zur DDR gab es in der BRD keine einheitliche Sozialversicherung, sondern die historische Gliederung in die Teilbereiche Krankheit (gesetzliche Krankenversicherung), Alter (gesetzliche Rentenversicherung), Invalidität (gesetzliche Unfallversicherung) und Arbeitslosenversicherung (vgl. Deppe 1993: S. 17-18 und Simon 2013: S. 32). Erst ab 1995 kam die soziale Pflegeversicherung hinzu (SGB XI)<sup>6</sup>.

Der Großteil der Bevölkerung war in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, daneben gab es die private Krankenversicherung (vgl. Deppe 1993: S. 18). Träger der gesetzlichen Krankenversicherung waren die Krankenkassen (vgl. Deppe 1993: S. 18). Finanziert wurden sie durch monatliche Beträge, die jeweils zu 50% von Arbeitgeber und Arbeitnehmer bezahlt wurden (vgl. ebd.). Diese Beiträge waren abhängig von der Höhe des Einkommens der Versicherten (vgl. ebd.). Staatliche Zuschüsse erhielten die Krankenkassen lange Zeit nicht (vgl. ebd.).

Seit Ende der 1970er Jahre wurde die Mitbeteiligung von Versicherten an entstandenen Kosten im Rahmen der sog. Selbstbeteiligung eingeführt, 1989 lag der Anteil der

---

<sup>6</sup> Bundesrepublik Deutschland: Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist. Online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/BJNR101500994.html#BJNR101500994BJNG000100307](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html#BJNR101500994BJNG000100307), zuletzt geprüft am 02.02.2021.

Selbstbeteiligung bei ca. 8,7 Prozent der Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Deppe 1993, S. 18-19.).

#### *b) Ambulante Versorgung*

Ein Strukturelement der ambulanten Versorgung in der BRD war der privat und häufig einzeln niedergelassene Kassenarzt (vgl. Deppe 1993: S. 20). Kassenärzte, auch Vertragsärzte genannt, hatten durch das Kassenarztrecht das Monopol auf die ambulante ärztliche Versorgung (vgl. ebd.). Durch diese Charakteristik wurde eine engere ambulante-stationäre Verzahnung ausgeschlossen (vgl. ebd.). Dem arbeitsmedizinischen Dienst in Betrieben war nicht gestattet, therapeutisch tätig zu werden (vgl. ebd.). Präventive Maßnahmen wurden – statt von einem öffentlichen Gesundheitsdienst - von den Kassenärzten übernommen (vgl. ebd.). Dies beförderte einen insgesamt starken gesundheitspolitischen Einfluss der westdeutschen Ärzteschaft (vgl. ebd.).

Erst lange nach der Wende, nämlich 2004, kam es angelehnt an das Modell der Polikliniken zur Einrichtung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (vgl.<sup>7</sup>). Durch deren Einführung war es ab 2004 möglich, über die bisherige Organisationsstruktur einer Gemeinschaftspraxis hinaus kooperative medizinische Versorgungseinheiten im ambulanten Sektor zu bilden (vgl. Gibis, Reuschenberg et al. 2009: S. 586). Ärzte können in einem MVZ in freiberuflicher oder angestellter Tätigkeit arbeiten (vgl. ebd.). Hierbei müssen mindestens zwei Ärzte aus unterschiedlichen Fach-/Schwerpunktbezeichnungen in einem MVZ vertreten sein (vgl.<sup>8</sup>). Gegründet werden können MVZ von Ärzten, Krankenhäusern, nichtärztlichen Dialyseeinrichtungen, gemeinnützigen Trägern, welche an der vertragsärztlichen Versorgung

---

<sup>7</sup> Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - integrierte Versorgung e.V.: Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Online verfügbar unter <https://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/>, zuletzt geprüft am 15.01.2020.

<sup>8</sup> Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - integrierte Versorgung e.V.: Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Online verfügbar unter <https://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/>, zuletzt geprüft am 15.01.2020.

teilnehmen und Kommunen (vgl.<sup>9</sup>), müssen aber in jedem Fall von einem Arzt (mit)geleitet werden (vgl.<sup>10</sup>).

Vorteile dieser Versorgungseinrichtungen ergeben sich aus den hiermit verbundenen Kooperationsstrukturen:

*„Patienten sollen im Idealfall von der räumlichen Integration der unterschiedlichen Fachbereiche, den flexibleren Öffnungszeiten, geringeren Wartezeiten, besserer Ausstattung sowie darüber hinausgehenden Kooperationen mit nichtärztlichen Heilberufen und/oder Krankenhäusern profitieren.“<sup>11</sup>*

Für die Einführung der Medizinischen Versorgungszentren wurden die gesetzlichen Grundlagen 2004 mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz und Paragraph 95 des Sozialgesetzbuch V (Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist) geschaffen (vgl.<sup>12</sup>).

### *c) Stationäre Versorgung*

Die Krankenhausversorgung in der BRD unterlag sowohl vor als auch nach der Wende einer pluralistischen Trägerschaft aus öffentlich-rechtlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern, jeweils zu etwa einem Drittel (vgl. Clade 2010: S. A-1205- A-1206).

In den 1950er und 1960er Jahren wies die Krankenhausversorgung in der BRD deutliche Mängel auf (vgl. Simon 2013: S. 45):

---

<sup>9</sup> § 95 SGB V, Absatz 1a (Bundesrepublik Deutschland: Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist, §95. Online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG000100328](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG000100328), zuletzt geprüft am 25.11.2020.)

<sup>10</sup> § 95 SGB V, Absatz 1 (Bundesrepublik Deutschland: Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist, §95. Online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG000100328](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG000100328), zuletzt geprüft am 25.11.2020.)

<sup>11</sup> Zitat entnommen von folgender Homepage: Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - integrierte Versorgung e.V.: Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Online verfügbar unter <https://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/>, zuletzt geprüft am 15.01.2020.

<sup>12</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.): Optionen und Kooperationsformen - MVZ. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/mvz.php>, zuletzt geprüft am 14.01.2020.



*„Die Krankenhausversorgung war in den 1950er- und 1960er- Jahren geprägt durch Unterfinanzierung, unzureichende Modernisierung und erheblichen Personalmangel. [...] Eine vom Bundestag 1966 in Auftrag gegebene und 1969 vorgelegte Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass ein erheblicher Teil der Krankenhauskosten nicht gedeckt wurde und ca. 40% der Betten in Krankenhäusern standen, die älter als 50 Jahre und damit überaltert waren. Insgesamt sei das Krankenhauswesen in einem Zustand, der nicht dem international üblichen Standard entspreche.“ (Simon 2013: S. 45-46)*

Ab Mitte der 60er Jahre änderte sich dieser Zustand: Länder und Krankenkassen förderten die Modernisierung von Krankenhäusern und Personalmangel wurde abgebaut (vgl. Simon 2013: S. 51). Dies wurde u.a. mithilfe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 geregelt (vgl. Simon 2013: S. 50-51). Ab 1977 begann dann eine Zeit der sog. Kostendämpfungspolitik (vgl. ebd.: S. 55).

### 1.3 Anpassungsprozesse nach der Deutschen Einheit in den Neuen Bundesländern

Nach dem Mauerfall war nicht von vornherein klar, dass das westdeutsche Gesundheitssystem in Ostdeutschland übernommen werden würde. Auf der einen Seite standen kritische Stimmen, die eine Erneuerung des westdeutschen Gesundheitssystems forderten, auf der anderen Seite stand ein ostdeutsches Gesundheitssystem, das modernisiert werden musste, das aber auch Elemente beinhaltete, die sogar in internationaler Bewertung durch die Weltgesundheitsorganisation anerkannt wurden und Vorbild für ein reformiertes westdeutsches Gesundheitssystem hätten sein können (vgl. Roth 2009a: A1191 und A1192). Es gab sowohl Überlegungen, das westdeutsche System in Ostdeutschland nur modifiziert zu übernehmen, als auch im Zuge der Vereinigung eine Gesundheitsreform durchzuführen und in Gesamtdeutschland zu übernehmen. (vgl. ebd.: A1192) Doch es kam im Ergebnis zu einer *„Überführung des primär staatlich organisierten Gesundheitswesens der DDR mit seiner einheitlichen Sozialversicherung in das freiheitlich-pluralistisch gestaltete Gesundheitssystem der Bundesrepublik mit seinem gegliederten Krankenversicherungssystem und den körperschaftlichen Entscheidungsstrukturen.“ (Robert Koch Institut 2009: S. 34)*

Im Folgenden werden die Anpassungsprozesse im Gesundheitswesen nach der Deutschen Einheit in den Neuen Bundesländern zwischen 1990 und 1995 betrachtet. Hierbei geht es

von den politisch-strukturellen Rahmenbedingungen (makrostrukturelle Ebene, 1.3.1 ff) hin zu den Konsequenzen im Personalbereich in den Krankenhäusern (mesostrukturelle Ebene, 1.4), hier insbesondere mit Blick auf die Evaluierungsprozesse im Gesundheitswesen, und schließlich zu den Konsequenzen auf Akteursebene (mikrostrukturelle Ebene, 1.5).<sup>13</sup>

### 1.3.1 Angleichung des ambulanten Gesundheitswesens der DDR an das der BRD

Das ambulante Gesundheitswesen der DDR wurde nach der Wende dem ambulanten Gesundheitswesen Westdeutschlands angeglichen. Grundlagen hierfür waren Regelungen im „*Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik vom 18. Mai 1990 (BGBl. 1990 II S. 537), die durch Artikel 9 § 3 des Gesetzes vom 9. Juni 1998 (BGBl. I S. 1242) geändert worden ist*“, im Folgenden „*Vertrag über die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion 1990*“ genannt, und im „*Einigungsvertrag vom 31. August 1990 (BGBl. 1990 II S. 889), die zuletzt durch Artikel 32 Absatz 3 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) geändert worden ist*“, fortan „*Einigungsvertrag 1990*“ genannt. Dass die Umgestaltung sich sehr schnell vollzog, war hierbei einer Eigendynamik der Prozesse geschuldet.

Im Vertrag über die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion 1990, der am 01. Juli 1990 in Kraft trat, hielt Artikel 22 über das Gesundheitswesen fest:

*„Neben der vorläufigen Fortführung der derzeitigen Versorgungsstrukturen, die zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendig ist, wird die Deutsche Demokratische Republik schrittweise eine Veränderung in Richtung des Versorgungsangebots der Bundesrepublik Deutschland mit privaten Leistungserbringern vornehmen [...]“ (Vertrag über die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion 1990, Art 22 Abs. 2, Ausfertigungsdatum: 18.05.1990)*

Somit wurde eine Weiche des weiteren Prozesses für den Umbau des ostdeutschen Gesundheitswesens gestellt (vgl. Roth 2009 b: A1244). Eine weitere Weichenstellung geschah mit folgender Formulierung im nachfolgenden Einigungsvertrag:

---

<sup>13</sup> Zu allgemeinen Erläuterungen bzgl. Makro-, Meso- und Mikroebene siehe auch: Bundeszentrale für politische Bildung: Makro-/Meso-/Mikroebene. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/296425/makro-meso-mikroebene>, zuletzt geprüft am 19.10.2020.

*„Zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung werden [...] die [...] bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien u.a.) kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen. [...] Der Zulassungsausschuß entscheidet über eine Verlängerung der Zulassung nach Satz 1 im Benehmen mit der Landesbehörde, insbesondere unter Berücksichtigung des Anteils der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte.“ (Einigungsvertrag 1990, Anl. 1, Kap. VIII, Sachgebiet G, Abschnitt II, zu §311 (2), 1990, BGBl. S.1050).*

Mit dem Einigungsvertrag wurde auch das bestehende Betriebsgesundheitswesen in der bisherigen Form abgeschafft, da – neben der Weichenstellung in Richtung einer privaten Niederlassung ambulant tätiger Ärzte - Arbeitsmediziner nicht mehr kurativ tätig sein sollten (vgl. Häussler 1993: S. 138). Auch durch die kritische wirtschaftliche Lage und das Ende vieler Wirtschaftsbetriebe konnten das Betriebsgesundheitswesen und die Betriebspolikliniken nicht fortgeführt werden (vgl. ebd: S. 131-132, S. 138).

### 1.3.2 Angleichung des stationären Gesundheitswesens der DDR an das der BRD

Auch im stationären Bereich wurde das ostdeutsche Gesundheitssystem dem westdeutschen angeglichen. Hierdurch waren die Häuser *„zum Aufbau betriebswirtschaftlicher Kompetenz und zum Führen von Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen gezwungen“ (Robert Koch Institut 2009: S. 37) (vgl. ebd.: S. 36-37)*. Aufgrund der bereits dargestellten Modernisierungsbedürftigkeit der Krankenhäuser wurde in Artikel 33 des Einigungsvertrags das Ziel definiert, die stationäre Versorgung zu optimieren und zu harmonisieren (vgl. Simon 2013: S.67):

*„Es ist Aufgabe der Gesetzgeber, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß das Niveau der stationären Versorgung der Bevölkerung in dem in Artikel 3 genannten Gebiet zügig und nachhaltig verbessert und der Situation im übrigen Bundesgebiet angepaßt wird.“ (Einigungsvertrag 1990, Artikel 33 Absatz 1)*

Hierbei wurden mit Hilfe u.a. des Krankenhausinvestitionsprogrammes marode Kliniken saniert und modernisiert, sodass viele Kliniken im Beitrittsgebiet innerhalb einiger Jahre mindestens westdeutsches Niveau aufwiesen oder sogar darüber lagen (vgl. Robert Koch Institut 2009: S. 36).

### 1.3.3 Auf- und Ausbau des Rehabilitationswesens

In der DDR gab es fast keine eigenständigen, stationären Rehabilitationseinrichtungen (die Rehabilitation war konzeptionell in die Behandlung integriert) (vgl. Robert Koch Institut 2009: S. 37.). Nach der Wende musste der Sektor der stationären Rehabilitationseinrichtungen in Ostdeutschland neu auf- und ausgebaut werden - inklusive der Struktur diverser Kostenträger, welche es aufgrund der einheitlichen Sozialversicherung der DDR zuvor nicht gab (vgl. ebd.). Finanzielle Unterstützung hierfür gab es bis 1993 aufgrund einer Sonderregelung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (vgl. ebd.). Dieser Aufbau verlief schnell und erfolgreich:

*„Die bevölkerungsbezogene Zahl der durchgeführten Reha-Leistungen erreichte in den neuen Ländern rasch das westdeutsche Niveau. Mittlerweile liegen die Fallraten für die meisten rehabilitativen Leistungen für Einwohner der neuen Länder über denen der alten.“ (Robert Koch Institut 2009: S. 230)*

### 1.3.4 Grundlagen der Angleichung der Gesundheitssysteme von DDR und BRD

Dass letztlich das westdeutsche Gesundheitssystem im Zuge der Vereinigung nicht modifiziert auf das ostdeutsche Gesundheitssystem übertragen wurde, hatte verschiedene Gründe. Ein Aspekt war, dass das Tempo bis zur deutschen Vereinigung gegenüber dem ursprünglichen Zeitplan erhöht werden musste, da sonst eine weitere Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage und eine weitere Abwanderung der Bevölkerung aus Ostdeutschland drohte (vgl. Roth 2009 b: A 1242). Zeitdruck bestand auch, da bei zu langen Vereinigungsprozessen die „günstige internationale Konstellation“ (Roth 2009 b: A1246), die eine Vereinigung zu dieser Zeit ermöglichte, sich wieder hätte ändern können. Das hätte die Vereinigung insgesamt in Frage stellen können (vgl. ebd.). Diese schnelle Vereinigung zu einem Gesamtdeutschland bedeutete, dass innerhalb kurzer Zeit für den Umbau des ostdeutschen Gesundheitssystems ein konkreter Plan erstellt werden musste (vgl. ebd., A 1242). Die überwiegende Mehrheit der sozialpolitischen Akteure stand hinter dem bundesdeutschen Sozialsystem und dessen Übertragung auf Ostdeutschland, zudem gab es finanzielle Bedenken für den Fall einer Beibehaltung sozialer Elemente der DDR im vereinigten Deutschland und Sorge um eine Überlastung der gesamtdeutschen Wirtschaft (vgl. ebd., A 1244).

Im Fall des Landes Sachsen-Anhalt gab es eine Regierungserklärung, in welcher klar der Weg in Richtung Niederlassung gewiesen wurde:

*„Die Landesregierung von Sachsen-Anhalt (CDU/FDP) bekannte sich in ihrer Regierungserklärung zu Beginn der ersten Legislaturperiode dazu, daß »die ärztliche Versorgung ... durch das System der niedergelassenen Ärzte sichergestellt werden [soll]«[...], und der Sozialminister des Landes (Schreiber) zeigte sich davon überzeugt, daß sich das westdeutsche System als »dem Poliklinik-System überlegen gezeigt« habe, »es hat sich rundherum bewährt«. [...] Dementsprechend beschränkte sich der Ministerpräsident darauf, in der Regierungserklärung in Aussicht zu stellen: »Das Land wird unterstützend wirken bei der Überleitung der Polikliniken, Betriebsambulatorien und anderer kommunaler Einrichtungen in das privatwirtschaftliche Gesundheitswesen.«“ (zitiert nach Wasem 1997, S. 228-229)*

Auch spielten die Kommunen eine besondere Rolle. Sie mussten mit deutlichen Unsicherheiten in Bezug auf die künftige Rolle der Polikliniken umgehen und der Erhalt der Polikliniken bedeutete für sie ein finanzielles Risiko, zumal ihnen von westdeutschen Ärzteverbänden signalisiert wurde, dass die Poliklinik keinen langfristigen Bestand im neuen System haben würde (vgl. Wasem 1997, S. 176-177):

*„Wenn auch ostdeutsche gesamtstaatliche Akteure im Entscheidungsprozeß um die Regelungen des Einigungsvertrages nur von untergeordneter Bedeutung waren, so kam andererseits den ostdeutschen Kommunen als Trägern der poliklinischen Einrichtungen erhebliche Bedeutung zu: Die Situation der Kommunen war ab Sommer 1990 durch erhebliche Unsicherheit über ihre künftigen Aufgaben als Träger der Polikliniken und die möglicherweise hieraus erwachsenden fiskalischen Risiken gekennzeichnet – dies mündete im Herbst 1990 einerseits teilweise in Kündigungen von Beschäftigungsverhältnissen mit Mitarbeitern poliklinischer Einrichtungen, andererseits in Bemühungen der Kommunen, niederlassungsbereiten Ärzten attraktive Rahmenbedingungen für eine Niederlassung (insbesondere in den bisher poliklinisch genutzten Räumen) zu verschaffen. Die skeptischen Einschätzungen der Kommunen bezüglich der Zukunft der poliklinischen Einrichtungen waren nicht nur durch die Regelungen von Einigungsvertrag und Selbstverwaltungsverträgen selbst bedingt, sondern auch Ergebnis des »Erwartungsmanagements« der westdeutschen Ärzteverbände, die seit Frühjahr 1990 in Ostdeutschland aktiv geworden waren. Deren*

*Aktivitäten zielten darüber hinaus allerdings hauptsächlich auf die ostdeutschen Ärzte, einerseits in der Absicht, diese als Mitglieder für den jeweiligen Verband zu gewinnen, andererseits um für die Niederlassung (und gegen die Fortführung einer poliklinisch geprägten Versorgung) zu werben.“ (Wasem 1997, S. 176-177)*

#### 1.4 Evaluierungsprozesse in der akademischen Medizin

Mit der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland einhergehende Veränderungen betrafen auch die Personalstruktur an den medizinischen Hochschulen (vgl. Pasternack<sup>14</sup> 2015: S. 41). An den Universitäten wurde Personal Evaluierungen zur politisch-moralischen Integrität sowie fachlichen Evaluierungen unterzogen (vgl. ebd.: S.46).

Erste Grundlagen hierfür schuf der Einigungsvertrag. Hier wurden mögliche außerordentliche Kündigungen auch aufgrund einer Mitarbeit im Ministerium für Staatssicherheit legitimiert:

*„Ein wichtiger Grund für eine außerordentliche Kündigung ist insbesondere dann gegeben, wenn der Arbeitnehmer*

*1. gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen hat, insbesondere die im Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte vom 19. Dezember 1966 gewährleisteten Menschenrechte oder die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948 enthaltenen Grundsätze verletzt hat oder*

*2. für das frühere Ministerium für Staatssicherheit/Amt für nationale Sicherheit tätig war und deshalb ein Festhalten am Arbeitsverhältnis unzumutbar erscheint.“ (Einigungsvertrag, Anlage I, Kapitel XIX, Sachgebiet A, Abschnitt 3, Nr. 1, Absatz 5)*

Außerdem sah der Einigungsvertrag eine Änderung des Hochschulrahmengesetzes wie folgt vor:

*„§ 72 wird wie folgt geändert:*

*aa) Absatz 1 wird wie folgt geändert: aaa) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 \*) eingefügt:*

---

<sup>14</sup> Professor Dr. Peer Pasternack ist Vorstandsvorsitzender und Direktor des Instituts für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (vgl. Institut für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Institut. Leitung. Online verfügbar unter <https://www.hof.uni-halle.de/institut/leitung/>, zuletzt geprüft am 02.12.2020.) Das HoF ist hierbei das einzige Institut, welches in den ostdeutschen Bundesländern systematisch Forschung über Hochschulen betreibt (vgl. Institut für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Institut. Tätigkeitsprofil. Online verfügbar unter <https://www.hof.uni-halle.de/institut/taetigkeitsprofil/>, zuletzt geprüft am 02.12.2020.)

*"Innerhalb von drei Jahren nach dem Tag des Wirksamwerdens des Beitritts sind in den in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Ländern und in dem Teil des Landes Berlin, in dem das Grundgesetz bisher nicht galt, den Vorschriften dieses Gesetzes entsprechende Landesgesetze zu erlassen. [...]"* (Einigungsvertrag, Anlage I, Kapitel XVI, Sachgebiet A, Abschnitt II, Nr. 2, Buchstabe e)

In Konsequenz dazu erließ Sachsen-Anhalt das „*Gesetz zur Erneuerung der Hochschulen des Landes Sachsen-Anhalt (Hochschulernerungsgesetz - HEG LSA) vom 31. Juli 1991*“, fortan kurz Hochschulernerungsgesetz genannt.

Abschnitt 7 des Hochschulernerungsgesetzes setzte hierbei den Rahmen für eine Eignungsprüfung des Hochschulpersonals. Hier heißt es in § 64:

*„Zur Reform und Erneuerung des wissenschaftlichen und künstlerischen Personals, insbesondere zur Überwindung von Deformationen und zur Vermeidung wissenschaftsfremder Einflußmöglichkeiten in der Zukunft, wird in einem förmlichen Verfahren geprüft, welche Hochschullehrer und wissenschaftlichen und künstlerischen Mitarbeiter nicht über die erforderlichen Voraussetzungen für ihre Tätigkeit verfügen, weil sie*

- 1. gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit, insbesondere im Rahmen einer Tätigkeit für das Ministerium für Staatsicherheit/Amt für Nationale Sicherheit verstoßen haben [...]* oder

- 2. nicht über die für ihre Aufgaben erforderliche fachliche Qualifikation oder persönliche Eignung verfügen. [...]"* (Hochschulernerungsgesetz, § 64)

Zur Überprüfung der ethischen und persönlichen Eignung wurden an den Hochschulen Personalkommissionen und eine zusätzliche Landespersonalkommission geschaffen, zur Überprüfung der fachlichen Eignung außerordentliche Berufungskommissionen (vgl. Hochschulernerungsgesetz § 65, Absätze 1-3). Vor der fachlichen Prüfung eines Hochschullehrers musste die ethische und persönliche Eignungsprüfung über die Personalkommission stattfinden (vgl. Hochschulernerungsgesetz § 65, Absatz 4).

Außerdem war eine *„Rehabilitierung und Förderung von Wissenschaftlern, die in der Vergangenheit in ihrem Fortkommen aus anderen als wissenschaftsspezifischen Gründen behindert worden sind“* (Hochschulernerungsgesetz § 4, Absatz 1, Nr. 2) vorgesehen.

Das Hochschulerneuerungsgesetz wurde durch das Hochschulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (=HG LSA) vom 7. Oktober 1993 (GVBl S. 614ff) <sup>15</sup> abgelöst (vgl. Bundesverfassungsgericht, BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Februar 1997 - 1 BvR 1864/94 -, Rn. 15. In: BVerfGE 95, 193 – 219).

#### 1.4.1 *Integritätsprüfungen durch die Personalkommission*

Die Personalkommission bestand aus sieben ständigen Mitgliedern (hiervon drei Vertreter des öffentlichen Lebens) und fünf nicht-ständigen Mitgliedern des entsprechenden Fachbereiches oder der entsprechenden zentralen Einrichtung (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 66, Absätze 1-2). Die entsprechenden Mitglieder der Personalkommission wurden vom Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur berufen, wobei Hochschulgremien, Wissenschaftsvereinigungen, Studentenvereinigungen und Gruppierungen von Hochschulmitgliedern für vier ständige Mitglieder dem Ministerium begründete Vorschläge unterbreiten konnten (vgl. ebd.). Die nichtständigen Mitglieder hatten nur eine Personalkommissions-Funktion für den sie betreffenden Fachbereich bzw. die sie betreffende zentrale Einrichtung (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 66, Absatz 3). Kandidatenvorschläge für die nicht-ständigen Mitglieder machte die jeweilige Statusgruppe, die letztlich Auswahl der Kandidaten traf auch hier das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 66, Absätze 3-4).

Das Verfahren der Personalkommissionen regelte § 67 des Hochschulerneuerungsgesetzes. Die Personalkommissionen hörten Betroffene auf Grundlage der ihnen vorliegenden Unterlagen an, z.B. auch auf Grundlage von Informationen über eine Mitarbeit im Ministerium für Staatssicherheit/ Amt für Nationale Sicherheit<sup>16</sup> und auf Grundlage von Aktenrecherchen und Zeugenbefragungen (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 67, Absatz 2). Der Vorsitzende der Personalkommission konnte auch schriftliche Stellungnahmen von Mitgliedern der Hochschule einholen und legte der Kommission einen Tätigkeitsbericht über

---

<sup>15</sup> Land Sachsen-Anhalt: Hochschulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt. Vom 7. Oktober 1993. In: GVBl. LSA Nr. 44 /1993, ausgegeben am 12.10.1993.

<sup>16</sup> Das Ministerium für Staatssicherheit wurde mit der Neubildung der DDR-Regierung am 17/18.11.1989 in das Amt für Nationale Sicherheit umgewandelt (vgl. Walter Süß: Amt für Nationale Sicherheit (AfNS). Hg. v. Der Bundesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (BStU). Online verfügbar unter [24](https://www.bstu.de/mfs-lexikon/detail/amt-fuer-nationale-sicherheit-afns/#:~:text=Amt%20f%C3%BCr%20Nationale%20Sicherheit%20%28AfNS%29%20Die%20Umwandlung%20des,Zum%20Leiter%20des%20Amtes%20wurde%20Wolfgang%20Schwanitz%20gew%C3%A4hlt., zuletzt geprüft am 01.12.2020.)</a></p></div><div data-bbox=)



den Betroffenen vor (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 67, Absatz 3). Für die Entscheidungsfindung wurden folgende Bereiche beleuchtet:

*„Die Personalkommission berücksichtigt alle Umstände, die für ihre Entscheidungen von Bedeutung sind oder sein können. Hierzu gehören insbesondere:*

- 1. Funktionen und besondere Aktivitäten in politischen Parteien, gesellschaftlichen Organisationen und anderen Organisationen, insbesondere Tätigkeiten in Bezirks-, Kreis- und hochschulbezogenen Gliederungen, Ausbildung und Tätigkeiten in Bildungsstätten, Tätigkeiten in Kaderkommissionen, Kampfgruppen und Disziplinausschüssen,*
- 2. die Beeinträchtigung der Freiheit der Wissenschaft in Forschung und Lehre, der Glaubens- und Gewissensfreiheit gegenüber Hochschulmitgliedern,*
- 3. die Förderung oder Benachteiligung von Hochschulmitgliedern aus wissenschaftsfremden, politischen und ideologischen Gründen.*
- 4. die Ausrichtung der eigenen wissenschaftlichen oder hochschulbezogenen Tätigkeiten an wissenschafts- und hochschulfremden Zielen. [...] “ (Hochschulerneuerungsgesetz § 67, Absatz 4)*

Der Betroffene wurde aufgefordert, bzw. bei einem durch den Betroffenen selbst beantragten Verfahren verpflichtet, sich schriftlich zu den ihn betreffenden Informationen zu äußern (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 67, Absatz 4).

Im Anschluss daran entschied die Personalkommission durch Mehrheitsbeschluss, ob dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur eine Abberufung/ Kündigung wegen mangelnder persönlicher oder ethischer Eignung zu empfehlen ist (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 67, Absatz 5), wobei der Betroffene oder auch Mitglieder der Kommission, welche eine abweichende Meinung vom Mehrheitsentscheid der Kommission hatten, dem Ministerium eine entsprechende Stellungnahme mitteilen konnten (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 67, Absatz 6).

Die Landespersonalkommission war vorgesehen für Fälle, in denen das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur eine abweichende Meinung zur Empfehlung der Personalkommission hatte. Sie musste in entsprechenden Fällen angehört werden (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 68, Absatz 1). Sie bestand aus 11 Mitgliedern, welche

gleichzeitig Mitglieder einer Personalkommission einer Hochschule sein mussten (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 68, Absatz 2). Sie sollte analog zu den Personalkommissionen der Hochschulen zusammengesetzt sein (vgl. ebd.). Ihre Mitglieder wurden durch die Personalkommissionen der Hochschulen dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur vorgeschlagen und durch dieses berufen (vgl. ebd.).

#### 1.4.2 Fachliche Prüfung durch die außerordentliche Berufungskommission

Die außerordentliche Berufungskommission überprüfte im Anschluss an das Verfahren durch die Personalkommission die fachliche Eignung der Betroffenen (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz, §65, Absätze 2-4). Die Personalkommission teilte der außerordentlichen Berufungskommission gegebenenfalls solche Tatsachen mit, die im Rahmen des Verfahrens durch die Personalkommission Zweifel an der fachlichen Qualifikation des Betroffenen hervorgerufen hatten (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 67, Absatz 7).

Die außerordentliche Berufungskommission bestand aus vier Professoren (von denen mindestens zwei nicht Mitglieder der eigenen Hochschule sein durften), zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern und einem Studenten, welche vom Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur nach Anhörung des Senates ernannt wurden (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 65, Absatz 3). Sie unterbreitete dem Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur Berufungsvorschläge für die Besetzung von bis zu 25 Prozent der Professorenstellen jedes Fachbereiches (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 65: Absatz 3).

Außerdem sprach der Wissenschaftsrat folgende Empfehlung aus:

*„Vermeidung von Laufbahnen für Wissenschaftler innerhalb der jeweiligen Institution; deshalb sind die öffentliche Ausschreibung von freien Stellen für Professoren und Dozenten im deutschsprachigen Raum sowie der Verzicht auf Hausberufungen unerlässlich“.*  
(Wissenschaftsrat 1990: S. 21).

Hausberufungen seien in Sachsen-Anhalt entsprechend ausgesetzt worden (vgl. Köditz 2004: S. 10).

#### 1.4.3 Alternativbeispiel für Evaluierungsprozesse: Charité Berlin

An der Humboldt-Universität respektive der Charité gab es drei Gremien zur Evaluierung von Mitarbeitern: Zur Klärung der Integrität gab es einen Ehrenausschuss sowie eine

Anhörungskommission für Amtsträger und Gremienmitglieder (vgl. Pasternack 2015: S.47). Zur Klärung von Strukturfragen, von fachlichen Fragen und Fragen der persönlichen Eignung von Mitarbeitern gab es die Personal- und Strukturkommissionen (PSK) (vgl. ebd.), in welchen von hochschulinternen Vertretern Entscheidungen getroffen wurden, sowie die vom Wissenschaftssenator von extern eingesetzten Struktur- und Berufungskommissionen (SBK), in welchen von hochschulinternen und von hochschulexternen Vertretern Entscheidungen getroffen wurden (vgl. ebd.). Im Jahre 1991 wurden auf Veranlassung durch die Charité zunächst die 211 Hochschullehrer der Charité, schließlich alle 5500 Mitarbeiter bei der Gauck-Behörde auf eine MfS-Mitgliedschaft hin überprüft (vgl. Pasternack 2015: S. 54). Daraufhin wurden 1992 sieben Professoren und neun leitende Verwaltungsmitarbeiter der Charité entlassen (vgl. ebd.). Dies geschah nur aufgrund der Aktenlage und ohne dass die betroffenen Mitarbeiter angehört wurden, somit unter Inkaufnahme von ungerechten Entscheidungen (für Zweifelsfälle wurde den Betroffenen empfohlen, sich an das zuständige Arbeitsgericht zu wenden) (vgl. Pasternack 2015: S. 54). Hierdurch gewann die Charité zunächst den Ruf, sich besonders zügig von politisch belasteten Mitarbeitern zu trennen (vgl. ebd.: S.54). Doch das Vorgehen der Charité war umstritten (vgl. ebd.: S.54-55). Nachdem es auch Gerichte kritisiert hatten, wurde 1992 eine Anhörung der Betroffenen eingeführt (vgl. ebd.: S. 55). Schließlich etablierte sich, dass eine Mitarbeiter-Abordnung der Charité, darunter ein Vertreter des Personalrates, vor Anhörung durch den Ehrenausschuss bereits eine Anhörung entsprechender Mitarbeiter durchführte und ihrerseits ein Votum gab (vgl. ebd.: S. 56.). Hierbei kam es zu Differenzen zwischen den Einschätzungen des Ehrenausschusses der Humboldt-Universität und den Einschätzungen der Leitungsebene der Charité selbst bzgl. politisch vorbelasteter Mitarbeiter (vgl. ebd.: S. 56). Nach Abschluss der Evaluierung durch den Ehrenausschuss ergab sich folgende Statistik: Von 56 betroffenen Mitarbeitern der Charité gingen 43 % der Mitarbeiter, ohne sich durch den Ehrenausschuss anhören zu lassen, 18 % schlossen Auflösungsverträge, 25 % der Mitarbeiter (=14 Mitarbeiter) wurde gekündigt (hierbei wurde 9 von 14 Mitarbeitern gegen die Empfehlung des Ehrenausschusses gekündigt). 14 % der betroffenen Mitarbeiter konnten ihre Anstellung behalten (vgl. ebd.: S. 57).

### 1.5 Individuelle Auswirkungen auf die ostdeutsche Ärzteschaft

Die Veränderungen auf Makro- und Mesoebene betrafen die Ärzteschaft auch auf der persönlichen, mikrostrukturellen Ebene, da die Veränderungen unmittelbaren Einfluss auf

ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen hatten und sich die Ärzte individuell an die neuen Gegebenheiten anpassen mussten. Daher wird im folgenden Abschnitt ein Blick auf die Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen auf die Ärzteschaft geworfen.

### 1.5.1 Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen auf die Ärzteschaft

Auch wenn eine Fristverlängerung der Zulassung der Polikliniken durch den Einigungsvertrag nicht ausgeschlossen war und später eine Aufhebung dieser Befristung<sup>17</sup> erfolgte (vgl. Roth 2009 b: A 1246), zeigte diese Regelung der zunächst vorgesehenen Befristung der Polikliniken bis 1995<sup>18</sup> doch die vorgesehene weitere Entwicklung der ambulanten Versorgung in Ostdeutschland an – in welcher es allerdings Spielraum gegeben hätte und die nicht in dieser Geschwindigkeit hätte ablaufen müssen (vgl. Wasem 1995: S. 294). Wider Erwarten verlief die Systemumstellung auf das westdeutsche ambulante System sehr schnell:

*„Ende 1991 [...] waren bereits mehr als 75 v.H. der zuvor in Polikliniken beschäftigten Ärzte in der Niederlassung, schon Ende 1993 übten weniger als 5 v.H. der ambulant tätigen Ärzte ihren Beruf im Angestelltenverhältnis an einer Poliklinik aus.“ (Wasem 1995: S. 294)*

Diese Geschwindigkeit war auch bemerkenswert, da noch Anfang 1990 nur eine „Minderheit der Ärzte“ (Wasem 1995: S. 299) den Gang in die Niederlassung anstrebte. Als Grund für diese große Niederlassungswelle lässt sich zum einen eine positive Neubeurteilung des westdeutschen Gesundheitssystems durch ostdeutsche Ärzte vermuten (als Resultat des Kontaktes zu westdeutschen Ärzteverbänden) (vgl. ebd.: S. 299-300). Zum anderen kann angenommen werden, dass viele Ärzte die Vorgaben des Einigungsvertrags mit einer Befristung des Fortbestehens der Polikliniken als gegeben hinnahmen, den Spielraum nicht sahen und ihnen das auch durch Ärzteverbände so vermittelt wurde oder sie gar durch Kündigung ihres Anstellungsverhältnisses an einer Poliklinik zum schnellen Übergang in die Niederlassung gezwungen wurden (vgl. ebd.: S. 300). Gerade Ärzte, die ursprünglich nicht vorgehabt hatten, in die Niederlassung zu gehen, gaben als Gründe für ihren Gang in die Niederlassung solche (wahrgenommenen) externen Zugzwänge an (vgl. ebd.: S. 307). Die

---

<sup>17</sup> Die ursprüngliche Befristung des Bestehens von Polikliniken bis 1995 wurde Ende 1992 aufgehoben, d.h. formal konnten die zu diesem Zeitpunkt noch bestehenden Polikliniken auch nach 1995 weiter betrieben werden (vgl. Wasem 1997: S. 273). Jedoch hatte sich zu diesem Zeitpunkt bereits die Niederlassung als Leitmodell ambulanter Versorgung durchgesetzt (vgl. ebd.).

<sup>18</sup> Vgl. Einigungsvertrag 1990, Anl. 1, Kap. VIII, Sachgebiet G, Abschnitt II, zu §311 (2), 1990, BGBl. S.1050, siehe auch 1.3.1

deutliche Veränderung im ambulanten Sektor wird in den folgenden beiden Abbildungen veranschaulicht: während Ende 1989 nur 2% der ambulant tätigen Ärzte in der Niederlassung tätig waren, dagegen der überwiegende Teil in Polikliniken und anderen staatlichen Einrichtungen des ambulanten Versorgungssystems der DDR tätig war, waren Ende 1994 97% der Ärzte niedergelassen und nur 3% waren in den noch bestehenden staatlichen ambulanten Einrichtungen wie z.B. Polikliniken (den sogenannten 311er-Einrichtungen<sup>19)</sup><sup>20</sup> tätig (vgl. Merten und Gerst 2006: S. 454).

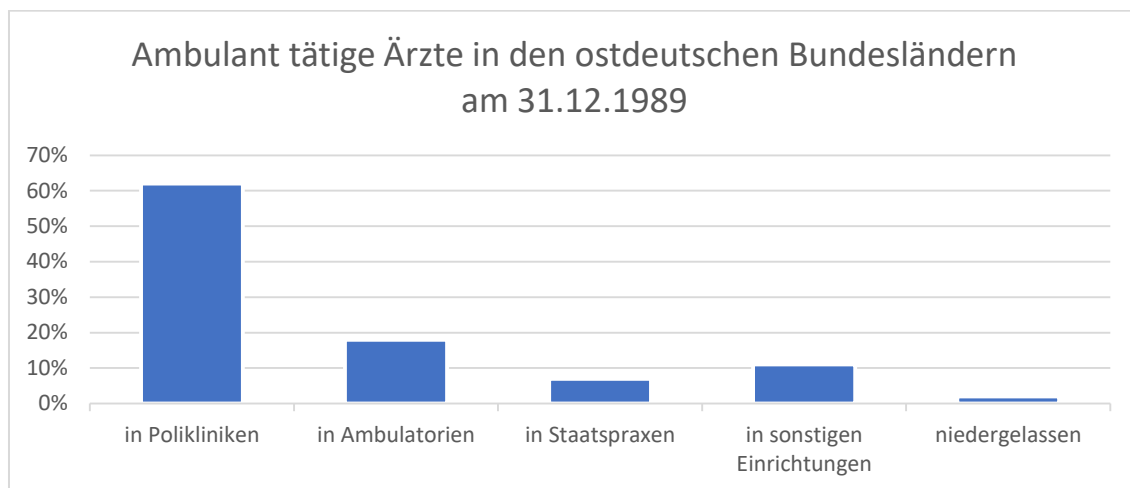


Abbildung 1.1: Ambulant tätige Ärzte in Ostdeutschland 1989 (übernommen aus Merten und Gerst 2006: S. 454)<sup>21</sup>

<sup>19</sup> Sog. 311er-Einrichtungen waren Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 a.F. in Kapitel 12 des SGB V "Übergangsregelungen aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands". Diese Einrichtungen wurden ab 2004 formal den MVZ gleichgestellt (vgl. Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - integrierte Versorgung e.V. (2017): *Nur auf den ersten Blick sind alle gleich... Die DDR-Polikliniken haben als sogenannte 311er Bestand. Online verfügbar unter <https://www.bmvz.de/presse/journalisten/%c2%a7%c2%a795-311-105-systematik/#311>, zuletzt geprüft am 15.01.2020.*), siehe jetzt § 400 SGB V. Das 12. Kapitel und der § 311 SGB V sind inzwischen anders belegt.

<sup>20</sup> Siehe hierzu auch Einigungsvertrag 1990, Anl. 1, Kap. VIII, Sachgebiet G, Abschnitt II, zu §311 (2), 1990, BGBl. S.1050, siehe auch 1.3.1

<sup>21</sup> Merten, Martina; Gerst, Thomas (2006): Wende im DDR-Gesundheitswesen 1989/90. Vom Westen viel Neues. In: Deutsches Ärzteblatt (10), S. 451-454.

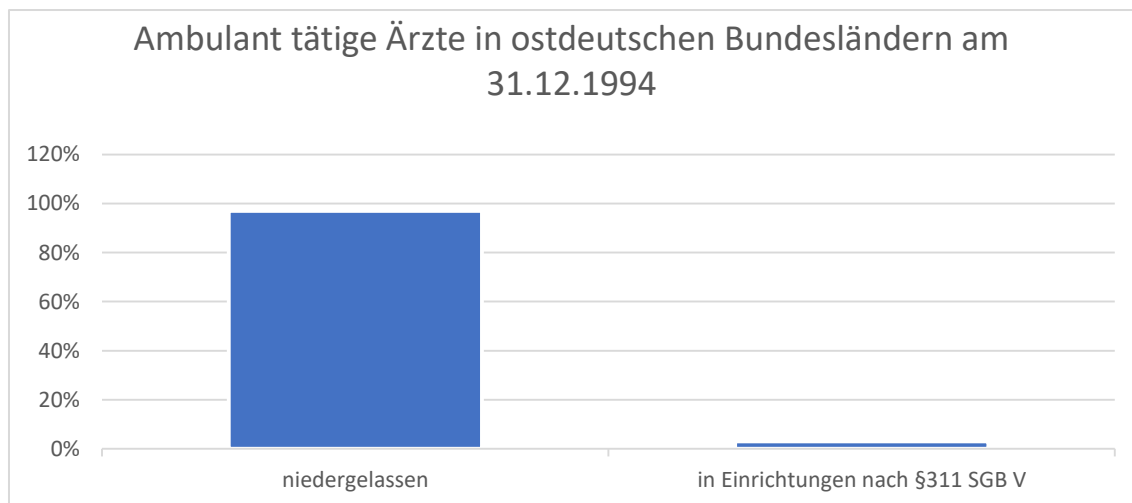


Abbildung 1.2: ambulant tätige Ärzte in Ostdeutschland Ende 1994 (übernommen aus Merten und Gerst 2006: S. 454<sup>22</sup>)

### 1.5.2 Wahrnehmung der Veränderungsprozesse von 1990 bis 2017 in der ostdeutschen Ärzteschaft

In einer Untersuchung (Wasem 1997) wird die hohe Dynamik der Umbauprozesse im ambulanten Gesundheitswesen nach der Wende mit Blick auf Steuerungsversuche und Eigendynamik der Prozesse untersucht (vgl. Wasem 1997: S. 24). Dabei findet auch die Perspektive der Ärzteschaft Berücksichtigung. Die qualitative Erhebung dieser Untersuchung beruht neben Dokumentenanalyse und zwei Anfang 1991 in Polikliniken durchgeführten Gruppendiskussionen zum Transformationsprozess<sup>23</sup> auf knapp 40 Experteninterviews, die zwischen 1991 und 1993 unter anderem mit Vertretern von Bundes- und Landesministerien, Kommunen und Verbänden durchgeführt wurden (vgl. Wasem 1997, S. 32). Es wurden ferner vorhandene Datensätze von kassenärztlicher (Bundes-)Vereinigung und eine schriftliche Befragung der ostdeutschen Kommunen 1992 – 1993 ausgewertet, sowie Daten aus drei verschiedenen Ärztebefragungen ostdeutscher Ärzte für die Fragestellung der Untersuchung genutzt (nämlich die Befragung von Felsch et al. im Bezirk Halle 1990 (siehe unten), >>Arztbarometer 1990<< und >>Arztbarometer 1991<<) (vgl. Wasem 1997, 32-35). Außerdem wurden auch einige schriftliche Patientenbefragungen berücksichtigt (vgl. Wasem

<sup>22</sup> Merten, Martina; Gerst, Thomas (2006): Wende im DDR-Gesundheitswesen 1989/90. Vom Westen viel Neues. In: Deutsches Ärzteblatt (10), S. 451-454.

<sup>23</sup> In meiner Studie wird der Begriff der „Transformation“ als Überbegriff für die Wandlungsprozesse in der DDR und dem Ostblock verwendet.

1997, S. 35-36). Ergebnisse dieser Studie sind vielfältig, im Einführungsteil wurden bereits einige Analysen Wasems aufgegriffen (vgl. 1.3.4). Im Folgenden beziehe ich mich nur auf einige zentrale Aussagen aus den Ärztebefragungen dieser Untersuchung. Im Herbst 1990 bewertete die Mehrheit der Ärzte das ostdeutsche Gesundheitssystem als defizitär (vgl. Wasem 1997, S. 178). Hierbei zeigte sich ein wahrgenommener Mangel eher in der Ressourcenausstattung, weniger in der fachlichen Ausbildung der Ärzte (vgl. ebd.: S. 178-179). Das Dispensaire-System und die ambulant-stationäre Verzahnung wurden größtenteils als erhaltenswert angesehen (vgl. ebd.: S. 179). Die Arbeitszufriedenheit insgesamt wurde 1990 eher als negativ eingestuft (vgl. ebd.: S. 180). Die Kontakte zu Kollegen, Vorgesetzten und mittlerem medizinischen Personal wurden überwiegend positiv gesehen (vgl. ebd.: S. 180-181). Hingegen ambivalent wurde die Arbeitsbelastung eingeschätzt: dies betreffe nicht die eigentlich ärztliche Tätigkeit, jedoch seien die hinzugekommenen Verwaltungsaufgaben herausfordernd und belastend (vgl. ebd.: S. 181). Eindeutig negativ wird die Vergütung wahrgenommen: gut 90% der befragten Ärzte sahen sich als relativ unterbezahlt im Vergleich zu anderen Berufsgruppen an (vgl. ebd.).

Im Frühjahr 1990 wurden im Bezirk Halle mehr als 1500 Ärzte zu ihren Erwartungen und Meinungen bzgl. des neuen Gesundheitssystems in Ostdeutschland befragt (schriftliche Befragung). Ergebnisse stellten Felsch et al. (Felsch et al. 1991) zusammenfassend dar<sup>24</sup>. Auf Grundlage dieser Daten gab es eine detaillierte Untersuchung mit gezieltem Blick auf die Erwartungen und Meinungen der befragten Ärzte zur Niederlassung (Wilhelm et al. 1993).<sup>25</sup>

In die Untersuchung wurden 3,5 % aller DDR-Ärzte einbezogen (vgl. Felsch et al. 1991: S. 72). Als erhaltenswerte Elemente des DDR-Gesundheitswesens nannten sie die Dispensaire- und Präventionsmaßnahmen, Polikliniken und Ambulatorien (vgl. ebd.). Durch den Einfluss der BRD wünschten sich viele der befragten Ärzte eine Verbesserung der medizintechnischen Ausstattung, die Möglichkeit zur freien Niederlassung und das entsprechende Niederlassungssystem und eine leistungsorientierte Vergütung (vgl. ebd.). Abgelehnt wurde eine Überkommerzialisierung in der Medizin (vgl. ebd.). Ein Drittel der befragten Ärzte sah optimistisch auf die berufliche Zukunft, ein Drittel zeigte sich ambivalent zur beruflichen

---

<sup>24</sup> vgl. auch Wilhelm et al. 1993: S. 146-147

<sup>25</sup> Wilhelm et al. berichten also vertiefend (mit besonderem Blick auf die Erwartungen und Meinungen zur Niederlassung) aus derselben Untersuchung wie Felsch et al.

Zukunft, ein Drittel zeigte sich beunruhigt oder wollte abwarten (vgl. ebd.: S. 73.). Ärzte, die den Gang in die Niederlassung anstrebten, erwarteten autonomes Arbeiten, Unabhängigkeit, leistungsgerechte Vergütung und Selbstentfaltung (vgl. ebd.: S. 74). Außerdem äußerten die Ärzte für den Gang in die Niederlassung den Wunsch nach einem verbesserten sozialen Ansehen in der Bevölkerung (Anerkennung durch die Patienten und höhere Vergütung), die Hoffnung auf einen gesicherten Arbeitsplatz durch den Gang in die Niederlassung, sowie die Hoffnung nach besseren technischen und diagnostischen Möglichkeiten (vgl. Wilhelm et al. 1993: S. 158-159). Für die Patienten wünschten sich die Ärzte eine bessere Versorgungsqualität und ein engeres Arzt-Patienten-Verhältnis mit höherer Patientenzufriedenheit (vgl. Felsch et al. 1991: S.74). Die Kenntnisse zum grundsätzlichen medizinischen Handeln und zum Umgang mit den Patienten wurden von den Befragten als ausreichend betrachtet, Wissenslücken sahen die Befragten im rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Gebiet (vgl. ebd.). Damalige Erwartungen können im Spiegel des Erlebten meiner Interviewpartner betrachtet werden.

In einer gemischt-qualitativen-quantitativen Studie befragte Lützenkirchen Ärztinnen aus dem Raum Cottbus im Jahre 1997 gezielt zu den Transformationsprozessen des Gesundheitswesens nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland und zu den für sie individuellen beruflichen Veränderungen (Lützenkirchen 1998). Da viele Ärztinnen im ambulanten Bereich tätig waren, betraf sie die Umstrukturierung des ambulanten Gesundheitswesens in besonderer Weise (vgl. ebd.: S. 127).

Die Befragten erkannten positiv an, dass die technischen, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, auch im ambulanten Bereich, sich nach der Wende deutlich verbessert hätten (vgl. ebd.: S.129-130). Auch die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung sahen sie im neuen System als deutlich positiv an (vgl. ebd.: S. 131). Einen höheren Konkurrenzdruck im ambulanten Bereich zwischen niedergelassenen Ärzten nahmen sie einerseits als Herausforderung wahr, andererseits begrüßten sie eine hierdurch verbesserte Qualität der medizinischen Versorgung (vgl. ebd.: S.130). Den Umgang mit neuen Medizintechnologien im stationären Setting nahmen sie als Bereicherung, aber auch als stressige Herausforderung wahr (vgl. ebd.: S.137).

Auf der anderen Seite standen viele negative Wahrnehmungen, die sich in der Studie abbilden (vgl. ebd.: S. 129-137): Eine besondere Herausforderung sei die mit der



Niederlassung einhergehende höhere Arbeitsbelastung gewesen (durch vermehrte bürokratische Tätigkeiten), die gerade die Doppelrolle von Ärztin und Mutter deutlich erschwert habe. Der Gang in die Niederlassung sei von vielen Ärztinnen als alternativloser Zwang erlebt worden. Sie seien - auch durch die neuen wirtschaftlichen Anforderungen - chronisch belastet gewesen. Auch für stationär tätige Ärztinnen sei das Arbeitspensum deutlich gestiegen. Beklagt wurde ferner die gestiegene Anspruchshaltung der Patienten, ein zunehmender Egoismus im kollegialen Miteinander sowohl ambulant als auch stationär – hier mit der zusätzlichen Angst, entlassen zu werden, die Wahrnehmung nur weniger Hilfestellungen beim Gang in die Niederlassung, der Wegfall der Dispensaire-Einrichtungen und eine mit den verbesserten technischen, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einhergehende Überversorgung. Bei einem insgesamt von außen gesehen erfolgreich abgeschlossenen Transformationsprozess im Gesundheitswesen stünden die Ärztinnen emotional noch immer unter Druck und seien durch die Transformationsprozesse und ihre Folgen weiterhin belastet (vgl. ebd.: S. 143).

Den damaligen Wahrnehmungen der Ärztinnen aus dem Raum Cottbus können im Rahmen dieser Studie in einigen Bereichen die Wahrnehmungen von Ärztinnen und Ärzten aus Sachsen-Anhalt knapp zwanzig Jahre später gegenübergestellt werden.

In einer weiteren kombiniert qualitativ-quantitativen Studie untersuchte Lützenkirchen mittels einer Fragebogenerhebung (mit besonderer Berücksichtigung der Geschlechtsspezifität) und mittels qualitativer Tiefeninterviews mit Magdeburger Ärztinnen und Ärzten die Veränderungen der medizinischen Versorgung in Ostdeutschland nach der Wende aus deren Perspektive und erarbeitete aus den Erfahrungen der Magdeburger Ärztinnen und Ärzte Vorschläge für eine Reform des Gesundheitswesens (Lützenkirchen 2001).

Neben einem Blick auf die Vor- und Nachteile von BRD- und DDR-Gesundheitswesen, auch mit geschlechtsspezifischen Auswirkungen und Auswirkungen auf das Auftreten von Krankheiten (vgl. ebd.: S. 122-171), untersuchte sie in der Fragebogenerhebung die wahrgenommenen Veränderungen im ärztlichen Beruf (vgl. ebd.: S. 171 ff.). Die Veränderungen innerhalb des Gesundheitswesens wurden von einem Drittel der Befragten als überwiegend positiv, von einem anderen Drittel als überwiegend negativ und von einem weiteren Drittel als unentschieden beurteilt (vgl. ebd.: S. 185). Bei den überwiegend

positiven Wahrnehmungen wurden verbesserte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, das eingeführte Leistungsprinzip, das höhere Einkommen, die stärkere Autonomie (von Ärzten und Patienten) und die besseren Fortbildungsmöglichkeiten genannt (vgl. ebd.: S. 186). Bei den überwiegend negativen Wahrnehmungen wurden die Existenzangst durch finanzielle Unsicherheiten, die Ökonomisierung der Medizin, der Konkurrenzkampf, der hohe Anteil an nicht-medizinischen Tätigkeiten und die damit verbundene Reduktion der Zeit mit den Patientinnen und Patienten, die Begrenzungen der ärztlichen Autonomie durch die Gesundheitsgesetzgebung und Vorschriften der Krankenkassen, die reduzierte Freizeit, die Degradierung zum Arzt als Dienstleister und die Bürokratisierung der Medizin kritisiert (vgl. ebd.: S. 186-187).

Ergänzt werden die mannigfaltigen Ausführungen aus der Fragebogenerhebung<sup>26</sup> noch durch die Interviewerhebung. Die Befragten beschreiben in den Interviews eine Verbesserung der Beziehungsqualität zwischen Arzt und Patient im ambulanten Bereich des neuen Gesundheitssystems (vgl. ebd.: S.238-239). Viele der Ärztinnen und Ärzte haben sich mit der neuen Finanzierung des ambulanten Gesundheitswesens und mit ihrer neuen unternehmerischen Rolle in der Niederlassung schwergetan – sie haben sich damit arrangiert, zeigten sich aber nicht zufrieden mit dieser Rolle, da es ihren eigenen Vorstellungen widerspreche und viele ethisches ärztliches Handeln und Unternehmertum eigentlich für unvereinbar hielten (vgl. ebd.: S. 256). Dies führe sogar zu finanziellen Nachteilen, da manche Ärztinnen und Ärzte sich schämten, bestimmte Leistungen abzurechnen (vgl. ebd.: S. 289). Daneben mache den Befragten die finanzielle Unsicherheit durch den Gang in die Niederlassung, unklare Einkünfte und die notwendige Abzahlung von Krediten zu schaffen (vgl. ebd.: S. 257).

Die damalige Erhebung (durchgeführt im Jahr 1998) kann ebenfalls den Ergebnissen meiner Studie gegenübergestellt werden.

## 1.6. Zielsetzung und Vorgehensweise dieser Studie

Bislang ist insgesamt wenig in der Literatur dazu beschrieben, wie die Ärzte individuell die Umgestaltungsprozesse im Gesundheitswesen erlebten und gestalteten, wobei für das

---

<sup>26</sup> Laut Lützenkirchen beinhaltete bereits die Fragebogenerhebung teilweise offene Fragen und die Fragebögen seien sehr ausführlich von den Befragten ausgefüllt worden, sodass bereits in der Fragebogenerhebung eine Nähe zu qualitativem Datenmaterial bestand (vgl. Lützenkirchen 2001: S. 108).

Verständnis der Prozesse die individuelle Sichtweise der ostdeutschen Ärzteschaft wichtig ist:

*„Dazu gehört, dass der Osten unverstanden bleibt, wenn man ihn nur im Hohlspiegel des Westens analysiert, nicht im Eigensinn der Kultur und Mentalitäten vor Ort.“* (Mau 2020, S. 16)

Anliegen dieser Arbeit ist es daher, die Sichtweisen berufstätiger Ärzte auf die Umgestaltungsprozesse im Gesundheitswesen Sachsen-Anhalts ab 1990 darzustellen und zu reflektieren:

Welche Konsequenzen brachten die Umstrukturierungsprozesse des Gesundheitswesens in dem neuen ostdeutschen Bundesland Sachsen-Anhalt mit sich? Wie nahmen die Ärzte diese Prozesse wahr? Vor welchen Herausforderungen und Chancen standen sie und wie gingen sie damit um?

Diese Fragen wurden im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie mit insgesamt 10 Ärzten, die alle (mindestens einen Teil des Zeitraums) im Zeitraum zwischen 1989 und 1994 tätig waren, beleuchtet. Die Interviews wurden mit der Methode der Inhaltsanalyse qualitativ ausgewertet. Die Studie lässt sich durch ihre Thematik schwerpunktmäßig der medizinsoziologischen Versorgungsforschung zuordnen und grenzt an andere Forschungsgebiete wie z.B. die Transformationsforschung. Verwandt ist diese Forschungsarbeit auch mit der Analyse der Anpassungsleistungen von Ärzten, die aus der ehemaligen Sowjetunion auswanderten. Sie mussten ihre professionelle Identität in neuer Umgebung erneut begründen – Zulassung zur Profession, Arbeit in einem neuen System, einer neuen Sprache und einer neuen Kultur (Shuval 2000)<sup>27</sup>. Diese ärztlichen Migranten standen damit vor noch komplexeren Herausforderungen als Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf in Sachsen-Anhalt unter veränderten Rahmenbedingungen weiterführten.

Im folgenden Kapitel wird zunächst die Methodik der Studie dargestellt (Kapitel 2), dann werden im Anschluss die Ergebnisse erläutert (Kapitel 3), wobei sich hier drei große Themenbereiche herausgestellt haben, nämlich Wendeprozesse (3.1), Auswirkungen auf Funktionsbereiche des Gesundheitswesens (3.2) und Auswirkungen auf ärztliche

---

<sup>27</sup> Shuval, Judith T. (2000): The reconstruction of professional identity among immigrant physicians in three societies. In: *Journal of Immigrant Health* 2 (4), S. 191–201.

professionelle Tätigkeit und Arbeitsbeziehungen (3.3). Zuletzt werden in der Diskussion (Kapitel 4) nach Zusammenfassung der Ergebnisse (4.1) einige Themenkomplexe, die im Ergebnisteil angesprochen wurden, im Spiegel anderer Literatur und im Spiegel theoretischer Modelle betrachtet. Hier wenden wir uns zunächst den Rahmenbedingungen nach der Wende zu (4.2), dann der Ökonomisierung der Medizin (4.3), im Anschluss den Evaluierungsprozessen (4.4), der Arztrolle in der Wende (4.5) und abschließend der Methodendiskussion (4.6).

## 2. Material und Methoden

Diese Studie untersucht die Perspektive von Ärzten auf die Transformationsprozesse im Gesundheitssystem in Sachsen-Anhalt nach der Wende. Hierfür wurde eine Studie mit insgesamt 10 qualitativen Leitfaden-Interviews mit Ärzten durchgeführt.

Qualitative Forschung zielt darauf ab, die Sichtweisen von Subjekten im Detail zu erfassen (vgl. Flick, Kardoff und Steinke 2008: 17):

*„Fragen der statistischen Verteilung können in qualitativen Studien nicht behandelt werden. Stattdessen geht es darum, die Strukturiertheit des Phänomens und das Spektrum seiner Ausprägungen zu erfassen.“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010: 176)*

Gerade die Forschungsfrage, wie Ärzte in Sachsen-Anhalt die Transformationsprozesse im Gesundheitswesen nach der Wende wahrgenommen und mitgestaltet haben, eignet sich für ein solches verstehendes Erkenntnisinteresse mit einem qualitativen Forschungsdesign (Gütekriterium der „Indikation des qualitativen Vorgehens“ (Steinke 2008: 326 f.)).

Jedes Interview bestand aus einem berufsbiographisch-narrativen Stimulus (Schütze 1983) und einem anschließenden Leitfadenabschnitt (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010) mit gezielten Fragestellungen zu den Transformationsprozessen im Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt nach der Wende. Die so gewonnenen Interviewdaten wurden auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2007) ausgewertet.

Die Inhaltsanalyse ist geeignet, da sie insbesondere zur Auswertung größerer Text- und Datenmengen angewandt und das Material theoriegeleitet auf wesentliche Aussagen reduziert werden kann:

*„Inhaltsanalyse eignet sich immer dann, wenn es um größere Materialmengen geht und eine systematische, generalisierende Auswertung im Vordergrund steht. Wenn allerdings stärker die Tiefenstrukturen des Textes angestrebt werden, zeigen sich die Grenzen.“ (Mayring 2010: 611)*

Entsprechend wird hierdurch dem Gütekriterium der „intersubjektiven Nachvollziehbarkeit“ (Steinke 2008: 324 ff.) durch „Dokumentation des Forschungsprozesses“ (ebd.) und durch „Anwendung kodifizierter Verfahren“ (Steinke 2008: 326) entsprochen.

Die Vorgehensweise in der Datenerhebung (Kapitel 2.1), im Feldzugang und Sample (Kapitel 2.2) und in der Datenauswertung (Kapitel 2.3) wird im Folgenden detailliert dargestellt. Sowohl der Datenerhebungs- als auch der Auswertungsprozess wurden durch regelmäßige Diskussionen des Interviewmaterials im Forschungskolloquium des ISMG (Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, früher: Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie) fortlaufend begleitet. Außerdem wurden zwei Interviews im Rahmen des ZSM<sup>28</sup>-Methodenworkshops vorgestellt und methodisch und inhaltlich diskutiert. Hierdurch konnten die Erkenntnisse im Forschungsprozess im Sinne der „intersubjektiven Nachvollziehbarkeit“ (Steinke 2008: 324) stetig diskursiv überprüft werden (vgl. ebd. 324-326).

## 2.1 Datenerhebung: Offenes Leitfadeninterview mit berufsbiographisch-narrativem Einstieg

Jedes Interview bestand aus zwei Abschnitten: einem berufsbiographisch-narrativem Intervieweinstieg und im zweiten Abschnitt einem offenen Leitfadeninterview.

### 2.1.1 Berufsbiographisch-narrativer Intervieweinstieg

Der berufsbiographisch-narrative Intervieweinstieg diente dazu, initial den Interviewpartner besser kennen zu lernen und anschließende Aussagen im Spiegel der erlebten Berufsbiographie besser verstehen zu können. Durch die Narration sollten außerdem Hintergrundinformationen in Erfahrung gebracht werden, die ansonsten womöglich nicht angesprochen worden wären. Diese Methode stützt sich auf Schützes Theorie zu Stegreiferzählungen (Schütze 1976), wonach die Interviewpartner aufgefordert werden, Ereigniszusammenhänge, in die sie selbst als Handelnde involviert waren, in ihrem Ablauf und nach ihrem Erleben zu erzählen. Dabei kommen die sog. „Zugzwänge des Erzählens“ (Schütze 1976: 225) zum Wirken (vgl. Schütze 1976: 224-225, siehe auch Bohnsack 2007: 92-94). Diese befördern, dass Erzählungen in Ihrer Form möglichst geschlossen sowie entsprechend der subjektiven Erlebensperspektive notwendig detailliert und gerafft sind. Aufgrund des „Gestaltschließungszwanges“ (Schütze 1976: 224) muss die Erzählung so aufgebaut werden, dass sie in ihrer Form auf den Zuhörer abgeschlossen wirkt (vgl. Bohnsack 2007: 93). Aufgrund begrenzter Erzählzeit muss der Erzähler sich beim „Kondensierungszwang“ auf das „Ereignisgerüst“, also die notwendigen Rahmendaten in

---

<sup>28</sup> ZSM= Zentrum für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung an der Universität Magdeburg

einer Erzählung beschränken (Schütze 1976: 224). Der „Detaillierungszwang“ (Schütze 1976: 225) beruht darauf, dass der Erzähler Ereignisse in einer bestimmten (erlebten) Reihenfolge schildert und die Lücken zwischen „Ereignisknotenpunkten“ (ebd.) mit Erläuterungen zum besseren Verständnis einer Erzählung füllt. In Folge dieser drei von Schütze festgestellten „Zugzwänge“ können auch Informationen im Rahmen einer vertrauensbasierten Interviewsituation weitergegeben werden, die ein Erzähler ansonsten vermeiden würde, weiterzugeben:

*„Der Erzähler von unvorbereiteten Stegreif-Erzählungen eigenerlebter Erfahrungen ist getrieben, auch über Ereignisse und Handlungsorientierungen zu sprechen, über die er es aus Schuld- bzw. Schambewußtsein oder auf Grund seiner Interessenverflechtung in normalen Gesprächen und konventionellen Interviews vorzieht zu schweigen.“ (Schütze 1976: 225)*

Der formale Aufbau des biographisch-narrativen Interview-Einstiegs ist dreigliedrig (vgl. Schütze 1983: 283-293): Er beginnt mit dem ersten Hauptteil, bestehend aus einer berufsbiographisch-orientierten Erzählaufforderung und Anfangserzählung. Danach folgt der zweite Hauptteil mit Nachfragen zu dieser Anfangserzählung. Zuletzt folgt der dritte Hauptteil mit einer Aufforderung zur abschließenden Abstraktion und Deutung der Erzählung (vgl. Schütze 1983: 283-293).

### 2.1.2 Offenes Leitfadeninterview

Das von Schütze beschriebene Narrative Interview lässt im Anschluss an die erläuterten Phasen einen thematisch fokussierten Interviewabschnitt zu. Dieser wurde hier in der Methode des offenen Leitfadeninterviews realisiert.

Offene Leitfadeninterviews (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010) eignen sich für Bereiche mit einer verhältnismäßig eng umrissenen Fragestellung (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010: 140). Da im zweiten Teil der Studie die Umstrukturierungsprozesse im Gesundheitswesen nach der Wende 1990 untersucht werden sollten, ist diese Erhebungsmethode dem Erkenntnisinteresse angemessen und entspricht dem Gütekriterium qualitativer Forschung der „Indikation der Methodenwahl“ (Steinke 2008: 327). Auch das Leitfadeninterview geht von einem Aufbau der Interviewfragen von einem offenen zu einem geschlossenen Modus aus. Damit folgt es dem „Kriterium der Offenheit“ und dem „Kriterium der Spezifität“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010: 140f). Dem Erzähler soll die Möglichkeit gegeben werden,

innerhalb vorgegebener Themen eigene Schwerpunkte zu setzen und Hinweise auf weitere, noch nicht in der Forschung und Erhebungsinstrument enthaltene Themen zu geben („Kriterien der Kontextualität und der Relevanz“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010: 141).

Das Leitfadeninterview wurde gemäß der Prämisse „der Leitfaden dient dem Interview und nicht das Interview dem Leitfaden“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010: 142) durchgeführt. Der Leitfaden diente als Orientierung in der Durchführung des zweiten Interviewabschnitts, ohne eine zu statische Fragenreihenfolge vorzugeben. Auf diese Weise wurde Flexibilität in den jeweiligen Interviewverläufen entlang der Relevanzsetzungen der Interviewpartner ermöglicht.

Folgende Forschungsfragen wurden im Leitfaden umgesetzt: Welche Auswirkungen hatten die Wende-Ereignisse auf das eigene berufliche Selbstverständnis? Wie erlebten und nahmen die Befragten mögliche Berufstätigkeiten im Angestelltenverhältnis und der Niederlassung in eigener Praxis wahr? Wie änderten sich die medizinischen Versorgungsstrukturen? Welche Auswirkungen ergaben sich hinsichtlich der Versorgungsqualität der Bevölkerung? Welche damaligen gesundheitspolitischen Erwartungshaltungen werden geschildert? Wie schätzen die Befragten die aktuelle Situation in der Gesundheitsversorgung ein?

Die forschungsleitenden Fragestellungen wurden in einen Interviewleitfaden überführt, der sich in die folgenden vier Blöcke (A-D) gliedert:

A: Selbsteinschätzung der Situation zu Beginn der Transformationsprozesse

B: Konsequenzen, die sich für die eigene Situation durch die Transformationsprozesse ergeben haben

C: Konsequenzen, die sich für andere (Kollegen, Patienten) durch die Transformationsprozesse ergeben haben

D: Abschließende Beurteilung im Sinne eines persönlichen Fazits der Transformationsprozesse und Ausblick auf künftige Veränderungsprozesse

Der detaillierte Leitfaden einschließlich des berufsbiographisch-narrativen Erzählstimulus ist dem Anhang beigefügt (siehe Anlage I).



## 2.2 Feldzugang und Sample

Es wurden insgesamt zehn Interviews im Zeitraum 2014 bis 2017 durchgeführt. Im Folgenden werden die Samplingstrategie (Auswahlkriterien, Feldzugang, Rekrutierung), das realisierte Sample sowie die Interviewsituationen beschrieben.

### 2.2.1 Auswahlkriterien

Ein durch Vorannahmen geprägter Auswahlprozess führte zu dem im Kapitel 2.2.2 beschriebenen Sample. Das Vorwissen über das Gesundheitssystem aus der vorangegangenen Literaturrecherche leitete die Samplingentscheidungen im Forschungsprozess. Ziel war es, ein möglichst weites „Spektrum“ an Biographien und Wahrnehmungen in der Studie abzubilden. Angestrebt war, Variation hinsichtlich der Tätigkeitsfelder und Verläufe zu erfassen. Daher wurde vor Beginn der Erhebung eine Matrix zur Vorstrukturierung des Samples entwickelt (Tab. 2.1):

	Krankenhaus (Ende 1994 <sup>29</sup> )	Niederlassung (N.) (Ende 1994)	2004 oder später: Med. Versorgungszentrum (MVZ)
Krankenhaus (KH) (10/1989 <sup>30</sup> )	<i>Im KH geblieben</i>	<i>Vom KH in die N. gewechselt</i>	<i>Vom KH in ein MVZ gewechselt</i>
Niederlassung (N.) (10/1989)	<i>Von der N. in ein KH gewechselt</i>	<i>In der N. geblieben</i>	<i>Von der N. in ein MVZ gewechselt</i>
Poliklinik (P.) (10/1989)	<i>Von der P. in ein KH gewechselt</i>	<i>Von der P. in die N. gewechselt</i>	<i>Von der P. in ein MVZ gewechselt</i>
Tätigkeit in einer kirchlichen Einrichtung (10/1989)			

Tabelle 2.1: Vorstrukturierung des Samples nach dem beruflichen Tätigkeitsfeld vor und nach der Wende

Unterschiedliche Tätigkeitsfelder der interviewten Ärzte vor und nach den Umstrukturierungsprozessen im Gesundheitswesen waren deshalb interessant, weil durch die Entwicklungen im ambulanten und stationären Bereich nach der Wende stattgefundenen strukturelle Veränderungen und die Umgangsweise damit untersucht werden sollten. Die

<sup>29</sup> Ende 1994 wurde als zeitlicher Marker deshalb gewählt, weil in diesem Zeitraum nur noch drei Prozent der ambulant tätigen Ärzte in Polikliniken arbeiteten und der Großteil der Umstrukturierungsprozesse abgeschlossen war (vgl. Wasem 1997: 86)

<sup>30</sup> Oktober 1989 wird hier deshalb angegeben, weil dieser Monat zeitnah zur friedlichen Revolution und den darauffolgenden Einigungsprozessen liegt, die Grenzöffnung und die mit der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland verbundenen Umstrukturierungsprozesse zu dieser Zeit aber noch nicht stattgefunden hatten.

Matrix wurde als Orientierung im Such- und Rekrutierungsprozess der Interview-Partner verwendet. Es wurde nicht erwartet, tatsächlich in allen Kategorien einen Interviewpartner finden zu können. Anzunehmen war eher, dass ein Arzt, der in der DDR bereits in der Niederlassung war, wahrscheinlich weniger daran interessiert gewesen war, nach der Wende seine Praxis aufzugeben und in einem Krankenhaus tätig zu sein. Es wurden außerdem gezielt Interviewpartner gesucht, die vor der Wende in einer kirchlichen Einrichtung ärztlich tätig waren, da kirchliche Krankenhäuser in der DDR eine Sonderstellung hatten, ihre Trägerschaft außerhalb des staatlichen Systems lag und die Struktur solcher Einrichtungen den westdeutschen Krankenhäusern ähnelte (vgl. 1.2.1 c)).

Bei Aspekten wie unterschiedlichen Fachrichtungen, Geschlechtern, Wohnorten wurde ebenfalls Variation angestrebt.

### 2.2.2 Sample

Es wurden zwischen 2014 bis 2017 insgesamt 10 Ärztinnen und Ärzte interviewt, die zum Forschungszeitraum (1989-1994) in Sachsen-Anhalt ärztlich tätig waren, davon 3 Frauen und 7 Männer. Zum Zeitpunkt der Interviews waren die Interviewpartner zwischen 55 und Anfang 80 Jahre alt. Die Hälfte der Befragten war noch berufstätig, die andere Hälfte bereits im Ruhestand.

Die Spanne der Positionen zur Zeit der Wende reichte von einer assistenzärztlichen Tätigkeit bis hin zu einer Tätigkeit in leitender Position. Als Fachgebiete waren Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Anästhesie, sowie Gynäkologie und Geburtshilfe vertreten. Zum Zeitpunkt der Wende waren die interviewten Ärzte überwiegend im Krankenhaus und in der Poliklinik tätig, ein Arzt war bereits zu diesem Zeitpunkt in eigener Niederlassung tätig. Am Ende des Untersuchungszeitraums 1994 waren von den interviewten Ärzten insgesamt 5 Ärzte in der eigenen Niederlassung tätig. Ein Arzt nahm innerhalb des Forschungszeitraums eine nicht-ärztliche Tätigkeit auf. Eine Interviewpartnerin war während des Forschungszeitraums in Elternzeit und dadurch nicht im gesamten Forschungszeitraum ärztlich tätig. Die interviewten Ärzte waren im ländlichen Bereich (weniger als 5000 Einwohner), in einer Mittelstadt (zwischen 20.000 und 100.000 Einwohner) oder in einer Großstadt ärztlich tätig.

<b>Interviewte Ärzte (N=10)</b>	Frauen: n=3	Männer: n=7	
<b>Berufstätigkeit zum Interviewzeitpunkt</b>	Berufstätigkeit: n=5	Ruhestand: n=5	
<b>Alter zum Zeitpunkt des Interviews (2014-2017)</b>	55 Jahre – Anfang 80 Jahre		
<b>Berufliche Position zum Zeitpunkt der Wende (Spannweite)</b>	Assistenzarzt – Arzt in leitender Position		
<b>Vertretene Fachgebiete</b>	Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Anästhesie, Gynäkologie und Geburtshilfe		
<b>Tätigkeitsfeld Ende 1989</b>	Krankenhaus: n=7	Poliklinik: n=2	Eigene Niederlassung: n=1
<b>Tätigkeitsfeld 1994</b>	Krankenhaus oder andere Tätigkeit: n=5	Poliklinik: n=0	Eigene Niederlassung: n=5
<b>Region der Tätigkeit zwischen 1989 und 1994 (Anzahl Einwohner)</b>	Ländlich (weniger als 5000): n=1	Mittelstadt (20.00-100.00): n=4	Großstadt (über 100.000): n=5

Tabelle 2.2: Beschreibung des realisierten Samples der Studienteilnehmer

### 2.2.3 Feldzugang und Interviewdurchführung

Acht von zehn Interviewpartnern konnten durch Hinweise aus dem Netzwerk des ISMG und durch persönliche Ansprache gewonnen werden. Nachdem ein eher anonymes Anschreiben potentieller Interviewpartner initial nicht erfolgreich war, wurde die Strategie geändert und potentielle Interviewpartner wurden telefonisch kontaktiert. Die so kontaktierten Ärzte ließen sich fast alle auf die Teilnahme am Interview ein.

Zum Abschluss der Interviews wurden außerdem gemäß einem Schneeball-Sampling die Interviewpartner darum gebeten, weitere potentielle Interviewpartner zu empfehlen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010: 180-181.). Durch die Weiterempfehlungen konnten zwei Interviewpartner rekrutiert werden.

Die Interviews dauerten zwischen 45 Minuten und 3 Stunden. Die Teilnehmer erhielten zuvor die Teilnehmerinformationen und die nötigen Einverständniserklärungen (siehe Anlage II). Fünf Interviews wurden bei den Befragten zu Hause durchgeführt, die anderen Interviews im beruflichen Setting. Dementsprechend unterschieden sich die Interviews atmosphärisch zwischen einer vom Arbeitsalltag beeinflussten und einer ruhigen, privaten Atmosphäre. Die Interviews wurden mit Zustimmung der Interviewten mit einem digitalen Diktiergerät aufgezeichnet. Dem gesamten Forschungsvorhaben hatte zuvor auch die Ethik-

Kommission der Otto-von-Guericke-Universität zugestimmt (Registraturnummer 85/14, siehe Anlage III).

## 2.3 Auswertung

### 2.3.1 Verwertung des Tonmaterials (Transkription und Pseudonymisierung)

Die im Interview gewonnen Audiodateien wurden wörtlich transkribiert und für die weitere Analyse pseudonymisiert. Nachdem initial die zugrunde liegenden Transkriptionsregeln das Tonmaterial noch sehr genau abbildeten (z.B. mit Bindestrichen in unterschiedlicher Anzahl zur Signalisierung einer – kürzeren oder längeren – Sprechpause, „ähms“ der Erzähler, „mmhs“ des aktiv zuhörenden Interviewers) wurden diese beim letzten Interview nicht mehr in dieser Strenge angewendet, da sich zeigte, dass für die Auswertung des Interviewmaterials mit der Methodik dieser Arbeit diese Zusatzinformationen keinen nennenswerten Mehrwert, jedoch enormen Aufwand für den Transkribierenden einbrachten. Die engeren Transkriptionsregeln, mit denen die ersten Interviews abgebildet wurden, lauten wie folgt:

<b>Transkriptionsregeln</b>	
<b>Kürzel/ Form</b>	<b>Bedeutung</b>
I.	Interviewer
E.	Erzähler
//I.:Mmh.//	Einschub des Interviewers zum Signalisieren eines aktiven Zuhörens
I: Haben Sie //E.: Ich habe das erwartet.// das damals gedacht?	I...//E...//...: Interviewer redet, Erzähler wirft parallel dazu etwas ein/ spricht parallel dazu.
-	Kurze Pause
--	Mittellange Pause
---	Lange Pause
Beispiele: ( <i>leise</i> ); ( <i>Hund bellt</i> ); ( <i>lacht auf</i> ); ( <i>Ehepartner betritt den Raum</i> )	Situative Ergänzung, um die paraverbale Kommunikation, zusätzliche Lautäußerungen oder zusätzliche Hintergrundgeräuschkulisse mit abzubilden
[NAME], [nennt Medikament]	Ein Name wird genannt, ein Medikament wird genannt, o.ä. (Abstrahierung zur Anonymisierung)
<i>Mehr/mal?</i>	Es ist unklar, welches Wort (hier z.B. „mehr“ oder „mal“ vom Erzähler gemeint war.
<i>Vernünftig?</i>	Kursiv gedruckte Worte mit Fragezeichen signalisieren, dass unklar ist, ob der Erzähler wirklich dieses Wort gemeint hat.
<i>Beispiele:</i> Ph, frk, ko,...	Geäußerter Laut oder abgebrochenes Wort
( <i>unverständliche Silbe</i> )	Unverständliche Silbe
Nach unten gehende Stimmen mit vermutetem Satzende wurden durch einen Punkt, aufsteigende Stimmen mit einer vermuteten Frage wurden mit einem Fragezeichen versehen. Sonstige Satzzeichen wurden nicht angewendet und fehlen daher auch in den ausgewählten Zitaten.	

Tabelle 2.3: Transkriptionsregeln<sup>31</sup>

<sup>31</sup> Die Transkriptionsregeln dieser Studie wurden von der Autorin dieser Arbeit selber festgelegt (Anregungen dazu kamen aus dem Netzwerk des ISMG), allgemeine Informationen zur Transkription und ähnliche Transkriptionsregeln finden sich beispielsweise bei Küsters (Küsters 2006: S. 73-75).

### 2.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethodik

Diese Studie wurde modifiziert auf Basis der Zusammenfassenden Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2007) ausgewertet. Das Kategoriensystem wurde in einem deduktiv-induktiven Vorgehen erstellt (siehe 2.3.2 b), vgl. Schreier 2013: 257-258).

Diese Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) ist in 7 Arbeitsschritte zu unterteilen (Mayring 2007: 60-62):

1. Bestimmung der Analyseeinheiten
- 2.-5. Paraphrasierung inhaltstragender Textstellen, Bestimmung des Abstraktionsniveaus, Generalisierung der Paraphrasen, Reduktion des Materials, Zusammenfassung mehrerer Paraphrasen
6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Diese Arbeitsschritte werden im Folgenden erläutert.

#### **1. Bestimmung der Analyseeinheiten**

Zur „Festlegung der Analyseeinheiten“ müssen „Kodiereinheit“, „Kontexteinheit“ und „Auswertungseinheit“ bestimmt werden (Mayring 2007: 53). Die „Kodiereinheit“ bestimmt den „minimalsten Textteil, der unter eine Kategorie fallen kann“ (ebd.); die „Kontexteinheit“ bestimmt, was der größte Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann (vgl. ebd.); die „Auswertungseinheit“ wiederum bestimmt, „welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden“ sollen (ebd.).

„Kodiereinheit“ ist in dieser Studie mind. eine inhaltsrelevante Aussage in einem Satz oder Teilsatz (es können auch mehrere Aussagen in einer „Kodiereinheit“ enthalten sein). „Kontexteinheit“ ist in dieser Studie ein komplettes Interview (insbesondere bei Aussagen, die in einem Satz oder Textabschnitt unklar formuliert waren, konnten andere Interviewpassagen des Interviews zum besseren Verständnis einzelner Aussagen des Erzählers hinzugezogen werden). „Auswertungseinheit“ stellt in dieser Studie ebenfalls ein Interview dar. Die Interviews wurden mit dem Programm MAXQDA nacheinander jeweils am

Stück auf inhaltstragende Passagen (Kodiereinheiten) untersucht. Diese wurden markiert und extrahiert. Im Anschluss daran folgte dann die weitere Auswertung.

### ***2.–5. Paraphrasierung, Bestimmung des Abstraktionsniveaus, Generalisierung der Paraphrasen, Reduktion des Materials, Zusammenfassung mehrerer Paraphrasen***

In einem zweiten bis fünften Schritt wird eine Kodiereinheit kurz zusammengefasst (paraphrasiert), die Paraphrase weiter abstrahiert gemäß eines vorher festgelegten Abstraktionsniveaus, anschließend können inhaltsgleiche Paraphrasen gestrichen werden und unwichtige Paraphrasen weggelassen werden, sowie Paraphrasen mit Aussagen zu gleichen Themen gebündelt und in neue Gesamtaussagen integriert werden (vgl. ebd.).

Diese Schritte wurden in ähnlicher Weise auch in dieser Arbeit vollzogen. Beim Kodieren ausgewählte, sich als irrelevant herausstellende Kodiereinheiten wurden allerdings nicht paraphrasiert, somit schon in einer Vorstufe zur Paraphrase aussortiert. Inhaltsgleiche Paraphrasen unterschiedlicher Interviews wurden belassen, um darzustellen, welche gleichen Aussagen von unterschiedlichen Interviewpartnern getroffen wurden und entsprechend relevante Themen und Unterthemen zu erkennen. Die Bündelung der Paraphrasen zu gleichen Themen fand im nachfolgenden 6. Schritt statt.

### ***6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem***

In einem 6. Schritt können Themen oder Aussagen, die sich aus dieser Komprimierung der Textpassagen ergeben, als Kategoriensystem zusammengestellt werden (vgl. Mayring 2007: 60)

Ein Kategoriensystem ist in dieser Studie die Summe aller aus den Textpassagen ermittelten Kategorien und Subkategorien. Das hergeleitete Kategoriensystem wird im Ergebnisteil (vgl. Einleitung am Anfang von Kapitel 3) dargestellt und diente auch dazu, die Arbeit zu gliedern.

## **7. Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial**

Zuletzt wurde geprüft, ob das neue Kategoriensystem und die kompaktierten Aussagen am Ende der Reduktion des Materials noch eine Zusammenfassung der ursprünglichen Textpassage darstellen. (vgl. Mayring 2007: 61).

Nach Erstellen eines ersten Kategoriensystems wurden in dieser Studie alle Interviews noch einmal durchgelesen und teils noch weitere Textpassagen aus den Interviews extrahiert, die zu diesem Kategoriensystem passten oder es ergänzten. Auf diesem Wege wurde die Plausibilität des entstandenen Kategoriensystems auch am gesamten Material noch einmal überprüft.

Zur Umsetzung der Inhaltsanalyse und Anpassung an die konkreten Studienerfordernisse wurden zunächst (Vor)-Kategorien theoriegeleitet (basierend auf dem aufgearbeiteten Forschungsstand) und aus Kenntnis des Interviewmaterials gebildet, die zur ersten Extraktion von Textpassagen (Kodiereinheiten) aus dem Interviewmaterial genutzt wurden (deduktiv-erstelltes erstes Kategoriensystem, vgl. Schreier 2013: 257-258) (Tabelle 2.4)



Berufsbiographie
Wahrnehmung der Wendeprozesse
Befürchtungen bei den Wendeprozessen
Erwartungen an die Wendeprozesse
Konsequenzen der Umstrukturierungsprozesse im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortbildungsbedarf und Zusatzqualifikationen</li> <li>• Konsequenzen für die Patienten</li> <li>• Personelle Konsequenzen</li> <li>• Kooperation zu anderen Ärzten</li> </ul>
Herausforderungen in den Prozessen (und in der Niederlassung)
Chancen in den Prozessen (und in der Niederlassung)
Unterstützung in den Prozessen der Wende
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch Verbände</li> <li>• Durch Personen mit wirtschaftlichen Interessen <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch Banken und Kreditinstitute</li> <li>• durch die Pharmaindustrie</li> </ul> </li> <li>• Auf kollegialer Ebene</li> </ul>
Polikliniken und MVZ
Rückblickende Beurteilung der Prozesse
Blick auf das heutige Gesundheitssystem
Tipps für künftige Reformprozesse
West-Kooperation vor der Wende
Wertesystem des Arztes, insb. Gemeinschaft/ Zusammenhalt als Wert

Tabelle 2.4: Vorkategorien zur ersten Extraktion von Kodiereinheiten aus dem Material

Mit Hilfe des qualitativen Datenanalyseprogramms MAXQDA wurden die Kodiereinheiten (Interviewpassagen) diesen Vor-Kategorien zugeordnet.<sup>32</sup> Die Kodiereinheiten wurden paraphrasiert und in drei Stufen abstrahiert. Die dritte Abstraktion ergab jeweils eine Unterkategorie. Ähnliche Unterkategorien wurden gebündelt und ergaben neue (Ober-) Kategorien (induktives Kategoriensystem (vgl. Schreier 2013: 257-258). Das

<sup>32</sup> Parallel dazu wurden auch neue, zusätzliche Vorkategorien während des Lesens der Transkripte gebildet (z.B. „DDR-Gesundheitswesen“), wenn der Eindruck entstand, dass es sich um relevante Themen handelte, die durch die anderen Vorkategorien noch nicht abgebildet werden. Die meisten dieser ergänzenden Vorkategorien wurden aber schließlich wieder verworfen (dies betrifft insbesondere zahlreiche Passagen zum DDR-Gesundheitswesen, über das in vielen Interviews gesprochen wurde. Da die Forschungsfrage sich auf die Umstrukturierungsprozesse nach der Wende bezieht, gingen diese Aussagen, wenngleich sie interessant für das Hintergrundverständnis des Systems waren, meist an der eigentlichen Forschungsfrage vorbei.).

Kategoriensystem ist hierdurch sowohl als Auswertungsinstrument (Methode) als auch als Ergebnis zu betrachten. Tabelle 2.5 zeigt dieses Vorgehen exemplarisch:

<b>Vor-Kategorie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Gemeinschaftlicher Zusammenhalt</li> </ul>
<b>Extrahierte Interviewpassage (Kodiereinheit):</b>
<p>•<b>G17_Nr.4 : 556-565</b> "Also – ich muss sagen – zu Anfang – war es so – äh dass die Patienten – sehr sehr dankbar waren wenn sie – zu Ärzten kamen die sie kannten. //l.:Hmm.//Man muss sich das mal so vorstellen die Zeit der Wende – war schön und – aufregend aber auch – es kam Ungewissheit ja? //l.:Ja.// Was ich heute weiß – wusst' ich ja damals noch nicht. //l.:Ja.//Jetzt kann ich zurückblicken auf die 25 Jahre – und äh was ich – wenn ich das damals hätte sehen können dann wär' ich auch sicherer gewesen. Ja? //l.:Ja.// Und so ging's natürlich den Patienten auch. Und noch dazu wenn man krank ist und Hilfe braucht und vielleicht auch sch schwach ist in der Situation – dann ist man natürlich dankbar wenn man einem Arzt gegenüber sitzt den man kennt. //l.:Ja.// - Also – äh - die vielleicht sogar – meinen Mann kannten oder – die Schulfreunde meiner Kinder waren //l.:Ja.//oder so ja? Und äh – das hat sich sehr – hat sich sehr gut ausgewirkt."</p>
<b>Paraphrase:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Zu Beginn der Transformationsprozesse waren Patienten sehr dankbar, wenn sie zu Ärzten kamen, die sie kannten, da auch sie nicht genau wussten, was die neue Situation bedeutet. Auch die Ärztin wusste das nicht und war ebenfalls unsicher. Aber gerade Patienten als kranke und hilfsbedürftige Personen waren besonders dankbar, in der ungewissen Situation einem ihnen bekannten Arzt gegenüber zu sitzen und es habe sich sehr gut ausgewirkt.</li> </ul>
<b>Erstes Abstraktionsniveau:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Gute Auswirkung, wenn Kennen des einen behandelnden Arztes schon zu DDR-Zeiten vorlag. Patienten durch neue Situation unsicher, und aufgrund von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit besonders vulnerabel. Daher Dankbarkeit der Patienten für Bekanntsein mit dem Arzt.</li> </ul>
<b>Zweites Abstraktionsniveau:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Neue Situation als Unsicherheitsfaktor auch für die Patienten, die krank und hilfsbedürftig dem Systemwandel ausgeliefert waren. Kennen des sie behandelnden Arztes aus DDR-Zeiten als Sicherheitsfaktor für Patienten.</li> </ul>
<b>Drittes Abstraktionsniveau (neue Kategorie):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kontinuität</li> </ul>

Tabelle 2.5: Beispiel für die Durchführung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse in dieser Studie im Kategorienschema

### **Informationen zu den Tabellen im Anhang dieser Studie**

Die Tabellen mit Kodiereinheiten, Paraphrasen und Abstraktionen, die Grundlage für die Entstehung des endgültigen Kategoriensystems dieser Studie sind, finden sich in den Anlagen (Anlage IV). Berücksichtigt wurden letztlich folgende Vor-Kategorien (Kürzel der Vor-Kategorien in Klammern dahinter):

- Herausforderungen in den Prozessen (H)
- Ressourcen in den Prozessen (R)
- Professionelles Selbstverständnis (PS)
- Fortbildungen und Zusatzqualifikationen (FZ)
- Gemeinschaftlicher Zusammenhalt (G)
- Interview 11<sup>33</sup> (11)
- Weitere Zitate (WZ)<sup>34</sup>

In der Zitierweise in einer Tabelle finden sich in der Regel zunächst das Kürzel der Kategorie, dann die Spaltennummer der Tabelle und dann die Interviewnummer, sowie die Zeilenangabe der Fundstelle innerhalb des Interviews.

#### **Beispiel: G17\_Nr.4 : 556-565**

- Kürzel: gemeinschaftlicher Zusammenhalt (G)
- Spaltennummer in der Tabelle: Spalte 17
- Interview Nr. 4
- Fundstelle innerhalb von Interview 4: Zeile 556-565

---

<sup>33</sup> Insgesamt wurden in dieser Studie nur 10 Interviews durchgeführt. Da einige der Interviewpartner selber in leitender Funktion an den Umgestaltungsprozessen nach der Wende beteiligt waren, wurden mit dem Zweck der Anonymisierung alle Interviewpassagen aus verschiedenen Interviews, welche Zusatzwissen durch das eigene Mitgestalten des neuen Systems aufwiesen, dem Abschnitt „Interview 11“ zugeordnet. Somit enthält Interview 11 Aussagen verschiedener interviewter Ärzte. Im Sinne der Anonymisierung finden sich daher hier auch keine Angaben, um welche Interviewpartner es sich im Einzelnen handelt. Somit weicht diese Nummerierung von den anderen Kategorien ab.

<sup>34</sup> Nach Erstellen eines ersten Kategoriensystems wurden in dieser Studie alle Interviews noch einmal durchgelesen und teils noch weitere Textpassagen aus den Interviews extrahiert, die zu diesem Kategoriensystem passten oder es ergänzten; auf dieser Basis entstand die Tabelle „Weitere Zitate“.

Nur beim sogenannten Interview 11 ist eine Rückverfolgung auf das zugrundeliegende ursprüngliche Interview nicht erwünscht, daher findet sich hier nur das Interviewkürzel und im Anschluss die Spaltennummer:

**Beispiel: 11\_26**

- Kürzel: Interview 11
- Spaltennummer in der Tabelle: Spalte 26

Wenn in einer Spalte „ENTFÄLLT“ steht, wurde eine an dieser Stelle ursprünglich einsortierte Kodiereinheit später entfernt (z. B. wenn sie keine Mehrerkennung brachte oder an der Forschungsfrage vorbeilief oder dem „Interview 11“ zugeordnet wurde).

Das gemäß den neuen Kategorien gebildete Kategoriensystem ergab schließlich die Themen im nun folgenden Ergebnisteil.

### 3. Ergebnisteil

Abbildung 3.1 zeigt das Kategoriensystem mit den Hauptkategorien, die sich in dieser Studie ergeben haben (vgl. 2.3.2).<sup>35</sup> Anhand dieser Kategorien werden im folgenden Abschnitt nun die Ergebnisse dieser Studie erläutert.



Abbildung 3.1 Hauptkategorien des Kategoriensystems dieser Studie

<sup>35</sup> Anmerkung: die Größe der jeweiligen Kästen in der Abbildung sagt hierbei nichts über die Dominanz eines Themas in der Studie aus.

## 3.1 Wendeprozesse

### 3.1.1 Ökonomisierung und Bürokratisierung

Das mit der Transformation einhergehende wirtschaftliche Umdenken im Gesundheitswesen wurde in den Interviews ambivalent dargestellt. Auf der einen Seite fand sich Verständnis für die Notwendigkeit ökonomischen Handelns auch im Gesundheitsbereich, auf der anderen Seite wurde der neue ökonomische Druck kritisiert.

Die neue Rolle des Arztes als Unternehmer, die insbesondere im ambulanten Bereich beim Gang in die Privatniederlassung Bedeutung hatte, wurde von den Ärzten ebenfalls unterschiedlich bewertet. Hier reichte die Spannweite vom Verneinen unternehmerischen Denkens in der ärztlichen Tätigkeit bis hin zum Bejahen unternehmerischen Denkens als Möglichkeit zur gerechteren Vergütung und Selbstverwirklichung. Insgesamt konnten alle Interviewpartner, die im Rahmen der Umbauprozesse des Gesundheitswesens in die Niederlassung gingen, eine funktionierende Praxis aufbauen und finanziell bestehen.

#### *a) Ökonomische Bemessung ärztlicher Leistungen*

In mehreren Interviews wurden negative Auswirkungen der Ökonomisierung geschildert<sup>36</sup>. Auf die Notwendigkeit unternehmerischen Denkens im ambulanten Bereich wird in 3.1.1.b) eingegangen.

Im stationären Bereich wurde ein zunehmender wirtschaftlicher Druck beschrieben. Dies gipfelte in dem Vorwurf an das Gesundheitssystem, profitorientiert zu arbeiten, was dem Wesen des Gesundheitssystems widerspreche:

*„Das Einzige, [...] was absolut nicht funktioniert, ist die Privatisierung. Und dass man nach Profit arbeitet. Aus meiner Sicht gibt es Bereiche in der Gesellschaft, die nicht profitorientiert arbeiten können: das ist alles, was Gesundheit betrifft, was Bildung betrifft und was Sicherheit betrifft. Das ist so [...] diese Meinung vertreten wir.“ (PS8\_Nr.2)*

Diese Ärztin beschrieb auch eine ungleiche Bezahlung aufgrund individuell ausgehandelter Verträge. Diese empfundene Ungerechtigkeit könnte ihre kritische Haltung gegenüber dem ökonomischen Denken im Gesundheitswesen noch verstärkt haben:

---

<sup>36</sup> Ob die Kritik an der zunehmenden Ökonomisierung sich nur auf die Wendezeit bezieht oder auch auf spätere Erfahrungen nach Abschluss der Transformationsprozesse zurückgeht, lässt sich nicht immer aus den Zitaten entnehmen, wenn nicht ein direkter Verweis auf die Wende oder die Jahreszahl besteht. Es lässt sich aber sagen, dass der Grundstein der zunehmenden Ökonomisierung in der Medizin mit den Entscheidungen für eine Übernahme des westdeutschen Gesundheitssystemansatzes gelegt wurde.

*„[...] und dann erlebte man auch zuerst diese finanzielle Ungleichbehandlung: dass die Oberärzte auch untereinander - der handelte halt 'n Vertrag aus, weil sein Bruder Rechtsanwalt war, wo alle mit 'm Kopf geschüttelt haben und die haben das gezahlt. [...] ich meine, man hat ja nie über Geld gesprochen, aber das sickert ja nachher so durch. Ja. Und das sind so Sachen, die kannten wir nicht.“ (WZ62\_Nr.2)*

Einen anderen Standpunkt äußerte ein Arzt, der nach der Wende in makrostrukturelle Umbauprozesse eingebunden war:

*„Das heißt, die Finanzierung der ständig wachsenden Möglichkeiten wird ein Dauerproblem bleiben. Das wäre im Sozialismus auch gekommen. Ist doch völlig klar. Bloß, das hätte man wahrscheinlich staatlich festgelegt, was gemacht wird oder nicht. Jetzt will möglichst jeder optimal behandeln und alles machen. Und dann treiben wir uns Kosten gegenseitig hoch. Und deswegen bin ich ziemlich sicher, es wird auch Leitlinien geben müssen, die uns zwingen, mit unseren Möglichkeiten uns an die ökonomischen Möglichkeiten anzupassen.“ (11\_26)*

Er beschrieb hier, dass es aufgrund der zunehmenden medizinischen Möglichkeiten auch im sozialistischen System der DDR zu einer Notwendigkeit stärkeren ökonomischen Denkens im Gesundheitswesen gekommen wäre. Gleichzeitig beschrieb er den ständigen Konflikt zwischen medizinisch „optimaler Behandlung“ und „ökonomischen Möglichkeiten“ und brachte hierin auch sein Verständnis für ökonomisches Denken im Gesundheitswesen zum Ausdruck.

Er schilderte, dass im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsprogramms Krankenhäuser, bevor sie saniert wurden, auf ihre Zukunft aus wirtschaftlicher Perspektive geprüft worden seien. Sie seien geschlossen worden, wenn sie keine Perspektive gehabt hätten (vgl. 11\_16, 11\_18). Dadurch seien fast nur Krankenhäuser saniert worden, die sich auch langfristig halten konnten. Bei der Bevölkerung sei dieser Ansatz allerdings teils auf Unverständnis getroffen:

*„[...] fast immer ist uns das gelungen, gibt zwei oder drei kleine Krankenhäuser, die wir saniert hatten und die dann aufgelöst wurden, aber im Großen und Ganzen ist uns das gelungen. Natürlich hat das auch bedeutet, wenn so'n wie [nennt Städtenamen] war so 'n kleines Krankenhaus, wenn das plötzlich geschlossen wurde, da gab's natürlich Aufregung.*

*„Die DDR haben wir überstanden und jetzt kommt Ihr und Ihr schließt uns.“ Und so weiter, also das muss man auch sagen. Aber [...] das war Lokalkolorit.“ (11\_16)*

In einem anderen Interview schilderte eine Ärztin, wie sie Patienten über die Funktionsweise des neuen Gesundheitswesens aufklären müsse. Manche Patienten hätten kein Verständnis für die Zuzahlung zu bestimmten Gesundheitsleistungen. Zu Grunde läge ein Verständnis, dass Gesundheitsleistungen „Volkseigentum“ (WZ38\_Nr.4) seien und allen alle möglichen Leistungen zustünden:

*„Also die Patienten haben es auch heute noch nicht alle gelernt, sagen wir mal [...] eine gewisse Bescheidenheit an'n Tag zu legen. Also Sie werden das vielleicht als Widerspruch empfinden, in der DDR gab es vieles nicht, aber der Patient, der Mensch war eigentlich so'n bisschen [nach] dem Motto „Alles gehört dem Volk“ so'n bisschen davon ausgegangen: „Das steht mir alles zu.“ [...] heute sag' ich: „Das muss Ihnen doch klar [sein], dass nicht jeder alles kriegen kann.“ [...] Dann muss ich erst sagen: „nicht alles, was der Arzt einem rät, kriegt man zum Nulltarif. Manchmal muss man eben auch, dazu ist auch die Rente da“ [...] solche Gespräche muss [man] manchmal führen, dass man sagt: „also wir sind 'ne Solidargemeinschaft und die, die mehr krank sind oder schlimmer oder chronisch krank sind, die profitieren mehr aus [...] dem großen Topf. Und die anderen brauchen vielleicht gar nichts, zum Glück, und zwischendurch muss man das eine oder andere auch mal selbst bezahlen.“ (WZ30\_Nr.4)*

Eine ähnliche Aussage findet sich auch in folgendem Zitat, das ebenfalls das Unverständnis von Patienten über Zuzahlungen widerspiegelt:

*„Die Leute waren auch von DDR-Zeiten noch anders verwöhnt. Was heißt verwöhnt? Da gab's alles auf Rezept, da gab's n' Pflaster auf Rezept. Da hat sich keiner selbst was gekauft. [...] Dass die Leute sich's teilweise selbst kaufen müssen, da meckern sie drum. Ja, aber was sie zum Heilpraktiker schleppen oder was sie sonst machen, da sagt keiner was. Aber meckern, wenn sie mal'n bisschen was zuzahlen müssen.“ (WZ88\_Nr.1)*

Im ambulanten Bereich beschrieb eine Ärztin, dass sie durch ihren Gang in die Niederlassung freier in der Gestaltung ihrer Arbeit geworden sei und sich nicht mehr gegenüber dem Chef der Poliklinik verantworten müsse, dass auf der anderen Seite aber ein neuer Rechtfertigungsdruck gegenüber den Krankenkassen vorliege:



*„Also was ich natürlich jetzt an meinem jetzigen Dasein schätze, dass ich keinen Chef mehr über mir habe, außer der KV und den Kassen. Aber letztendlich können die Kassen mir nicht vorschreiben, wie ich zu [...] arbeiten habe. Die Kassen können mir natürlich jetzt im Gegensatz zu früher sagen:“ Ja, hör zu, Du hast das und das zu häufig und zu viel verordnet, nun sag mal warum? Oder [...] Du kriegst jetzt [...] Regress zu liefern.“ [...] die Möglichkeit haben sie schon, dass sie Ihnen da so ‘n paar schlaflose Nächte machen.“ (WZ71\_Nr.6)*

Im stationären Bereich wurde eine neue Überwachung der Verweildauer von Patienten und damit verbundener Rechtfertigungsdruck bei Überschreiten dieser Verweildauer beschrieben. Dieser wurde als sehr belastend wahrgenommen:

*„Und denn kamen böse Briefe: „Warum liegt der Patient bei Ihnen noch auf der Station? Wie, warum brauchen Sie so lange? [...] durchschnittliche [...] Verweildauer so und so lange, der liegt schon bei Ihnen drei Tage drüber. Warum?“ Und so kriegte man immer irgendwas, [...] es änderte sich einfach alles.“ (H29\_Nr.1)*

Dies habe ganz im Gegensatz zu der Zeit davor gestanden, als kein ökonomischer Druck vorgelegen habe:

*„Unsere gemütliche Ruhe, die wir vielleicht hatten, die Unbekümmertheit, war nicht mehr da. Uns hat eigentlich keiner auf die Füße getreten, dass wir zu schlecht sind, dass wir nicht genug bringen, dass die Patienten zu lange liegen - die haben teilweise viel zu lange gelegen [...] aber wir hatten [...] nicht die Möglichkeit, sie in ‘n Heim abzugeben.“ (WZ91\_Nr.1)*

Dieser Arzt war auch deshalb besonders betroffen von dem neuen wirtschaftlichen Druck, da er diesem den Zusammenbruch seiner früheren Klinikfamilie zuschrieb:

*„Aber diese große Familie, die war auseinandergebrochen. Das gab’s nicht mehr, es gab andere Interessen, zum Teil wirtschaftliche Interessen, Druck von oben: „Die Klinik muss mehr das machen, die muss das und das machen“, das gab’s alles nicht.“ (G29\_Nr.1)*

An anderer Stelle beschrieb eine Ärztin, dass der Kontakt zu den Patienten sich durch die Kürzung der Verweildauer reduziert habe. Durch den kürzeren Patientenkontakt sei ihre ärztliche Tätigkeit beeinflusst worden:

*„Die Verweildauern sind ja unwahrscheinlich runtergegangen. [...] das sind auch so Sachen, die wir ja früher nicht kannten. Früher [...] da lagen die eben 4 Wochen zur Diagnostik [...]*

*und heutzutage haben Sie dafür 5 Tage und dann sind Sie durch. Ja? [...] das ist völlig anders. Ja? Und dadurch ist auch dieser Patientenkontakt viel geringer.“ (WZ39\_Nr.2)*

Es scheint so, als ob die Ärztin diese verringerte Zeit mit den Patienten als Verlust empfunden habe. Auf der anderen Seite könnte man vermuten, dass für die Patienten ein kürzerer Krankenhausaufenthalt Vorteile hatte und viele Patienten fünf Tage Krankenhausaufenthalt wahrscheinlich vier Wochen Krankenhausaufenthalt vorziehen. Die Patientenperspektive erwähnte die Ärztin nicht.

In Interview 5 wurde negativ beschrieben, dass durch die zunehmende Bürokratisierung in der Medizin Zeit für die Pflege und Betreuung der Patienten verloren gegangen sei:

*„Und für unsere Mitarbeiter wurde es dann natürlich leichter, weil dieses ewige Kochen, Sterilisieren und Aufarbeiten dann wegfiel. Ne? Und sie sich dann mehr der Pflege zuwenden konnten. Wobei die Pflegezeit zum Teil wieder aufgeessen wurde durch die zunehmende Bürokratie. Und das war nun ein nachteiliger Aspekt. Nicht? Das viele Schreiben, Festhalten und ..., was dann von der Pflege - und von der Betreuung wegging. Aber gut, auch das ist dann in den Griff genommen worden und es gehörte eben halt dazu. Aber es hat eben immer zwei Seiten, auch so 'ne Wende hat zwei Seiten.“ (H8\_Nr.5)*

Es wurde aber ebenfalls beschrieben, dass im System der DDR durch die Mangelwirtschaft ein höherer Zeitaufwand für das Beschaffen und Aufarbeiten von Material vorgelegen habe (vgl. H8\_Nr.5, vgl. WZ40\_Nr.4), der ebenfalls die Zeit für Patienten und medizinische Tätigkeiten eingeschränkt habe:

*„S gab mal keine Briefumschläge und dann gab's dies nicht und das nicht, kein Kopierpapier, also Schreibmaschinenpapier [...] und das war eben eigentlich im Nachhinein schade, muss man sagen, wie man damit auch seine doch kostbare Zeit verträdeln musste. Ja? Wieviel Zeit man investieren musste, um [...] alles zu beschaffen, was man brauchte. 'S ging natürlich von den Zeiten für andere Dinge ab. Ja?“ (WZ40\_Nr.4)*

Dieser Aufwand sei nach der Wende weggefallen (vgl. H8\_Nr.5, vgl. WZ36\_Nr.4).

Ein Arzt in leitender Tätigkeit schilderte, dass er Eingriffe nun nicht mehr nur auf Grund des Schweregrades durchführte, sondern bei Privatpatienten nur aufgrund der Versicherungsform der Patienten auch einfache Eingriffe durchzuführen hatte:

*„Was wir nicht gelernt haben [...] in der DDR, einen Unterschied zu machen von Patienten, die Geld für die Behandlung bezahlen, und welche, die noch versichert sind. Es ist für mich persönlich eine riesen Umstellung gewesen, dass man von jetzt auf heute von mir verlangte, [...] bei Patienten für relativ einfache Dinge [nennt medizinische Tätigkeit] zu machen, weil sie privat versichert waren, und ich vorher nach Schwierigkeit aussuchen konnte. Und [...] das kann der Assistenzarzt sowieso machen und [...] dem kann ich zwar helfen, zugucken, aber das, das war also 'ne ganz große Umstellung.“ (11\_27)*

Es schimmerte durch, dass er diese Umstellung nicht wirklich nachvollziehen konnte, da seine Qualifikation als Arzt in leitender Funktion für solche einfachen Eingriffe eigentlich zu hoch gewesen sei.

Ein Arzt aus dem ambulanten Bereich schilderte eine Konstanz der ärztlichen Tätigkeit trotz ökonomischer Einflüsse. Durch das regelmäßige Einbestellen und Überwachen von Patienten mit chronischen Erkrankungen habe zwar ein abrechnungstechnischer Vorteil bestanden. Dieser habe auf seinen Umgang mit den Patienten aber eigentlich keine Auswirkungen gehabt:

*„Also dieses Thema, zum Beispiel Cholesterin- und [...] Fettstoffwechselstörung und Simvastatin und sowas alles, das spielte zu DDR-Zeiten keine Rolle. [...] das spielte ja auf einmal dann in der neuen Zeit eine ziemlich immense Rolle. Vielleicht auch 'n bisschen abrechnungstechnisch, weil das dann immer Patienten waren, die man kontrollen konnte und ja irgendwo das Finanzielle dann auch 'ne zunehmende Rolle spielte, dass man eben seine Scheinzahl hatte und entsprechend dann auch Patientenstamm aufbauen musste. Da war'n natürlich so chronische Erkrankungen mit wiederkehrenden Problemen auch durchaus willkommen. Ja? Das ist 'ne etwas andere Denke gewesen, als wir das vielleicht in der Poliklinik hatten, aber ich muss sagen, [...] ich hatte in der Poliklinik irgend'n Rhythmus von vier bis sechs Wochen für meine chronisch kranken Patienten und das hatt' ich hinterher letztendlich auch, also das war jetzt nicht wesentlich anders.“ (WZ10\_Nr.8)*

#### *b) Neue Rolle: Arzt als Unternehmer*

Die Integration der unternehmerischen Rolle in das bisherige Konzept der Arztrolle gelang den Ärzten unterschiedlich gut (Erfolge werden geschildert in Interview 4, 6, 8, wohingegen die Darstellungen in Interview 1 (und 2) eher negativ sind).

Eine besondere Schwierigkeit mit dem unternehmerischen Handeln zeigte sich in Interview 1:

*„Ich bin eigentlich Arzt geworden aus Idealismus, nicht aus materiellen Gründen, und es fiel mir sehr schwer, Rechnungen zu stellen für Leistungen, die ich erbracht habe. [...]“ (PS13\_Nr.1)*

Dieser Arzt beschrieb nicht nur seine grundsätzliche Priorität im ärztlichen Handeln, „aus Idealismus“ (gemeint ist hier wahrscheinlich zur Hilfe für Patienten). Er lehnte darüber hinaus gehend unternehmerische Tätigkeit als Arzt ab und erzählte von Skrupeln gegenüber den Patienten bei der Abrechnung der ärztlichen Tätigkeit bis dahin, bestimmte Leistungen (Totenscheine) gar nicht abzurechnen (vgl. PS13\_Nr.1). Dieses Selbstverständnis, bei dem im Grunde ärztliches Handeln nicht mit der neuen Rolle des Arztes als Unternehmer zu vereinbaren war, hatte zur Folge, dass dieser Arzt sich mit der unternehmerischen Rolle sehr schwertat. Er sei hierdurch beinahe insolvent geworden, wenn die Ehefrau dies nicht durch ihren Zuverdienst verhindert hätte (vgl. H30\_Nr.1). Dieser Arzt erklärte, dass es schwierig sei, die Leistung eines Arztes zu bemessen und gerecht zu vergüten:

*„[...] Wonach wollen Sie ‘n Arzt bezahlen. Nach der Menge? Wie wollen Sie die Qualität eines Hausarztes einstufen? Was er macht? Wie wollen Sie einstufen, wenn sich jemand mit ‘ner alten Mutter, die einfach einsam ist, hinsetzt und mit der ‘ne viertel Stunde spricht, was er vielleicht nicht mal bezahlt kriegt mehr, weil er schon alle Gesprächsleistungen weg hat? Wie wollen Sie das machen? Das ist, dieses Finanzielle ist ‘ne Sache, die nur ‘n Problem für mich war.“ (PS15\_Nr.1)*

Auch in dieser Aussage deutet sich sein grundsätzlicher Konflikt mit dem neuen Abrechnungssystem an.

Im Gegensatz hierzu stand ein anderer Arzt, der nach der Wende in die Niederlassung ging (siehe auch 3.1.5 a)). Dieser beschrieb ein gutes Zurechtkommen mit den ökonomischen Gegebenheiten und habe sich diese zu Nutze machen können: erst habe er ein Gebäude für eine Praxisgemeinschaft gebaut. Nach einigen Jahren seien die Räumlichkeiten hierfür zu klein geworden und er sei in neue, größere Räumlichkeiten eingezogen, die er für die Gründung einer Gemeinschaftspraxis genutzt habe, in der er mehrere Ärzte angestellt habe (vgl. WZ3\_Nr.8). Daneben habe er eine Nebenbetriebsstätte gegründet (vgl. WZ3\_Nr.8). Er

schilderte allerdings, dass sich im Gegensatz zu ihm nicht alle Kollegen leichtgetan hätten, unternehmerisch zu handeln, dies aber aufgrund eines alternativlosen Niederlassungsdrucks für ambulant tätige Ärzte erforderlich gewesen sei:

*„Aber dieser Prozess sozusagen der Umstellung, der hatte ja dann eine Geschwindigkeit aufgenommen, dass gerade' [...] bei der [...] Hausarztmedizin war ja denn innerhalb von wenigen Monaten, von wenigen Quartalen dann der Umbau sozusagen [...] in den vertragsärztlichen Bereich erfolgt. Dann ging einfach das staatliche System ja gar nicht mehr weiter und es waren alle auf einmal niedergelassen, ob sie wollten oder nicht. Es gab ja gar keine andere Chance für die, die ambulant tätig waren, die wurden ja nicht gefragt, sondern die, die haben's dann einfach machen müssen. Und da war'n natürlich, ja, betriebswirtschaftlich motiviertere und geeigneter dabei und weniger geeignete dabei und manch einer hätte sich vielleicht, [...] wenn er heute sich die Frage nochmal stellen würde, nicht niedergelassen, wenn es damals nicht die Situation so gegeben hätte. [...]“ (WZ4\_Nr.8)*

Auch die weiteren Ärzte (außer Interview 1) beschrieben Vorteile des Gangs in die eigene Niederlassung. Hier wurde die Möglichkeit genannt, eigene Fähigkeiten für sich selber zu nutzen:

*„Da konnte man eben auch 'n bisschen seine Eigenaktivitäten nutzen dafür, dass man eben Vorteile hatte. Ja?“ (WZ43\_Nr.4)*

Daneben wurde die leistungsorientierte Vergütung positiv dargestellt, da hierdurch Fleiß zu mehr Gewinn geführt habe:

*„Diese Gehaltszahlung war ja insofern ungünstig, die war ja nicht motivierend. Ja? [...] wir kriegten unser Gehalt, ob wir viel gemacht haben oder wenig gemacht haben. Und dann gab's eben Kollegen, die sich wirklich gut gedrückt haben, 's gibt's heut' immer noch, und es gab eben auch Kollegen, die sehr fleißig waren [...] und dann hab' ich gedacht: „Na, nun [...] kannst Du in Deine eigene Tasche wirten.“ Und habe gedacht: „Naja, jetzt krempelst D' die Arme hoch und dann geht's nochmal los.“ (WZ41\_Nr.6)*

Dass alleine Fleiß nicht immer zu Erfolg führte, wurde allerdings in Interview 1 dargestellt (vgl. 3.1.1 b) und 3.3.1 a).

Der Arzt in Interview 1 deutete an, dass unternehmerisches Handeln mit dem Arztsein in Konflikt stehe, während die anderen interviewten Ärzte ihr unternehmerisches Handeln als

niedergelassene Ärzte eher positiv darstellten. Interessant war in diesem Zusammenhang die Erzählung eines Arztes, der bereits die Einführung der Polikliniken in den 50er Jahren mitverfolgt hatte:

*„[...] Also, ich kann mich erinnern an die 50er Jahre, als die Polikliniken eingeführt wurden und manchem niedergelassenen Arzt nahegelegt wurde, doch in die Poliklinik zu kommen. Da waren die sowas von sauer, das haben die als Beleidigung empfunden. „Wir sind so lange jetzt selbstständig, wir sind unsere eigene Herren und jetzt sollen wir Knechte werden vom Kreisarzt?“ und so weiter. Also die waren sowas [von] beleidigt, das war 'ne Zumutung für die. Und ich hab' dann etwa 40 Jahre später die nächste Generation erlebt. Das waren die Kinder von diesen Ärzten von damals. Die waren Poliklinik-Ärzte. Und denen musste man dann sagen: „Leute, Ihr müsst Euch niederlassen, die Poliklinik wird aufgelöst werden.“ Da waren die sauer. Ja? „[...] sollen [wir] dann Kaufleute werden jetzt? Und wer bezahlt 'n denn mein Personal? Soll ich das auch noch selber erarbeiten?“ Und so weiter. Die hatten also Angst davor, selbstständig zu werden. Ja? Und fühlten sich aufgehoben [...] in der staatlichen Einrichtung. Das alles war natürlich, na sagen wir, eher psychologisch bedingt, oder soziologisch bedingt, die waren anders geprägt, anders entwickelt als ihre Väter.“*  
(R20\_Nr.10)

Er beschrieb hier die unterschiedliche Prägung der Ärzteschaft, aber er beschrieb auch, dass diese sich innerhalb von nur einer Ärztegeneration vollständig geändert habe bis hin zur Identifikation mit dem neu prägenden System. Schlussfolgern könnte man daraus, dass die Ärzteschaft in hohem Maße anpassungsfähig an ein Gesundheitssystem ist. Dass die Ärzte in unterschiedlichen ökonomischen Systemen ihre Rolle finden konnten, spricht zudem für Kernmerkmale ärztlicher Identität, die nicht fest an eine bestimmte Finanzierungsart des Gesundheitssystems gebunden sind. Auf solche Merkmale wird in Abschnitt 3.3.1 a) näher eingegangen.

### 3.1.2 Evaluierung

Die Evaluierungsprozesse wurden in den Interviews vor allem in Bezug auf die Hochschule beschrieben und unterteilten sich dort in die Integritätsprüfungen durch Personalkommissionen und die fachliche Evaluierung durch die außerordentliche Berufungskommission (vgl. 1.4).

Eine weitere Evaluierung sei gemäß den Angaben im Interviewmaterial die Evaluierung durch die Medien gewesen: durch provozierende Fragen wurde die politische Haltung von Ärzten geprüft (vgl. 11\_12 und 11\_13).

Evaluierungsprozesse wurden in vier Interviews angesprochen und vor allem in drei Interviews näher beschrieben. Insgesamt wurden sie eher negativ dargestellt. Wurde bei den Integritätsprüfungen noch ein gewisses Verständnis geäußert (obgleich sich andeutete, dass dort auch ungerechtfertigt Personal entlassen wurde), herrschte insgesamt für die Limitierung der Altbesetzung von Professorenstellen wenig Verständnis. Auch die Evaluierung durch die Medien, die in einem Interview angesprochen wurde, wurde negativ geschildert. Im folgenden Abschnitt werden die Äußerungen der interviewten Ärzte näher erläutert.

*a) Evaluierung zur ethischen und persönlichen Eignung (Integritätsprüfungen)*

In Personalkommissionen fand eine ethische und persönliche Eignungsprüfung von Hochschulpersonal – auch mit Blick auf eine frühere Mitarbeit im Ministerium für Staatssicherheit/ Amt für Nationale Sicherheit - statt (vgl. 1.4, vgl. 1.4.1). Ein Erzähler beschrieb, dass diese Tätigkeit durchaus verantwortungsvoll wahrgenommen wurde, aber dass es eine sehr belastende Tätigkeit gewesen sei. Es deutete sich an, dass Mitglieder der akademischen Einrichtung der Betroffenen teils andere Entscheidungen getroffen hätten (da sie das persönliche Umfeld und die Hintergründe der Betroffenen gut kannten) als Nicht-Mitglieder der akademischen Einrichtung, welche der Evaluationskommission angehörten. (vgl. 11\_14)

Auch in einem anderen Interview zeichnete sich ab, dass diese Beurteilung politischer Involviertheit von „Leitern“ nicht einfach anhand des Kontakts von Führungspersonal zur Staatssicherheit beurteilt werden konnte, da gemäß den Schilderungen dieses Arztes alle Leiter „im Visier der Staatssicherheit“ (11\_46) gestanden und Kontakt zu ihr gehabt hatten. Laut dieser Darstellung sei eine Reduktion der Beurteilung von Leitern auf Kontakte zur Staatssicherheit fehl am Platz gewesen, obgleich sie in dieser Weise stattgefunden und zu einem giftigen Klima geführt habe:

*„Diese Zeit, die war regelrecht giftig. Es [...] ging ja ausschließlich gegen StaSi und [...] irgendwelche Beziehungen - in diese Richtung. [...] jeder Leiter stand im Visier der Staatssicherheit.“ (11\_46)*

Dass Kontakt zur Staatssicherheit alleine nicht politisches Farbenbekenntnis bedeutete, zeigte auch dieses Interviewzitat:

*„Wenn ein Leiter behauptet, er hätte nie mit der Staatssicherheit Kontakt gehabt, dann stimmt das nicht. Irgendeine Form des Kontaktes gab’s immer. [...] Aber man musste ja nicht gleich zu dem Verein konvertieren. [...] Das ist nun eine Frage des Rückgrats.“ (11\_41)*

Ein anderer Arzt beschrieb die sogenannte politische Evaluierung eher unemotional. Dieser Arzt war kurz vor der Wende in einem Krankenhaus kirchlicher Trägerschaft tätig und es habe innerhalb seiner Klinik keine Probleme mit politischer Vorbelastung der Mitarbeiter gegeben<sup>37</sup>:

*„Das gab’s in den kirchlichen Krankenhäusern eh nicht, da gab’s kein Mitglied in der SED oder sowas. [...]“ (WZ115\_Nr.10)*

Er beschrieb aus einer Außenperspektive den Prozess der Integritätsprüfungen, der im eigentlichen Sinne kein Prozess gewesen sei, da viele betroffenen Personen sich entweder eigenständig aus ihrer Tätigkeit zurückgezogen hätten oder in Wahlgremien demokratisch über ihren weiteren Verbleib entschieden worden sei:

*„[...] manche haben sich auch zurückgezogen. Nicht? Also [ich] könnte Ihnen ja auch aus Magdeburg ‘n paar Leute nennen, die plötzlich um vorzeitige Pensionierung gebeten haben oder sonstwas, weil sie nicht wollten, dass ihre Akten ausgegraben werden und nicht ihnen nachgewiesen wird, was [sie] alles so nebenbei gemacht hatten. Nicht? Aber das war ‘n Personalwechselprozess, [...] der war natürlich politisch ausgelöst, das ist klar. Aber es gab kaum Prozesse in diesem Zusammenhang. Sondern entweder waren es demokratische Entscheidungen durch Wahlgremien oder die Leute waren klug genug, sich zurück zu nehmen.“ (H34\_Nr.10)*

*b) Fachliche Evaluierungsverfahren und Limitationen der Wiedereinstellung ostdeutscher Ärzte*

*„Was uns im Hochschulbereich natürlich über Jahre eigentlich behindert hat, das war diese Phase der Hochschulerneuerung mit den umständlichen aufwendigen Evaluierungsverfahren. [...] Ich hab gerad’ nochmal nachgesehen, ich hab also erst ‘92 mein Reappointment*

---

<sup>37</sup> Immerhin ist in der Literatur aber beschrieben, dass ein Prokurist des Diakonischen Werkes der DDR (DWDDR) (vgl. Schäfer 2018: S. 6, S. 19), Dr. Koltzenburg, 1992 als inoffizieller Mitarbeiter enttarnt wurde (vgl. ebd.: S. 26). Es ist zu vermuten, dass es weitere inoffizielle Mitarbeiter auch in kirchlichen Einrichtungen der DDR durchaus gab.



*bekommen und wusste bis dahin nicht, ob das denn stattfinden würde. [...] Aber wir hatten, [das] wissen Sie vielleicht, eine Quote, maximal 25 Prozent konnten und durften [...] Bis man sich dazu entschieden hat, übrigens unter gar nicht mal Ausschöpfung dieser 25 Prozent, da [...] haben auch viele dann der Hochschule den Rücken gekehrt. [...] Es sind auch einige gegangen. [...] Die politische Evaluierung, die ja gleich zu Anfang kam [...], die war aber längst überstanden, als die fachliche begonnen hat. Und da sind dann manche in die Niederlassung gegangen [...] und haben gesagt: „Ne, vor so ‘ne Kommission geh‘ ich nicht.“ Aber das war natürlich ‘n Vakuum.“ (11\_4)*

Neben der hier beschriebenen Phase des Wartens im Rahmen fachlicher Evaluationsprozesse an der Hochschule, die zusätzliche Personalverluste zur Folge gehabt habe, habe die Forschung an der Hochschule in dieser Zeit stagniert (vgl. 3.2.3 a)).

Im Hochschulbereich in Sachsen-Anhalt konnten nach fachlicher Überprüfung durch eine außerordentliche Berufungskommission bis zu 25 Prozent der Professorenstellen durch geeignete frühere Professoren besetzt werden (vgl. Hochschulerneuerungsgesetz § 65, Absatz 2-3; siehe auch 1.4.2).

Hier wurde Enttäuschung im Rahmen der Lehrstuhl-Neubesetzung geäußert, da durch die 25%-Quote auch fachlich kompetente sachsen-anhaltische Ärzte nicht immer den Lehrstuhl behalten konnten:

*„Ein Familienmitglied von mir ist über die Hürde nicht gekommen. Ist dann zwar weiterbeschäftigt worden und [...] hat die Professur behalten, aber der Lehrstuhl ist anders besetzt worden. [...] Wobei uns schon klar war, [...] dass man zwei aus der gleichen Familie vielleicht nicht nehmen können wird, [...] bei dieser limitierten 25 Prozent Klausel, aber da [...] werden Sie nachfühlen können, dass so etwas dann auch einem nicht gleichgültig sein muss.“ (11\_6)<sup>38</sup>*

Ferner wurde geschildert, dass das Ministerium zunächst ein Berufungsverhältnis von Westdeutschen zu Ostdeutschen von 2:1 für Neubesetzungen versprochen habe, dass dann

---

<sup>38</sup> Später, nämlich im Jahre 1997 hat das Bundesverfassungsgericht eine Entscheidung getroffen, dass ehemalige Hochschullehrer, deren Eignung festgestellt worden war, bei weiterer Tätigkeit an der Hochschule jedenfalls nicht als wissenschaftliche Mitarbeiter zurückgestuft werden können (vgl. Bundesverfassungsgericht, BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Februar 1997 - 1 BvR 1864/94 -, Rn. 1-93. In: *BVerfGE* 95, 193 - 219.).

aber ein komplettes Hausberufungsverbot (vgl. 1.4.2) durchgesetzt worden sei, sodass nur Neubesetzungen durch westdeutsche Ärzte stattfanden:

*„[...] Möllemann<sup>39</sup> war unser zuständiger Minister und der hat mir in die Hand versprochen, [...] dass ein Berufungsverhältnis von 2:1 stattfinden sollte. Zwei Wessis ein Ossi. Und da hab' ich gesagt: „Okay, ich verstehe das politische Anliegen und da hat wenigstens einer eine Chance auch berufen zu werden.“ Aber unser Staatssekretär<sup>40</sup>, selber ein Ossi<sup>41</sup>, ich sag [...] [es] einfach mal so, hat gesagt: „Ne, ne. Ich spreche ein Hausberufungsverbot aus für die nächste Zeit und es gibt nur noch Neubesetzung durch Westimport.“ [...] Und da hab' ich gesagt: „Das versteh' ich nicht, das hat doch mit Demokratie nichts zu tun. Wir haben angenommen, dass mit der Wende auch die Demokratie Einzug hält, aber was jetzt der Fall ist, ist Demokratur. Das ist einfach nur [...] so festgelegt Aus, Schluss, keine Diskussion. Über alles hinweg.““ (11\_7)*

Auch diese Entscheidung konnte nicht nachvollzogen werden und der Interviewpartner beurteilte daneben, dass durch mehr Miteinbeziehen ostdeutscher Ärzte mehr erreicht hätte werden können:

*„[...] Man hätte gemeinsam sehr viel mehr noch erreichen können und sie hätten auch sehr viel mehr Mitspieler gewonnen.“ (11\_43)*

Dennoch äußerte er, dass langfristig der Prozess der Umstrukturierung im Gesundheitswesen ans Ziel gekommen sei, trotz der oben genannten Schwierigkeiten:

*„[...] 1990 war alles noch ein bisschen so diktatorisch. [...] Gelenkt und nicht immer sehr glücklich, manchmal auch nicht sehr demokratisch. Und das hat sich jetzt aber nun*

---

<sup>39</sup> Jürgen Wilhelm Möllemann war von 1987 bis Anfang 1991 Bundesminister für Bildung, also auch während des Beitrittsprozesses (vgl. Wikipedia - Die freie Enzyklopädie: Jürgen Möllemann. Online verfügbar unter [https://de.wikipedia.org/wiki/J%C3%BCrgen\\_M%C3%B6llemann](https://de.wikipedia.org/wiki/J%C3%BCrgen_M%C3%B6llemann), zuletzt geprüft am 01.12.2020.).

<sup>40</sup> Der Staatssekretär zu dieser Zeit war Hans-Albrecht Freye. Er war seit 1959 Direktor des biologischen Instituts der medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg gewesen und wurde 1961 zum Professor berufen. Von 1964 bis 1966 war er Prodekan der Medizinischen Fakultät, danach bis 1970 ihr Dekan.

1988 wurde Freye emeritiert. Nach der Wende war er von November 1990 bis zu seinem Tod im Jahre 1994 Staatssekretär Sachsen-Anhalts – bis Juli 1991 im Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur und ab Juli 1991 im Ministerium für Wissenschaft und Forschung (vgl. Wikipedia - Die freie Enzyklopädie: Hans-Albrecht Freye. Online verfügbar unter [https://de.wikipedia.org/wiki/Hans-Albrecht\\_Freye](https://de.wikipedia.org/wiki/Hans-Albrecht_Freye), zuletzt geprüft am 01.12.2020.).

<sup>41</sup> Auch Werner Sobetzko, der von 1990 bis 1991 Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur in der Landesregierung im Land Sachsen-Anhalt war, war Ostdeutscher und seit 1958 Mitglied der Ost-CDU (vgl. Wikipedia - Die freie Enzyklopädie: Werner Sobetzko. Online verfügbar unter [https://de.wikipedia.org/wiki/Werner\\_Sobetzko](https://de.wikipedia.org/wiki/Werner_Sobetzko), zuletzt geprüft am 01.12.2020.)

wesentlich gebessert und ich denke, jetzt ist dieser Prozess auch dort angekommen, wo er eigentlich hingehört“ (11\_42)

### *c) Evaluierung durch die Medien*

Ein Arzt in Leitungsposition beschrieb, dass er durch die Bildzeitung provoziert worden sei, sich bzgl. der Beurteilung einer Person zu äußern:

*„[...] kriegte ich einen Anruf und da meldet sich ein Vertreter der Bildzeitung. Er fragt mich: „Was machen Sie denn, um Herrn sowieso an den nächsten Baum zu hängen?“ „Na“, hab ich gesagt, „ich häng‘ hier überhaupt niemand an den Baum. Ich bin ja auch gar nicht der Vorgesetzte der Betreffenden, sondern das ist das Ministerium, also was wollen Sie von mir?“ „Ach. Reden Sie doch nicht [so], Sie müssen doch jetzt handeln.“ Und da hab ich gesagt: „Da passiert überhaupt nichts. Denn wir haben erstens ‘mal eine neue Demokratie, oder nicht? Und zweitens, dann soll mir mal jemand die entsprechende Begründung liefern, dann setz ich mich damit auseinander, aber es liegt kein Antrag vor. [...]“ (11\_12)*

Diese Erzählung lässt vermuten, dass auch durch die Medien und deren kritisches Befragen von Akteuren eine Art der (politischen) Evaluierung stattfand.

### 3.1.3 Kolonialisierung

Der Wende wurden in einigen Interviews durchaus kolonialistische Züge zugeschrieben (zum hier verwendeten Kolonialisierungsbegriff vgl. 4.1.2 b). Hierbei gab es sowohl negative Äußerungen (z.B. zur Bevorzugung westdeutscher Ärzte) als auch positive Äußerungen (z.B. zur wahrgenommenen Unterstützung durch westdeutsche (ärztliche) Akteure).

### *a) Förderung der Tätigkeit westdeutscher Ärzte in Ostdeutschland*

*„[...] Erneuerung bestand nur in dem Ersatz von westlichen Bewerbern.“ (11\_8)*

Die Förderung der Tätigkeit westdeutscher Ärzte in Ostdeutschland wurde in vielen Interviews beschrieben. Geschildert wurde teilweise Unverständnis über eine derartige Bevorzugung westdeutscher Ärzte zu Ungunsten der ostdeutschen Ärzteschaft (siehe auch 3.1.2):

*„Weil ich gesagt hab‘: „Es gibt so viele politisch unbescholtene, gute Wissenschaftler bei uns, die alle eine Chance kriegen müssten.“ Und ich bin eigentlich enttäuscht, dass die Wende, die doch nun eigentlich die Demokratie bringen sollte, aber die Demokratie im Hochschulwesen nicht brachte.“ (11\_9)*

Ein Arzt beschrieb die Nicht-Umsetzung eines geplanten Neubaus in seinem Fachgebiet wegen Verwendung der dafür zugesagten Gelder in einem anderen Fachgebiet, in das viele westdeutsche Ärzte nach der Wende strebten:

*„Und da haben wir also Jahrzehnte gekämpft um einen Neubau [...] Und diesen Neubau hatten wir ganz am Ende quasi in der Hand. Und da fiel uns das eigene Ministerium in den Rücken. Die Neu - Bewerbungen aus der westlichen Welt, die hatten natürlich mitgekriegt, dass unsere Stadt Schwerpunkt einer anderen medizinischen Fachrichtung ist. [...] Und nun kamen vor allem die Ärzte dieser anderen Fachrichtung und bewarben sich hier und hatten natürlich auch bestimmte Vorstellungen, wie ihre Kliniken dann ausgestattet sein sollten- [...] Naja. Und da ist das Ministerium ganz schön in die Bredouille geraten, da sie ja nicht alles erfüllen konnten. [...] Und da ist es natürlich schön, wenn man plötzlich eine Geldsumme im Visier hat, die zwar für [Fachgebiet von E.] gedacht war, aber ist doch einfach, wenn man die einfach nimmt und stellt die Wünsche der anderen zufrieden. Und damit waren die 20 Millionen, die wir schon zugeschlagen bekommen hatten, [...] war geplatzt. Das hat natürlich viel Ärger gegeben und das hat mich natürlich auch geärgert, weil wir so viel unternommen hatten. [...] Selbst noch mit Hilfe [...] der alten Riege, wenn man das so will. [...] Und nun war einfach Schluss und: „Sorry, wir brauchen aber, wir müssen für die Kollegen aus ‘m Westen...“ [...]“ (11\_8)*

Sein Ärger schien sich in dieser Schilderung nicht nur darauf zu beziehen, dass die Gelder seines Fachgebiets zu Gunsten westdeutscher Ärzte entzogen wurde. Der Ärger schien sich auch darauf zu beziehen, dass mit Hilfe der „alten Riege“ in der DDR ein solcher Neubau noch ermöglicht worden war, dieses Vorhaben dann aufgrund der neuen Riege im vereinten Deutschland aber nicht umgesetzt werden konnte. Er beschrieb hier einen Sieg nach „jahrzehntelangem Kampf“ im alten System und dann trotz Kampf-Erprobtheit eine Niederlage im neuen System. Darin könnte sich auch das Thema der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit<sup>42</sup> in Folge von Engagement wiederfinden (Selbstwirksamkeit und Engagement siehe 3.3.1 a).). In diesem speziellen Fall konnte trotz persönlichen Engagements und früherer Selbstwirksamkeitserfahrung das Ziel letztlich nicht erreicht werden.

---

<sup>42</sup> „Selbstwirksamkeitserwartung (>>self-efficacy<<): Persönlichkeitspsychologisches Konstrukt, das sich auf die positive Einschätzung einer Person bezieht, Herausforderungen und Ereignisse in ihrer Umwelt im eigenen Sinn erfolgreich steuern zu können.“ (Nerdinger, Blickle, Schaper 2008: S. 612)

Daneben wurde kritisiert, dass westdeutsche Ärzte falsche Angaben zu ihren Qualifikationen gemacht hätten, um eine Position in Ostdeutschland zu erhalten. Auf diese Weise seien Positionen mit mangelqualifizierten westdeutschen Ärzten besetzt worden:

*„Im Westen war das ja durchgängig. [...] Wer Karriere machen wollte, musste wenigstens irgendwo mal Staub gewischt haben in Amerika. [...] Wobei wir natürlich auch Enttäuschungen erlebt haben, dass manche Berufungen hierher auch hochgestapelt war[en] und das dann auch später rauskam. Ich rede da so gerne gar nicht drüber, aber es gab eben auch solche, die mit laufenden Verfahren hierhergekommen sind. [...] Ich will da gar keine Namen nennen, [...] aber das war schon belastend, dass dann die Leutchen behaupten, sie seien die besten Chirurgen und Urologen und hätten ja nun schließlich auch an der Harvard-Universität... und dann haben wir hab ich herausgefunden, dass sie dort nur im Vorzimmer gestanden haben und auf dem Monitor verfolgt haben, wie die drin operiert haben. Und das haben mir dann Kollegen aus Estorstadt (Großstadt in Westdeutschland) mitgeteilt, so dass das authentisch war. Naja. Das waren so die Enttäuschungen, dass dann auch, sagen wir mal der hochgestapelte Wessi eben [...], gab's dann Diskussionen hier. [...] Und das war nicht gut.“ (H10\_Nr.5)*

Die angesprochenen „Enttäuschungen“ und „Diskussionen“ über „hochgestapelte Wessis“ lassen vermuten, dass hieraus ein Misstrauen gegenüber westdeutschen Ärzten entstand, die neu nach Ostdeutschland kamen.

Es wurde zudem erwähnt, dass ein in Westdeutschland wichtiges ärztliches Qualitätsmerkmal ein Amerikaaufenthalt gewesen sei. Die Beschreibung im Anschluss daran stellten recht negativ dar, dass westdeutsche Ärzte zwar einen Amerikaaufenthalt in ihrer Vita, nicht aber die damit erhoffte fachliche Qualität aufgewiesen hätten. Somit hinterfragte dieser Arzt hier auch diese westdeutsche Tradition auf ihren Nutzen.

Auch ein anderer Arzt beschrieb eine erlebte Bevorzugung westdeutscher Ärzte in seiner Klinik. Sein früherer Chefarzt sei abgelöst worden und habe nur noch als Oberarzt dort tätig sein können. Diesem sei ein leitender Oberarzt vorgesetzt worden, welcher noch kein Facharzt gewesen sei:

*„[...] mein Chefarzt damals, auch der wurde nach der Wende bald abgelöst und wurde ein Oberarzt und es kam 'n westlicher Kollege. Der ging aber nach'm halben Jahr wieder, weil er*

*hier nicht genug verdient hat. Dann war er wieder kommissarisch Chefarzt, der alte Chef, und dann kam ein neuer Chefarzt und er war wieder Oberarzt. Und dann kam der erste Oberarzt, auch aus'm Westen, der wurde diesem alten Chef vor die Nase gesetzt und dann stellte sich heraus: der war noch nicht einmal Facharzt. Der war nicht Facharzt und wurde jetzt Vorgesetzter vom altgedienten Chefarzt. Sowas gab's zu unseren Zeiten nicht. Was hat den Mann fachlich so ausgezeichnet, dass er jetzt sofort erster Oberarzt war, noch nicht mal Facharzt?“ (WZ84\_Nr.1)*

Der Erzähler erlebte darin eine Ungerechtigkeit, da er den neuen leitenden Oberarzt ohne Facharztbezeichnung als für dieses Amt nicht qualifiziert einstufte. Sein früherer Chef, der besser qualifiziert gewesen sei, habe hingegen seine Position abgeben müssen und sich diesem Arzt sogar noch unterordnen müssen. Abstrakter ließe sich hieraus die Wahrnehmung formulieren: besser qualifizierte ostdeutsche Ärzte mussten westdeutschen Ärzten aus Prinzip weichen, egal, wie gut oder schlecht diese westdeutschen Ärzte qualifiziert waren.

Der gleiche Arzt beschrieb allerdings auch, dass im Chefarztbereich an seiner Klinik der einzige neu eingesetzte westdeutsche Chefarzt ein sehr guter Arzt gewesen sei:

*„[...] Es kam bloß der Chef eines Fachgebietes (nennt Fachgebiet) neu, das is'n sehr netter und vernünftiger Mann, auch 'n Wessi aber eben 'n guter Wessi [...] is'n ganz toller Mann auch, 'n ganz fleißiger, netter und nicht von oben herab und große Klappe oder so. Gar nicht. Nein das is'n toller Mann.“ (WZ100\_Nr.1)*

*„Und die Folge war tatsächlich, dass eine Menge westdeutscher Kollegen kamen, auch solche, die eigentlich nicht die Qualität hatten, wie wir sie uns vorgestellt haben, die aber ihre Chance für eine Karriere gesehen haben. Und manch' einer ist auch wieder weg, weil er mit den Bedingungen hier gar nicht...er hatte sich das leichter, westleicht vorgestellt. Aber gerade der Umbruch verlangte eine ganze Menge, nicht? Das ist ganz klar. Naja. Und da gab's natürlich böses Blut und viele Enttäuschungen.“ (H37\_Nr.5)*

Mit dieser Aussage verbunden war der Vorwurf an einige westdeutsche Ärzte, nicht aus Hilfsbereitschaft, sondern aus karriere-orientiertem Eigennutz in den Osten gegangen zu sein. Durch diesen Fokus seien die Herausforderungen der Tätigkeit in der Umbruchsituation nicht bedacht worden und in Folge dessen hätten diese Ärzte auch nicht im Osten bestehen

können (gemäß H37\_Nr.5). In dieser Beschreibung deutete sich an, dass eine gewisse Überheblichkeit westdeutscher Ärzte gegenüber ostdeutschen Ärzten wahrgenommen wurde (hierzu vgl. auch 3.1.3 b)).

*b) Wahrgenommene Benachteiligung ostdeutscher Ärzte*

*„[...] wir kriegten ja abgestaffeltes Gehalt, teilweise wurden ja die Dienstjahre halbiert bei der Berechnung und dann kamen Kollegen aus'm Westen und die kriegten Westtarif. Der deutlich höher war.“ (H28\_Nr.1)*

Neben einem hier kritisierten Gehaltsunterschied zwischen ost- und westdeutschen Ärzten hätten sich gerade die frisch niedergelassenen ostdeutschen Ärzte oft vor finanziellen Herausforderungen gesehen ohne zu wissen, ob sie diese wirklich bewältigen könnten. Dagegen hätten westdeutsche ambulant tätige Ärzte, die schon lange in der Niederlassung tätig gewesen wären, diese Probleme nicht gehabt und ihren Wohlstand genossen. So jedenfalls beschreibt es dieses Zitat:

*„[...] Von meinem Studienjahr ist einer, der muss schon zu DDR-Zeiten abgerückt sein, der ist, weiß ich nicht, was der im Westen ist. Jedenfalls hatten die denn Seminargruppentreffen nach der Wende und da sagt dann '[...] 'ne Ärztin [bestimmten Fachgebiets] zu mir, sagt sie: „Weißt Du was? Der hat so viel Geld, der kauft sich irgendwelche blöden Bilder, um Geld anzulegen. Zwei Häuser hat er schon und nur um sein Geld anzulegen kauft der sich da hässliche Schinken als Geldanlage.“ Sagt sie: „Und ich weiß nicht, wie ich meine Kredite abtrottern soll und der das.“ Das war also 'n großer, großer Unterschied. Man redete zwei Sprachen. Und das ist heute noch nicht so ganz anders geworden.“ (H26\_Nr.1)*

Diese finanzielle Ungleichheit auch durch die verschiedenen Situationen, in welchen sich ost- und westdeutsche Ärzte befanden, führte in diesem Fall zu einem zunehmenden Fremdheitsgefühl gegenüber westdeutschen Ärzten.

Wahrgenommene Ungleichheit und empfundene Ungerechtigkeit lagen aber nicht nur im finanziellen Bereich. Es wurden auch Vorurteile gegenüber der ostdeutschen Ärzteschaft beschrieben bis hin zur Degradierung zum „doofen“ Ostdeutschen, welche zu wahrgenommener Benachteiligung gegenüber westdeutschen Ärzten führte:

*„[...] Wir wollten bleiben und da hat man halt uns Steine in den Weg gelegt. Das war für uns so schwierig, [...] dass dann eben 'n Chef kommt und sagt: „Ihr seid ja sowieso alle doof“.“ (H21\_Nr.2)*

Die Ärztin schilderte, dass ihre Treue zu dieser Region nicht wertgeschätzt worden sei. Stattdessen habe sie als Ärztin, die bleiben wollte, sogar Nachteile gehabt und sei mit Vorurteilen konfrontiert worden. Dies habe nicht nur sie alleine betroffen, sondern es sei insgesamt den Ärzten vor Ort so ergangen (vgl. H21\_Nr.2).

Ein anderer Arzt schilderte, dass ein Chefarzt einer internistischen Klinik sich zum Ziel gesetzt hatte, innerhalb eines Jahres seine Klinik „ossifrei“ zu bekommen und dies auch geschafft habe:

*„[...] Dann kam 'n neuer Internistenchef und der sagte dann: „Nach einem Jahr will ich meine Klinik ossifrei haben.“ Hat er auch geschafft. Bis auf eine Kollegin, die noch Oberärztin da ist. Und ansonsten, wenn wir [...] die Professorenstellen dort sehen, also [...] die Klinikstellen, die Leiter. Klinikleiter Professor Ackermann ist glaub ich 'n Ossi, aber ansonsten, wo Sie hingucken... Sind wir nach 25 Jahren immer noch 'n bisschen blöder als die Wessis? Ich weiß es nicht. Aber es ist auffallend. Es ist wirklich auffallend. Die ganzen Chefs, weiß ja nicht, ob man das mal rauskriegt, aber wer da ist, das sind alles, alles Wessis. [...]“ (H27\_Nr.1)*

Auch er benannte hier das Vorurteil des „blöden“ Ostdeutschen. Gleichzeitig kritisierte er indirekt, dass nach 25 Jahren dieses Vorurteil nicht mehr zu halten sei, aber scheinbar dennoch aufrechterhalten werde, da flächendeckend leitende Positionen noch immer fast ausschließlich durch Westdeutsche besetzt werden würden.

### *c) Positiver Kontakt zu westdeutschen Kollegen*

In den Interviews wurden aber auch positive Kontakte zu westdeutschen Kollegen geschildert, welche die ostdeutsche Ärzteschaft nach der Wende auf viele verschiedene Arten unterstützt hätten. Die Kontakte hätten teilweise schon vor der Wende bestanden und reaktiviert werden können. Es sei Unterstützung auf Know-How-Ebene (Beratung, Mitarbeiterschulung, Seminarangebote, Möglichkeit zu Hospitationen) und auf materieller Eben (Unterstützung mit Geräten und Medikamenten, finanzielle Unterstützung) erfolgt. Die unterstützenden westdeutschen Akteure seien hierbei niedergelassene Ärzte, Bundesverbände, Fachgesellschaften, Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung (KV) oder auch andere einzelne Akteure gewesen (siehe unten). Daneben habe es Hilfestellung



von Mitarbeitern gegeben, die zuvor in kirchlichen Einrichtungen oder eigener Niederlassung in der DDR tätig gewesen waren und so dem westdeutschen System schon nahestanden. Außerdem habe es auch Unterstützung durch wirtschaftsorientierte Unternehmen gegeben, wobei hier vor allem die Pharmaindustrie als Unterstützer auf Knowhow-Ebene und materieller Ebene in mehreren Interviews beschrieben wurde. Bereits in den Interviews wurde hierzu eine Bestechlichkeitsdebatte angedeutet, wobei die interviewten Ärzte selber allerdings die Rolle der Pharmaindustrie als sehr hilfreich in den Umstrukturierungsprozessen wahrnahmen.

Manche westdeutschen Ärzte besuchten ostdeutsche Kongresse (vgl. G7\_Nr.5). Hieraus seien die Wende überdauernde Freundschaften entstanden (vgl. ebd.). Durch das gegenseitige Kennen habe sich z.B. auch eine ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft problemlos in eine gesamtdeutsche Fachgesellschaft integrieren lassen, welche ihrerseits wiederum zu einem Fortschritt im betroffenen Fachgebiet geführt habe (vgl. G8\_Nr.5).

Die ostdeutschen Ärzte hätten westdeutsche Ärzte auch teilweise schon vor der Wende durch internationale Tagungen gekannt und dadurch direkte Unterstützung nach der Wende erfahren:

*„Und dann war eine große Welle der Hilfsbereitschaft, die [...] auch dann fachbezogen zum Teil war, dass sich die Kollegen, die wir zum Teil ja kannten, wir haben uns zwar nicht auf westdeutschen Kongressen gesehen, [...] Ende der 80er Jahre ganz gelegentlich, aber auf internationalen Tagungen in Österreich oder in der Schweiz [...] oder in Amerika. [...] Die haben sich sofort gemeldet und: „Wie können wir helfen?““ (G2\_Nr.7)*

Beim Gang in die Niederlassung wurde Unterstützung von Seite der westdeutschen Kollegen und Berufsverbände geschildert, welche insbesondere durch Beratung und Seminarangebote eine besondere Rolle bei der Schulung ostdeutscher Ärzte gespielt hätten:

*„[...] wir haben 'ne Unterstützung gekriegt von den Kollegen [...] aus den alten Bundesländern. Die haben uns dann mit Seminaren klug gemacht oder informiert [...], was wir machen sollten [und] was nicht. Die Berufsverbände haben [...] wirklich [...] Arbeit geleistet, das muss ich also mit aller Deutlichkeit sagen. [...] Und die haben uns in der ersten Zeit mächtig [...] mit Wissen und [...] Knowhow unterstützt. [...] Also das muss ich schon sagen*

*und da gibt es auch richtig [...] gestandene kollegiale Beziehungen, die teilweise Freundschaften geworden sind.“ (WZ75\_Nr.6)*

Auch ein anderer Arzt beschrieb die Schulung durch Kollegen aus der Partner-KV Sachsen-Anhalts:

*„Kollegen da aus Niedersachsen, das ist ja [...] die Partner-KV für Sachsen-Anhalt [...], die haben uns auch schon sehr unterstützt mit, naja, [...] wie das eben so funktioniert das ganze Vertragsarztsystem und mit den Kassen. [...]“ (WZ113\_Nr.9)*

Daneben habe es Unterstützung von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegeben:

*„Und rein organisatorisch wurde das Ganze ja dann begleitet durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung [...], die dann auch in Hirschenstadt (Großstadt in Ostdeutschland) da intensiven Kontakt aufgebaut haben [...], die dann uns eben auch mit Manpower viel zur Verfügung dann standen und entsprechend erstmal überhaupt in das System [...] des vertragsärztlichen Systems in irgend'ner Weise da irgendwie reingebracht haben.“ (WZ6\_Nr.8)*

Auch vom Berufsverband der Allgemeinmediziner in Niedersachsen habe es ein intensives Seminarangebot gegeben (vgl. 11\_47). Auch der Hausärzteverband habe regelmäßige Weiterbildungen angeboten:

*„Und dann gibt's ja den [...] Hausärzteverband, das hieß ja früher zu DDR-Zeiten „Gesellschaft für Allgemeinmedizin“ [...] und die sind dann übernommen worden von dem Hausärzteverband und da wir hatten ja regelmäßig [...] damals schon und jetzt auch regelmäßige Weiterbildungen angeboten.“ (WZ108\_Nr.9)*

Im stationären Bereich wurde die Unterstützung auf Knowhow-Ebene durch west- (bzw. gesamt) deutsche Institutionen (Berufsverband und Fachgesellschaft) positiv angesprochen:

*„Und um das auf [...] eine größere Basis zu stellen, hat der Berufsverband [...] die Initiative mit der Fachgesellschaft zusammen ergriffen [...] und [sie] haben dann Veranstaltungen gemacht und zwar- meistens hier [...] in den neuen Ländern, kamen dann mit [...] Referenten, [...] mit Fachberatern oder haben eingeladen, aber die Einladungen waren dann mehr zu*

*Hospitationen, [...] dass die Oberärzte da und da hingingen - und das war eine große Hilfsbereitschaft.“ (WZ45\_Nr.7)*

Auch der persönliche Einsatz leitender westdeutscher Akteure wurde beschrieben:

*„Und wir haben aber auch andere Hilfe erhalten. Ein früherer Kanzler [...] der [nennt westdeutsche Großstadt], der ist [...] gekommen und hat unentgeltlich unsere Verwaltung trainiert. Wir mussten ja von der Planwirtschaft auf die soziale Marktwirtschaft umschalten. Das hatte keiner gelernt. [...] Und da ist der gekommen und hat hier [...] unsere Finanziere geschult. Mit großem Erfolg. [...] Nach 'm halben Jahr lief das.“ (11\_29)*

Ein Arzt schilderte seine Enttäuschung über mangelnde Unterstützung von Seiten der (sachsen-anhaltischen) KV. Allerdings habe die KV vor Ort auch erst entstehen müssen:

*„Von der KV war ich [...] enttäuscht. Sehr enttäuscht. Dann gab's 'n Einführungsseminar, so vor der Niederlassung, auf dem hat dann 'ne Apothekerin gesprochen über die BTM-Sachen und so weiter. Was wirklich [...] auf uns zukam oder Abrechnungsmodalitäten, das kannten wir ja gar nicht. [...] Die [KV] musste ja auch erst entstehen, die war hier nicht. [...]“ (WZ95\_Nr.1)*

Dieser Erzähler hatte sich anscheinend von der (sachsen-anhaltischen) KV mehr Unterstützung erhofft und seiner Erzählung nach die Unterstützung durch die niedersächsische KV nicht in der Form wahrgenommen, wie sie in anderen Interviews zur Sprache kam (vgl. WZ113\_Nr.9). Er schilderte aber in anderen Bereichen Unterstützung (vgl. WZ94\_Nr.1), nicht zuletzt die individuelle Beratung durch seinen (privat niedergelassenen) Onkel beim Gang in die Niederlassung:

*„Mein Onkel aus Adenstedt (Großstadt in Westdeutschland) hat uns sehr gut beraten mit allem. [...]“ (WZ96\_Nr.1)*

Auch auf materieller Ebene schilderten die Ärzte Unterstützung von unterschiedlichen westdeutschen Akteuren.

Zum einen wurde materielle Unterstützung durch niedergelassene westdeutsche Ärzte geschildert:

*„[...] Und [es] gab auch Praxen, die dann irgendwelche [...] Verbrauchsgegenstände oder sowas zur Verfügung gestellt haben. [...]“ (WZ76\_Nr.6)*

Auch in einem anderen Interview wurde eine solche Unterstützung beschrieben und erzählt, dass westdeutsche Ärzte nach der Wende Pharmamuster gesammelt und gespendet hätten, was eine Hilfe gewesen sei (vgl. G16\_Nr.4).

Daneben wurde eine materielle Unterstützung durch die Ärztekammer und die KV Niedersachsen angesprochen:

*„Wurden wir unterstützt von Niedersachsen von der Ärztekammer und von der KV Niedersachsen und die nahmen dann mit uns Kontakt auf und brachten uns dann auch [...] Reklamemittel [...] und da haben wir uns da riesig gefreut, wenn wir da irgend ´n Digitalispräparat hatten [...] oder ´n Magenmedikament, was es hier nicht gab. Furesis war schwierig und dann aber auch Geräte, was die dann aussortiert haben, das hat uns auch schon geholfen. [...] Und ich kann mich da also nicht beklagen, es war keiner arrogant und die waren alle sehr nett.“ (WZ103\_Nr.9)*

In diesem Zitat wurde gleichzeitig ein freundlicher und nicht-arroganter Umgang der westdeutschen Ärzte mit den ostdeutschen Ärzten beschrieben, der einen Gegensatz zu dem schon thematisierten Vorurteil des „doofen Osis“ (vgl. 3.1.3 b.), mit dem sich manche Ärzte konfrontiert sahen, bildete.

Während dieser Arzt im ambulanten Bereich die Unterstützung durch ausrangierte Geräte positiv hervorhob (vgl. WZ103\_Nr.9), wurde die Unterstützung durch alte ausrangierte Geräte an anderer Stelle von einem stationär tätigen Arzt als Absurdität beschrieben:

*„[Es] gab aber auch Absurditäten, [...] dass einem alte, abgelegte [...] Geräte angeboten wurden, die woanders durch neue schon ersetzt worden waren.“ (WZ46\_Nr.7)*

Allerdings lassen sich diese Aussagen nur bedingt einander gegenüberstellen, da nicht klar ist, in welchem Zustand sich die jeweiligen erhaltenen medizinischen Geräte befanden (und ob die Kritik des Arztes in WZ46\_Nr.7 vielleicht auch berechtigt war).

Auf Hochschulebene wurde ebenfalls materielle Unterstützung beschrieben. In folgendem Zitat kam es dazu auf Grundlage eines nach der Wende entstandenen „Freundschaftsbunds“ zwischen einer west- und einer ostdeutschen Hochschule:

*„Die Hochschule [Großstadt in Westdeutschland] hat gesagt: „Wir möchten mit [Großstadt in Ostdeutschland] gewissermaßen so eine Art Freundschaftsbund schließen. [...] Das haben wir*

*sofort aufgegriffen. Und da haben uns die [...] finanziell, apparativ und so [weiter] mit vielen Dingen geholfen - Sonographiegeräte und und und...“ (11\_28)*

Daneben wurden weitere (vereinzelte) Unterstützungsmaßnahmen geschildert, wie z.B. das Bereitstellen eines computergesteuerten, teuren Sonographiegeräts durch die deutsche Krebshilfe (WZ48\_Nr.5) oder das zur Verfügung stellen eines medizinischen Transportwagens auf landespolitischer Ebene:

*„Und selbst die Landespolitik, der damalige Minister Albrecht [...] von Niedersachsen, der brachte uns eigenhändig [nennt speziellen medizinischen Transportwagen] nach [Großstadt in Sachsen-Anhalt] [...] Was die Sterblichkeit noch weiter gesenkt hatte.“ (11\_31)*

Dass trotz allen zuvor beschriebenen Unterstützungsangebote diese nicht von allen Ärzten wahrgenommen wurden, zeigt folgendes Zitat, in welchem eine Ärztin auf die Frage nach Hilfestellungen (durch persönliche Kontakte oder Institutionen) bei der Umstrukturierung und Änderung des Systems antwortete:

*„[...] Ne. Da gab's keine Hilfestellung. Das war alles learning by doing oder so. Mehr so untereinander hat man dann versucht, so mit denen, wo man so'n bisschen enger war, irgendwie so sich Strategien zurecht zu legen. Ja? [...] aber ansonsten wüsste ich jetzt nichts. Ne.“ (WZ60\_Nr.2)*

Durch Hospitation bei westdeutschen Ärzten hätten Ängste vor dem Gang in die Niederlassung abgebaut werden können:

*„[...] Da in der Nähe von Herdstadt (Großstadt in Westdeutschland) [...] waren wir dann auch immer noch mal gewesen bei den Kollegen. Das hat also auch gezeigt, dass auch da nur mit Wasser gekocht wurde, also dass es jetzt zwar von der Ausstattung her anders war als bei uns, aber dass von den medizinischen Kenntnissen her das auch nicht viel anders war als bei uns. Ja. Und ich denke, die Ausbildung bei uns war ja auch gar nicht so schlecht. Und [...] dann waren wir dann doch auch optimistisch, dass man das auch packen kann, auch vom Medizinischen her.“ (R5\_Nr.8)*

Das Hospitieren sei nicht gefordert gewesen, sei aber sehr hilfreich gewesen:

*„Dann hab' ich aus freien Stücken nochmal ganz kurz hospitiert bei einem Kollegen in Dinkeldorf (Stadt in Westdeutschland) [...], 'n paar wenige Tage, aber das hat mir auch sehr*

*viel gegeben. Das war aber aus freien Stücken und das war nicht gefordert, aber nur um mal überhaupt zu gucken: was macht man so und wie macht man's in [ein]er Praxis?“ (R12\_Nr.4)*

Auf der anderen Seite wurde in einem Interview aber auch eine Negativerfahrung bei einer Hospitation geschildert. Bei dieser Hospitation sei eine Praxis kennengelernt worden, in der scheinbar monetäre Interessen im Vordergrund standen:

*„Da war 'ne Kollegin [...], die ließ sich als Internistin nieder und ging vorher nach Adamsstadt (Großstadt in Westdeutschland) und hat geguckt wie's so abläuft. [...] Sagt sie: „s können Sie sich nicht vorstellen, [...] was da läuft. Der hat noch durchleuchtet“, wir haben zu der Zeit '90 , '92 oder '91 eigentlich nicht mehr durchleuchtet, [...] „Als erstes leuchtet er, dann hört er sie ab und macht die Anamneseerhebung und dann rechnet er alles ab, was er gemacht hat, Ganzkörperstatus [...] und so weiter und sofort.“ Sagt sie: „Ne. Ne.“, sagt sie, „das macht der nur wegen Geld.“ Das haben wir anders gelernt, wir haben's gelernt erst die Anamnese, dann die Untersuchung und dann die technischen Untersuchungen, [...] Röntgen oder was weiß ich, Labor. Sagt sie: „Ne.“ Und so ist für viele von uns 'n bisschen die Welt zusammengebrochen.“ (WZ83\_Nr.1)*

Hierdurch hatte diese Hospitation nicht den in den anderen Interviews beschriebenen Effekt, Ängste und Fremdheit gegenüber dem westdeutschen System abzubauen. Stattdessen erschien hier das neue System umso fremder.

#### *d) Rolle von kirchlichen Einrichtungen und Ärzten, die schon vor der Wende niedergelassen waren*

Eine andere Form der Kooperation schilderte ein ostdeutscher Arzt, der bereits vor der Wende niedergelassen war. Er habe ostdeutsche Ärzte, die neu in die Niederlassung gingen, beraten und auf diese Weise unterstützt:

*„[...] Zur Wendezeit noch kamen dann etliche Kollegen dann aus'm staatlichen Gesundheitswesen [...], war ja abzusehen, dass [...] jeder sich privatisieren musste. Ja? Das wurde ja dann alles aufgelöst [...] und die kamen dann doch und erkundigten sich dann, [...] wie das dann [...] so funktioniert mit der Abrechnung und was man [...] dann da so beachten muss [...] und da konnt' ich dann doch schon denen auch die Angst nehmen.“ (G30\_Nr.9)*

Eine ähnliche Rolle schilderte ein Arzt, der in der ehemaligen DDR in einem Krankenhaus kirchlicher Trägerschaft tätig war. Die kirchlichen Krankenhäuser der ehemaligen DDR hätten

nach der Wende bei der Umstellung der Krankenhausfinanzierung eine beratende Funktion gegenüber staatlichen Krankenhäusern der ehemaligen DDR übernommen:

*„Das war etwas völlig Anderes als die kirchlichen Krankenhäuser. Die waren [...] Wirtschaftsbetriebe, pflegekostensatzfinanziert. Das hat ganz große Bedeutung dann 1990 gefunden, als mit der Wiedervereinigung alle Krankenhäuser plötzlich auf Pflegekostensatzfinanzierung umgestellt wurden. Die meisten staatlichen Krankenhäuser wussten gar nicht, was das ist und wie das läuft. Die sind dann in die kirchlichen Krankenhäuser gekommen und haben gesagt: „Könnt Ihr uns [...] mal wenigstens Verwaltungshilfe leisten?“ Also ‘s Krankenhaus Jadestadt (Mittelstadt in Ostdeutschland) zum Beispiel weiß ich, da hat ein stellvertretender Verwaltungsleiter aus einem diakonischen Krankenhaus mindestens ‘n halbes Jahr lang dort mitgearbeitet und denen geholfen, die neue Haushaltstechnologie zu übernehmen und [...] sich dort einzuarbeiten. Das war für die Krankenhäuser eine ganz neue Umstellung. Für die kirchlichen Krankenhäuser hat sich nichts geändert. Nicht? Nur dass wir dann mit den Kassen verhandelt haben und nicht mehr mit dem Ministerium für Gesundheitswesen. Aber das Prinzip war das gleiche, Geld haben sie alle nicht gerne gegeben, ist klar.“ (WZ117\_Nr.10)*

*e) Wirtschaftsorientierte Unternehmen mit Bezug zum Gesundheitswesen in Ostdeutschland*

*„Und Ratiopharm hat uns geholfen für unsere [nennt Patientenkategorie] und hat tausende von D-Mark uns zur Verfügung gestellt, vor allem für [nennt Medikamente für diese Patientenkategorie] [...] Und das haben wir alles persönlich verhandelt dort und das war eine sehr positive Begegnung und hatte uns einiges an Mitteln gebracht.“ (11\_35)*

Neben der schon genannten Unterstützung habe es auch Unterstützung wirtschaftsorientierter Unternehmen gegeben. Die Pharmafirmen hätten die Ärzte mit Knowhow (vgl. WZ47\_Nr.7; vgl. WZ94\_Nr.1) und materiell (vgl. WZ111\_Nr.9; vgl. 11\_35) unterstützt und seien sehr aktiv gewesen:

*„Das war für uns natürlich ganz ungewohnt, dass plötzlich Pharmavertreter auftauchten. Da war die Wende gerade so vollzogen und die überschwemmt uns [...] mit Angeboten, sie haben auch manche gesponserte Weiterbildung dann gemacht und haben dann Kaffee und Kuchen kredenzt. Und heutzutage ist das ja alles ‘n bisschen [...] in die Schranken gewiesen worden, vernünftigerweise, aber wir haben auch Informationsmaterial bekommen, es wurde dann auch mal ‘n Kollege auf Firmenkosten eingeladen, mal nach Bremen zu gehen ‘ne*

*Woche, und das waren auch zum Teil [...] sehr sehr kluge beratende Leute, die uns auch [...] über das Klinikmanagement so'n bissl was erzählen konnten. [...] Nicht alle, aber einige hab' ich da in guter Erinnerung und ich hab mir auch dann in den Anfangsjahren die Zeit genommen, mich mit den Vertretern zu unterhalten und hab da auch manches gelernt.“*  
(WZ47\_Nr.7)

Eine ähnliche Schilderung fand sich in folgendem Zitat:

*„Ganz rege wurden in der Wendezeit die Pharmafirmen. Pharmafirmen und [...] Firmen für Kinderernährung [...], die sich sehr um uns bemüht haben, ich will das mal positiv neutral ausdrücken. Wir wurden eingeladen und konnten uns Einrichtungen ansehen und [...] es wurden auch Teilnahmen an Kongressen finanziert, das war eine für uns überraschende und beeindruckende Maßnahme. [...] Einige kritische Stimmen, die damals von westdeutschen Kollegen zu hören waren gegenüber den Aktivitäten der Pharmaindustrie zum Beispiel, die konnten wir so gar nicht richtig verstehen zunächst. Heute sieht man das ein bisschen anders und es ist ja auch ein bisschen anders geworden, das muss man dazu sagen. Aber diese Aktivitäten der Firmen, die natürlich aus wirtschaftlichen und strategischen Gründen erfolgten, die waren schon sehr bedeutsam und nützlich für uns.“* (WZ18\_Nr.3)

Dieser Arzt und auch die anderen interviewten Ärzte beschrieben die Unterstützung durch Pharmafirmen, sofern sie sie thematisierten, als hilfreich. Allerdings wurde hier (und auch in anderen Interviews) eine Bestechlichkeitsdebatte bei Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch die Pharmakonzerne angedeutet (vgl. WZ47\_Nr.7, WZ18\_Nr.3, WZ111\_Nr.9). Dass durch den Einfluss der Pharmaindustrie eine Möglichkeit zur Bestechlichkeit bestehe, sei einigen der interviewten Ärzte damals nicht bewusst gewesen (vgl. WZ18\_Nr.3, WZ111\_Nr.9).

Es fand sich durchgehend die Aussage, dass die Pharmaindustrie in den Umstrukturierungsprozessen des ostdeutschen Gesundheitswesens eine wichtige Unterstützungs-Säule gewesen sei.



### 3.1.4 Änderung von Rahmen und Strukturen

#### *a) Verständnis für die Änderungen von Rahmen und Strukturen?*

Einige der Interviewpartner sprachen ihr Verständnis für den Ablauf der Umstrukturierungsprozesse aus. Aussagen hierzu fanden sich in unterschiedlichen inhaltlichen Kontexten.

Geschildert wurde der Wunsch nach einem westlichen Lebensstandard, der zu einer Bejahung der Systemumstellung geführt habe:

*„[...] [Die abgelaufenen Prozesse] waren notwendig zur Angleichung der Strukturen im Gesundheitswesen. Dass das Gesundheitswesen der BRD Westdeutschlands an die kleine DDR angepasst wurde, das wollte niemand, und [...] dafür hätt's auch nirgends Mehrheiten gegeben. Wir waren dazu verurteilt, und wollten das auch, uns an die westdeutschen Strukturen anzupassen. Denen ging's ja allen viel besser. Ist doch klar, dass es auch den Wunsch gab, so zu leben wie im Westen.“ (11\_20)*

Verständnis äußerte ein anderer Arzt unter dem Aspekt, dass die Wiedervereinigung unerwartet gekommen sei und somit kein „Plan A“ bestanden habe:

*„Es hätte manches vielleicht schneller gehen können, aber wie manche heute auch bei Nachprüfung der Dokumente sagen, es gab eigentlich nicht den Plan A für die Wiedervereinigung.“ (WZ57\_Nr.7)*

Ein weiterer Arzt sprach die Debatte an, ob damals mehr Bestandteile des früheren Gesundheitswesens der DDR hätten übernommen werden können bzw. ob ein neues Versorgungssystem im Zuge der Wende hätte aufgebaut werden können (vgl. WZ12\_Nr.8). Er verwies aber darauf, dass dies in der Kürze gar nicht möglich gewesen sei:

*„[...] Bei der Geschwindigkeit der Prozesse musste man sagen: „Also wir können jetzt nur eins machen, dass wir dann das, was jetzt existiert und was ja irgendwie gut funktionierte in der Bundesrepublik, dass wir das jetzt eben auch auf den anderen Teil Deutschlands anwenden.“ Also diese Idee, die immer mal wieder jetzt ja auch diskutiert wird, man hätte [...] zum Beispiel mehr Gemeinschaftspraxen, MVZs, oder wie auch immer die denn heißen hätten, bestehen lassen können, das war einfach in der Schnelle [...] der Überlegung überhaupt nicht machbar. Ja?“ (WZ12\_Nr.8)*

Er erläuterte, dass es vielleicht wünschenswert gewesen wäre, Systembestandteil zu erneuern, dass es aber in Hinblick auf eine gute kontinuierliche Patientenversorgung und in Hinblick auf die Systemumstellung bei laufendem Betrieb nicht möglich gewesen sei, anders zu handeln:

*„Oder ‘n neues Abrechnungssystem zu schaffen wäre sicherlich sinnvoll gewesen, wenn wir zehn Jahre Zeit gehabt hätten oder fünf Jahre, dann hätte man das vielleicht auch machen können. Aber das Ganze in ‘m halben Jahr oder in einem Jahr hinzukriegen bei laufendem Betrieb und ohne Qualitäts- und Versorgungsverluste ging nicht. Also ging’s nur so, dass wir sozusagen das System übernommen haben, was vielleicht nicht immer die optimale Variante war, aber die einzig mögliche sozusagen.“ (WZ13\_Nr.8)*

Ob es wirklich keine Alternativen gegeben hätte, schien hingegen eine andere Ärztin zu hinterfragen, die allerdings ihr Verständnis für die Umstrukturierung dahingehend äußerte, dass das DDR-Gesundheitswesen langfristig in dieser Variante nicht hätte bestehen können:

*„Also ich gehe mal davon aus, irgendwann hätte es ‘n Krach sowieso gegeben. Also irgendwann wäre dieses viele Improvisieren und lückenhafte Arbeiten [...] nicht mehr so möglich gewesen. Und keiner weiß, wie es hätte anders kommen können, es ist nun so gekommen, wie’s gekommen ist“ (WZ25\_Nr.4)*

#### *b) Ärztliches Engagement inmitten makrostruktureller Prozesse*

Ein Arzt schilderte, wie die Medizinische Akademie durch den Wissenschaftsrat auf ihre weitere Zukunft hin geprüft werden sollte. Gemeinsam hätten sie sich auf die Beurteilung durch den Wissenschaftsrat vorbereitet und eine Konzeption für die weitere Zukunft der medizinischen Akademie erarbeitet, die der Wissenschaftsrat dann auch akzeptiert habe:

*„[...] In X-Stadt (Großstadt in Ostdeutschland) wurde die medizinische Akademie durch den Landtag abgewickelt, in Y-Stadt (Großstadt in Ostdeutschland) passierte dasselbe. Und als wir das mitkriegten, da haben wir uns besonders gut vorbereitet, als 1991 der Wissenschaftsrat nach Z-Stadt (Großstadt in Ostdeutschland) kam. Und haben das bestens vorbereitet. Die wollten ja wissen: „[...] Wie wollt ihr das weiter haben? Wie soll das gehen?“ [...] Und die Abwicklung drohte ganz genauso und da [...] wär’ übrig geblieben [ein] Versorgungskrankenhaus. [...] und [wir] haben dem Wissenschaftsrat eine Konzeption vorgelegt, die er akzeptiert hat.“ (11\_1)*

Der Arzt beschrieb auch Näheres dazu, wie das Konzept erarbeitet und dem Ministerium vorgelegt worden sei:

*„Wir haben uns zusammengetan [mit Akteuren] [...] von der pädagogischen Hochschule [...], von der Physik, also die [...] ganze theoretische Gruppe. Und da haben wir uns zusammengesetzt und haben eine Konzeption gemacht, wie das aussehen könnte, eine gemeinsame Universität zu machen. [...] Das funktionierte wunderbar mit allen, da wurden die Anteile, wie man miteinander oder auch eigenständig arbeitet, wurde ausgekaspert. [...] Und als wir meinten, jetzt könnte man damit eigentlich ins Ministerium gehen, da haben wir dem Minister einen Brief geschickt, er solle uns doch mal beauftragen, [uns] Gedanken zu einer Fusion dreier Hochschulen zu machen. Hat der auch prompt gemacht. Und da waren wir im Grunde genommen eigentlich schon fertig und da sind wir in drei Monaten fertig gewesen, die Struktur einer künftigen Universität für die drei Bereiche Technische Universität, Pädagogische Hochschule und Medizinische Akademie vorzulegen. Und der Minister war überrascht, dass er das so schnell gekriegt hat. [...] Und da gab's erst 'n paar Vorbehalte: „Können wir das finanzieren?“ Wir haben gesagt: „Ist nicht unser Problem. Wir kommen einfach mit dieser Idee und wenn das nicht geht, na gut, dann müssen wir eben wieder [...] die andere Option Medizinische Hochschule Z-Stadt (Großstadt in Ostdeutschland) dann machen [...].“ Aber sie hatten Blut geleckt und waren da eigentlich stolz. [...] Das haben sie ja [...] auf ihre Fahnen geschrieben. Wir haben 's ja auch dabei gelassen dann.“ (11\_2)*

Diese Schilderung ist ein Beispiel dafür, dass insbesondere Entwicklungen, die nicht klar in eine Richtung vorgegeben waren, auch durch ärztliche Akteure geprägt und mitgestaltet werden konnten und wurden.

Es wurde daneben geschildert, wie durch Kontaktaufnahme zu (gesundheits)politischen Akteuren gezielt Unterstützung angefragt wurde:

*„Wir haben natürlich oft auch hohen Besuch, zum Beispiel Hannelore Kohl. [...] Ich habe mit ihr darüber gesprochen und wir hatten nämlich einige Probleme, was die Struktur der Hochschule anging. Und da hab ich sie gefragt, ob [...] auch 'n Zugang zu ihrem Mann beziehungsweise zu dem Ministerium geht, wenn es mal anfängt zu klemmen. Und da hat sie gesagt: „Kein Problem.“ und hat mir 'n [...] Zettel mit [einer] Telefonnummer gegeben [und] hat gesagt: „Rufen Sie an, wenn's irgendwelche Probleme gibt. Ich kenne jemanden, der*

*sofort bei Ihnen ist.“ Haben wir aber gar nicht machen brauchen, das hatte auch ohne Frau Kohl funktioniert.“ (11\_3)*

In diesem Beispiel sei die Hilfe zwar nicht abgerufen worden, stellte aber eine zusätzliche Sicherheit in den Umstrukturierungsprozessen dar.

*„Unsern Ministerpräsidenten hab‘ ich auch ins Haus geholt [...] Wir wollten ja bauen und da hab ich gemeint: „Das ist gut, dass auch der Ministerpräsident auf unserer Seite steht.“ Und da ist er auch gekommen und hat uns versprochen zu helfen, wo es nur geht.“ (11\_34)*

Auch in diesem Beispiel wurde gezielt Unterstützung angefragt. In beiden Beispielen handelte es sich um Formen der (angefragten) Unterstützung, die wohl zur Verfügung standen, aber für deren Inanspruchnahme bzw. Anfrage es gezielter Eigenaktivitäten betroffener (ärztlicher) Akteure bedurfte.

Auch an anderer Stelle wurde die Prozessbeeinflussung beschrieben, hier auf mikrostruktureller Ebene:

*„Wusste ich, dass man diese [nennt Fachgebiet] am liebsten wieder einem, ich sag‘s mal so, Wessi anbieten wollte. Und dagegen hatte ich etwas. Ich wusste auch schon, wen man im Visier hatte, nämlich einen Westberliner, der auch bekannt ist. Aber ich habe gesagt: „Warum soll der Westberliner hier nach [nennt Stadt] kommen, wenn wir ‘n eigenen Mann haben?“ [...] Und was Besseres konnte ich mir da gar nicht wünschen. Und da habe ich revoltiert und gesagt: „Ich möchte, dass [Name] diese C4 kriegt.“ Und daraufhin bin ich zum Minister gegangen [Name des Ministers] [...] Ich sag‘: „Herr Minister, wer hat eigentlich das Sagen in der Regierung, Sie oder der Staatssekretär?“ Lacht er und sagt: „Was soll die Frage, ich natürlich.“ „Naja“, hab ich gesagt, „ich frage nur, weil der Staatssekretär nämlich angeordnet hat, dass Hausberufungen zum jetzigen Zeitpunkt ausgesetzt sind, ganz im Gegensatz zu der Vereinbarung des Bundesministers. [...]“ „Ach“, sagt er, „ja, das weiß ich.“ „Ja, ich“, sage ich, „ich komme mit ‘ner ganz klaren Vorstellung. Ich würde nämlich gerne Ihre Unterstützung haben, dass Herr [Name] diese C4 kriegt. [...]“ „Ach“, sagt er „da verlangen Sie was von mir.“ „[...] das ist mir schon klar. Aber [...] wir verstehen uns doch beide gut und wir sind doch beide dem Staatssekretär nicht verpflichtet, ne?“ Sagt er: „Ich mach das, aber behalten Sie es noch für sich.““ (11\_37)*

In diesem Beispiel zeigte sich: auch bei einer Vorgabe (hier des Aussetzens von Hausberufungen) konnte in bestimmter Konstellation (Engagement und einflussreiche Position) ein von der Vorgabe abweichendes Ziel mit großem persönlichem Einsatz erreicht werden. Im Gegensatz zum vorherigen Beispiel war hier zwar die Wegweisung eigentlich klar, sie selbst ließ sich somit nicht mehr mitgestalten, wohl aber ihre Umsetzung im Einzelfall.

Eine Ärztin beschrieb, wie durch Privatinitiative Hilfsaktionen (z.B. beim Gang in die Niederlassung) erfolgt seien, dass diese aber nicht von makrostruktureller Ebene hätten vorgegeben werden können:

*„Viele andere Dinge [...] war'n so spontane Hilfsaktionen, die war'n wunderschön, hat man auch tolle Erinnerungen dran, wie denn auch in meiner Praxis tätige Hilfe kam und so, das war alles toll, aber das sind natürlich spontane Dinge, wenn die nicht laufen, können Sie [da]für keinen verantwortlich machen, weil das auch private Aktivitäten war'n. Da können Sie jetzt keinen dafür bestrafen, wenn das nicht geklappt hat. Wenn das nicht aufgegangen ist. Ja?“ (G18\_Nr.4)*

In dieser Schilderung deutete sich an, dass bei den Umstrukturierungsprozessen die Systemebene zusätzlich auch auf solche Eigeninitiativen angewiesen war. Demnach könnte angenommen werden, dass die Güte des Umstrukturierungsprozesses auch von dem Engagement und der Initiative der (ärztlichen) Akteure abhing und ohne diese Privatinitiativen der Prozess schleppender und weniger befriedigend verlaufen wäre.

Ein Arzt erzählte, wie er die Leitung seines ehemaligen Betriebsambulatoriums „eingespannt“ habe, um ein Arztregister zur Kommunikation der Ärzteschaft aufzubauen:

*„Diese Leitung aus dem Betriebsambulatorium, wo ich immer gearbeitet habe, die hatten ja dann irgendwann auch nichts mehr zu tun, weil dieses Betriebsambulatorium eben nicht mehr funktionierte. Die hab' ich dann im Prinzip eingespannt und die begannen dann mit Erfassung der Ärzte und sozusagen so 'ne Art Arztregister aufzubauen, dass wir überhaupt untereinander erstmal kommunizieren konnten.“ (11\_49)*

Hier wurde der Wegfall des Betriebsgesundheitswesens angesprochen, also ein individueller Verlust für bestimmte medizinische Akteure. Die medizinischen Akteure dieses bestimmten Betriebsambulatoriums seien aber eingebunden worden in den Aufbau eines Arztregisters

und wirkten so an der Etablierung des neuen Gesundheitswesens mit. Ihrem Funktionsverlust stand eine neue Funktion gegenüber. Eine Schlüsselfunktion hatte hierbei der Erzähler, der dieses ungenutzte Potential erkannte und nutzte.

#### *c) Unsicherheiten in den Prozessen*

Ein Arzt erwähnte die Frage nach makrostrukturellen Konsequenzen des Mauerfalls zu Beginn der Wende. Er erwähnte in diesem Zusammenhang auch die Personalverluste durch in den Westen abwanderndes Personal, die eine Unsicherheit zur Fortführung der medizinischen Versorgung auf mesostruktureller Ebene darstellten:

*„[...] weil es unsicher war, wie es denn weiter geht und [es] sind doch noch große Personalverluste gewesen. [...] Nachdem die Grenze offen war, sind Schwestern und Ärzte in Scharen noch über die Grenze gegangen. Viele sind gar nicht weit gegangen, die haben [sich] aus [...] Gelsenstadt (Großstadt in Westdeutschland) [...] gemeldet oder aus Gießenstadt (Großstadt in Westdeutschland) [...]“ (WZ55\_Nr.7)*

Ein anderer Arzt schilderte, wie es bei Gründung der Ärztekammern anfänglich zu Irritationen bei ostdeutschen Ärzten gekommen sei, da diese teils von anderen Aufgaben und Entscheidungsbefugnissen der Ärztekammern ausgegangen seien. Er schilderte aber auch, dass diese Phase der Irritation nur vorübergehend gewesen sei und durch Verständnisbildung über die Funktion der Ärztekammern hätte überwunden werden können:

*„Und die Selbstverwaltung der Ärzte, das war ja etwas, was wir hier gar nicht kannten. Also wir haben natürlich beizeiten Ärztekammern gegründet. Es gibt jetzt auch Chroniken der Ärzte-Kammer Sachsen-Anhalts und so weiter, wo man das nachlesen kann, da gab's auch Missverständnisse. Ich kann mich also an einen Vortrag erinnern vom späteren Präsidenten, der entsetzt war, jetzt ist uns die Selbstverwaltung versprochen worden, aber entscheiden dürfen wir nicht. [...] Die haben doch gedacht, jetzt sind sie die Ärztekammer und können jetzt Staat im Staate spielen. Ne? Und das konnten sie natürlich [nicht], das gab's ja auch im Westen nicht. Also die mussten sich auch erst dran gewöhnen, dass die Kammern nur die Rechte hatten, die ihnen übertragen worden waren, aber nicht alles selber entscheiden konnten. Aber [...] das war 'ne Phase dann eben, da hat man sich dran gewöhnt. Jaja.“ (H35\_Nr.10)*

Ein Arzt schilderte, wie er und andere niedergelassene Kollegen Sorge vor der neuen Konkurrenz aus Westdeutschland hatten. Dies habe – bis zum Beweis des Gegenteils (durch Nicht-Eintreten dieser Befürchtung) - eine Unsicherheit dargestellt:

*„Na Befürchtungen hatten wir ja erstmal, dass sich gleich im Nachbarort ´n Kollege aus, was weiß ich, Intersbergen (Stadt in Westdeutschland) oder sowas niederlässt. [...] oder dass die Kollegen dann aus ´n alten Bundesländern mit dieser riesigen Technik dann kommen und dann uns das Leben schwer machen. Aber ich denke, [...] da bestand zu keiner Zeit, zumindest in unserer Region, die Gefahr, dass da sowas passieren würde. Ja? Und ich denke, auch die Patienten hätten da nicht so sehr mitgezogen, ja? Aber so in Inkelstein (Stadt in Ostdeutschland) [...] Die hatten auch Angst, [...] dass da dann Konkurrenz kommt, aber das ist da auch nicht eingetreten. Das ist also nicht gewesen.“ (WZ102\_Nr.9)*

Weitere wichtige Aspekte der Unsicherheit beim Gang in die Niederlassung werden in den untenstehenden Kapiteln (3.1.5 b) und 3.1.5 c)) näher beleuchtet.

Erwähnenswert ist noch eine Ärztin, welche die Phase der Umstrukturierung bis 1995 als relativ unbeschwert beschrieb, da (negative) Konsequenzen der Änderungen sich erst später dargestellt hätten. Die Unsicherheiten dieser Zeit schienen in ihrer Schilderung eher noch positiv anzuklingen, im Sinne einer Unbedarftheit im Bewegen im neuen System:

*„[...] Relativ unbeschwert. So. [...] weil man da noch nicht diesen Druck hatte. Weil man noch nicht wusste, wie ´s eigentlich geht. Da war das noch unbeschwerter, als es, was weiß ich, fünf, sechs Jahre später war. Relativ unbeschwert. Muss ich so sagen, würde ich denken, das war nicht so, da war zwar der Druck da, dass man das alles machen musste, aber [...] man kannte die Konsequenzen noch nicht bis zum Ende. Ja? Die man nachher teilweise erlebt hat, die kannte man noch nicht.“ (WZ63\_Nr.2)*

### 3.1.5 Förderung von Niederlassungsstrukturen

#### *a) Niederlassung als Chance und Zwang*

Alle interviewten Ärzte, die im Rahmen der Umbauprozesse in die Niederlassung gingen (Interviews 1, 4, 6, 8) beschrieben den Gang in die Niederlassung als Chance und nicht als Zwang<sup>43</sup>. Allerdings waren nur zwei dieser Ärzte vor der Wende als Allgemeinmediziner in

---

<sup>43</sup> Das ist insbesondere in Interview 1 interessant, da hier im weiteren Verlauf deutliche Schwierigkeiten mit den ökonomischen Aspekten der Niederlassung beschrieben wurden (vgl. 3.1.1 b)). Dennoch war der Gang in

staatlichen Einrichtungen tätig (Interviews 6 und 8), die beiden anderen Ärzte (Interviews 1 und 4) waren davor als Internisten in einem Krankenhaus tätig und gingen nach der Wende freiwillig in die Niederlassung.

Einer dieser beiden Internisten beschrieb, dass sich die Atmosphäre in seiner Klinik nach der Wende negativ verändert habe. Er habe die nun neue Möglichkeit genutzt, eine eigene Praxis zu gründen, wofür er Räume des ehemaligen Betriebs seines Vaters habe nutzen können:

*„Und [ich] habe dann nach der Wende 1992 den Handwerksbetrieb meines Vaters umgebaut zur Arztpraxis, gleich als Gemeinschaftspraxis mit 'ner Kollegin noch zusammen. [...] nach der Wende [...] änderten sich die Strukturen und auch das Klima im Krankenhaus änderte sich und da hab' ich mich entschlossen, aus der Klinik rauszugehen und in die Niederlassung zu gehen. Das gab's ja vorher nicht. [...] So lange hatten meine Eltern hier auch 'n [...] Handwerksbetrieb noch vermietet an 'n Konsum und die gingen ja dann Pleite zur Wende, nun stand das alles leer hier und mein Vater war tot und [da] dacht' ich mir: „Dann machst Du das, bleibst Du zu Hause.““ (R15\_Nr.1)*

Ein Allgemeinmediziner erzählte, dass er zu Beginn der Umstrukturierung im ambulanten Sektor in der Phase gewesen sei, wo man sich auch in Westdeutschland typischerweise niederlasse (vgl. WZ1\_Nr.8), sodass der Zeitpunkt zur Niederlassung für ihn günstig gewesen sei. Daneben erzählte er, dass er schon zu DDR-Zeiten gerne in die eigene Niederlassung gegangen wäre. Das sei damals aber für ihn nicht möglich gewesen, doch nun habe er diese neue Möglichkeit dazu nutzen können:

*„[...] die Möglichkeit zu bekommen, da sein eigenes Ding zu machen, sein eigenes Ambulatorium irgendwo aufzubauen, war natürlich ideal für mich. Zumal ich eben [...] durchaus auch 'n bisschen Management und Leitungserfahrung hatte, weil ich das eben auch schon 'n bisschen leiten musste und das jetzt nicht für mich jetzt 'ne unüberbrückbare Hürde war oder irgendwie was ganz Fürchterliches war, sondern eher so 'n bisschen in der Richtung: „Da kannst Du Dich jetzt mal selbstverwirklichen und das, was Du da jetzt für den Betrieb gemacht hast, kannst Du sozusagen für Dich selber jetzt auch mal umsetzen.““ (WZ2\_Nr.8)*

---

die Niederlassung hier zunächst die Möglichkeit, der Klinik zu entfliehen (deren Atmosphäre sich nach der Wende verändert hatte).



Eine andere Ärztin schilderte, dass es sehr unkompliziert gewesen sei, den Gang in die Niederlassung zu beantragen:

*„Ja, das war eben unkompliziert, ich bin [...] damals zum [...] Rat der Stadt gegangen, da sagte ich: „[Ich] möcht' mich selbstständig machen.“, haben die gesagt: „Ist gut.“ und [...] [da habe] ich 'n Stempel gekriegt und dann war ich selbstständig. Das war völlig unkompliziert.“ (WZ78\_Nr.6)*

Man könnte sagen: weil die Niederlassung eine wegweisende Vorgabe der makrostrukturellen Ebene war (in diesem Sinne ein Zwang), wurden dafür auch Bedingungen geschaffen, um den Gang in die Niederlassung unaufwändig zu ermöglichen (weitere Bedingungen siehe 3.1.5 b) und 3.1.5 c)).

Dass die Wegweisung in Richtung der Niederlassung als Leitmodell (vgl. 1.3.1) in der Realität einen Niederlassungszwang bedeuten konnte, deutete ein Arzt in Interview 10 an:

*„Schwieriger war's für die Kollegen in den Polikliniken, weil die meisten Poliklinik' aufgelöst wurden. Die ganzen Bürgermeister, Landräte, die wollten alle nur kein Krankenhaus am Bein haben. Nicht? [...] „Die sollen sich niederlassen, sollen sich kümmern, ich will mich als Bürgermeister mit diesen Sachen nicht rumschlagen.“ Und [...] für die war der Wandel bedeutender.“ (H33\_Nr.10)*

#### *b) Finanzielle Rahmenbedingung der Niederlassung*

Der Gang in die Niederlassung wurde von vielen interviewten Ärzten als finanzielle Herausforderung geschildert, vor allem aufgrund der Unerfahrenheit im Umgang mit „Westgeld“ (vgl. H16\_Nr.4) und aufgrund des finanziellen Risikos bei Aufnahme eines Kredits.

Es wurde die Sorge beschrieben, aufgenommene Kredite nicht mehr zurückzahlen zu können und die Sorge, mit seiner Praxis in eigener Niederlassung kein dafür nötiges regelmäßiges Einkommen zu erhalten:

*„[...] [Sie] müssen sich vorstellen: wir hatten ja noch gar keine Erfahrung, was erwartet uns? Bekommen wir weiterhin regelmäßig Gehalt? Wenn ich in 'er Klinik bin oder werd' ich vielleicht arbeitslos? Und da hab' ich einen riesen Kredit an 'er Backe und kann den nicht bezahlen? Also jedenfalls unser Kredit betrug damals 600.000 D-Mark. Das war so schlimm*

*für uns, also erstmal konnte man lange Nächte lang nicht schlafen bevor man das unterschrieben hat.“ (H17\_Nr.4)*

Die Frage der Zurückzahlbarkeit habe auch darin ihren Ursprung gehabt, dass die ostdeutsche Ärzteschaft keinen Umgang mit „Westgeld“ und keinen Umgang mit Verschuldung erlernt habe:

*„[...] Das war dann so für die damalige Zeit von der Investitionssumme für uns alles unvorstellbar, dass das jemals irgendwie wieder zurückzahlbar war und nachdem dann die D-Mark eingeführt war, ja sowieso dann auch noch dieses Westgeld und so, das war also schon alles..., und dann so hoch verschuldet, war man ja alles nicht gewöhnt als gelernter DDR-Bürger.“ (H4\_Nr.8)*

*„Also die größte Sorge war, das materiell zu überstehe'n. Weil, das können Sie ja vielleicht auch 'n bisschen nachempfinden, ganz andere ökonomische Voraussetzungen, ganz andere Stellung auch zum Geld, keine Erfahrungen mit Westgeld und keine Erfahrungen mit, sagen wir mal, mit Kapitalismus. Keinerlei Erfahrung: „[...] Wie setz ich das um und wie reagiert [das] dann?““ (H16\_Nr.4)*

Darüber hinaus wurde auch eine Unerfahrenheit im Umgang mit Praxiseinrichtern geschildert und die Schwierigkeit, dass diese wirtschaftsorientiert agierten. Hierbei wurde die Befürchtung der Ausnutzung durch Praxiseinrichter geäußert (vgl. H13\_Nr.4, vgl. WZ97\_Nr.1).

Einen Kredit bei einer Bank zu erhalten, sei nicht schwierig gewesen. Die Banken seien sogar offensiv in die Krankenhäuser gekommen, um die Ärzte zu Krediten zum Gang in die Niederlassung zu beraten (vgl. WZ80\_Nr.4). Banken hätten insgesamt sehr großzügig Kredite vergeben, auch Kredite höherer Summe:

*„Dazu kam ja auch noch die Phase, dass also die Apobank damals oder überhaupt die Banken ja sehr großzügig mit Geld umgegangen sind. Also für den Bau, zum Beispiel, das gab überhaupt keine Komplikationen. Wir sind da hin gegangen und haben gesagt: „Wir brauchen 'ne Millionen D-Mark, um so'n Haus zu bauen.“ Haben sie gesagt: „Wollen Sie nicht noch 'n bisschen mehr haben?“ Also das war schon 'ne etwas andere Situation als heutzutage und das alles ohne irgendwelche Sicherheiten oder irgendsowas. Wir hatten ja gar nicht großartig irgendwas an Sicherheit oder so, man musste dann nur nach Herbststadt*

*(Großstadt in Westdeutschland) fahren und da irgend'nen Zettel unterschreiben, in der Hoffnung, dass man das irgendwie jemals zurückzahlen kann, also das war wirklich etwas offener dann, das Ganze.“ (WZ7\_Nr.8)*

Gerade durch die großzügige Kreditvergabe schien den Beschreibungen der Interviewpartner nach durchaus herausfordernd gewesen zu sein, einen nicht zu hohen Kredit zu beantragen. Insgesamt schimmerte in den Interviews durch: die Kreditsumme trotz der angebotenen Möglichkeiten klein zu halten, habe sich bewährt.

*„Als ich dann da zur Commerzbank dann kam und da dann Kredite [...] nehmen wollte, [...] „Machen wir diese Summe.“ „Ja, meinen Sie denn das reicht? Wenn 'n junger Kollege von Ihnen zu uns nach Ibbingen (Großstadt in Niedersachsen) oder [so] kommt, der will also erstmal 'n Haufen Geld haben, der baut sich erstmal selber 'n Haus, der baut sich 'ne Praxis und kauft sich 'n Auto. Und [...] Sie [...] knapsen hier an solchem Kredit für die Praxisräume, wollen das [...] alles kleinhalten.“ Und das [...] ist da eigentlich ganz gut angekommen, dass wir da so nicht über's Ziel hinausgeschossen sind. Und wir selber mussten sagen, dass wir das auch alles so richtig gemacht haben. Ja? Dass wir da doch auf'm Teppich geblieben sind.“ (WZ106\_Nr.9)*

Dies geht auch aus folgendem Zitat einer Ärztin hervor, die für den Gang in die Niederlassung Praxisräume ihrer früheren Poliklinik gemietet und diese nur schrittweise modernisiert und umgebaut hat:

*„Dann hab' ich meine ehemaligen Räume von der Poliklinik gemietet, die Praxisräume, und dann hab ich das Mobiliar aufgekauft [...] für 'n symbolischen Preis und dann haben wir eben gesagt: „Gut, ab heute sind wir [...] selbstständig“ [...] aber ich hab genau so weiter gemacht. Und hab nach und nach modernisiert und rekonstruiert und umgebaut [...] Ich würde es jederzeit wieder so machen. Das war kein Fehler. Es gab auch andere, die haben erst furchtbar viel investiert, haben dann sich völlig übernommen, haben ganz viel Schulden abzahlen müssen und [...] waren darüber auch nicht glücklich.“ (WZ79\_Nr.6)*

Dass es günstig sei, die Kreditsumme trotz alledem, was die Banken ermöglichten, klein zu halten, ist insbesondere einem Interviewpartner nicht bewusst gewesen. Er habe später unter den Folgen eines zu hohen Kredits gelitten:

*„Ich hatte insgesamt fast ‘ne Millionen Schulden als ich die Praxis aufgemacht habe [...] aus heute volkswirtschaftlicher Sicht hab‘ ich mich finanziell übernommen. Hatte ich ganz einfach. Wenn meine Frau nicht Geld zum Leben verdient hätte, hätten wir es nicht geschafft. Ich hab’s Geld geschafft für die Bank, meine Frau hat’s Geld geschafft zum Leben.“  
(H30\_Nr.1)*

Er beschrieb, dass er nur nicht in Privatinsolvenz gegangen sei, weil seine Frau ebenfalls ärztlich berufstätig gewesen sei, sodass sie finanziell das Betreiben der eigenen Niederlassung gerade noch so geschafft hätten, aber nur unter hohem Arbeitsaufwand:

*„Ich kenne zwei Ärzte, die Pleite gegangen sind, die in ‘er privaten Insolvenz waren, weil sie’n Ärztehaus gebaut haben und nicht so viel verdient haben wie geplant. Dann wäre mein Haus weg gewesen, das seit drei Generationen in der Familie ist, wir hätten mit zig Schulden dagestanden und alles wär’ weg gewesen. Das wär’ noch blöder gewesen. Da müssen S‘ also kuschen, Sie müssen mitmachen, Sie müssen Dienst machen, Sie müssen alles machen, bloß damit S‘ Ihre Schulden bezahlen können.“ (WZ92\_Nr.1)*

Eine Schwierigkeit war die begrenzte Vergleichbarkeit ost- und westdeutscher Ärzte beim Gang in die Niederlassung, insbesondere in Bezug auf unterschiedliche Punktwerte in der Vergütung von Leistungen ost- und westdeutscher Ärzte (vgl. WZ118\_Nr.1; vgl. H25\_Nr.1). Dieser Arzt habe sich beim Gang in die Niederlassung aber sehr von seinem westdeutschen Onkel, der zudem in dieser Zeit in einer Privatniederlassung tätig war, beraten lassen (vgl. WZ96\_Nr.1).

Eine Ärztin erläuterte genauer, dass sie als Kreditnehmerin regelmäßig von der Bank zur Rechenschaft für die Entwicklung ihrer Praxis gezogen wurde:

*„Und dann ging’s ja auch nachher dann darum, den Kredit zu tilgen. Und die Banken muss man natürlich auch versteh’n, die haben ja auch nix zu verschenken, also wenn wir DDR-Bürger jetzt in Größenordnungen pleite gegangen wären, hätten die ja unter Umständen auch Verluste gehabt. Also musste man da andauernd antreten [...], ‘ war so’n kleines Komitee, so nur drei Mann, und dann wurde man befragt so: „Wie ist Ihre Einkommenssituation? Was stellen Sie sich denn vor, wie [...] Sie die im nächsten Quartal steigern können?“ Und da hab‘ ich gedacht: „Was denken die eigentlich, ich bin glücklich.“ Also ich habe begonnen, sagen wir mal, vielleicht im ersten Quartal [mit] 400 Patienten, im*

*zweiten 670, im nächsten Halbjahr dann 1000. Und immer wurd' ich kritisiert: „Zu wenig. Zu wenig. Es muss mehr kommen. Sie müssen besser abrechnen.“ Und da hab' ich mir gedacht: „[...] Was? Das ist doch super.“ Also [...] ich selber fand [das] und das war auch in Ordnung.“ (H18\_Nr.4)*

Sie äußerte einerseits Verständnis für die Notwendigkeit dieser Berichte, andererseits habe sie sich ungerecht behandelt gefühlt, da sie trotz sich gut entwickelnder Praxis regelmäßig kritisiert worden sei. Sie beschrieb, wie sie erst mit der Zeit Selbstbewusstsein auch gegenüber den Banken ausgebildet habe (nach Überwinden der Unsicherheiten und Unerfahrenheit, die mit der Wende und Umstrukturierung einhergingen, vgl. 3.1.5 b) ).

*„Und leider war man natürlich damals auch [...] viel zu ängstlich und [damals] hätt' ich also nie auftrumpfen können und sagen [können]: „Also, jetzt reißen Sie sich mal zusammen, gucken Sie mal meine Bilanz an, ich hab hier noch nie eine D-Mark..., bin ich irgendwo hängen geblieben [...] im Zahlungsverzug oder so, das lief immer super. [...] sie hatten gar keinen Grund, mir irgendwie 's Leben schwer zu machen, aber wenn man da rausgegangen ist, da kam man sich vor wie nackt ausgezogen. [...] Man [...] hatte ja dann auch erst das Selbstbewusstsein, das Selbstvertrauen, wenn man über 'ne längere Strecke gemerkt hat, es funktioniert.“ (H19\_Nr.4)*

Dennoch wirken die beschriebenen Rechenschaftspflichten gegenüber den Banken sinnvoll, insbesondere im Spiegel der individuellen Entwicklung, die der Erzähler aus Interview 1 beschrieb (Fast-Pleite, vgl. 3.1.5 b)). Auch die Ärztin in Interview 4 konnte im Ergebnis eine gut funktionierende Praxis führen und neue Expertise und neues Selbstvertrauen auch im wirtschaftlichen Bereich aufbauen.

#### *c) Räumlichkeiten für die Niederlassung*

Auf makrostruktureller Ebene wurde beschrieben, dass der bürokratische Aufwand zum Bau einer eigenen Praxis gering gewesen sei. Ein Arzt, der zu DDR-Zeiten bereits niedergelassen war, aber nach der Wende eine neue Praxis baute, erzählte dazu:

*„[...] mit dem Praxisbau, das war ja nun unser Grundstück und dort [...] ging das ganz problemlos, ja? Das [...] wäre [...] heute sicherlich auch nicht mehr möglich, dass man das in 'nem halben Jahr mit sämtlichen Genehmigungen und [...] Behördengängen und sowas durchbekommt, aber das hat also gut funktioniert.“ (R16\_Nr.9)*

Es habe die Möglichkeit gegeben, frühere Praxisräume der Poliklinik zu mieten bzw. zu kaufen:

*„[...] Und ich habe das dann so gemacht, ich hab hier dann da drüben [...] in der Poliklinik gearbeitet [...] und hab die Räume einfach gemietet und dann hieß es aber: „Wir müssen das Haus kaufen.“, der Magistrat wollte das Haus abstoßen und dann hat dieses Haus die Ärzteschaft [...], die da drin waren, gekauft. Als Gemeinschaftseigentum. So und da hat also praktisch jeder seine Praxis, [...] wie so 'ne Eigentumswohnung war das dann Eigentum, und dann haben wir das modernisiert, das Haus [...], und rekonstruiert und [...] alles Mögliche.“ (R14\_Nr.6)*

Diese Möglichkeit habe allerdings die Einschränkung gehabt, dass nicht alle Ärzte dort hätten unterkommen können. Ein Arzt erzählte, nur entsprechend einer bestimmten Hierarchie („Hackordnung“) habe man Chancen gehabt, dort Räumlichkeiten zu erhalten:

*„Und in der Poliklinik selber war dann letztendlich auch Platzmangel, weil natürlich alle Ärzte, die da gearbeitet haben, irgendwie versucht haben, in der Poliklinik selbst auch Fuß zu fassen und ihre Praxis aufzubauen. Da gab's natürlich welche, die in der Hackordnung etwas über mir waren als [...] gerade fertiggewordener Facharzt.“ (H2\_Nr.8)*

Neben normalen Herausforderungen beim Bau einer Praxis gab es noch einige spezifische Herausforderungen beim Finden geeigneter Praxisräumlichkeiten und Praxisbau, welche der Wendezeit geschuldet waren.

Alteigentümer meldeten teils einen Anspruch auf Gebäude (und somit auch schon vorhandene Praxisräume) an, sodass die Ärzte neue Räumlichkeiten suchen mussten. Beim Bau einer eigenen Praxis sei die kollektiv-vorhandene negative Haltung gegenüber dem Schuldenmachen („DDR-Mentalität“) herausfordernd gewesen:

*„Bei den anderen Kollegen war das schon schwieriger, die mussten sich ja Räume suchen [...], die mussten, wenn sie das nicht aus ihrer staatlichen Arztpraxis haben mitnehmen dürfen, dann mussten die sich ja völlig neu einrichten dann, ja? Und dann kam ja dazu, dass dann Alteigentümer dann irgendwelche Ansprüche auf Immobilien machten und die dann raus mussten und dann ja auch dann entweder neue bauen, aber das war ja [...] unsere DDR-Mentalität [...]: „Ja Schulden machen, um Gottes Willen.“, das war [...] für manche doch sehr stressig. Das kann ich mir schon vorstellen. [...]“ (H32\_Nr.9)*

Als eine weitere Herausforderung wurde benannt, dass rechtlich unklar gewesen sei, ob Bauland überhaupt verkauft werden dürfe:

*„[...] diese Hürde mit dem Grundstück, weil man das gar nicht kaufen konnte, weil wir gar keinen Notar hatten und der Bürgermeister dieses Land eigentlich auch nicht so richtig verkaufen durfte. Das war ja auch alles noch nicht richtig klar. Der hat das dann einfach auf seine Kappe genommen und hat gesagt: „Ja. Ihr kriegt das jetzt, weil wir das hier haben wollen.“ Und wusste eigentlich auch gar nicht so richtig, ob er das schon durfte, das war ja 1990 gewesen.“ (H6\_Nr.8)*

Im genannten Fall sei dieses Problem pragmatisch dadurch gelöst worden, dass die Arztpraxis am Standort erwünscht gewesen sei und der Bürgermeister ohne letzte rechtliche Sicherheit die Verantwortung für den Verkauf des Standorts zum Praxisbau übernommen habe, damit die Praxis gebaut werden konnte.

Daneben sei in diesem Fall der Abschluss eines Kaufvertrags dadurch erschwert worden, dass kein Notar vor Ort tätig gewesen sei <sup>44</sup> (von diesem Problem berichtete allerdings nur dieser Arzt):

*„[...] dann haben wir einen Standort gefunden, den zu kaufen war in der Wendezeit relativ schwierig, weil's noch gar keinen Notar in Habertshausen (Mittelstadt in Ostdeutschland) gab und da mussten wir immer nach Herdstadt (Großstadt in Westdeutschland) dann fahren, um da überhaupt notariell das Ganze dann kaufen zu können, das war also alles mit viel Problemen verbunden.“ (H3\_Nr.8)*

Dieser Arzt beschrieb auch, dass es bei ihm zu einer massiven Bauverzögerung gekommen sei. Um diese Latenzphase zu überbrücken, habe er von der Baufirma zwei Baucontainer als vorübergehende Praxisräume zur Verfügung gestellt bekommen, in welchen er seine Tätigkeit in der Niederlassung aufgenommen habe, bis die eigentliche Praxis vorhanden gewesen sei (vgl. H5\_Nr.8).

---

<sup>44</sup> Wahrscheinlich war dies kein individuelles Problem dieses Arztes, da auch das Justizwesen in der gesamten DDR mit der Wende umgestellt wurde und somit möglicherweise mehrere Ärzte mit dieser Herausforderung konfrontiert wurden.

## 3.2 Funktionsbereiche des Gesundheitswesens

### 3.2.1 Auswirkungen auf die Patientenversorgung

#### *a) Kontinuierliche Patientenversorgung in den Umbauprozessen*

*„Und der Patient hat von dieser ganzen Umgestaltung nichts mitgekriegt, weil wir da, wirklich peu à peu war innerhalb eines Jahres ein völlig anderes Gesundheitswesen hier. Ohne dass irgendeiner auch nur irgendeine Situation hatte, [...] die schlecht für ihn war. Da können wir schon sehr stolz sein, dass wir das so geschafft haben. Wir haben das komplette Gesundheitswesen umstrukturiert, ohne dass irgendeiner dabei zu Schaden gekommen ist oder [...] mitgekriegt hätte, dass nun irgendwas nicht mehr läuft. War 'ne Pionierleistung.“ (WZ77\_Nr.6)*

Die Betreuung der Patienten während des Systemumbaus musste fortlaufend stattfinden, was insbesondere im ambulanten Bereich eine besondere Herausforderung war. Dieses wichtigste Ziel in den Umbauprozessen des Gesundheitswesens habe – trotz fehlender Vorbilder und als „Pionierleistung“ - erreicht werden können:

*„[...] Ja es war eben [ein] extrem schneller Umstieg sozusagen, den wir da geschafft haben, der aber aus mir heute fast unerklärlichen Gründen relativ reibungslos gelaufen war. Ja? Also es war ja niemals 'n Punkt da, wo die Patientenversorgung in irgendeiner Weise ernsthaft gefährdet war [...] dieser Systemumbau passierte [...] unter voll [...] weiterführendem Praxisbetrieb. [...]“ (WZ11\_Nr.8)*

Die kontinuierliche Patientenversorgung in der Wendezeit wurde in einem weiteren Interview auch für den stationären Bereich beschrieben. Auf die Frage, ob es sich für den Patienten bemerkbar gemacht habe, als das System sich änderte, antwortete dieser Arzt:

*„[...] Ne, im Grunde genommen nicht. Denn es hat sich auch die Umstrukturierung für den Patienten kaum bemerkbar gemacht. Es ist eigentlich alles weitergegangen, konnte nur noch besser werden, aber es hat keine Lücke gegeben oder nicht irgendwo so 'ne Phase, wo man sagt: „Das schulden wir nur Unsicherheit oder...“ Irgendwie hat der Patient [...], jedenfalls in unserem Fachgebiet, zu keiner Zeit darunter leiden müssen. Das galt für die alte DDR wie für die Neuzeit. Das konnte nur besser werden, was die Verfügbarkeit von Geräten und Medikamenten angeht.“ (WZ50\_Nr.5)*



*b) Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung in den Umbauprozessen als Ressource für Arzt und Patient  
„Und meine Patienten haben dann erstaunlicherweise nach der Wende gesagt: „Es hat sich ja nichts geändert. Sie waren damals für uns da und sind heute für uns da.““ (WZ67\_Nr.6)*

Wie im Zitat oben wurde in mehreren Interviews eine Kontinuität im Kontakt zu Patienten beschrieben, die sich hilfreich ausgewirkt habe. Ein Arzt beschrieb, dass sein Patientenstamm aus seiner früheren Tätigkeit in Poliklinik und Betriebsambulatorium ihm in die eigene Niederlassung gefolgt sei (vgl. R3\_Nr.8). Eine Ärztin, die vom Krankenhaus in die Niederlassung ging, konnte ebenfalls mit ihrem früheren Patientenstamm weiterarbeiten:

*„Ja. Und dann hab' ich da begonnen. Zuerst 'n bisschen, sagen wir mal, unfaire Weise mit alten Patienten, die dann mir gefolgt sind, und dann hat sich's aber [...] so rumgesprachen und es ist dann eigentlich sehr gut so gelaufen.“ (R10\_Nr.4)*

Sie schilderte, dass die neue Situation auch für die Patienten ein Unsicherheitsfaktor gewesen sei, die in ihrer Krankheit und Hilfsbedürftigkeit besonders auf ein funktionierendes System angewiesen gewesen seien. Die Patienten seien daher dankbar gewesen, in dieser Ungewissheit weiter von einem bekannten Arzt behandelt zu werden:

*„[...] zu Anfang war es so, dass die Patienten sehr, sehr dankbar waren, wenn sie zu Ärzten kamen, die sie kannten. Man muss sich das mal so vorstellen: die Zeit der Wende war schön und aufregend, aber auch, es kam Ungewissheit, ja? [...] Und so ging's natürlich den Patienten auch. Und noch dazu wenn man krank ist und Hilfe braucht und vielleicht auch schwach ist in der Situation, dann ist man natürlich dankbar, wenn man einem Arzt gegenüber sitzt, den man kennt. Also die vielleicht sogar meinen Mann kannten oder die Schulfreunde meiner Kinder waren oder so, ja? Und das [...] hat sich sehr gut ausgewirkt. (G17\_Nr.4)*

Auf diese Weise war Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung nach der Wende sowohl vorteilhaft für die Patienten als auch für Ärzte (welche einen Patientenstamm in die eigene Niederlassung mitnehmen konnte und dadurch auch finanziell mehr Sicherheit im neuen System hatten).

### c) Hilfreiche Übergangsregelungen

In der medizinischen Behandlung habe ebenfalls eine Kontinuität bestanden. Die Patienten konnten für eine Übergangszeit zahlreiche DDR-Medikamente<sup>45</sup> weiterhin erhalten:

*„Die Umstellung der Medikamente war ja denn nicht so ad hoc, da gab’s ja denn auch noch ‘n ganzen Teil der DDR-Medikamente, sodass die dann also auch erstmal die DDR-Medikamente ja auch weitergenommen haben. Wir lernten dann immer mehr, wie gesagt, in diesen Fortbildungsveranstaltungen natürlich über Blutdrucktherapie und alle möglichen [Therapieverfahren] und haben vielleicht auch ‘n paar modernere Therapiemöglichkeiten dann kennen gelernt und darauf hat man dann seine Patienten dann eben auch eingestellt.“*  
(WZ9\_Nr.8)

## 3.2.2 Auswirkungen auf den Fort- und Weiterbildungsbedarf

### a) Anerkennung der Facharztweiterbildung

Insgesamt wurde die Facharztweiterbildung ostdeutscher Ärzte im vereinten Deutschland anerkannt (vgl. 4.2.4). Dieser Aspekt wurde auch in den Interviews erwähnt. Allerdings sei es in einem Fall zu einer „Rückstufung“ von einer Position als Assistenzärztin zur Position als Ärztin im Praktikum gekommen.

Ein Arzt beschrieb, dass es in seinem Fachgebiet unkompliziert gewesen sei, schon vor Abschluss der Facharztweiterbildung von Ost- nach Westdeutschland (und umgekehrt) zu wechseln aufgrund sehr ähnlicher Facharzt-Qualifikationsnormen:

*„Unsere Facharzt-Qualifikationsnormen Ost und West waren gar nicht verschieden. [...] Da war ‘n halbes Jahr Unterschied, glaub ich, von der Länge her, aber die Inhalte waren fast austauschbar. Wobei wir hier ‘n bisschen mehr [Subgebiet A eines Fachgebiets] drin hatten [...], drüben ‘n bisschen mehr [Subgebiet B eines Fachgebiets], aber das war überhaupt kein Problem, auch für diejenigen, die zum Beispiel während der Weiterbildung dann ihre Stelle gewechselt haben und sind nach Gemenstadt (Großstadt in Westdeutschland) oder nach Gurkenstadt (Großstadt in Westdeutschland) gegangen, die haben anstandslos da die Facharztprüfung gemacht und umgekehrt, es kamen ja dann auch, zum Glück, in der anderen Richtung Kollegen her und [...] haben hier angefangen zu arbeiten.“* (FZ7\_Nr.7)

---

<sup>45</sup> Die Versorgung mit Medikamenten in der DDR wurde staatlich geplant und gesteuert, produziert wurde in eigenen staatlichen Pharmaunternehmen (vgl. Simon 2013: S. 64), hingegen war die Versorgung mit international zu beziehenden Medikamenten zur Zeit der DDR schwierig (vgl. ebd.).

Ein Arzt beschrieb, dass seine zuvor kinderärztlich tätige Frau sich nach der Wende als Praktischer Arzt habe umschreiben lassen können und so die schnelle Möglichkeit gehabt habe, in seine Praxis einzusteigen (vgl. R17\_Nr.9).

Eine Ärztin beschrieb, dass sie durch die Wende die Möglichkeit gehabt habe, den Schwerpunkt auf ein Teilgebiet eines Gebietes der Inneren Medizin zu legen, welches es in der DDR nicht gegeben habe und dass sie sich ihren Facharzt so habe anerkennen lassen können, dass sie auch die Anerkennung für dieses Teilgebiet bekommen habe:

*„Ich wollte immer gerne den Schwerpunkt mehr auf Teilgebiet A (eines Gebietes der Inneren Medizin) legen und in der DDR gab's nur 'ne Subspezialisierung für Teilgebiet B (eines Gebietes der Inneren Medizin). [...] Und da ich aber Mitglied der Deutschen Gesellschaft für dieses Gebiet der Inneren Medizin der DDR war und dann nachher übernommen wurde in die Deutsche Gesellschaft und da konnte man dann auch nochmal seine Wünsche äußern in Bezug auf Facharztanerkennung, [...] dass ich nachher [...] die Anerkennung für Teilgebiet A bekommen hatte.“ (WZ27\_Nr.4)*

Der Arzt im Praktikum wurde im Zuge der Angleichung der DDR an das bundesdeutsche Gesundheitssystem auch auf die DDR übertragen (vgl. 4.2.4). Eine Ärztin erlebte diese Änderung beim Wiedereinstieg in den Arztberuf 1993 als sehr belastend, nachdem sie Anfang der 90er Jahr wegen der Geburt ihrer beiden Kinder eine berufliche Pause eingelegt hatte:

*„Und dann hab' ich wie gesagt in der Mitte im [...] September '93 wieder angefangen zu arbeiten und wurde dann plötzlich [...] als Arzt im Praktikum behandelt und bezahlt. Ich war [...] ein vollapprobierter Arzt und es fehlten nachher noch 'n paar [Wochen], weil ich ja zwischen den Kindern dann noch mal 'n bisschen gearbeitet hab', es fehlten dann noch sechs Wochen oder so. Und hab' dann in diesen sechs Wochen, nachdem ich vorher volles Gehalt hatte, bin ich dann mit tausend Mark nach Hause gegangen. Also tausend Mark brutto. Das war 'ne Frechheit. Muss ich ehrlich sagen. Das empfand ich auch [...] als unwahrscheinlich frech. Ja. Ich hab vorher immer Dienst gemacht, ich hab Narkosen gemacht, konnte alles machen und plötzlich war man nichts mehr, [...] das war sehr belastend“ (H20\_Nr.2)*

Sie beschrieb allerdings auch, dass ihr die frühere Assistenzarztzeit, die nun rückwirkend als AiP-Zeit betrachtet wurde, auf ihre Facharztweiterbildung habe angerechnet werden können (vgl. FZ2\_Nr.2).

#### *b) Wahrnehmung der Fortbildungsangebote*

Es wurde ein breites Fortbildungsangebot geschildert, das insbesondere durch Berufsverbände, KV, Fachgesellschaften und Kollegen (vgl. 3.1.3 c)) sowie durch die Pharmaindustrie (vgl. 3.1.3 e)) angeboten worden sei.

Bei Fortbildungen bestand insbesondere in den Bereichen Ökonomisierung und Bürokratisierung im ambulanten Bereich viel Lernbedarf, sodass vor allem ambulant tätige Ärzte davon berichteten:

*„Wir waren da pausenlos zu irgendwelchen Seminaren. [...] „Wie geht man [...] mit der ganzen Bürokratie [um], also hier die Umgestaltung von Wirtschaftlichkeit und was dann alles dazugehörte. Das mussten wir ja alles lernen“ (FZ3\_Nr.6)*

Auch in folgendem Interview wurde die Zeit nach der Wende mit dem Besuch zahlreicher Fortbildungsveranstaltungen als sehr intensive und arbeitsame Zeit beschrieben:

*„Ich glaube, das gab da fast kein Wochenende sozusagen, wo man nicht zu irgend’ner Fortbildung war oder irgend’ner berufspolitischen Veranstaltung war, das war ‘ne sehr intensive Zeit, aber dass das jetzt nun unüberbrückbare Hürden für mich waren oder sowas, das kann ich nicht sagen“ (11\_54)*

In diesem Interview schimmerte durch: trotz der zahlreichen Fortbildungen sei die Zeit nicht unbedingt negativ gewesen, wenn auch arbeitsreich.

Es wurde auch der besondere Wissensdurst der Ärzteschaft bzgl. der Funktionsweise des neuen Systems beschrieben:

*„Und ich erinnere mich an eine Fortbildungsveranstaltung in Habertshausen (Mittelstadt in Ostdeutschland), die wir hatten, da war Herr Montgomery <sup>46</sup>[...] und hatte uns dann auch erklärt, wie das System in der Bundesrepublik funktioniert. Damals war uns nicht klar, dass*

---

<sup>46</sup> Frank Ulrich Montgomery war von 1983 bis 2016 Vorsitzender des Marburger Bundes in Hamburg, von 1989 bis 2007 erster Vorsitzender des Marburger Bund-Bundesverbandes, von 1987 bis 2002 und seit 2006 Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer, sowie von 1994 bis 2002 und seit 2006 Präsident der Ärztekammer Hamburg (vgl. Homepage von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: Zur Person. Online verfügbar unter <https://www.montgomery.de/person/zur-person/>, zuletzt geprüft am 02.12.2020.)

*der [...] mit dem ambulanten System gar nichts zu tun hatte. Aber es war doch trotzdem spannend für uns gewesen, weil wir natürlich von diesem ganzen System überhaupt keine Ahnung hatten und alles aufgesaugt haben, was wir an Information sozusagen bekommen konnten.“ (WZ5\_Nr.8)*

In einem Interview wurde beschrieben, dass die Qualität mancher Fortbildungen unbefriedigend gewesen (vgl. auch FZ4\_Nr.1), sogar manches falsch gelehrt worden sei und es keine Kontrollinstanz für die Inhalte der Fortbildungen gegeben habe:

*„[...] Gab auch Weiterbildungen die blöd waren. Leute die sich selbst gerne hörten und dann noch - Sachen behaupten, die nie stimmen. Ich denke da [...] an 'n 'n Doktor, [...] der dann erzählte, [...] wie man Geld machen könne. Bei 'n Privatrechnung schreibt er also das Porto was auf'n Brief, die Briefmarke, die schreibt er mit auf die Rechnung, das kann man alles machen. Das ist nicht wahr, in der GOÄ steht eindeutig drin, dass mit der Rechnung auch die Portokosten beglichen sind, die sind da drin. Aber er vermittelt sowas und es kann jeder so'n bisschen behaupten, was er will, ob's nun wahr ist oder nicht. Das sind so so'n so'n bisschen negative Sachen.“ (FZ5\_Nr.1)*

#### *c) Erforderliche Zusatzqualifikation*

Die Facharztweiterbildung zum Allgemeinmediziner in der DDR wurde in mehreren Interviews positiv dargestellt. Ein Arzt erwähnte, dass aufgrund dieser guten Facharztweiterbildung nach der Wende kaum Zusatzqualifikationen nötig gewesen seien (wobei dieser Arzt bereits vor der Wende niedergelassen war und insbesondere unternehmerisches Handeln ihm dadurch bekannt war):

*„[...] meine Frau hatte nochmal so'n Sonographie-Kurs dann belegt und das nachweisen können, dass sie das hat. Joa, ansonsten war so nichts weiter erforderlich. Ja? [...] das Spektrum [...] unserer Weiterbildung zur Allgemeinmedizin deckt das ja eigentlich alles ab, was wir so haben machen können. Ja? Dann hab' ich nochmal die Weiterbildungen gemacht für [...] das Hautkrebscreening, da musste man ja auch nochmal also 'n Kolloquium machen dann, aber ansonsten, was dann so gefordert wurde.“ (FZ14\_Nr.9)*

Ein Arzt beschrieb, dass es in der Allgemeinmedizin durch neue Anforderungen an das Profil eines Allgemeinmediziners zu besonderem Fortbildungsbedarf gekommen sei:

*„Haben wir in Hirschenstadt (Großstadt in Ostdeutschland) hier fast jedes Wochenende sozusagen dann irgend'n Fortbildungsseminar gehabt, wo wir, was weiß ich, den Umgang mit solchen kleinen Präsenzlaboratorien oder die Möglichkeiten der Blutzuckerbestimmung und des Blutzuckerhandlings [erlernt haben], das war ja zu DDR-Zeiten alles so 'n bisschen in Spezialambulanzen geregelt gewesen. [...]" (FZ9\_Nr.8)*

Eine Ärztin schilderte, dass ostdeutsche Ärzte bestimmte diagnostische und therapeutische Qualifikationen nachweisen mussten, wenn sie in die Niederlassung gingen. Die Ärztin habe einen Sonographie-Kurs und eine Prüfung dazu absolvieren müssen, obwohl sie Erfahrung in der Sonographie gehabt habe. Aber sie zeigte dennoch Verständnis für diese Notwendigkeit der Qualitätssicherung:

*„Also es ist ja nicht alles nur der freie Wille oder der Spaß an der Urkunde, sondern wenn man niedergelassen ist, muss man bestimmte Voraussetzungen erfüllen, wenn man bestimmte Untersuchungen, diagnostische Dinge oder auch bestimmte Therapien, machen will. Und das ist natürlich gut so. 'n gewisser Qualitätsstandard muss ja sein, [...] dass wir keine Quacksalber sind. Ja? Und ich musste dann auch nochmal, obwohl ich eigentlich 'n ganz guter Ultraschaller immer schon war, weil ich eben viel damit gearbeitet habe, auch nochmal 'ne Prüfung ablegen, [...] so 'ne kleine Qualifikation, so [einen] Kurzlehrgang nochmal absolvieren. Das Gleiche betraf nochmal das Impfen, ja? Aber kann ich nur sagen: „Gut so!“, denn man weiß ja, was passieren kann, wenn jemand glaubt: „Alleine mit'm Staatsexamen kann ich alles.“ und was man auch für Schäden provozieren kann.“ [...]" (FZ13\_Nr.4)*

Ein anderer Arzt gab ein Negativbeispiel einer (vorübergehend) erforderlichen Zusatzqualifikation:

*„Dann hieß es, wenn man in 'ner Praxis ist und hat keine Röntgen-Fachkunde, darf man kein'n Überweisungsschein mehr zum Röntgen ausstellen. Jo. Hab' ich auch, was weiß ich, zig Seminare besucht in Apfelstadt (Großstadt in Ostdeutschland) von irgendwelchen Firmen, die dafür zertifiziert waren, total blöd, handgeschriebene Sachen, [die] keiner verstanden hat, mit Prüfung, wo wir abgeschrieben haben. Jedenfalls kriegt' ich diese Fachkunde. Nachdem ich sie 'n halbes Jahr hatte, wurde diese Verfügung dann [für] ungültig erklärt, also Hausärzte und so durften auch weiterhin zum Röntgenarzt überweisen, der muss entscheiden, ob er die Überweisung macht oder nicht, aber wir selbst durften noch weiterhin alles machen. War auch 'n bisschen Geld 'n bisschen Zeit auch, naja. [...] Quatschsachen.“ (FZ4\_Nr.1)*

Dieses Beispiel zeigt: auf dem Weg zu geeigneten Modellen gab es auch übergangsweise Irritationen, die – wenn schließlich auch eine sinnvolle Lösung gefunden wurde – eine Belastung für ärztliche Akteure darstellen konnten.

### 3.2.3 Auswirkungen auf den Forschungsbereich

Neben allen neuen Möglichkeiten (vgl. 3.3.1 d)) wurden auch Nachteile für den Forschungsbereich beschrieben.

#### *a) Behinderung der Forschung an der Hochschule durch langwierige Hochschulevaluierungsverfahren*

Ein Arzt beschrieb, dass durch die schwierige Zeit der Hochschulevaluierungsverfahren (vgl. 11\_5, vgl. hierzu auch 11\_4) die Forschung vor Ort beeinträchtigt worden sei. Um dennoch an der internationalen Forschung teilzuhaben, seien internationale Kontakte genutzt worden, um Kollegen der Hochschule ins Ausland zu entsenden und auf diese Weise zu partizipieren:

*„In der Zeit sind auch keine entscheidenden Forschungsimpulse ausgesetzt worden. Ich weiß nur, dass wir dann versucht haben, die [...] inzwischen möglichen internationalen Kontakte besser zu knüpfen, sodass man also jemanden ins Ausland schicken konnte, das ist auch von [nennt sein Fachgebiet] her möglich geworden, aber diese Phase war schwierig und sie war auch problemreich.“ (11\_5)*

Diese Kontakte auf diese Weise nutzen zu können, sei wiederum durch die Wende ermöglicht worden.

#### *b) Abbruch einer Habil-Arbeit: Entwicklung einer diagnostischen Methode aus DDR-Zeiten für Westdeutschland keine Innovation*

In einem Interview schilderte der Interviewpartner, er habe die zur Wende fast abgeschlossene Habilitationsarbeit nicht eingereicht, weil die Entwicklung der dort beschriebenen diagnostischen Methode nur für die DDR, nicht aber für Westdeutschland Innovation gebracht hätte. Es hätte zwar die Möglichkeit gegeben, diese Arbeit noch zu Ende zu bringen, die befragte Person habe es aber vor sich selber nicht vertreten können, obwohl ihr dieser Entschluss schwergefallen sei:

*„ Ich hatte zu dieser Zeit auch die Absicht, zu habilitieren und habe auch ‘ne Habilarbeit angefertigt und [...] die basierte eben auch darauf, etwas zu entwickeln, was in der DDR gebraucht war. Das hatte was mit [nennt diagnostische Methode] zu tun, weil das noch auch [...] so mein- Hobby war. [...] Das war nach der Wende hinfällig. Und dann hat man mir*

*natürlich zugeredet: „Bring das Ding jetzt zu Ende.“ ‘s war ja eigentlich fast fertig, war ja schon gedruckt bis auf Kleinigkeiten, aber ich hatte [...] nicht den Mumm, etwas als Innovation zu verkaufen, wo mich vielleicht bei der Verteidigung andere drüber ausgelacht hätten, so nach dem Motto: „Das machen wir hier schon fünf Jahre oder so.“ Und das ist mir sehr, sehr schwergefallen, das können Sie sich ja vorstellen. Da steckten ja Jahre harter Arbeit dahinter [...], vielleicht hat mir dann auch ‘n bisschen geholfen meine Absicht, in die Niederlassung zu gehen. Und dann hab ich mich dazu entschlossen: [...] „Das war’s. Also dann ist es eben nur noch Makulatur, dann ist es eben umsonst gewesen.“ Aber [...] mir graute davor, etwas als Habilitation zu verkaufen, wo andere gesagt hätten: „[...] Das haben wir schon lange.“ Und ne, ich dacht’, ne das geht nicht.“ (11\_50)*

Möglicherweise beschreibt diese Erzählung weniger ein wendespezifisches Problem (von den Rahmenbedingungen her erwähnte sie ja, sie hätte die Habilitation zum Abschluss bringen können), sondern eher ein hohes Ethos im Wissenschaftsbereich, das in diesem Fall ein besonderes Opfer erforderte. Dass Arbeitsethos eher wendeübergreifend und systemunabhängig vorhanden ist, wird in 3.3.1 a) weiter erläutert.

### 3.3 Ärztliche professionelle Tätigkeit und Arbeitsbeziehungen

#### 3.3.1 Kontinuitäten und Veränderungen in der Arztrolle

Gleichbleibende Arbeitsmotivation, gleichbleibendes Tätigkeitsprofil und gleichbleibende Selbstwirksamkeitswahrnehmung dienten als Stabilitätsfaktoren für das ärztliche Handeln im Wandel. Daneben halfen (berufs-)politische Grundüberzeugungen, welche die Wende bejahten, durch die Veränderungsprozesse. (vgl. 3.3.1 a))

Veränderungen in der ärztlichen Rolle stellten, zumindest für einige Interviewpartner, eine Herausforderung dar. Es wurde bereits die neue Rolle des Arztes als Unternehmer erläutert (vgl. 3.1.1 b)). Daneben wurde eine Schwächung der ärztlich-paternalistischen Rolle geschildert. (vgl. 3.3.1 b)) Außerdem wurde der Wegfall der sogenannten „sozialen Indikation“ von einigen Interviewpartnern als Verlust dargestellt. (vgl. 3.3.1 c))

Trotz aller geschilderten Herausforderungen wurden in allen Interviews auch Vorteile der Wende für das medizinischen Handeln benannt, selbst bei Interviewpartnern, die eine insgesamt eher kritische Grundhaltung gegenüber der Wende und den Umstrukturierungsprozessen zu haben schienen. (vgl. 3.3.1 d))



*a) Erhaltene Kernmerkmale ärztlicher Haltungen – Arbeitsethos, Tätigkeitsprofil, Selbstwirksamkeitswahrnehmung, (berufs-)politische Grundüberzeugungen*

Neben Merkmalen in der ärztlichen Rolle, deren Wegfall kritisiert wurde (vgl. 3.1.1 b), 3.3.1 b), 3.3.1 c)), gab es Merkmale, welche auch im neuen System ausgeübt werden konnten und somit Stabilitätsfaktoren in den Wendeprozessen darstellten.

Das Gleichbleiben der ärztlichen Tätigkeit war ein zentraler Faktor in allen Umstrukturierungsprozessen im Gesundheitswesen nach der Wende. Dieses Gleichbleiben der medizinischen Tätigkeit wurde in mehreren Interviews angesprochen.

Ein Arzt im stationären Bereich beschrieb es so:

*„Also die Herausforderungen blieben eigentlich die gleichen. Es kamen kranke Kinder und die mussten versorgt werden und die Organisation der Betreuung von kranken Kindern musste weiterlaufen. Insofern hat sich an der Grundstruktur, an der Grundarbeit, an Arbeitsaufgaben, am ethischen Verhalten nichts geändert.“ (R1\_Nr.3)*

Ein anderer Arzt schilderte zum stationären Bereich, dass sich zwar die Finanzierung geändert hatte, nicht aber die eigentliche medizinische Tätigkeit:

*„[...] die staatlichen Krankenhäuser, [...] die sind [...] weitergelaufen mit anderen Finanzierungssträngen, meistens neue Verwaltungsleiter, aber ansonsten die ärztliche Tätigkeit, die ist erstmal geblieben.“ (R19\_Nr.10)*

Eine Ärztin im ambulanten Bereich beschrieb, dass sich ihre Tätigkeit in der Poliklinik und in der späteren Niederlassung aus medizinischen und ethischen Gesichtspunkten eigentlich nicht voneinander unterschieden:

*„[...] hab ich dann in der Poliklinik nach der Facharztprüfung [...] meine Arbeitsstelle bekommen und habe im Prinzip nichts anderes gemacht als heute. Hausärztliche Tätigkeit. Die war zwar nicht so modern wie heute, was einfach damals überall noch nicht so war, aber ich denke, dass wir die Patienten genauso gut betreut haben [...] wie jetzt. Vom damals medizinischen Standpunkt und vom menschlichen Standpunkt.“ (WZ64\_Nr.6)*

Ein Arzt beschrieb, dass die Arbeit am Patienten unabhängig vom politischen System sei und somit einen Kontinuitätsfaktor in jeglichem Gesundheitssystem darstelle:

*„Ich sage ja, die Arbeit am Patienten hat sich ja nie geändert. Die hatte kein politisches Vorzeichen. Ne? Auch nach der Wende nicht.“ (WZ114\_Nr.5)*

Diese Aussage ist auch insofern interessant, als dass Ärzte natürlich immer auch unter den Gegebenheiten eines konkreten politischen Systems arbeiten müssen (auch die Medizin fungiert nicht in einem politischen Vakuum). Was dieser Arzt hier an Kontinuitätsfaktoren schilderte, bezog sich auf die ärztliche Ethik im Umgang mit Patienten und das ärztliche Handwerk (reine medizinische Tätigkeit), welche sich sowohl im System der DDR als auch im System des vereinten Deutschlands mit der ärztlichen Rolle vereinbaren ließen.

In der Pädiatrie beschrieb ein Arzt die Motivation durch die Arbeit am Kind (vgl. R7\_Nr.5). Diese grundsätzliche Freude am Arbeiten mit den pädiatrischen Patienten diene als Antriebsmotor zur Arbeit auch in den Umbauprozessen.

Eine förderliche Haltung zu den Umstrukturierungsprozessen bestand auch bei vorliegendem hohem Ideal eines wiedervereinten Deutschlands, das die Motivation zur eigenen Arbeit antrieb und durch das sogar Schwierigkeiten – zu Gunsten dieses höheren Guts - in Kauf genommen wurden:

*„[...] ist ja klar, wenn sich die Sache lohnt, wenn das [...] für ‘n guten Zweck ist und wenn einen das auch inspiriert und einem Freude macht, dann tanzt man ja auch mal Ballett, auch wenn man’s nicht kann, ja? Man hat damals große Vorstellungen gehabt vom vereinten Deutschland und da macht man natürlich manches, was auch mal vielleicht ‘n bisschen gegen den eigenen Strich geht.“ (R11\_Nr.4)*

Mehrere Ärzte, die in die Niederlassung gingen, beschrieben sich als fleißig und engagiert und dadurch erfolgreich in den Wendeprozessen (vgl. 3.1.1 b)). Während einer dieser Ärzte noch erwähnte, dass er auch unternehmerisches Geschick mitbrachte (vgl. WZ4\_Nr.8), stellte es sich insbesondere in einem Interview so dar, als ob sich bei genug Fleiß und Engagement automatisch auch Erfolg einstellen werde:

*„Und das fand ich also nach der Wende eigentlich auch schön, dass man durch die Tatsache, dass jetzt hier jeder auch ‘n bisschen um seinen Arbeitsplatz kämpfen musste [...], dass damit jeder, der vielleicht vorher nicht ganz so fleißig war, auch mal ‘n bisschen aufgewacht ist und eben ‘n bisschen mehr für sich und für seine Existenz sorgen musste. Und das hab ich eigentlich sehr dankbar hingenommen [...] oder um es anders zu formulieren: Wenn D’ fleißig bist, dann ist es in Ordnung, auch für Dich und wenn andere faul sind, dann haben sie eben*

*Pech gehabt. Dann brauch ich denen auch keine Träne mehr nachzuweinen, dann muss es eben auch mal so kommen, dass sie arbeitslos werden.“ (WZ42\_Nr.4)*

Dass Engagement alleine nicht genügte, zeigte hingegen Interview 1 (vgl. H25\_Nr.1). Dieser Arzt schien engagiert, aber durch seine Schwierigkeiten im Umgang mit den neuen finanziellen Rahmenbedingungen (vgl. PS13\_Nr.1, vgl. PS15\_Nr.1) sei sein Engagement nur bedingt zielführend gewesen (Fast-Pleite durch Gang in die Niederlassung vgl. H30\_Nr.1). Gekoppelt mit Engagement musste also auch Selbstwirksamkeitswahrnehmung vorliegen, um die Prozesse positiv zu erleben und das eigene Engagement als konstanten Stabilitätsfaktor im Wandel wahrzunehmen.

Indirekt eine Konstante stellte das in der DDR erworbene Improvisationsgeschick der ostdeutschen Ärzteschaft dar (vgl. WZ81\_Nr.4, vgl. WZ74\_Nr.6):

*„Wie gesagt, sicher waren wir technisch nicht so gut ausgerüstet. Wir hatten eben nicht so [...] und es war insgesamt auch mehr improvisiert. Wir konnten also fantastisch improvisieren. Und wir haben immer irgendwelche Lücken gefunden, [...] dass ‘s eben noch ging irgendwie. Und wir haben auch viel [...] Eigeninitiative entwickelt.“ (WZ74\_Nr.6)*

In den Umstrukturierungsprozessen waren Improvisationsvermögen (z.B. bei einer Bauverzögerung der eigenen Praxis vgl. H5\_Nr.8) und Eigeninitiative (vgl. 3.1.4 b)), die gemäß dieser Schilderung bereits in der DDR als Ressourcen erworben worden waren, wichtige Faktoren für eine gute Umsetzung der neuen Rahmenbedingungen.

#### *b) Wegfallende Merkmale ärztlicher Tätigkeit: Wegfall des ärztlichen Paternalismus als Verlust*

Es klang an, dass ärztliches Handeln in der DDR nicht von der Bevölkerung hinterfragt worden sei und dass in der DDR ärztliche Anweisungen vom Pflegepersonal selbstverständlich ausgeführt worden seien. Mit der Wende wurde eine Abnahme der ärztlichen Autorität in Zusammenhang gebracht, die in mehreren Interviews negativ thematisiert wurde. Es wurde nach der Wende eine neue, kritische Haltung gegenüber Ärzten durch Medien, Patienten und Angehörige sowie ein Autoritätsverlust in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal beschrieben.

Der unten beschriebene, wahrgenommene Verlust an ärztlicher Autorität lässt sich auch in Zusammenhang bringen mit dem politischen Wandel: weg von einem autoritäreren System hin zu einem liberaleren System.

Ein Arzt beschrieb indirekt, wie wichtig ihm die Compliance seiner Patienten sei (und entsprechend die Umsetzung seiner Ratschläge durch die Patienten):

*„[...] Die russischen Eltern, das muss ich sagen, die waren sehr gute Eltern. Die haben sehr für ihre Kinder, also und die haben auch jede Anordnung befolgt. Sklavisch befolgt. Ne? Da konnte man sich verlassen.“ (PS5\_Nr.5)*

Russische Eltern wurden hier als sehr gute Eltern dargestellt, weil sie jede ärztliche Anordnung für ihre Kinder zuverlässig befolgten. Dies deutete an, wie wichtig für diesen Arzt das Befolgen ärztlicher Anordnungen durch die Patienten war.

Ein Autoritätsverlust der Ärzteschaft wurde nach der Wende für verschiedene Bereiche beschrieben.

In der interprofessionellen Zusammenarbeit wurde das Nicht-Befolgen von Anordnungen durch das Pflegepersonal geschildert, was es früher so nicht gegeben habe:

*„Und die Schwestern sind [...] mit den Ärzten haben die zusammengearbeitet. Und da gab es das einfach nicht, [...] dass 's gegeneinander ging, das gab's nicht. Also [...] wenn der Arzt das angeordnet hat, dann wurde das von der Schwester umgesetzt. Oder sie hat gesagt: „Hören Sie zu, aus diesen oder jenen Gründen geht es nicht.“ Es gibt ja manchmal auch objektive Gründe. Aber es gab keine Situation, [...] dass die Schwester mit dem Arzt nicht zusammen gearbeitet hätte, wie heute, [heute] gibt's das so oft. Das gab's nicht so.“ (G25\_Nr.6)*

Diese Ärztin beschrieb, dass sich dadurch die interprofessionelle Zusammenarbeit verschlechtert habe, nannte aber keine Erklärung dafür, warum das Pflegepersonal sich den Anweisungen der Ärzteschaft widersetzte. Sie beschrieb eher, dass keine objektiv erkennbaren Gründe dafür vorlagen (vgl. ebd.).

Ein anderer Arzt schilderte ebenfalls eine gestärkte, selbstständigere Position des Pflegepersonals nach der Wende. Er hingegen beschrieb diese nicht negativ, sondern als berechtigt:

*„Die Hierarchien wurden ja nachher auch geändert, indem der [...] Pflegebereich auch aufgewertet wurde und die leitenden Pflegekräfte eine etwas selbständigere Position zugewiesen bekamen, [...] bis hin [dazu], dass die Pflegekräfte jetzt eigene Gesellschaften gegründet haben zum Teil, also gemeinsame Kongresse gibt es auch nicht mehr, sondern es*

*gibt für die Fachpflege [...] gibt es extra Kongresse, da bemüht sich auch die Fachgesellschaft, da mit Referenten das zu machen, aber [...] das Selbstbewusstsein [...], ich finde auch berechtigt, ist da schon größer geworden.“ (WZ56\_Nr.7)*

Eine Ärztin zeichnete eine sehr autonome Rolle, die sie als Ärztin in der DDR gehabt habe, mit quasi keinem Rechtfertigungsdruck für ihr medizinisches Handeln:

*„Ansonsten, muss ich sagen, war ich als DDR-Ärztin in [...] meiner Therapiefreiheit wirklich frei, ich konnte also machen, was ich für medizinisch notwendig hielt, ich habe nie erlebt, dass ich zur Rechenschaft gezogen wurde.“ (WZ68\_Nr.6)*

An einer anderen Stelle (vgl. 3.1.1 a)) beschrieb sie, dass sie an der eigenen Niederlassung schätze, dass sie (außer der KV und der Kassen) keinen Chef mehr über sich habe, der ihr vorschreiben könne, wie sie zu arbeiten habe (vgl. WZ71\_Nr.6), was andeutete, dass sie sich in der Tätigkeit in der Poliklinik in einem bestimmten Rahmen zu bewegen hatte. Dennoch betonte sie in diesem Zitat (vgl. WZ68\_Nr.6) ihre therapeutische Freiheit, ohne zur Rechenschaft gezogen worden zu sein.

Es wurde eine neue Art der Berichterstattung durch Medien geschildert, die kritisch und teils unsachlich die ärztliche Tätigkeit dargestellt hätten:

*„[...] es waren viele Patienten jetzt unsicher geworden: „Dürfen die Ärzte denn das und was is‘...?“ [...] Wir hatten ja [...] mit der Organtransplantation auch schon in der DDR Erfahrungen gesammelt. Ja? Auch mit der Hirntodfeststellung. [Es] gab einheitliche Kriterien, das war alles gut geregelt. Jetzt kamen aber wieder neue Gesichtspunkte, [...] vieles kam in die Presse, es [...] wurde alles sehr viel breiter dargestellt, manchmal auch nicht ganz sachlich und das war auch schon auch [...] eine deutliche Umstellung. Ja.“ (H1\_Nr.7)*

Hierdurch sei es zu einer Verunsicherung der Patienten und zu einem Vertrauensverlust der Patienten gegenüber dem Arzt gekommen (vgl. ebd.).

Von Seiten der Patienten und der Angehörigen wurden nach der Wende mehr Forderungen und Skepsis wahrgenommen:

*„[...] verändert hat sich der Umgang mit den Angehörigen, also [...] mit’n Patienten. Patienten waren ‘n bisschen aufgeklärter. Ja? Und auch skeptischer. So würd’ ich das beschreiben. [...] und die Angehörigen fordern auch. Wollen wir es mal so sagen. [...] [In der*

*Zeit bis '95], da fing das so langsam an. Denn die hatten ja dann alle mehr Kontakt [...] und hier ging ja die Entwicklung nicht ganz so schnell. Und die wussten schon, was alles möglich war, durch Kontakte, die sie so hatten [...] und wollten dann natürlich auch hier [...] so'n bisschen alles haben. [...] [...] das war auch in dieser Zeit schon so [...] Mitte der 90er [...] es kam'n ja dann diese Anwälte,[...] Die kamen ja. Im Kreiskrankenhaus eher nicht so sehr, aber [...] Uni, [...] da gab es dann schon welche.“ (H22\_Nr.2)*

Die Patienten hätten durch die Möglichkeit des Austauschs mit Westdeutschen mehr Hintergrundwissen über medizinische Behandlungsoptionen, die in Westdeutschland früher etabliert werden konnten als in Ostdeutschland, gehabt und diese eingefordert. Daneben hätten Anwälte, vor allem an Unikliniken, eine neue Rolle gespielt. Dadurch entwickelte sich die dauerhaft bei der ärztlichen Tätigkeit mitschwingende Sorge, verklagt zu werden:

*„So, man ist nicht vorm Rufmord gefeit und man hat immer, bei allem, was man macht, immer so 'n bisschen im Nacken, dass mich jetzt irgendjemand verklagt. Das gab es eben früher nicht. Da war man sicherer. Da war man wirklich sicherer. Aber das ist eben nicht mehr. So. [...] Wenn [...] sowas war, dann war man, wie gesagt, abgesichert. Dann hatte man 'en Chef im Hintergrund der gesagt hat: „Okay, ich stehe Ihnen da bei.““ (G24\_Nr.2)*

Neben dieser Sorge wurde hier angedeutet, dass auch der Rückhalt durch den Klinikchef im Falle einer Klage nach der Wende geringer ausgeprägt gewesen sei. Dadurch war eine Folge des Autoritätsverlustes ein abnehmendes Sicherheitsgefühl in der Tätigkeit als Arzt.

Ein anderer Arzt warf sogar die Frage auf, ob die zunehmende „Juristifizierung“ (und „Ökonomisierung“) im Gesundheitswesen mit dem (modifizierten) hippokratischen Eid, der ethischen Grundlage ärztlichen Handelns, zu vereinbaren sei:

*„Und für bedenklich halte ich [...] auch die Juristifizierung des Gesundheitswesens; dass eben manche Prozesse; die früher in [...] gutem Glauben an [...] die gute ärztliche Praxis vollzogen wurden, heute hinterfragt werden: „Ist denn das auch rechtlich gedeckt?“ Die Gedanken haben wir uns da nicht in vergleichbaren Fällen gemacht. Also Ökonomisierung, Juristifizierung halte ich für problematisch, weil sie uns eben auch [...] ethisch an [...] Grenzbereiche bringt, wo ich persönlich sage, dass ich da Schwierigkeiten habe, die Vereinbarkeit mit dem hippokratischen Eid, den wir ja alle mal geschworen haben oder in modifizierter Form auch heute noch schwören, da in Einklang zu bringen.“ (WZ51\_Nr.7)*

c) Wegfallende Merkmale ärztlicher Tätigkeit: Wegfall der „sozialen Indikation“

Die sogenannte „soziale Indikation“<sup>47</sup> wurde in mehreren Interviews dargestellt und unterschiedlich bewertet. Zwei Ärzte nahmen sie als Verlust war, ein Arzt beschrieb den Wegfall hingegen nicht als Verlust, sondern nur als Änderung von Zuständigkeiten, die aber das eigene medizinische Handeln nicht betroffen habe.

In folgendem Zitat erläuterte ein Arzt die „soziale Indikation“ und bedauerte deren Wegfall:

*„Zu DDR-Zeiten hatten wir eine soziale Indikation. Das heißt, wenn Leute, die verwahrlost waren oder nicht mehr konnten, die wurden eingewiesen vom Hausarzt, weil das zu Hause überhaupt nicht versorgt wurde und die durfte man nicht abweisen. Soziale Indikation musste man aufnehmen. Und wenn’s ‘n Flurbett war. Aber ‘n warmes Flurbett war besser als ‘ne kalte Wohnung, wo sie alleine verhungert, verdurstet wären. Und diese Sache gab’s überhaupt nicht mehr. Heutzutage, es entscheidet jemand, ob medizinisch ob er ins Krankenhaus geht oder nicht und dieser soziale Status spielt überhaupt keine Rolle [...] geht nicht, wenn dann muss er irgendwo anders hin oder muss ins Heim gelegt werden, diesen Druck hatten wir damals nicht.“ (PS12\_Nr.1)*

Der Wegfall der sogenannten „sozialen Indikation“ wurde auch in einem anderen Interview bedauert und als Verlust dargestellt:

*„[...] Heutzutage [...] dürfen Sie in Deutschland keinen vor der Verwahrlosung retten. Das ist nicht vorgesehen. Die können verwahrlosen.“ (PS10\_Nr.2)*

Die Beschreibungen in Interview 1 und Interview 2 legen nahe, dass diese Ärzte sich stark auch mit der sozialen Indikation als Bestandteil ihres ärztlichen Handelns identifiziert hatten und somit eine Abgabe dieser Patienten an andere Institutionen (siehe unten) einen Verlust hervorrief. Die Verlustwahrnehmung könnte auf zwei Teilaspekten basieren: zum einen auf der Wahrnehmung, keine Patienten mehr „retten“ zu können (vgl. PS10\_Nr.2), und zum anderen im Verlust der ärztlichen Tätigkeit in diesem Bereich.

---

<sup>47</sup> In den Interviews wurde mehrmals auch der Wegfall der sogenannten „sozialen Indikation“ beschrieben. In der Literatur findet sich hierzu nur schwer eine Definition. Mit diesem Begriff bezeichneten die Interviewpartner die Indikation oder die Verlängerung eines stationären Aufenthaltes nicht aus medizinischen Gründen, sondern aus sozialen Gründen (bei unzureichender häuslicher Versorgungslage).

Hingegen beschrieb ein anderer Arzt, dass für die Aufnahme von Patienten aus sozialen Gründen nach 1990 neue Zuständigkeiten bestanden (Psychiatrie, sozialpädiatrisches Zentrum, andere soziale Einrichtungen), aber die medizinische Seite der ärztlichen Tätigkeit gleichgeblieben sei:

*„[...] Veränderungen in der Betreuung [...] [vor und nach 1990 habe ich] im Grundsätzlichen eigentlich nicht [bemerkt]. Die Patienten, die zu uns stationär eingewiesen wurden, [...] hatten die Indikation zur stationären Aufnahme, waren richtig krank. Natürlich gab es früher, da [...] die Finanzierung ja eine völlig andere war, [...] Patienten, die aus sozialen Gründen mit aufgenommen wurden. Also [...] diese Gruppe fiel nach der Wende weg. Denn dafür gab es ja entweder die Psychiatrie oder das sozialpädiatrische Zentrum für die ambulante Betreuung oder andere soziale Einrichtungen. Das fiel weg. Aber die rein medizinische [...] Seite hat sich aus meiner Sicht jetzt eigentlich nicht verändert. (WZ17\_Nr.3)*

Dieser Arzt beschrieb die Aufnahme aus sozialen Gründen nicht als Bestandteil medizinischen Handelns, sodass deren Wegfall für ihn auch keinen Verlust darstellte.

#### *d) Wende als Chance*

Auf der einen Seite bestanden Verlustwahrnehmungen durch die Veränderungen, die mit der Wende einhergingen. Diese zeigten sich auf individueller Ebene (z.B. das wendebedingte Nicht-Fertigstellen einer Habilarbeit, vgl. 11\_50) und auf struktureller Ebene, wie die oben beschriebene Veränderung der ärztlich-paternalistischen Rolle und der Wegfall der Aufnahme von Patienten aus sozialen Gründen (vgl. 3.3.1 b) und 3.3.1 c)) und die veränderte Rolle hin zum als Unternehmer (vgl. 3.1.1 b)). Die mit der Wende einhergehenden Veränderungen wurden aber nicht nur kritisch dargestellt. Insbesondere durch die materiellen Möglichkeiten und durch die nun unbeschränkten Möglichkeiten zum Wissensaustausch mit westdeutschen Kollegen und beim Besuch von Tagungen und Kongressen wurden die Veränderungen in einigen Interviews als große Bereicherung beschrieben. Daneben wurde auch die Möglichkeit zur Niederlassung von einigen Interviewpartnern sehr positiv gesehen (siehe auch 3.1.1 b) und 3.1.5 a)). Insgesamt kamen in allen Interviews auch Vorteile der Veränderungen nach der Wende zur Sprache.

Ein Arzt beschrieb den guten Kontakt und Austausch mit westdeutschen Kollegen, die neue Mitgliedschaft in der gesamtdeutschen Fachgesellschaft und die Möglichkeit zum Besuch von Tagungen und Kongressen als enorme Bereicherung:



*„Ja, wenn ich jetzt noch weiter spontan erzählen soll, dann ist die Wendezeit, jedenfalls für mich persönlich, vor allen Dingen dadurch gekennzeichnet, dass es eine enorme Erweiterung des Horizontes ergab. Es gab erstmal sehr erfreuliche Kontakte, also Kollegen aus [Großstadt in Westdeutschland] [...] kamen zu uns hier und wir wurden dorthin eingeladen und man informierte sich und erfuhr eine Menge. Wir wurden als Mitglieder der Kindergesellschaft der DDR in die gesamtdeutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde übernommen und [...] konnten an den Tagungen teilnehmen. [...] Hervorzuheben ist natürlich die enorme Möglichkeit der Reisetätigkeit, die gegeben war, zu den Tagungen, zu den Kongressen, das ist schon eine enorme Bereicherung gewesen.“ (WZ15\_Nr.3).*

Auch ein anderer Arzt sprach die Erweiterung durch den Austausch mit (westdeutschen) Kollegen als Chance an:

*„Was für Chancen? Ja. Erstmal [...] den Austausch mit Kollegen, wir haben [einen] weit größeren Rahmen drin, das war ja doch auch schon sehr interessant [...].“ (WZ107\_Nr.9)*

*„Ich hatte mehr Möglichkeiten, den Patienten besser zu behandeln, mehr Medikamente, [...] größere Diagnostik. Facharztvielfalt, [...] wir hatten mehr.“ (WZ87\_Nr.1)*

Viele Ärzte beschrieben als positiven Aspekt des Systemwandels Fortschritte bzgl. der medizinischen Ausstattung.

Ein Arzt beschrieb, dass durch materielle und finanzielle Unterstützung nach der Wende eine schnelle Aufrüstung an medizinischen Geräten stattgefunden habe:

*„Und das was [nennt Fachgebiet] durch die Wende im Grunde genommen im positiven Sinne erlebt hat, das waren die Geräte und die finanzielle Unterstützung. Das war zu DDR-Zeiten eben sehr, sehr mühselig. [...] Da haben wir mit Handwerkern zusammengesessen und haben geprübelt und geschweißt und Apparate gebaut, bloß damit die Versorgung weiter ging [...] Und insofern haben wir uns sehr schnell apparativ rekrutiert.“ (11\_33)*

Die Aufrüstung an medizinischen Geräten wurde auch in folgendem Interview geschildert:

*„[...] die vielen Neuanschaffungen an Geräten nach der Wende dann, vom Ultraschall bis sonstwo hin. Das war vorher ja nicht möglich. [...]“ (WZ20\_Nr.3).*

Ein anderer Arzt beschrieb, dass gerade in den ersten Jahren hierfür ein unbegrenztes Budget in der Neuausstattung bestanden habe:

*„[Die] Medizin [profitierte] davon [...], dass wir, gerade in dem Schwung der ersten Jahre, sehr viele alte Geräte durch neue ersetzen konnten. Und dass wir keine Probleme hatten, Medikamente, was immer wir wollten, zu beziehen. Ja? Es gab kein Budget, sondern es wurde erstmal wirklich angeschafft, was musste.“ (WZ58\_Nr.7)<sup>48</sup>*

Eine Ärztin stellte die Bedeutung der besseren materiellen Möglichkeiten nach der Wende heraus, indem sie schilderte, wie anstrengend das Arbeiten unter schlechteren materiellen Möglichkeiten in der DDR gewesen sei:

*„Also die [...] neuen Möglichkeiten aus technischer Entwicklung und [...] neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, aber [auch], was man auch nicht vergessen darf: die besseren materiellen Möglichkeiten. Ja? Also zu DDR-Zeiten war’s manchmal wirklich so, dass die Arbeit enorm schwer war, weil einfach kein Geld für Geräte da war. [...] Ich denk’ immer noch an solche Sachen. Wenn da jemand um 24 Uhr aus der Augenklinik anruft: „Hier hat jemand Herzschmerzen, vielleicht hat er ja ‘n Herzinfarkt.“, dann habe ich natürlich gewusst: um das abzuklären brauch’ ich ‘n EKG. Dann hab ich mir erstmal eins, ‘n tragbares EKG, gesucht. Das hat bestimmt ‘ne halbe Stunde gedauert, eh ich herausbekommen habe: „Da und da steht eins.“. Aber da war abgeschlossen. Dann haben wir den Schlüssel suchen müssen, dann haben wir das Gerät gehabt und dann kam man dann da drüben an [...] in der Augenklinik, musste ja dann auch über’s [...] Gelände und dann fehlte die Hälfte. Da waren nicht genug Zubehörteile.“ (WZ36\_Nr.4)*

Ein Arzt fasste in einem Fazit zusammen, was viele Interviewpartner beschrieben:

*„Aber natürlich, gemessen an allem, war das natürlich ein großer Fortschritt für alle medizinische Bereiche. [...] Unterm Strich würde niemand das wieder zurückdrehen wollen, ist doch gar keine Frage, ne?“ (WZ49\_Nr.5)*

Letzten Endes hätten die neuen Möglichkeiten einen Rückgang an Sterblichkeit und Morbidität mit sich gebracht – eines der wichtigsten Ziele in der Medizin:

*„Das war natürlich ein großer Vorteil, durch den wir in die Lage versetzt waren, Sterblichkeit und Morbidität weiter zu senken. Und das hat natürlich die die Wende mit sich gebracht. Wofür wir auch sehr dankbar waren.“ (11\_32)*

---

<sup>48</sup> Vgl. 1.3.2

Einige Interviewpartner beschrieben neue Chancen durch die Wende in verschiedenen Teilbereichen der Medizin.

Ein Arzt schilderte die Einführung des Hubschrauber-Rettungssystems nach der Wende als großen Gewinn:

*„Es war ein ganz großer Vorteil, dass in das Rettungssystem die Hubschrauberrettung eingebunden werden konnte. Wir hatten das in der DDR nicht, das hat man hier nicht zugelassen, [...] wahrscheinlich aus dem Gedanken, dass die Grenze zu nah war und da was passieren könnte und deswegen gab es ganz, ganz selten mal eine Sekundärverlegung [...] mit Militärhubschrauber, wenn da von irgendwo jemand geholt werden musste, aber das war also [eine] absolute Ausnahme. Aber - das war ein großer Fortschritt, das hat auch die Qualität des Rettungswesens verbessern können.“ (11\_45)*

Auch die Einführung der Rehabilitationseinrichtungen (vgl.1.3.3) wurde als positive Entwicklung nach der Wende beschrieben:

*„Also für die Patienten haben sich die Bedingungen insgesamt verbessert, weil ihnen mehr angeboten werden kann, weil sie auch nicht mehr so lange im Krankenhaus bleiben müssen, weil die Nachfolgeeinrichtung, also gerade die Rehabilitationseinrichtungen, inzwischen geschaffen wurden. Wir haben früher trotz beengter Bettenzahl [...] manche Patienten auf der Intensivstation [...] noch lange behalten müssen, weil sie uns keiner abgenommen hat. Die Reha ist also sehr viel besser organisiert heutzutage, fachlich auch toll ausgestattet.“ (WZ52\_Nr.7)*

Indirekt wurde eine Verbesserung von Physiotherapie-Angebot und Hilfsmittelversorgung nach der Wende beschrieben (indirekt, indem beschrieben wurde, dass beides vor der Wende schlechter gewesen sei):

*„Was eindeutig schlechter war, das war die Physiotherapie, weil wir einfach nicht so viel Physiotherapeuten hatten. Das war eindeutig schlechter. Also, [...] wenn wir die Patienten zur Physiotherapie geschickt haben, das hat ewig gedauert, bis die da 'n Termin gekriegt haben. [...] Die ganze Hilfsmittelversorgung war schlechter.“ (WZ69\_Nr.6)*

### 3.3.2 Arbeitsbeziehungen

Kollegialität und gegenseitige Unterstützung wurden in vielen Interviews als wichtiger Wert genannt. Eine gute Zusammenarbeit wurde in den Interviews als Basis für eine gute Qualität medizinischer Versorgung dargestellt. Es habe nach der Wende Kontinuitäten in der Zusammenarbeit gegeben, z.B. in einer konstanten Besetzung des Klinikteams oder in der Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Kollegen. Diese Kontinuitäten wurden als Stabilitätsfaktor in den Umstrukturierungsprozessen des Gesundheitswesens beschrieben. Auf der anderen Seite wurden auch Brüche in der Zusammenarbeit und abnehmende Kollegialität nach der Wende geschildert.

#### *a) Kollegialität als Orientierungsrahmen*

Kollegialität wurde als Selbstverständlichkeit von Seiten der interviewten Ärzte dargestellt, wie z.B. in dem folgenden Zitat:

*„Ja. Das ist eigentlich auch [...] ein hippokratisches Erbe, was wir da haben, weil er [...] in seinen Grundsätzen niedergelegt hat, dass es vorausgesetzt wird, dass ein ärztlich tätiger Mensch [...] anderen hilft. Und diese Hilfestellung ist umso wichtiger, weil durch die auch immer noch weiter zunehmende Spezialisierung in der Medizin die Frage immer dringender wird. Es verstehen manche Spezialisten von dem Spezialisten im eigenen Fach kaum noch etwas. Und das heißt also, dass die Zusammenarbeit eben dort stärker sein muss. [...] Kollegialität gehört zur medizinischen Tätigkeit dazu [...], also Kollegialität ist für mich eine Selbstverständlichkeit eigentlich. Deswegen hab ich sie bis dahin gar nicht erwähnt. [...]“  
(PS2\_Nr.7)*

Ein anderer Arzt erwähnte, dass das Helfen für ihn selbstverständlich gewesen sei:

*„Und wenn es um das Erfordernis [...] [in] einer bestimmten Situation [...] [ging] und es wurde meine Hilfe gebraucht [...], hab ich die zugesagt, das war gar keine Frage. Meine Frau hat schon immer gesagt: „Du kannst ja nie nein sagen.“ „Ne“, ich sage, [...] „wenn ich überzeugt bin, dass es vernünftig ist, [...] dann mach ich das schon.““ (PS3\_Nr.5)*

Es deutete sich an, dass kulturelle Unterschiede im Kollegialitätsbegriff zwischen ost- und westdeutschen Ärzten eine Rolle spielten.

Eine Ärztin schilderte in einer Begebenheit, dass für ihren westdeutschen Kollegen das gegenseitige Helfen „Neuland“ gewesen sei:

*„Und wir hatten ‘n Kollegen, der war aus [...] Baumesort (Mittelstadt in Westdeutschland) [...], der ist durch [...] ganz Deutschland gereist, um Ausbildungsstellen zu kriegen. Der war glaub‘ ich ein Jahr da oder so. Der war ganz lieb. [...] Der hat zum Anfang mal zu mir gesagt: [...] „Wieso, mach ich das nicht richtig?“ Ich sage: „Wissen Sie, hier war es eigentlich so üblich, dass man sich untereinander so‘n bisschen dann hilft, wenn so viel ist.“ „Ach so“. Das kannte er nicht. Für ihn war das Neuland. Ja?“ (G22\_Nr.2)*

Interessant hierbei war, dass dieser Arzt anscheinend eine Hilfestellung dieser Ärztin zunächst als Kritik auffasste („Wieso mach ich das nicht richtig?“), bis sie ihm erklärte, dass es als Unterstützung gemeint war. Denkbar wäre, dass in Ost- und Westdeutschland der Kollegialitätsbegriff durch unterschiedliche Inhalte gefüllt wurde. Was in Ostdeutschland als Hilfestellung verstanden wurde, war in Westdeutschland dann schon empfundene Kritik an der eigenen Arbeit. Ein weiterer Anhaltspunkt für diese Vermutung liegt in folgendem Interviewzitat:

*„[...] Es war so üblich, ich bin Notarzt gefahren, wenn man als Notarzt dann ‘n Patienten gebracht hat, hatte man den schon befragt in der Inneren und hat den anhand dieses Status schon gemacht. Frischer geht’s ja eigentlich nicht. Und dann hab ich das mal ‘nem Kollegen gesagt und der hat gesagt: „Wieso, denken Sie ich kann das nicht?“ Und das waren so Sachen, mit denen ich ganz schlecht umgehen konnte.“ (G41\_Nr.2)*

Das Erheben des Patientenstatus durch diese Ärztin in ihrer Funktion als Notärztin wurde bei der Übergabe an den Kollegen schon als Kritik aufgefasst („Wieso denken Sie ich kann das nicht?“).

Eine Annahme wäre also, dass zum Teil eine wahrgenommene Unkollegialität westdeutscher Kollegen durch ostdeutsche Ärzte auf unterschiedliche Verständnisweisen von Kollegialität zurück zu führen ist und auf der unterschiedlichen Beurteilung von Zuständigkeiten beruhte.

In der Pädiatrie wurden ein kulturübergreifendes Zusammengehörigkeitsgefühl und ein sehr herzliches Miteinander zwischen ost- und westdeutschen Ärzten beschrieben. Dort habe es, im Gegensatz zu den Beschreibungen aus anderen Fachgebieten, keine von westdeutschen Ärzten entgegengebrachte Abgrenzung gegen ostdeutsche Ärzte gegeben:

*„Mein Fachgebiet ist vielleicht dasjenige, was es am leichtesten hatte, sich mit den Kollegen aus dem Westen zusammen zu finden. Die Pädiater haben offensichtlich ‘n eigenes Gen. Ob*

*das nun Westgermanen waren oder Polen oder Russen oder Chinesen oder wen auch immer, die man so auf Kongressen traf, da wo sich zwei Pädiater begegneten, [...], da hatten sie mal [...] Sprachbarrieren, aber der Konsens war sofort da. [...] Und insofern war auch das Miteinander, zum Beispiel mit Estorstadt (Großstadt in Westdeutschland) [...], eine sehr herzliche Begegnung, die wir mit den Estorstädtern hatten. [...]“ (G6\_Nr.5)*

#### *b) Formen der Gemeinschaft in der DDR*

Um das Kollegialitätsverständnis der interviewten Ärzte näher zu beleuchten, wird in folgendem Abschnitt auf die Prägung des Kollegialitätsbegriffs in der DDR eingegangen.

Ein Arzt berichtete im Interview von einer sehr engen und familiären Gemeinschaft des Klinikteams in der DDR, die sich nach der Wende verändert habe:

*„S Klima hat sich verändert. Es war vorher große Familie, ich bin also die ganzen neun Jahre, die ich hier im Krankenhaus war, sehr gerne jeden Tag zur Arbeit gefahren. Wir hatten hier ‘n ruhigen Chef, der einen arbeiten ließ und einem nie auf die Füße getreten ist, wenn’s nicht sein musste. Es war eine große Familie. Wir haben mit der, wie soll ich sagen, mit der Putzfrau, die eben auf der Station war, vom Oberarzt bis zur Putzfrau zusammen gefrühstückt und da bekam man sehr viel mit. Mehr als bei mancher Visite. Die sagte also: „Frau Maier heute, da hab ich’s Essen reingestellt und rausgeholt, die hat überhaupt nicht gegessen.“ geht Ihnen verloren, wenn das irgendjemand macht, der nicht dabei ist. So belanglose Sachen, die bei herauskommen. Und wir haben zusammen Stationsausflüge gemacht, wir haben zusammen gefeiert, dieses große Zusammengehörigkeitsgefühl, das ließ nach. Jeder dachte [...] so’n bisschen mehr an sich.“ (G28\_Nr.1)*

Es lässt sich vermuten, dass dieses gemeinsame Frühstück von staatlicher Seite gerne gesehen war. Es blieb im Interview unklar, ob hinter den Gemeinschaftsaktivitäten dieses Klinikteams ein Anstoß durch die Leitungsebene stand. Erzählt wurde nur, dass nach Ende der DDR diese Form der Gemeinschaft in der eigenen Klinik wegfiel – sehr zum Bedauern des Erzählers, für den damit auch seine professionelle Familie auseinanderbrach (vgl. 3.1.1 a)). Allerdings findet sich das Prinzip der professionellen Familie auch heute noch in verschiedenen Unternehmen wieder<sup>49</sup>, endete also nicht grundsätzlich mit Ende der DDR.

---

<sup>49</sup> Beispielsweise wirbt Volkswagen auf seiner Homepage neue Mitarbeiter und schreibt dazu: „Denn wer bei Volkswagen arbeitet, hat nicht nur einen sicheren Job, sondern auch einen Platz in einer großen Familie. Wann dürfen wir dich bei uns willkommen heißen?“ (Homepage von Volkswagen: Arbeiten bei Volkswagen. Online

Eine Ärztin schilderte, dass in der ostdeutschen Ärzteschaft die Kollegialität gut gewesen sei. Dies sei auch verstärkt worden durch den gemeinsamen Zwang der Ärzte, sich (widerwillig) dem Staat unterzuordnen und somit durch das Agieren in einem unliebsamen Staat als „gemeinsamem Feind“:

*„Und die Kollegialität war gut. Und wir haben zusammengehalten. Wir hatten ‘n gemeinsamen Feind, das war der Staat. Ja. So muss man das sehen.“ (G37\_Nr.6)*

Diese kritische Haltung der Ärzte gegenüber der DDR kam in mehreren Interviews zur Sprache. Wahrscheinlich lag sie auch darin begründet, dass die Ärzteschaft als Teil der Elite des Landes nicht in der gleichen Form systemkonform sein musste, wie der Rest der Elite des Landes, da die Ärzteschaft notwendig zur Sicherstellung der Gesundheit der Bevölkerung war und nicht einfach flächendeckend absetzbar oder austauschbar war. Dennoch gab es auch politischen Druck durch das Ministerium für Staatssicherheit, dem Ärzte ausgesetzt waren. Diesen Druck beschrieb ein Arzt im Interview detaillierter (angedeutet wird dies in 11\_41, weitere Ausführungen hierzu finden sich im Interview mit diesem Arzt). Er war in der DDR in einer leitenden Position tätig und gleichzeitig kein Mitglied der Partei. Literaturrecherchen zur Mittätigkeit von Ärzten als inoffizielle Mitarbeiter der Staatssicherheit zeigen auf, dass nicht alle Ärzte sich diesem politischen Druck entziehen konnten oder wollten (vgl. 4.4.1), wie z.B. in den Recherchen von Dr. Ulrich Mielke<sup>50</sup>, einem ehemaligen Mitarbeiter der Medizinischen Akademie Magdeburg, sichtbar wird.<sup>51</sup> Auf die Beziehung zwischen Staatssicherheit und Ärzteschaft wird auch im Diskussionsabschnitt eingegangen (vgl. 4.4.1).

---

verfügbar unter <https://www.volkswagen-karriere.de/de/volkswagen-als-arbeitgeber.html>, zuletzt geprüft am 05.12.2020.)

<sup>50</sup> Dr. Ulrich Mielke, Biologe und Krankenhaushygieniker, war an der Medizinischen Akademie Magdeburg, später am Magdeburger Universitätsklinikum tätig. Er deckte seit 1994 die Kontakte zwischen dem Ministerium für Staatssicherheit und dem medizinischen Bereich auf, u.a. in der Medizinischen Akademie Magdeburg, den Bezirkskrankenhäusern Lostau und Magdeburg-Altstadt und der Altmark (vgl. Thomas Pusch (2012): "... ist als psychisch auffällig einzuschätzen". In: Volksstimme, 02.06.2012. Online verfügbar unter [https://www.volksstimme.de/nachrichten/lokal/salzwedel/837044\\_...-ist-als-psychisch-auffaellig-einzuschaetzen.html](https://www.volksstimme.de/nachrichten/lokal/salzwedel/837044_...-ist-als-psychisch-auffaellig-einzuschaetzen.html), zuletzt geprüft am 03.02.2021.). Die Bände finden sich im Dokumentationszentrum am Moritzplatz/ Magdeburg (Dokumentationszentrum am Moritzplatz: Publikationen. Hg. v. Trägerverein Bürgerkomitee Magdeburg e.V. Online verfügbar unter <https://www.buergerkomitee.de/dokumentationszentrum/publikationen/>, zuletzt geprüft am 03.02.2021.).

<sup>51</sup>Vgl. z.B. taz, die tageszeitung (2014): 25 Jahre Stasi-Aufklärung. Das Schweigen der Ärzte. In: taz, die tageszeitung, 04.12.2014. Online verfügbar unter <https://taz.de/25-Jahre-Stasi-Aufklaerung!/5027116/>, zuletzt geprüft am 05.12.2020. oder Smith, Pete (2008): Ärzte im Dienst der Stasi - "man blickt hier in einen Abgrund tiefster Morillosigkeit!". In: Ärzte Zeitung, 18.11.2008. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Aerzte-im-Dienst-der-Stasi-man-blickt-hier-in-einen-Abgrund-tiefster-Morallosigkeit-360278.html>, zuletzt geprüft am 03.02.2021.

Es habe auch die offizielle Förderung von Gemeinschaft durch staatliche Einrichtungen gegeben, die aber nach Auskunft eines Interviewpartners keine wirkliche Rolle für das Gemeinschaftsgefühl der Ärzteschaft spielte:

*„In der staatlichen Einrichtung musste man gesellschaftlich auch irgendwas machen. Wir sollten also alle Mitglied der Deutsch-Sowjetischen Freundschaft werden, haben wir nicht gemacht, aber war dauernd davon die Rede, wir sollten, also waren fast alle, auch ich, Mitglied der Gewerkschaft, wer Stationsarzt war, musste mit seinem Kollektiv um den Titel [...] Kollektiv der sozialistischen Arbeit kämpfen und das [...] war nicht schlimm. Da sind Sie mal einmal im Jahr zusammen ins Theater gegangen, haben ein Tagebuch geführt und ‘n bissl Mätzchen gemacht, das hat niemand ernst genommen, aber jeder hat ‘n bissl mitgemacht, damit Ruhe war.“ (G43\_Nr.10)*

Eine wichtige Rolle zur Prägung des Gemeinschaftsbegriffs schienen daher eher die erlebte Solidarität im eigenen Team (vgl. G28\_Nr.1) und die Notgemeinschaft der ostdeutschen Ärzte (vgl. G37\_Nr.6) zu spielen.

#### *c) Zusammenarbeit als Qualitätsfaktor*

Dass Zusammenarbeit ein Faktor war, dem zugeschrieben wurde, die medizinische Versorgung zu verbessern, klang bereits in den vorherigen Abschnitten immer wieder an (siehe 3.3.2 a) und 3.3.2 b); vgl. PS2\_Nr.7, vgl. G41\_Nr.2; vgl. G28\_Nr.1).

Auf Systemebene wurde die Zusammenarbeit durch das Bestehen von Polikliniken, ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtungen mit mehreren Fachärzten (vgl. 1.2.1 b)), gefördert. Dort sei durch kurze Dienstwege und gutes gegenseitiges Kennen untereinander sowie durch Bereitschaft zu gegenseitiger Unterstützung eine gute Zusammenarbeit möglich gewesen (vgl. G36\_Nr.6 und G38\_Nr.6). Daneben wurden ein besserer gegenseitiger Austausch und quasi fehlende Hierarchien innerhalb der Poliklinik dargestellt:

*„[...] Ja, die Kollegialität war einfach besser. Man hat mehr miteinander gesprochen. Man hat auch den wissenschaftlichen Austausch gepflegt, in der Poliklinik [...] kannte man sich ja. Wir waren alle irgendwie gleichgestellt.“ (G27\_Nr.6)*

In diesem Zitat klingt die These an, dass durch eine verringerte Konkurrenzsituation zwischen den Ärzten die Zusammenarbeit verbessert werde. Im Umkehrschluss



verschlechterte ein erhöhtes Konkurrenzdenken die Zusammenarbeit unter den Ärzten (vgl. 3.3.2 e)).

Auch ein anderer Arzt schilderte die gute Zusammenarbeit in der DDR durch Verzahnung stationärer und ambulanter ärztlicher Tätigkeit:

*„Wir waren Einheit Kreiskrankenhaus Kreispoliklinik. Wir gehörten alle zusammen. [...] man hatte ein und denselben Chef, man hatte den gleichen Arbeitgeber, man kannte sich und man gehörte dazu. Und das war gut und [...] die Verzahnung von ambulant und stationär [...] war gut. Es war wirklich gut und es klappte besser als heute.“ (WZ89\_Nr.1)*

Dieses Qualitätsmerkmal der Zusammenarbeit im ambulanten Bereich fiel in Form der Polikliniken nach der Wende weg. Ein Arzt beschrieb aber, dass durch die Möglichkeit von Gemeinschaftspraxen die Möglichkeit zu guter Zusammenarbeit im ambulanten Bereich sich später wieder mehr etabliert habe. Die Etablierung dieser Strukturen sei ein Prozess gewesen, der noch immer nicht abgeschlossen sei:

*„Und bei der Versorgung von Patienten, da halte ich es also perspektivisch auch für extrem wichtig, dass diese Gemeinschaftspraxisstrukturen und die Vernetzung der Ärzte untereinander, dass das also deutlich verbessert wird, halt ich also für ‘n ganz wesentlichen Aspekt. [...] da sind wir ja auch schon auf’m guten Weg, die Strukturen entwickeln sich mehr, wie gesagt, meine Praxis selber, da hab ich jetzt schon mehrere Ärzte auch als angestellte Ärzte mit dabei, wir sind im Prinzip ja schon wie ‘n kleines Netz für uns sozusagen. Und damit kann man Versorgung auf’m ganz anderen Niveau organisieren.“ (G5\_Nr.8)*

Auch die Etablierung der Medizinischen Versorgungszentren (vgl.1.2.2 b)) wäre nach dieser Schilderung und nach anderen Schilderungen der Ärzte bzgl. besserer medizinischer Versorgung durch mehr Zusammenarbeit positiv zu werten.

#### *d) Kontinuität der Arbeitsbeziehungen als Ressource zur Prozessbewältigung*

So wie konstante Kernmerkmale Stabilitätsfaktoren für die Ärzte in den Wendeprozessen darstellten (siehe 3.3.1 a)), so wirkten sich auch konstante Arbeitsbeziehungen in den Wendeprozessen positiv aus.

Im (inter)professionellen Kontakt innerhalb des Teams habe sich positiv ausgewirkt, wenn zumindest Teile des Teams in gleicher Zusammensetzung weiterarbeiten konnten. Hier wurde in einem Interview die Kontinuität in der Besetzung der leitenden Pflegekräfte auf

einer Intensivstation beschrieben. Gerade für eine Intensivstation sei eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit besonders wichtig (vgl. G3\_Nr.7):

*„[...] sind da also da auch große Fluktuationen gewesen, aber die leitenden [Pflege]Kräfte sind da immer noch tätig und ja. Und die Zusammenarbeit [...] ist ja auf wenigen Gebieten so eng wie auf der Intensivstation. [...] Kann man vielleicht nur vergleichen mit'm Kreißsaal [...], mit der Hebamme und dem Geburtshelfer, [...] das ist 'ne sehr enge Arbeitsnotwendigkeit da. Ja?“ (G3\_Nr.7)*

Auch ein anderer Arzt beschrieb, dass innerhalb seiner Klinik keine „personellen Brüche“ (R9\_Nr.3) nach der Wende stattfanden. Kein leitender Mitarbeiter dieser Klinik sei aus politischen Gründen entlassen worden, sodass die Klinikleitung über die Wende hinweg konstant geblieben sei (vgl. G14\_Nr.3). Dadurch sei eine kontinuierliche Entwicklung über die Wende hinweg möglich gewesen:

*„Ein Beleg [...] für die Gesamtsituation [...] in unserem Arbeitsbereich war, dass nach der Wende die Leitung konstant geblieben ist. Also es sind keine [...] Entlassungen von leitenden Mitarbeitern aus politischen Gründen erfolgt. [...] Sodass wir eine kontinuierliche Entwicklung über die Wende hinweg hatten. Und keine personellen Brüche, das ist ja ganz wichtig.“ (R9\_Nr.3)*

Kontinuität habe sich auch im Kontakt zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten gezeigt, da ehemalige Poliklinikärzte zwar in die Niederlassung gegangen seien, ihre Kooperation zu stationär tätigen Ärzten aber erhalten geblieben sei:

*„[...] Und diese Mitarbeiter der Polikliniken ließen sich ja nieder jetzt und die kannte man, diese Mitarbeiter in der Stadt [...], sodass es eigentlich keinerlei Probleme gab. Die Kinder, die man früher an die Poliklinik geschickt hatte, die gingen jetzt zur Frau Dr. sowieso, die in der Niederlassung war.“ (R22\_Nr.3)*

Darüber hinaus seien auch Klinikmitarbeiter in die Niederlassung gegangen, hier wurden ebenfalls eine gute Kooperation und ein unproblematisches Betreuen gemeinsamer Patienten beschrieben, was auch durch gegenseitiges Kennen nach jahrelanger Zusammenarbeit erleichtert worden sei (vgl. WZ23\_Nr.3).

Eine Ärztin, die nach der Wende von der Klinik in die Niederlassung ging, beschrieb einen guten Kontakt zwischen den Ärzten, die in der Niederlassung tätig waren. Viele ihrer

Kollegen aus anderen Teilbereichen der Inneren Medizin seien von der Klinik in die Niederlassung gegangen, das Kennen dieser Kollegen und das gegenseitige Unterstützen seien hilfreich gewesen:

*„[...] Ich war nun sehr viele Jahre in dieser Klinik und man wird ja mit den Kollegen groß. Also man wird mit der Klinik groß, man ist selbst bekannt namentlich. Man kennt die Kollegen und Sie können sich vielleicht vorstellen, dass das ein ungeheurer Vorteil war, nachdem nun die Niederlassungswelle so doch ins Rollen kam und viele, viele auch weggingen. [...] Ja? Fachärzte aus Gebiet C (Gebiet der Inneren Medizin), Fachärzte aus Gebiet D (Gebiet der Inneren Medizin), aber man kannte sich eben zum Teil sehr persönlich, man kannte auch die fachlichen Qualitäten der Kollegen, man wusste also: „Wenn D' mal einen brauchst, der ganz speziell dieses und jenes kennen muss, dann kannst Du nur Kollegen sowieso nehmen“ und weil man sich eben so gut kannte, und man hat sich ja auch untereinander geholfen, war das dann auch immer kein Problem, da schnell 'n Rat zu kriegen oder auch anderen zu helfen oder mal schnelle Patiententermine zu haben, weil man sich untereinander natürlich auch helfen wollte, auf die Beine zu kommen. Ja? Also das war'n großer Vorteil, [...] dieses Kennen der Kollegen. Ja?“ (G15\_Nr.4)*

*e) Diskontinuität der Arbeitsbeziehungen: Veränderung in der Zusammenarbeit als Herausforderung*  
Bei allen zuvor beschriebenen Kontinuitäten in der Zusammenarbeit nach der Wende wurden auf der anderen Seite auch Brüche in der Zusammenarbeit beschrieben.

Eine Ärztin erlebte, wie das ehemalige Klinikteam durch den neuen Chef der Klinik zerpfückt wurde, indem Verträge nicht verlängert wurden:

*„Wir hatten dann ab '94 noch 'n neuen Chef [...], der hat uns nachher auch alle auseinander gepflückt. Der hat also die Verträge nicht verlängert. Sonst ist man automatisch, wenn man da in der Inneren angefangen hat, seine Ausbildung gemacht hat, wusste man, dass man da hinterher als Facharzt arbeiten kann und dann eventuell zum Oberarzt aufgestiegen ist oder irgendsowas, und da war halt Schluss.“(G19\_Nr.2)*

Sie nahm dies als gezielte Maßnahme wahr, damit die Gruppe der ostdeutschen Ärzte nicht zu „eingeschworen“ weiterarbeitete:

*„Unser Chef hat dann gemeint, wir sind hier 'ne viel zu eingeschworene Truppe, weil wir alle von hier waren, alle ungefähr ein Alter und alle Familie hatten. Und dadurch alle sesshaft, ja?“*

*Und der brauchte dann so 'n paar, die da rumgestänkert haben. Der Kollege hat mich gestänkert, muss ich ehrlich sagen.“ (G23\_Nr.2)*

Durch diese hier beschriebene Vorgehensweise des Aufbrechens der früheren Klinikgemeinschaft nahm sie ein verschlechtertes Arbeitsklima und eine verschlechterte Kollegialität (z.B. vgl. G33\_Nr.2) wahr (siehe auch 3.3.2 a)).

Ein anderer Arzt beschrieb ebenfalls ein verschlechtertes Arbeitsklima nach der Wende durch zunehmenden Egoismus innerhalb der Ärzteschaft:

*„Diese Zusammengehörigkeit, die [...] verlief irgendwie anders, auf einmal merkte man Ellenbogen. [...]“ (G40\_Nr.1)*

Auf Nachfrage erzählte dieser Arzt, dass dieser Wandel des Arbeitsklimas sich vollzogen habe, obwohl nicht viele neue Ärzte in das Team gekommen seien (Wandel innerhalb eines weiterhin bestehenden Teams):

*„I: [...] Sind da so viele Neue gekommen oder warum hat sich das [geändert]?*

*E.: Nein gar nicht, [...] weiß ich nicht. Es muss irgendwie 'n Druck von oben gewesen sein, jeder meinte nur, er müsse irgendwas sagen und müsse was ändern und so. [...] Ja, warum? Ich kann's Ihnen nicht sagen, aber irgendwie hat man's nur gespürt, dass da irgendwie was anderes ist. Vielleicht [...] haben die auch alle Angst gehabt, das Abrechnungssystem hat sich ja geändert. [...] Ich denke, die wussten, dass da viel Neues auf sie zukommt, dem sie einfach noch gar nicht gewachsen waren, wo auch keiner gesagt hat: „Das musst D' so oder so machen.““ (WZ101\_Nr.1)*

Durch die Veränderungen der Rahmenbedingungen, so die Vermutung dieses Arztes, sei es zu einer Unsicherheit der ostdeutschen Ärzte, vor allem im finanziellen Bereich gekommen, sodass dieser zunehmende Egoismus sich daraus entwickelt habe.

Dieser Arzt beschrieb noch etwas anderes, nämlich das Ausschreiben der Stelle der ersten Oberärztin nach der Wende ohne ihr Wissen:

*„[...] Dann gab's Sachen, auf einmal stand [...] im Ärzteblatt die Stelle unserer ersten Oberärztin aus. Aber sie wusste davon nichts.“ (G40\_Nr.1)*

Die genauen Gründe dafür seien nicht kommuniziert worden. Auf die Frage danach, ob der Erzähler in Erfahrung gebracht habe, warum die Oberärztin übergangen worden sei, antwortete er:

*„[...] Weiß ich nicht. 's wusste sie auch nicht [...], so richtig wissen wir's nicht. Es gab nur immer 'n Hickhack zwischen Chirurgen und Internisten. [...] wir hatten 'n ausgesprochen guten Chefchirurgen, [...] der fand [...], unsere beiden, den Chef und die erste Oberärztin, die waren bäh. [...] Ob's daran gelegen hat, weiß ich nicht, jedenfalls wollte man die einfach ausbooten, weil man der Meinung war, sie kann und bringt nix. War aber 'n Arbeitstier. [...] Und Internistin mit Schwerpunktqualifikation nebenbei noch.“ (WZ99\_Nr.1)*

Falls dies das Ergebnis einer Evaluierung war, wurde diese jedenfalls nicht offen thematisiert, somit entstand der Eindruck einer ungerechtfertigten Entscheidung.

Obwohl eine Ärztin an anderer Stelle auch Vorteile der Ökonomisierung ansprach (siehe auch 3.1.1 a)), beschrieb sie im Interview auch Schattenseiten der Ökonomisierung. Durch die finanziellen Änderungen im ambulanten Bereich sei die Kollegialität schlechter geworden und es gebe eine neue Konkurrenzsituation der ambulant tätigen Ärzte im Werben um die Patienten:

*„[...] dadurch, dass das ja jetzt immer noch auch finanziell gesteuert ist, ist die Kollegialität nämlich auch deshalb schlechter. Wir hatten ja früher finanziell [...] keine Unterschiede, also wenn [...] der Kollege mir, der konnte mir zehnmal fünf Patienten wegnehmen, in Anführungsstrichen, deshalb hab' ich ja nicht schlechter verdient. Der hatte mehr Arbeit. Aber heute ist es ja so, wenn ich jetzt [...] Patienten brauche und [...] man saugt die [...] aus anderen Praxen ab, dann ist das schon auch 'n finanzieller Verlust.“ (G42\_Nr.6)*

*„Und auf der anderen Seite ist es wieder so, wenn ich sag: „Lass doch das den anderen machen, ich mache dafür was anderes“, [...] das sind alles so Dinge, wo die Kollegialität nicht mehr so gut [ist] [...]. Man lässt sich eben nicht so gerne in die Karten schauen, weil jeder Angst hat, [...] dass das dann, naja, zu seinem Nachteil ist.“ (WZ72\_Nr.6)*

Das Empfinden einer potentiellen Konkurrenz, das hier mitschwang, erwähnte sie im Zusammenhang einer veränderten (schwächeren) Zusammenarbeit. Hieraus könnte man als These dieser Ärztin formulieren, dass Kooperation am besten funktioniert, wenn keine Konkurrenzsituation besteht.

## 4. Diskussion

Welche Konsequenzen die Umstrukturierungsprozesse des Gesundheitswesens in der Region Sachsen-Anhalt mit sich brachten, wie die Ärzte diese Prozesse wahrnahmen, vor welchen Herausforderungen und Chancen sie standen und wie sie damit umgingen, ist Gegenstand dieser Forschungsarbeit. Ziel ist es, die Sichtweisen der Ärzte auf die Umgestaltungsprozesse im Gesundheitswesen Sachsen-Anhalts nach der Wende darzustellen und zu reflektieren.

Die Aufarbeitung der Ereignisse zur Zeit der Wende ist noch nicht abgeschlossen, speziell im Bereich, der in der Studie erforscht wurde, liegt erst wenig Literatur vor. Daher werden die erhobenen Ergebnisse mit anderen Studien verglichen und, eher im Sinne einer Grundlagenforschung in diesem Bereich, an theoretische Modelle angeschlossen. Zunächst folgt eine Übersicht über die Ergebnisse dieser Studie.

### 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Studie wurden Ärztinnen und Ärzte interviewt, die allesamt (zumindest abschnittsweise) im Zeitraum zwischen 1989 und 1994 im Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt tätig waren (Zeitzeugen). Die Spanne ihrer Positionen ab 1989 reichte von einer assistenzärztlichen Tätigkeit bis hin zu einer Tätigkeit in leitender Position. Als Fachgebiete waren Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Anästhesie, sowie Gynäkologie und Geburtshilfe vertreten. Die Gespräche bestanden aus einem berufsbiographischen Einstiegsteil und einem im Anschluss daran offenen Leitfadeninterview. Die Interviews wurden qualitativ-inhaltsanalytisch nach Mayring (Mayring 2007) ausgewertet.

In den Ergebnissen zeigten sich drei große Themenbereiche, die von den Interviewpartnern angesprochen wurden: die Wahrnehmung der Änderungen von Rahmen und Strukturen im Zuge der Wende (4.1.1), die Wahrnehmung der Evaluierungsprozesse und der westdeutschen Dominanz (4.1.2) und Einflüsse der Wende auf die Arztrolle (4.1.3).

#### 4.1.1 Änderungen von Rahmen und Strukturen

##### *a) Neue Chancen durch die Wende*

In allen Interviews wurden Chancen genannt, die sich durch die Wende ergaben. Einen wichtigen Stellenwert hatten hierbei die neuen medizinischen Möglichkeiten durch das Ende der starken materiellen Einschränkungen und auch die neuen Möglichkeiten des

internationalen wissenschaftlichen Austauschs. Daneben wurde der Gang in die Niederlassung von allen interviewten Ärzten als neue Chance betrachtet.

#### *b) Unsicherheiten durch die Wende*

Herausfordernd waren hingegen verschiedene Unsicherheiten, mit denen die Ärzte nach der Wende konfrontiert wurden. Geschildert wurde die Sorge, ob man als niedergelassener Arzt unternehmerisch bestehen könne, insbesondere, da bei fast allen Interviewpartnern keine Vorerfahrungen mit dem neuen System und seinen wirtschaftlichen Bedingungen vorlagen. Dass diese Angst nicht nur abstrakt war, zeigte der Fall eines interviewten Arztes, der es beinahe nicht geschafft hätte, den aufgenommenen Kredit zu bewältigen, und der auch Fälle von Ärzten schilderte, die Insolvenz anmelden mussten. Hier stellt sich die Frage, ob die Banken Kredite zu wenig vorgeprüft und in zu großer Höhe vergeben hatten. Eine Ärztin schilderte hingegen sehr detailliert, wie sie regelmäßig ihre gut funktionierende Praxis vor dem Kreditgeber rechtfertigen musste, was frustrierend gewesen sei, da sie sich dort immer wirtschaftlichem Leistungsdruck trotz bereits guter Leistungen gegenüber sah. Dennoch konnten letztlich alle interviewten Ärzte dieser Studie finanziell in der eigenen Niederlassung bestehen.

Abgemildert wurden Unsicherheiten bezüglich des Ganges in die eigene Niederlassung z.B. im Rahmen von Hospitationen bei westdeutschen Kollegen.

Herausfordernd war auch eine beschriebene veränderte Zusammenarbeit nach der Wende. Diese beruhte einerseits auf strukturellen Veränderungen durch den Wegfall der Polikliniken. Auf der anderen Seite beruhte sie auf einer veränderten kollegialen Gemeinschaft durch neu auftretende Konkurrenzsituationen und auf dem Zerfall des eigenen Krankenteams (Bottom-up durch Weggang von Mitarbeitern oder Top-down durch Entlassen von Mitarbeitern). Daneben führte ein unterschiedliches Kollegialitätsverständnis in Ost- und Westdeutschland (vgl. 3.3.2 a)) zu Irritationen in der Zusammenarbeit.

Eine Ressource in den Veränderungen und Unsicherheiten stellte hingegen eine gleichbleibende Zusammenarbeit nach der Wende dar. Diese wurde in kontinuierlichen Arbeitsbeziehungen über die Wende hinweg geschildert (z.B. in der kontinuierlichen Besetzung innerhalb des Teams oder im kontinuierlichen Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten). Daneben wurden stabile Arzt-Patienten-Beziehungen, welche die Wende

überdauerten, beschrieben. Sie dienten sowohl dem Arzt (Sicherung des Patientenstamms in der eigenen Niederlassung) als auch dem Patienten („sein Arzt“ als Anker in anderen Unsicherheiten der Wendezeit).

Als sehr hilfreich erwies sich außerdem eigenes Engagement in den Umstrukturierungsprozessen und ein Mitgestalten in der Durchführung dieser Prozesse. Solche Einflussnahme war vor allem für Ärzte in leitenden Positionen mit Kontakt zu relevanten Akteuren möglich. Aber auch im niedergelassenen Bereich beim Aufbau von Strukturen gab es Mitgestaltungsspielraum in der Umstrukturierung, der auch von einigen der neu niedergelassenen Ärzte genutzt wurde (Interview 6, Interview 8).

### *c) Wichtige Rahmenbedingungen für einen zügigen Systemumbau und diesbezügliche Unsicherheiten*

Geringe bürokratische Hürden boten eine gute Basis dafür, dass die ambulant tätigen Ärzte in die Niederlassung gehen konnten. Auch einzelne Unsicherheiten und Verzögerungen, welche in den Interviews genannt wurden (z.B. aufgrund von Unklarheiten, wie mit Bauland verfahren werden durfte, aufgrund des Fehlens eines Notars vor Ort, oder aufgrund von Alteigentümern, die nach der Wende Ansprüche auf Praxisgebäude stellten), standen einem insgesamt flächendeckenden schnellen Gang der Ärzte in die Niederlassung nicht im Wege (vgl. 1.5.1). Die niedrigen bürokratischen Hürden kann man rückblickend als einen der Faktoren ansehen, der die Umstrukturierung des Gesundheitswesens deutlich erleichterte.

Die Anerkennung der Facharztweiterbildung ostdeutscher Ärzte im vereinten Deutschland wurde als insgesamt unkompliziert beschrieben. Eine Ärztin berichtete kritisch über die Einführung des Arztes im Praktikum (AiP)<sup>52</sup> nach der Wende in Ostdeutschland (vgl. hierzu die Ausführungen in 4.2.4). Ansonsten wurde in den Interviews erzählt, dass eine problemlose Anerkennung der Facharztweiterbildung möglich war und auch auf einzelne Wünsche (Anerkennung der Spezialisierung auf ein Teilgebiet, Umschreiben zum „Praktischen Arzt“) eingegangen werden konnte.

Mehrfach wurde beschrieben, dass ein Kredit zum Bau oder zur Ausstattung einer neugegründeten Praxis einfach zu bekommen war. Hierbei wurde die grundsätzliche Angst

---

<sup>52</sup> Zwischen 1. Juli 1988 und dem 30. September 2004 in der BRD notwendiges Praktikum zum Erlangen der vollen ärztlichen Approbation (vgl. DocCheck Flexikon: Arzt im Praktikum. Online verfügbar unter [https://flexikon.doccheck.com/de/Arzt\\_im\\_Praktikum](https://flexikon.doccheck.com/de/Arzt_im_Praktikum), zuletzt geprüft am 20.10.2020.)



davor, Schulden zu machen, geschildert („DDR-Mentalität“) und auf fehlende Erfahrungen im Umgang mit sozial-marktwirtschaftlichen Strukturen hingewiesen. In einem Interview beschrieb die betroffene Ärztin, wie das Kreditinstitut sie durch regelmäßige Rechenschaftsberichte zu mehr Wirtschaftlichkeit antrieb. Ein interviewter Arzt erzählte, dass er den aufgenommenen hohen Kredit später nur unter großer Kraftanstrengung bewältigen und nur der Zuverdienst der Ehefrau eine Insolvenz abwenden konnte.

Die Facharztweiterbildung zum Allgemeinmediziner in der DDR wurde von den interviewten Ärzten als umfangreich und gut geschildert, daher seien im medizinischen Bereich kaum Zusatzqualifikationen notwendig gewesen. Nötigen Fortbildungsbedarf schilderten die niedergelassenen Ärzte im unternehmerischen Bereich. Daneben habe es teilweise aufgrund struktureller Veränderungen (z.B. Zugang zu neuen medizinischen Diagnostik- und Therapieverfahren, Wegfall der Spezialambulanzen der DDR und Erheben von Laborparametern in der eigenen niedergelassenen Praxis) Fortbildungsbedarf gegeben. Eine Ärztin, die vom Krankenhaus in die Niederlassung ging, schilderte, dass sie in bestimmten Bereichen (Sonographie und Impfen) trotz vorheriger Berufserfahrung Fortbildungen und Leistungsnachweise erbringen musste, um sich niederlassen zu können.<sup>53</sup>

#### 4.1.2 Evaluierungsprozesse und wahrgenommene Kolonialisierung

##### *a) Evaluierung (persönlich-ethisch und fachlich)*

Die Evaluierung unterteilte sich in die persönliche und ethische Integritätsprüfung, von den Befragten oft „politische Evaluierung“ genannt, und die fachliche Evaluierung (vgl. 1.4)

Die persönlich-ethische Integritätsprüfung wurde in den Interviews recht unterschiedlich beschrieben. Es findet sich eine Aussage dazu, dass sie schnell und unkompliziert erfolgt sei. Demnach hätten sich politisch involvierte Ärzte oft selber schnell aus relevanten Positionen zurückgezogen, bevor sie einer Evaluierung unterzogen wurden. Die restlichen politisch vorbelasteten Ärzte seien durch Abstimmungen abgesetzt worden. Dem gegenüber stehen Aussagen anderer Akteure, wie komplex die Beurteilung der Integrität von Klinikmitarbeitern gewesen sei, z.B. da die Staatssicherheit zu allen Ärzten in leitenden Positionen Kontakt gesucht habe.

---

<sup>53</sup> Dies lässt sich mit Artikel 37 des Einigungsvertrags 1990 in Einklang bringen, wo beschrieben wurde, dass die Gleichwertigkeit „auf Antrag von der zuständigen Stelle festgestellt“ (Einigungsvertrag 1990, Art. 37, Abs. 1) wird. (vgl. hierzu auch 4.2.4)

Die fachliche Evaluierung wurde in den Interviews vor allem im Hochschulbereich geschildert. Hier äußerten alle interviewten Ärzte Kritik. Beschrieben wurde die Begrenzung der Wiedereinstellung von sachsen-anhaltischen Professoren (max. 25%-Quote) sowie das vorübergehende Aussetzen von Hausberufungen. Dass die Chancen der ostdeutschen Ärzte in dieser Weise limitiert wurden, obwohl sie fachlich gut waren, traf bei vielen interviewten Ärzten auf Unverständnis. Daneben hätten die hierdurch bevorzugten westdeutschen Ärzte nicht immer die gewünschten Qualifikationen aufgewiesen und seien zum Teil sogar fachlich schlechter gewesen als ihre ostdeutschen Kollegen. Als weiterer negativer Aspekt der fachlichen Evaluierung wurde benannt, dass durch die aufwendigen Evaluierungsverfahren und die damit verbundenen Wartezeiten die Forschung an der Hochschule eine Zeit lang stagnierte.

#### *b) Wahrgenommene Kolonialisierung*

Die Übernahme des westdeutschen Gesundheitssystems auch in Ostdeutschland sowie die Förderung der Tätigkeit westdeutscher Ärzte in Ostdeutschland nach der Wende hatten den Schilderungen der interviewten Ärzte nach durchaus kolonialistische Züge.<sup>54</sup>

Die Schilderungen in den Interviews sind teils sehr negativ, bis hin zum Begriff der „Demokrat“ur“. Andererseits konnte durch diese Westdominanz schnell eine einheitliche Struktur im Gesundheitswesen etabliert werden, ohne dass es je zu einem Versorgungsnotstand kam. Es bleibt die Frage hypothetisch und eine Antwort offen, wie sich bei weniger Dominanz westdeutscher Akteure und Strukturen die Situation in Ostdeutschland entwickelt hätte.

Negativ wurde in den Interviews die materielle und finanzielle Bevorzugung westdeutscher Ärzte beschrieben. Außerdem wurde beschrieben, dass durch die Förderung der Tätigkeit westdeutscher Ärzte in Ostdeutschland auch mangelqualifizierte westdeutsche Ärzte eine Tätigkeit in Sachsen-Anhalt aufnahmen („hochgestapelter Wessi“). Ferner geschildert wurde die Konfrontation der sachsen-anhaltischen Ärzte mit dem Vorurteil eines „doofen Ossi“. Das beschriebene Misstrauen westdeutscher Ärzte in die Qualität ostdeutscher Ärzte bestand anscheinend zumindest bei manchen Ärzten. Es wurde dort nicht beschrieben, wo west- und ostdeutsche Ärzte sich schon vor der Wendezeit kannten. Dies schien als schützender Faktor gegen wechselseitiges Misstrauen zu wirken.

---

<sup>54</sup> Der Begriff des Kolonialismus ist hier im umgangssprachlichen Verständnissinn gemeint.

Es kam aber vereinzelt auch zur Sprache, dass nur durch Übernahme westdeutscher Strukturen in Ostdeutschland in der Kürze der Zeit eine kontinuierliche Patientenversorgung möglich war und dass der Wunsch nach einem westdeutschen Lebensstandard bestand und daher die Einführung westdeutscher Strukturen im Gesundheitswesen begrüßt wurde.

Die Schilderungen der Ärzte bzgl. der Präsenz westdeutscher Ärzte und Akteure waren nicht nur negativ. Neben neuen freundlichen westdeutschen Kollegen wurde vor allem die große Hilfsbereitschaft westdeutscher Ärzte nach der Wende beschrieben. Diese war vielseitig und bestand in der Vermittlung von Know-how insbesondere im unternehmerischen Bereich, aber auch, was neue Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten anging, und auf materieller Ebene (z.B. Spende von medizinischen Geräten, Medikamenten etc.). Unterstützung erfolgte den Angaben nach durch niedergelassene Ärzte aus westdeutschen Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Akteure kirchlicher Einrichtungen und wirtschaftsorientierte Unternehmen, insbesondere die Pharmaindustrie. Im Zusammenhang mit der Unterstützung durch die Pharmaindustrie wurde in mehreren Interviews auch angedeutet, dass über Bestechlichkeit diskutiert worden sei. Gleichzeitig wurde Industrieunterstützung (auf materieller Ebene und in der Vermittlung von Know-how) in den Umstrukturierungsprozessen des ostdeutschen Gesundheitswesens von den Interviewpartnern durchweg begrüßt.

Trotz der in vielen Interviews beschriebenen, umfangreichen Unterstützungsangebote wurden diese nicht von allen Ärzten wahrgenommen. Eine interviewte Ärztin erzählte auf die Nachfrage nach Hilfestellungen, dass alles nur „learning by doing“ gewesen sei und es für sie keine weitere Unterstützung gegeben habe.

Ein Interviewpartner schilderte außerdem, dass angebotene Seminare teils nur mangelnde Qualität aufwiesen und es anscheinend keine Kontrollinstanz für die Qualität der angebotenen Seminare gab.

#### 4.1.3 Arztrolle in der Wende

Neben den strukturellen Veränderungen wurde in den Interviews auf verschiedene Einflüsse der Umstrukturierungsprozesse auf die Arztrolle eingegangen.

#### *a) Systemunabhängige Merkmale der ärztlichen Rolle*

Es wurden Merkmale in der ärztlichen Rolle beschrieben, welche vor wie nach der Wende Bestandteil ärztlichen Handelns und somit systemunabhängig waren. In diesem Zusammenhang wurde in mehreren Interviews das Gleichbleiben der medizinischen Tätigkeit geschildert, sowie Motivation und Arbeitsethos als Antrieb ärztlichen Handelns. Eine engagierte Grundhaltung, die auch vor der Wende schon bestanden habe, nannten einige Ärzte als Ressource im Umgang mit den Umstrukturierungsprozessen. Hier wurde vorhandenes Engagement teils genutzt, um selber makro- und mikrostrukturelle Prozesse mitzugestalten. Ein Arzt beschrieb aber, dass er trotz vorhandenen Engagements beim Gang in die eigene Niederlassung Schwierigkeiten hatte, das notwendige Einkommen zu erzielen. Engagement führte also nicht automatisch zu einem Erleben der Umstrukturierungsprozesse als erfolgreich. In der DDR hatten begrenzte Ressourcen das Improvisationsvermögen der Ärzteschaft gefördert. Dieses Improvisationsvermögen kann man auch als eine Ressource ansehen, die den Ärzten erleichterte, in der Wendezeit neue Situationen und Veränderungen zu meistern. Beschrieben wurde auch die hohe Anpassungsfähigkeit der Ärzteschaft an veränderte Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens.

#### *b) Neue Merkmale in der ärztlichen Rolle*

Ein neues Merkmal in der ärztlichen Rolle war „Arzt als Unternehmer“. Es fand sich vor allem in einem Interview die Auffassung, sie stelle einen Widerspruch zum professionellen ärztlichen Handeln dar: materielle Interessen stünden im Widerspruch zum eigentlichen Auftrag des Arztes, zu helfen und die Patienten gut zu versorgen. Auch in anderen Interviews fanden sich kritische Stimmen zu zunehmenden ökonomischen Einflüssen auf das ärztliche Handeln. Unternehmerisches Handeln in der eigenen Niederlassung wurde aber auch als Möglichkeit der Selbstverwirklichung beschrieben: man könne sein eigener Chef sein und eigenen Fleiß und unternehmerisches Geschick für sich selbst nutzen. Daneben wurde beschrieben, dass sich trotz unterschiedlicher ökonomischer Rahmenbedingungen vor und nach der Wende das ärztliche Alltagshandeln nicht veränderte und die Art der Patientenversorgung gleichblieb.

#### *c) Wegfall von Merkmalen der ärztlichen Rolle*

Es wurde ein Autoritätsverlust in der ärztlichen Rolle beschrieben, der mit der Wende einherging. Dem zu Grunde lagen eine stärkere kritische Haltung von Patienten und

Angehörigen (Wandel der paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung), eine neue kritische Berichterstattung über die Medizin in den Medien und die stärkere Position der Pflegekräfte. Wurde letztere in einem Interview noch begrüßt, waren die anderen Schilderungen zum Verlust an ärztlicher Autorität insgesamt negativ und die interviewten Ärzte bedauerten diesen Aspekt des Wandels.

Der Wegfall der sogenannten „sozialen Indikation“ (also dem stationären Aufenthalt von Patienten aus sozialen, nicht aus medizinischen Gründen) wurde in einigen Interviews angesprochen. Ein Arzt beschrieb, dass dieser Wegfall nicht ersatzlos stattfand, sondern Zuständigkeiten für soziale Fälle auf neue Institutionen verlagert wurden, mit denen die Ärzte kooperieren konnten. Er sah darin eher einen Gewinn. Zwei andere Ärzte bedauerten hingegen, dass hierdurch ein Teil ihres fürsorglichen Handelns im ärztlichen Alltag wegfiel und sie den Patienten nur noch eingeschränkter (ohne soziale Komponente) helfen konnten.

Im folgenden Abschnitt beginnt nun der Abgleich der Ergebnisse mit vorhandenen Studien, theoretischen Modellen und recherchierten Hintergrundinformationen.

## 4.2 Rahmenbedingungen nach der Wende im Spiegel der Literatur

### 4.2.1 Niederlassungswelle

In der Studie von Lützenkirchen (Lützenkirchen 2001) wurde die finanzielle Unsicherheit beschrieben, die viele dort befragte Ärztinnen und Ärzte belastete:

*„Das Gros der befragten ÄrztInnen in Niederlassung fühlt sich nicht akut in seiner Existenz bedroht, trägt jedoch vor, stets mit dem Druck der Ungewißheit zu leben und zu arbeiten, ob im nächsten Quartal noch genug verdient wird, um Kredite, die Praxen und sich selbst finanzieren zu können.“ (Lützenkirchen 2001: S. 257)*

Diese Unsicherheit wurde zwar auch in meiner Studie beschrieben, aber eher rückblickend, da zum Zeitpunkt meiner Erhebung die Ärzte mittlerweile die finanziellen Unsicherheiten, die mit dem Gang in die eigene Niederlassung einhergegangen waren, überwunden hatten.

Wasem (Wasem 1997) beschrieb in seiner Untersuchung, dass bei einer 1991 befragten ostdeutschen Ärzteschaft auch solche Ärzte, die eher aufgrund der externen Umstände in die Niederlassung gingen, nun Vorteile in der Niederlassung sahen (Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit, sowie Eigenverantwortlichkeit für die Patienten, bessere Geräteausstattung in der eigenen Niederlassung); jedoch sei der Verwaltungsaufwand durch

die Abrechnung als Belastung wahrgenommen worden und es wurde eine Abnahme ärztlicher Kooperation im ambulanten Sektor und eine zunehmende Konkurrenzsituation beschrieben:

*„Wenn auch ein Teil der Ärzte die eigene Praxis allein dem Druck der tatsächlichen Verhältnisse folgend gegründet hat, so ist damit nicht gesagt, daß diese Ärzte der nunmehrigen Niederlassung keine positiven Seiten abgewinnen können: So zeigte sich etwa in der im Sommer 1991 in Sachsen-Anhalt durchgeführten Studie (Dathe/Werner 1991), daß auch zahlreiche Ärzte, die in erster Linie aufgrund fehlender Perspektiven der Poliklinik in die Niederlassung gegangen sind, nunmehr die Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit in eigener Praxis und die alleinige Zuständigkeit für ihre Patienten als Vorteile der Niederlassung einschätzen. Aus den Daten des »Arztbarometer 1991« ergibt sich, daß bei den zu diesem Zeitpunkt bereits niedergelassenen Ärzten die Unzufriedenheit, infolge mangelnder Geräteausstattung in der Diagnostik und/oder Therapie begrenzt zu sein, deutlich stärker zurückgegangen ist als bei den Ärzten, die zu dieser Zeit noch im poliklinischen Beschäftigungsverhältnis standen,[...] was aufgrund der getätigten Investitionen durch die Ärzte bei vielfach unterlassenen Investitionen durch die Poliklinikträger hoch plausibel erscheint. Auf der anderen Seite zeigt sich, daß eine große Gruppe der nunmehr niedergelassenen Ärzte (und zwar offensichtlich auch solcher, die »aus Überzeugung « diesen Schritt taten) die Abrechnungsmodalitäten mit ihren organisatorisch-technischen Anforderungen als belastend bewertet.[...] Allgemein wird festgestellt (und zwar sowohl von niedergelassenen wie auch von noch in Polikliniken beschäftigten Ärzten), daß die Kooperation der Ärzte des ambulanten Sektors untereinander geringer geworden ist[...] und zum Teil in eine – als Belastung empfundene – Konkurrenzsituation umgeschlagen ist.“ (Wasem 1997, S. 225-226)<sup>55</sup>*

In Bezug auf die Vergabe von Krediten gibt Wasem an, dass knapp zwei Drittel der Ärzteschaft (63,1%) keine Schwierigkeiten hatten, einen Bankkredit zu erhalten, knapp ein Viertel der Ärzte (23,8%) habe einen Bankkredit unter Schwierigkeiten erhalten, 2,2% haben

---

<sup>55</sup> Die Studie von Dathe/ Werner, auf die sich Wasem bezieht (vgl. Wasem 1997: S. 298), findet sich hier: Dathe, R./ Werner, K., 1991: Zur Niederlassungsproblematik in Sachsen-Anhalt – Erste Ergebnisse einer Ärztebefragung. In: *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 53, Sonderheft 3, 220-223.

keinen Kredit erhalten, 11,1% haben keine Kreditaufnahme beabsichtigt (vgl. Wasem 1997: S. 93).

Ein Spiegel-Artikel von 1990 beschreibt das Dilemma, in dem sich die Banken sahen: von politischer Seite sei eine großzügige Kreditvergabe gefordert worden, von wirtschaftlicher Seite habe das Risiko bestanden, ob vergebene Kredite rückgezahlt werden könnten, es habe keine wirklichen Sicherheiten gegeben<sup>56</sup>. Diese Aussage muss meiner Meinung nach im ambulanten Gesundheitswesen relativiert werden, da der Gesundheitssektor nicht in der Gefahr stand, wegzubrechen, er insofern schon Sicherheit gab. Im Spiegelartikel wird aber die besondere Aufforderung des damaligen Finanzministers Theo Waigel an die Banken deutlich, „*stärker ins Risiko zu gehen*“ und somit großzügige Kreditvergabe zu forcieren (N.N. (1990): DDR-Kredite: Banken wehren sich. In: *Der Spiegel* 1990, 13.08.1990 (33), S. 77). Ob solche Risiko-motivierenden, politischen Aufforderungen auch praktischen Einfluss auf die Kreditbedingungen und Kontrollmechanismen durch die Banken hatten, lässt sich hieraus allerdings nicht belegen.

In einem Artikel der Ärzte Zeitung von 2015 wurde die Gründung eines Ärztehauses in Brandenburg unter Finanzierung durch die apoBank beschrieben<sup>57</sup>. Die apoBank habe hierbei sehr großzügig Kredite vergeben:

*„Übliche Sicherheiten spielten eine untergeordnete Rolle. Das war der Notwendigkeit geschuldet, denn kaum einer hätte sie erbringen können. Entschieden wurde vor allem nach Finanzierungsvorhaben und Personen.“*<sup>58</sup>

Ferner heißt es in diesem Artikel:

*„Unbürokratisch war auch die Kreditauszahlung. Weil die Bank in der ersten Hälfte der 90er Jahre regelrecht überrannt wurde von Ärzten und Apothekern mit Kreditanträgen, wurden*

---

<sup>56</sup> vgl. N.N. (1990): DDR-Kredite: Banken wehren sich. In: *Der Spiegel* 1990, 13.08.1990 (33), S. 77. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13500420.html>, zuletzt geprüft am 23.02.2019.

<sup>57</sup> Vgl. Mißbeck, Angela (2015): Neuanfang 1990: "Wer als Arzt etwas bewegen wollte, hatte alle Chancen". In: *Ärzte Zeitung*, 02.10.2015. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/panorama/article/895351/neuanfang-1990-arzt-etwas-bewegen-wollte-alle-chancen.html>, zuletzt geprüft am 11.09.2019.

<sup>58</sup> Mißbeck, Angela (2015): Neuanfang 1990: "Wer als Arzt etwas bewegen wollte, hatte alle Chancen". In: *Ärzte Zeitung*, 02.10.2015. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/panorama/article/895351/neuanfang-1990-arzt-etwas-bewegen-wollte-alle-chancen.html>, zuletzt geprüft am 11.09.2019.

*Darlehen, wenn es eilig war, auch schon mal ausbezahlt, ohne dass der handgeschriebene Kreditvertrag fertig war. Viel musste improvisiert werden.“<sup>59</sup>*

Auch diese Angaben lassen keinen direkten Schluss auf die Art der Kontrollmechanismen zu, beschreiben aber, dass es jedenfalls sehr einfache Kreditbedingungen waren. Da „improvisiert werden“ musste, kann man außerdem vermuten, dass die Kreditvergabe nicht immer einheitlich nach einem bestimmten Schema ablief.

Berücksichtigt werden muss hierbei auch, dass das Bankensystem selbst im Zuge der Wende in Ostdeutschland neu gestaltet werden musste. In einem historischen Rückblick der Deutschen Bank, welche mit der Staatsbank der DDR nach der Wende ein Joint Venture, die Deutsche Bank-Kreditbank AG, gründete (vgl. Schlote 2015: S. 36), heißt es hierzu:

*„In nur wenigen Wochen ist eine funktionsfähige Geschäftsbank mit über 9000 Mitarbeitern entstanden, davon mehr als 8000 aus der Staatsbank. So kann die neue Bank pünktlich zum Start der Währungsunion an 140 Standorten ihre Schalter öffnen. Was heute so kontrolliert klingt, läuft tatsächlich etwas wilder. Denn zunächst mangelt es an allem: Telefonleitungen, EDV-Netzen, Computern, Faxgeräten, Druckern, Rechenzentren. Und schnelle Antwort gibt es meist nur per Funktelefon. Zugleich müssen die ehemaligen Angestellten der Staatsbank für das neue Bankgeschäft geschult werden. Denn das eigentliche Kreditgeschäft und der Kern des Bankgeschäfts, die Bewertung von Risiken, sind den meisten unbekannt.“ (Schlote 2015: S. 36)*

Nicht nur Ärzte, auch Bankangestellte mussten sich also auf ein neues System einstellen.

#### 4.2.2 Ende der Polikliniken und spätere Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren

Die Vorteile eines besseren gegenseitigen Kennens der Ärzte für die Qualität der medizinischen Versorgung wurden in dieser Studie in mehreren Interviews geschildert. In der DDR wurde dies durch die Zusammenarbeit in Polikliniken und auch durch die engere Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor gefördert. Der Wegfall dieser ambulant-stationären Verzahnung wurde auch von den befragten Ärzten in der Studie von Lützenkirchen (Lützenkirchen 2001: S. 172) beklagt.

---

<sup>59</sup> Mißbeck, Angela (2015): Neuanfang 1990: "Wer als Arzt etwas bewegen wollte, hatte alle Chancen". In: *Ärzte Zeitung*, 02.10.2015. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/panorama/article/895351/neuanfang-1990-arzt-etwas-bewegen-wollte-alle-chancen.html>, zuletzt geprüft am 11.09.2019.



Dennoch hatten die Polikliniken aus Sicht vieler westdeutscher Ärzte keinen Platz im neuen System, galten sie doch als Relikt eines totalitären Systems:

*„Eines dieser Reizworte war „Poliklinik“. Von vielen wurde dieser Begriff – wohl auch in Unkenntnis – als Synonym für „Gesundheitswesen der DDR“ mit all seinen Regulierungen, Unfreiheiten und politischen Bedrängnissen angesehen.“ (Geidel 2009: S. 561).*

Es lässt sich nicht leugnen, dass auch im Bereich der Polikliniken ideologische Aspekte eine Rolle spielten:

*„Bemerkenswert ist aber unbedingt die ideologische Durchdringung der täglichen Arbeit, wie dies in den meisten größeren Betrieben der DDR auch der Fall war. Das begann mit dem Prämiensystem<sup>60</sup> und reichte über die Besetzung von Oberarzt- und Abteilungsleiterstellen bis zur Genehmigung von Kongressbesuchen, oder auch der Zuteilung von Einrichtungsgegenständen oder medizinischen Geräten. Mit Schulungen und Programmen („Schulen der sozialistischen Arbeit“) versuchte man, den Ärzten und Mitarbeitern die sozialistische Ideologie nahe zu bringen.“ (Kästner 2009: S. 569)*

Und doch hätte sich das Konzept der Kooperation auch ohne ideologische Verknüpfung im neuen System weiterführen lassen können.

Im späteren Verlauf fand sich schließlich der Entschluss, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu etablieren und damit Strukturen zu fördern, die den Polikliniken nicht unähnlich waren (vgl. 1.2.2 b)).

#### **Exkurs: Eigenes Erleben des MVZ im chirurgischen Berufsalltag**

Durch die Einführung der MVZ kann optimaler Weise die ambulant-stationäre Verzahnung gefördert werden, wie dies auch durch Polikliniken angestrebt wurde. In der (westdeutschen) Klinik, in welcher ich aktuell tätig bin, gibt es ein gut funktionierendes chirurgisch-orthopädisches MVZ. Alle Fachärzte, die im MVZ tätig sind, sind auch oberärztlich (oder chefärztlich) im Krankenhausbetrieb tätig. Hierzu gibt es die Regelung,

---

<sup>60</sup> Die eigentliche Vergütung in der DDR war leistungsunabhängig. Es gab aber auch finanzielle Boni für besonders engagierte Mitarbeiter; allerdings war die Vergabe solcher Prämien stets auch ideologisch zu begründen und musste von der Gewerkschaft, der SED und dem Klinikleiter bestätigt werden. (vgl. Kästner 2009: S. 568)

dass die Oberärzte an 1-2 Tagen in der Woche fest für die Tätigkeit im MVZ eingeplant sind, an den anderen Tagen jedoch im Krankenhausbetrieb arbeiten. Patienten, die dann operiert wurden, können bspw. auch nach der Krankenhausentlassung wieder beim Operateur vorstellig werden, da festgelegt ist, an welchen Terminen der Operateur Patienten im MVZ betreut. Außerdem visitieren die im MVZ tätigen Operateure auch ihre Patienten auf der Station. Hierdurch wird eine enge stationär-ambulante Verzahnung sehr gut gefördert. Dieses Modell lässt sich prinzipiell in verschiedenen Fachrichtungen übertragen und erweist sich meiner Meinung nach als sehr praxistauglich.

Unabhängig von der Tätigkeit in Medizinischen Versorgungszentren deutete sich im Interviewmaterial an, dass im Idealfall ein gegenseitiges Kennen von Ärzten untereinander (z.B. aus einer gemeinsamen Tätigkeit in einer Klinik oder Poliklinik) vertrauensbildend und förderlich auf Zusammenarbeit und Kooperation wirken kann. Es sollten also auch im heutigen System Möglichkeiten dafür geschaffen werden. Dies geschieht auf ganz natürliche Weise bereits im Medizinstudium, kann in einem MVZ geschehen, aber auch im Rahmen gemeinsamer Fortbildungsveranstaltungen ambulant und stationär tätiger Ärzte. Eine Förderung von Kooperation scheint nach Geidel und Gibis dann am wirkungsvollsten, wenn sie nicht durch zu offensichtliche Anordnung geschieht:

*„Kooperative und kollegiale Strukturen haben im Rahmen des Selbstverständnisses der ärztlichen Profession schon immer einen hohen Stellenwert und sind dringend nötig für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Misstrauisch wurden und werden Ärzte immer nur dann, wenn diese Kooperation verordnet und durch Dritte, d.h. durch den Staat, durch Versicherungen oder heute durch Gesundheitskonzerne organisiert wurde.“ (Geidel und Gibis 2009: S. 559).*

Hierin liegt die Herausforderung bei der Förderung kooperativer Strukturen.

#### 4.2.3 Unterstützung durch westdeutsche Akteure

Positiv wurde von mehreren Ärzten in den Interviews dargestellt, dass eine Unterstützung durch westdeutsche Ärzte auf materieller Ebene und auf Know-how-Ebene stattfand.

In einer Studie von Lützenkirchen 1998 wurde über die Zeit nach der Wende insgesamt negativer berichtet als in meiner Studie. Positiv anerkannt wurde auch hier, dass die

technischen, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, auch im ambulanten Bereich, sich nach der Wende deutlich verbessert hätten (vgl. Lützenkirchen 1998: S. 129-130). Jedoch wurde auch eine mit den verbesserten technischen, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einhergehende Überversorgung beschrieben (vgl. ebd.: S. 130).<sup>61</sup> Der Umgang mit neuen Medizintechnologien im stationären Sektor sei als Bereicherung, aber auch als stressige Herausforderung wahrgenommen worden (vgl. ebd.: S. 137). Ein höherer Konkurrenzdruck im ambulanten Bereich zwischen niedergelassenen Ärzten sei einerseits als Herausforderung wahrgenommen worden, andererseits sei eine hierdurch verbesserte Qualität der medizinischen Versorgung begrüßt worden (vgl. ebd.: S. 130). Jedoch beschrieb Lützenkirchen zunehmende Unsolidarität nach der Wende:

*„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 [...]“ (Lützenkirchen 1998: S. 132)*

Auch in meiner Studie wurde von manchen Interviewpartnern ein zunehmender Egoismus nach der Wende beschrieben. Jedoch wurden auch zahlreiche positive Unterstützungen – durch ostdeutsche wie auch westdeutsche Kollegen und durch Institutionen – beschrieben. Dies wurde in der Studie von Lützenkirchen so nicht dargestellt. Neben der oben genannten fehlenden institutionalisierten Hilfe wurde zwar eine *„Flutwelle an Fortbildungsangeboten und Verkaufsveranstaltungen“* (Lützenkirchen 1998: S. 132) durch westliche Firmen genannt, die Ärzte seien aber mit diesen Angeboten überfordert gewesen und hätten keine sinnvolle Auswahl treffen können (vgl. Lützenkirchen 1998: S. 132). Dennoch fasste Lützenkirchen am Ende ihrer Studie zusammen:

*„Positive und negative Entwicklungen halten sich bezogen auf die Arbeitszufriedenheit laut Auskunft der Befragten insgesamt die Waage. [...] Im großen und ganzen geht es den Ärztinnen, die ihr Berufsfeld transformieren mußten, trotz erlebter Turbulenzen und Verluste doch jetzt recht gut.“ (Lützenkirchen 1998: S. 143)*

---

<sup>61</sup> Eine verbesserte Medizintechnologie wurde auch in der Studie von Lützenkirchen 2001 als gravierende Veränderung nach der Wende benannt (vgl. Lützenkirchen 2001: S. 172).

Sie ergänzte aber daraufhin, dass zwar auf der Sachebene die Transformation vollzogen worden sei, jedoch emotional und psychisch häufig die Ärztinnen und Ärzte ihrer Befragung noch mit der Transformation und ihren Konsequenzen zu ringen hätten und dieser Prozess noch lange nicht abgeschlossen sei (vgl. ebd: S. 143).

Im Vergleich dazu wirkten die Aussagen in meiner Studie deutlich positiver. Dies kann einerseits mit meinem Sample zu tun haben, in welchem sich viele Ärzte als Wendegewinner herauskristallisierten. Es kann aber auch darauf beruhen, dass meine Befragung zu einem späteren Zeitpunkt stattfand und somit zu diesem Zeitpunkt die emotionale und psychische Verarbeitung der Wende deutlich fortgeschritten oder abgeschlossen war.

Insbesondere der Kontakt zu westdeutschen Ärzten wurde in meiner Erhebung jedoch nicht in allen Interviews positiv dargestellt (vgl. 4.1.2 b).

Es wurde insbesondere in einem Interview die Wahrnehmung armer ostdeutscher Ärzte und reicher westdeutscher Ärzte geschildert, die zu einem zunehmenden Fremdheitsgefühl der ost- zu den westdeutschen Ärzten führte (vgl. 3.1.3 b)). Unerwähnt blieben Darstellungen westdeutscher Ärzte, die auch in der Wendezeit in die eigene Niederlassung gingen. Solche Ärzte mussten ebenfalls Kredite aufnehmen (wenn sie keine Praxisräumlichkeiten von Angehörigen übernehmen konnten) und standen dann vor ähnlichen Herausforderungen. Interessant, dass davon keiner der Interviewpartner erzählte. Denkbar wäre, dass bei Vernetzung mit solchen westdeutschen Ärzten weniger Antipathien gegenüber den vermeintlich reichen Westdeutschen bestanden hätten, da hier alle am selben Punkt (Herausforderung durch Aufnahme von Krediten) gestartet wären. Möglicherweise hätten westdeutsche Ärzte hierbei allerdings aufgrund ihrer systemischen Prägung weniger Probleme gehabt, Schulden zu machen. Damit verbunden ist auch die Frage, auf welches Netzwerk westdeutsche Ärzte, die neu in die Niederlassung gingen, zu dieser Zeit denn zurückgreifen konnten. Die Gruppe westdeutscher Ärzte, die nach der Wende in die eigene Niederlassung ging, wäre sicherlich eine interessante weitere Gruppe an Interviewpartnern und für weitere Forschung geeignet.

Als einer der zunehmend dominanten westdeutschen Akteure in Ostdeutschland trat auch die westliche Pharmaindustrie auf. In mehreren Interviews wurde die Unterstützung durch die Pharmaindustrie dargestellt, die durchaus als hilfreich angesehen wurde und ein wichtiger Begleiter der ärztlichen Akteure in den Umstrukturierungsprozessen zu sein schien.

Die Interviewpartner erwähnten auch die Debatte um eine mögliche Bestechlichkeit durch den zunehmenden Einfluss der Pharmaindustrie. Es wurde beschrieben, dass diese mögliche Bestechlichkeit einigen Ärzten damals noch nicht bewusst war. Insgesamt gaben die Ärzte an, dass die Aktivitäten der Pharmaindustrie eine wichtige Säule der Unterstützung in den Umstrukturierungsprozessen waren.

Es zeigt sich empirisch, dass selbst beim Wissen um grundsätzlich mögliche Bestechlichkeit sich die meisten Ärzte nicht selbst gefährdet sehen, durch die Pharmaindustrie wirklich beeinflusst zu werden. So ergab eine Befragung niedergelassener Ärzte zum Umgang mit Pharmavertretern (Lieb und Brandtönies 2010), dass 75% der befragten Ärzte glauben, dass die Pharmavertreter sie häufig oder immer bzgl. der Auswahl der Medikamente, die sie verordnen, beeinflussen wollen (vgl. Lieb und Brandtönies 2010: S. 396). Gleichzeitig sieht nur ein Bruchteil dieser Ärzte eine hohe Wahrscheinlichkeit, hierdurch wirklich beeinflusst zu werden:

*„So halten sich nur 6% (n=12) der Ärzte selbst für häufig oder immer, 9% (n=19) für nie beeinflusst. Der Großteil (83% [n=173]) glaubt, nur selten oder gelegentlich beeinflusst zu sein.“ (Lieb und Brandtönies 2010: S. 396)*

Die Beeinflussbarkeit von Kollegen wurde 3-4mal so hoch eingeschätzt wie die eigene (vgl. ebd.).

Eine zu diesem Thema verfasste Übersicht ergab jedoch, dass in mehreren Studien ein Einfluss gezeigt werden konnte (vgl. Fickweiler et al. 2017: S. 3). Beispielsweise verschrieben Ärzte, die Pharmamuster annehmen, häufiger das Markenpräparat der entsprechenden Firma (vgl. ebd.). Auch gesponserte Vorträge und Tagungen von Pharmaunternehmen führten dazu, dass die Teilnehmer solcher Veranstaltungen vermehrt Medikamente dieser Firmen verschrieben – ohne dass die Überlegenheit dieser Medikamente gegenüber anderen Medikamenten hinreichend nachweisbar sei (vgl. ebd.: S. 8). Die Autoren dieses Reviews kritisierten, dass der Einfluss der Pharmaindustrie das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefährde, da die Beeinflussung durch die Pharmaindustrie medizinische Entscheidungen verändere:

*„The relationship of physicians with patients is of a fiduciary nature. Hence, activities that might affect that relationship by altering physicians' clinical behaviour are not acceptable.“*

*Physician–pharmaceutical industry and PSR interactions may put the trust of patients in physicians at risk. “(Fickweiler et al. 2017: S. 10)*

Häufigeres Verschreiben der entsprechenden Markenprodukte lasse auch die Kosten im Gesundheitswesen steigen (vgl. ebd.: S. 10).

Zusammenfassend kann vermutet werden, dass auch einige der Ärzte, die in den Umstrukturierungsprozessen durch die Pharmaindustrie gefördert wurden, Präferenzen gegenüber bestimmten Markenprodukten entwickelten, diese vermehrt verschrieben und somit beeinflussbar oder indirekt „bestechlich“ waren. Gleichzeitig waren alle Ärzte von materieller Unterstützung und gutem Rat anderer abhängig, damit das System bei laufendem Betrieb umgebaut werden konnte. Unabhängigkeit der Ärzte von der Hilfe anderer war zu diesem Zeitpunkt also nicht möglich. Ein bestimmtes Maß an Beeinflussung durch die Pharmaindustrie wurde zum Wohle eines funktionierenden Gesamtsystems in Kauf genommen (vgl. hierzu auch 3.1.3 e)).

#### 4.2.4 Fort- und Weiterbildungsbedarf

In einer Befragung von Felsch et al. (Felsch et al. 1991) sahen viele Ärzte ihren Kenntnisstand im Kennen der eigenen Patienten und im grundsätzlichen medizinischen Handeln nach der Wende vergleichsweise häufig als ausreichend an, während Kenntnisdefizite vor allem im rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Bereich angegeben wurden (vgl. Felsch et al. 1991: S. 74). In meiner Studie ergab sich ein ähnliches Bild.

In der Befragung von Felsch et al. äußerten 78,5% der Ärzte und somit ein Großteil der befragten Ärzte, dass sie sicher seien, ihre bisherige Facharztausbildung bzw. ihren Facharztabschluss vollumfänglich im neuen System anerkannt zu bekommen (vgl. Felsch et al. 1991: S. 74). Passend hierzu wurde in den Interviews insgesamt eine unkomplizierte Anerkennung der Facharztweiterbildung ostdeutscher Ärzte im vereinten Deutschland beschrieben. Diese Beschreibungen passen zu den vereinbarten Regelungen zur Gleichwertigkeit der Berufsabschlüsse. Eine wichtige Aussage hierzu traf der Einigungsvertrag in Artikel 37, Abs. 1:

*„(1) In der Deutschen Demokratischen Republik erworbene oder staatlich anerkannte schulische, berufliche und akademische Abschlüsse oder Befähigungsnachweise gelten in*

*dem in Artikel 3 genannten Gebiet weiter. In dem in Artikel 3 genannten Gebiet oder in den anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West) abgelegte Prüfungen oder erworbene Befähigungsnachweise stehen einander gleich und verleihen die gleichen Berechtigungen, wenn sie gleichwertig sind. Die Gleichwertigkeit wird auf Antrag von der jeweils zuständigen Stelle festgestellt. [...].“ (Einigungsvertrag 1990, Artikel 37, Abs. 1)*

Aufgrund der Ähnlichkeit zwischen ost- und westdeutschem Medizinstudium konnten die Abschlüsse des Medizinstudiums in Ost- und Westdeutschland - unter Vorgabe einiger Regelungen, insbesondere die ärztliche Approbation betreffend - einander gleichgestellt werden (vgl. Schleicher 1997: A-910).

Allerdings beklagte eine interviewte Ärztin (Interview 2), die im Herbst 1989 als vollapprobierte Ärztin ihre berufliche Tätigkeit noch in der DDR aufgenommen hatte, dass sie 1993 plötzlich den Status eines Arztes im Praktikum (AiP) gehabt habe. Sie war Anfang der 1990er Jahre zunächst bis zu einer Berufspause (Elternzeit) berufstätig gewesen und 1993 wieder in den Beruf eingestiegen, ihr hätten nach den dann bestehenden Regelungen noch circa 6 Wochen bis zur erneuten Anerkennung als vollapprobierte Ärztin gefehlt. Bis zum Erlangen dieser Vollapprobation habe sie den Status eines AiPlers gehabt und sei auch entsprechend deutlich niedriger entlohnt worden. Sie empfand dies als Degradierung.

Dieses Einzelschicksal beruhte auf Übergangsregelungen zur Einführung des AiP im Beitrittsgebiet. Hiernach wurden vor dem 01. Juli 1988 nach DDR-Recht erteilte uneingeschränkte Approbationen voll anerkannt (vgl. Schirmer 1990: A-2967.). Nach DDR-Recht erteilte uneingeschränkte Approbationen, die zwischen 01. Juli 1988 und 2. Oktober 1990 erteilt wurden, galten jedoch als eingeschränkte Approbationen nach der Bundesärzteordnung (vgl. ebd.); gemäß Bundesärzteordnung konnte man eine Approbation als Arzt beantragen, wenn man *„eine 18monatige ärztliche Tätigkeit in abhängiger Stellung in einer oder mehreren Einrichtungen nachweist, welche auch als Einrichtungen geeignet sind, in denen die Tätigkeit als Arzt im Praktikum abgeleistet werden kann.“* (Schirmer 1990: A-2967)

Die interviewte Ärztin konnte 1993 anscheinend den Großteil dieser abhängigen Tätigkeit nachweisen, ihr fehlten offenbar nur 6 Wochen, die sie dann noch in einer Tätigkeit als

Ärztin im Praktikum nachholte. Objektiv scheint dies ein vernünftiger Kompromiss zu sein, schließlich musste sie nicht die komplette Zeit als Arzt im Praktikum ableisten. Subjektiv allerdings wurde er als Degradierung missinterpretiert (obgleich westdeutsche Kollegen zu dieser Zeit deutlich längere Zeiten als Arzt im Praktikum abzuleisten hatten).

Auch die von Shuval befragten ärztlichen Migranten aus der ehem. Sowjetunion, welche in den 1990er Jahren nach Israel, Kanada und in die USA eingewandert waren, mussten in den jeweiligen Ländern Leistungsnachweise erbringen. Hier waren die Hürden der Anerkennung der ärztlichen Approbation aber deutlich höher als die in Ostdeutschland nach der Wende, sodass einige Ärzte aufgrund der hohen Hürden eine Anerkennung als Arzt gar nicht mehr anstrebten, da der Aufwand hierfür unverhältnismäßig war (vgl. Shuval 2000). Hätte sich dies in Ostdeutschland so verhalten, wäre die medizinische Versorgung nach der Wende dort gefährdet gewesen, was in den Ländern der o.g. Studie nicht der Fall war, da dort eher eine Ärzteschwemme bestand (vgl. ebd.).

#### 4.3 Ökonomisierung der Medizin

In mehreren Interviews kommt Kritik an einem zunehmenden ökonomischen Fokus im Gesundheitswesen zur Sprache – beginnend mit der Etablierung des westdeutschen Systems in Ostdeutschland. Befürchtungen, dass es durch den Transfer des Gesundheitssystems der BRD nach Ostdeutschland zu einer Überkommerzialisierung kommen könne, wurden schon von den 1990 durch Felsch et al befragten Ärzten geäußert (vgl. Felsch et al. 1991: S. 72) und schienen sich im Verlauf teilweise zu bestätigen.

In ihrer Fragebogenerhebung untersuchte Lützenkirchen die wahrgenommenen Veränderungen im ärztlichen Beruf nach der Wende. Als gravierendste wurde im neuen System die „Dominanz des Geldes“ (Lützenkirchen 2001: S.171) beschrieben.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst einige Begrifflichkeiten in diesem Zusammenhang geklärt, im Anschluss daran wird die aktuelle Ökonomisierungsdebatte – auch mit Blick auf die Vereinbarkeit von ärztlichem Ethos und unternehmerischem Handeln- beleuchtet.

##### 4.3.1 Begrifflichkeiten im Rahmen der Ökonomisierungsdebatte

Durch den medizinischen Fortschritt einerseits und den demographischen Wandel andererseits sind bei mehr medizinischen Möglichkeiten Entscheidungen zur rationalen



Allokation medizinischer Leistungen zu treffen, wenn das Gesundheitssystem langfristig funktionsfähig bleiben soll (vgl. Fuchs et al. 2009: A554). **Rationalisierungsmaßnahmen** erhöhen die Effizienz, so dass bei geringerem finanziellem Aufwand das gleiche Versorgungsniveau gehalten werden kann, sie sind somit die ersten Maßnahmen bei limitierten Ressourcen (vgl. ebd.). Da diese Maßnahmen alleine nicht ausreichen, um der aktuellen Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen zu begegnen (vgl. ebd: A556), benötigt es Maßnahmen der **Priorisierung** (Rangordnung, in der medizinische Leistungen jemandem zuteilwerden, z.B. aufgrund von medizinischer Bedürftigkeit, erwartetem Nutzen und erwarteten Kosten) (vgl. ebd.: A555-A556). Bei knappen Ressourcen kann es schließlich zur **Rationierung**, also zum Vorenthalten medizinischer Leistungen kommen (vgl. ebd: A555-A556).

#### 4.3.2 Die Ökonomisierungsdebatte

Die Ökonomisierungs-Kritik einiger Interviewpartner spiegelt aktuelle Ökonomisierungs-Kritik am Gesundheitswesen wider. Beispielsweise kritisiert Maio die zunehmende Dominanz ökonomischen Denkens und Handelns in der Medizin (vgl. Maio 2008: S. 455-459). Der Vergleich der Medizin mit einem marktwirtschaftlichen Dienstleistungssystem sei unpassend, da damit der Charakter der Medizin als karitative Handlung am schwachen, hilfsbedürftigen Menschen nicht treffend abgebildet werde (Maio 2008: 455-456). Dieses karitative Handeln des Arztes sei wichtig, aber nicht messbar:

*„Die Behandlung durch den Arzt, sein Sorgen für den Kranken ist in sich wertvoll, allein dadurch, dass sie vollzogen wird. Gerade weil der Wert dieses Dienstes im besten Fall im Sinne einer Caritas zu verstehen ist, gerade deswegen kann dieser Dienst nicht im Konzept einer marktfähigen Ware aufgehen. Genau das meinen wir, wenn wir sagen, dass Hilfe unbezahlbar ist. Das, was in Form einer ernstgemeinten Hilfe angeboten wird, kann somit nicht in Marktwert ausgedrückt werden.“* (Maio 2008: 456.)

Eine sehr ähnliche Aussage findet sich auch in Interview 1, in dem ein Arzt kritisiert, dass diese fürsorglichen Merkmale in der Medizin durch ihre zunehmende Ökonomisierung zu wenig Berücksichtigung fänden (vgl. 3.1.1 b)). Maio warnt davor, dieses fürsorgliche ärztliche Handeln einem ökonomischen Handeln unterzuordnen (vgl. Maio 2008: 458), da sonst das Vertrauensverhältnis der Patienten in die Ärzteschaft auf dem Spiel stehe:

*„[...] dann müsste jeder Patient davon ausgehen, dass sein Wohlergehen genauso viel wert ist wie das Wohlergehen des Klinikums. Wenn er das annehmen müsste, so würde er bei jeder Entscheidung des Arztes argwöhnisch hinterfragen müssen, ob sie nun mehr dem Klinikum oder mehr ihm zu nutzen habe. Wenn der Patient für diesen Argwohn tatsächlichen Grund hätte, so wäre dies das Ende einer Medizin, der man sich als kranker Mensch in Vertrauen hingeben dürfte.“ (Maio 2008:458)*

Auch die Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin kritisiert einen zu starken ökonomischen Fokus im klinischen Alltag:

*„Nachhaltig erfolgreich ist Medizin erst dann, wenn sie einem humanen Anspruch gerecht wird, der Werte wie Solidarität, Respekt und Zuwendung möglich macht. Die heutige Klinikmedizin lässt für diese Werte kaum noch Raum. Wenn sich nicht bald etwas ändert, wird die ungehemmte Ökonomisierung trotz medizinischen Fortschritts zu einem Medizinbetrieb führen, in dem sich keiner mehr gut versorgt fühlt und wo das Vertrauen verloren geht.“ (Schumm-Draeger et al. 2016: 1185)*

Die Ergebnisse einer Längsschnittstudie von Vogd (Vogd 2006) zeigten dagegen, dass Ärzte auch unter stärkeren ökonomischen Zwängen ihre „handlungsleitenden Orientierungen“ (Vogd 2006: S. 1) beibehalten, also der Grundlinie ihres ärztlichen Handelns treu bleiben. Allerdings hätten die in dieser Studie beobachteten Ärzte aufgrund der stärkeren ökonomischen Zwänge (verbunden mit der Einführung der DRG<sup>62</sup> und Personalkürzungen) Abstriche machen müssen in der medizinischen Betreuung von Routinefällen und in der Kommunikation mit Patienten und mit anderen Ärzten, um komplexeren Fällen dafür weiterhin gerecht werden zu können (vgl. Vogd 2006: S. 6-7).

Aufgrund der kürzeren Liegezeiten könne der stationäre Verbleib von Patienten nur aus sozialen Gründen nicht mehr gewährt werden, wie auch die Interviewten dieser Studie bemerkten:

---

<sup>62</sup> DRG= Diagnose Related Groups (vgl. Vogd 2006: S.1) ist der Name eines durch das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) 2003 in den deutschen Krankenhäusern eingeführten Abrechnungsmodells nach Fallpauschalen, wobei Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen ausgenommen sind (vgl. Bundesrepublik Deutschland: Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/BJNR142200002.html>, zuletzt geprüft am 08.02.2021.)

*„Während man früher beispielsweise einen allein lebenden pflegebedürftigen Patienten aus sozialen Gründen noch ein paar Tage länger auf der Station verpflegt hätte und man einem Patienten nicht zugemutet hätte, zwischen zwei Eingriffen nochmals nach Hause zu gehen, um sich dann zwischendurch vom Hausarzt eine erneute Überweisung ausstellen und eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen veranlassen zu lassen, legitimieren unter den neuen Rahmenbedingungen in der Regel nur noch harte medizinische Gründe die Überschreitung der Liegezeit. Die ganzheitliche Abklärung der medizinischen Ursachen und längere ärztliche Gespräche untereinander, sowie mit dem Patienten und seinen Angehörigen können insbesondere bei den Routinefällen nicht mehr geleistet werden.“ (Vogd 2006: S. 7)*

Nach Vogd bewältigen die Ärzte den Konflikt zwischen wirtschaftlichen und medizinischen Anforderungen dadurch, dass sie *„einen medizinisch noch vertretbaren Kompromiss zwischen Minimalversorgung, Patientensicherheit und in Kauf zu nehmenden Betreuungslücken“* fänden (Vogd 2006: S. 13). Die Entscheidungen über notwendige Abstriche im medizinischen Handeln erforderten gutes medizinisches Know-how und seien medizinisch anspruchsvoll:

*„Da nun zwangsläufig Lücken gelassen werden müssen, ist einerseits durch die Ärzte medizinisch begründet darüber zu entscheiden, wo Lücken gelassen werden können. Insbesondere mit Blick auf die Aufgaben des Fehlermanagements der im Sinne einer ökonomischeren Arbeitsorganisation zunächst zerteilten Prozesse bekommen gerade jene Ärzte eine stärkere Bedeutung, welche sich aufgrund ihres Erfahrungswissens auch aus fragmentarischen Informationslagen schnell einen Überblick verschaffen können. Die Verknappung der ärztlichen Arbeitskraft führt hier gleichzeitig zu höheren Kompetenzansprüchen an die ärztliche Expertise.“ (Vogd 2006: S. 7-8)*

In den Interviews dieser Dissertationsstudie bestätigten die Interviewpartner, dass sich die Grundmaximen ihres medizinischen Handelns durch die neuen ökonomischen Rahmenbedingungen nicht verändert hätten. Diese Bedeutung professionellen Handelns unter schwierigen äußeren Bedingungen zeigt sich auch in den Ergebnissen der oben beschriebenen Längsschnittstudie und führt zum Themenkomplex der ärztlichen professionellen Identität, auf den in dieser Diskussion noch eingegangen wird (siehe 4.5).

### 4.3.3 Erfolgsfaktoren der Vereinbarkeit von ärztlichem Ethos und unternehmerischem Handeln in der Medizin

Vor allem in einem Interview äußerte ein Interviewpartner den grundsätzlichen Vorwurf an westdeutsche Ärzte, nur für materiellen Wohlstand zu arbeiten und nicht aus ethischer Überzeugung oder Idealismus. Dieser Interviewpartner erwähnte keine Positivbeispiele von Ärzten, die sowohl unternehmerisch als auch ethisch gut arbeiten.

Die Schwierigkeit bzgl. des Übergangs in das neue Abrechnungssystem beschrieb auch Lützenkirchen (Lützenkirchen 2001):

*„Nach eigenem Bekunden ist es ÄrztInnen oft peinlich und unangenehm gegenüber ihren PatientInnen, ihnen Rechnungen für Leistungen auszustellen, die nicht mehr von den Kassen übernommen werden, wie etwa Atteste. Sie werden verlegen, schämen sich und verzichten oftmals auf die Liquidation. [...] Einige ostdeutsche ÄrztInnen vermochten sich den mißbilligten neuen Status der DienstleisterInnen, die an ihre Einkommensmehrung denken und z.B. ihren KundInnen Rechnungen ausstellen, noch nicht letztlich anzueignen und nehmen lieber finanzielle Nachteile in Kauf.“ (Lützenkirchen 2001: S. 289).*

Im Gegensatz hierzu ergibt sich in der Studie von Wilhelm et al. (Wilhelm et al. 1993) ein ambivalenteres Bild: hier argumentierten die befragten Ärzte häufig in sich selber widersprüchlich in Kritik und Befürwortung bestimmter Strukturen, beispielsweise kritisierten sie auf der einen Seite eine Unentgeltlichkeit der Medizin, auf der anderen Seite ein Ausbeuten der Patienten und eine Kommerzialisierung (vgl. Wilhelm et al. 1993: S. 188). Dies liege daran, dass häufig die befragten Ärzte einen maßvollen Mittelweg mit Kombinationen beider Systeme und keinen Radikalbruch bevorzugten (vgl. ebd. S. 188-189), wie z.B. bei der Kostenbeteiligung (vgl. ebd.: S. 187-188) von Patienten:

*„So sollen Patienten aus Mißachtung ärztlicher und anderer Leistung herausgeholt und über einen eigenen Beitrag den Wert von Material und Dienstleistung kennenlernen, ohne daß dadurch jedoch die soziale Ungleichheit rapide zunimmt.“ (Wilhelm et al. 1993: S. 188).*

Bei der Einführung des neuen Systems wäre hilfreich gewesen, die Vereinbarkeit von ärztlichem Ethos und unternehmerischem Handeln darzustellen. Für den obengenannten Arzt meiner Studie wäre hilfreich gewesen, Kontakt zu solchen (ost- oder westdeutschen) Ärzten zu erhalten, die beides gut miteinander vereinten. Es gab wahrscheinlich Ärzte, auf

die diese Beschreibung zutraf, z.B. stellten andere Interviewpartner in meiner Studie das neue notwendige unternehmerische Handeln eher positiv dar, ohne dass bei ihnen der Eindruck entstanden sei, ärztliches Ethos dadurch zu vernachlässigen. Allerdings wurde dieses Thema – über den Einzelfall hinaus – auf Organisationsebene auch in Westdeutschland erst später bearbeitet: so kam die Empfehlung der Zentralen Ethikkommission, eine Priorisierungsdebatte zu führen, erst 2000<sup>63</sup> und wurde später mit der Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin „Klug entscheiden“<sup>64</sup> fortgesetzt, ist aber noch immer nicht abgeschlossen.

An dieser Stelle stellt sich die Frage, welche Erfahrungen jene interviewten Ärzte mitbrachten, die Verständnis für mehr ökonomisches Denken im neuen Gesundheitssystem nach der Wende äußerten.

Ärzte der Studie von Felsch et al. nannten als Hoffnungen, die sie für sich selbst an die Niederlassung hatten: mehr Autonomie, leistungsgerechte Vergütung und Selbstverwirklichung (vgl. Felsch et al. 1991: S. 74).

Mehrere interviewte Ärzte meiner Studie waren nach der Wende in makro- und mesostrukturelle Umbauprozesse eingebunden und hatten dadurch mehr Verständnis bzgl. eines notwendigen Systemumbaus. Insbesondere ein Interviewpartner, der nach der Wende in makrostrukturelle Umbauprozesse eingebunden war, äußerte im Interview, dass langfristig aus ökonomischen Gründen vermutlich durch Leitlinien eine Priorisierung und Rationierung medizinischer Leistungen erfolgen müsse (vgl. 3.1.1 a)). Eine Ärztin beschrieb, wie sie in der DDR zusätzlichen Aufwand durch wenig engagierte Mitarbeiter im Rahmen der leistungsunabhängigen Vergütung hatte (sodass sie z.B. die Putzfrau von zu Hause abholen musste, da sie nicht freiwillig zur Arbeit erschien). Sie begrüßte daher sehr die leistungsorientierte Vergütung im neuen System. Wilhelm et al. benennen dies als „*durch*

---

<sup>63</sup> Vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): müssen und können wir uns entscheiden? In: *Deutsches Ärzteblatt* 97 (15), A-1017 - A-1023.

<sup>64</sup> Die Initiative „Klug entscheiden“ wurde von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin ins Leben gerufen und möchte die medizinische Versorgungsqualität verbessern durch Identifikation und Benennen von medizinischen Maßnahmen, die zu häufig erbracht werden (Übersversorgung) und solchen, die zu selten erbracht werden (Unterversorgung), um so entsprechende Fehlentwicklungen zu korrigieren (vgl. Hasenfuß, G.; Märker-Herrmann, E.; Hallek, M.; Fölsch, U. R. (2016): Initiative „KLUG ENTSCHEIDEN“. Gegen Unter- und Übersversorgung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113 (13), A600 - A602.).

*Konkurrenz erweckte bessere ärztliche Leistung“* (Wilhelm et al. 1993: S. 161), ein durchaus positives Resultat des leistungsorientierten Systems.<sup>65</sup>

Lützenkirchen beschrieb hingegen die abnehmende Kollegialität durch zunehmende Konkurrenz als eine der gravierenden Veränderungen im Gesundheitswesen nach der Wende (vgl. Lützenkirchen 2001: S. 172).

Ein Arzt beschrieb, dass unternehmerisches Handeln ihm lag und er sehr motiviert war, in die eigene Niederlassung zu gehen.

Zusammenfassend: Begabung im unternehmerischen Bereich, Empfinden des neuen Vergütungssystems als gerechter als ein leistungsunabhängiges Entlohnungsverfahren, Einblick in Hintergründe der ökonomischen Situation und Verständnis für die Notwendigkeiten eines ökonomischen Umdenkens schienen Faktoren zu sein, die Verständnis für die Umbauprozesse im ökonomischen Bereich des Gesundheitswesens fördern. Für eine unternehmerische Perspektive könnte Beratung zu unternehmerischen Strategien und Begleitung in der Anfangsphase des eigenen unternehmerischen Handelns hilfreich sein.<sup>66</sup> Zudem erscheint es hilfreich, vermehrt Einblick in die Hintergründe der Systemgestaltung zu vermitteln, also eine bessere Kommunikation der Gründe für ökonomische Änderungen (z.B. Informationsabende, Talkabende zwischen Akteuren und Politikern etc.), im Bestfall mit möglicher Einflussnahme der Akteure in der Umsetzung der neuen Rahmenbedingungen.

---

<sup>65</sup> An Erwartungen bzgl. der zukünftigen Berufsausübung nach der Wende äußerten in der Studie von Felsch et al. 65,5% der befragten Ärzte, dass der Leistungs- und Konkurrenzdruck für alle Ärzte in starkem Maße zunehmen werde (vgl. Felsch et al. 1991: S. 75). Hierzu gaben 75,5% der befragten Ärzte an, dass das Erfordernis ständiger Fortbildung zunehmen werde, um konkurrenzfähig zu bleiben (ebd.). Etwa die Hälfte der befragten Ärzte (50,5%) erwartete, dass das gesellschaftliche Ansehen des Arztberufes steigen werde (ebd.). Um den Preis eines höheren Leistungsdrucks und auch durch den Konkurrenzdruck wurde also durchaus eine Verbesserung in der ärztlichen Tätigkeit erwartet.

<sup>66</sup> Sinnvoll wäre auch eine Schulung zu problemorientiertem ökonomischem Denken schon im Rahmen des Medizinstudiums. Spura et al. untersuchten z.B. das Ökonomieverständnis von Medizinstudierenden und stellten fest, dass Medizinstudierende durchaus die Notwendigkeit ökonomischer Lerninhalte sehen. Die Autorinnen empfahlen, das Spannungsfeld zwischen Patientenfokus und wirtschaftlicher (System-) Orientierung als Lehrinhalt im Medizinstudium aufzugreifen (vgl. Spura, A.; Werwick, K.; Robra, B.-P.; Stallmann, C.; March, S.; Ladebeck, N. et al. (2019): What understanding of economics do medical students have? In: *GMS Journal for Medical Education* 36 (4).).

## 4.4 Evaluierungsprozesse

Wie im Abschnitt 1.4 dargestellt, gab es nach der Wende auf gesetzlicher Grundlage an den Universitäten eine ethische und persönliche Eignungsprüfung (vgl. 1.4, 1.4.1) sowie Evaluierungen zur fachlichen Eignung (vgl. 1.4, 1.4.2) und darüber hinaus eine Empfehlung des Wissenschaftsrates gegen Hausberufungen (vgl. 1.4.2).

### 4.4.1 Evaluierung der ethischen und persönlichen Eignung

Die Evaluierung zur persönlichen und ethischen Eignung von Hochschulpersonal war auch aufgrund des historischen Erbes herausfordernd. Nach dem zweiten Weltkrieg hatten in der sowjetischen Besatzungszone zunächst Entlassungen im Rahmen der Entnazifizierung stattgefunden, die einige Jahre später aus Gründen des Personalmangels wieder rückgängig gemacht wurden (vgl. Kumbier und Haack 2015: S. 625), was in der BRD ähnlich ablief (vgl. ebd.: S. 628). So konnte nach dem zweiten Weltkrieg im Hochschulwesen keine klare Trennung vom ideologisch vorgeprägten Personal erreicht werden, wie hier für die Sowjetische Besatzungszone (=SBZ) beschrieben wird:

*„Es folgte die Rehabilitation der nominellen NSDAP-Mitglieder, sodass auch die als politisch belastet angesehenen Hochschullehrer an die Universitäten zurückkommen konnten. Letztlich kam es bei weniger als 15 % der Medizinprofessoren zu einem endgültigen Abbruch der Hochschullaufbahn.“ (Kumbier und Haack 2015: S. 625)*

Das konnte kein Vorbild für die nun anstehende Evaluierung von Hochschulpersonal zur persönlichen und ethischen Eignung sein. Hierbei muss natürlich erwähnt werden, dass Personen in Leitungsfunktionen in der DDR nicht mit Personen in Leitungsfunktionen im nationalsozialistischen Regime zu vergleichen sind. Aber möglicherweise stärkte das historische Bewusstsein darüber, dass nach dem zweiten Weltkrieg keine klare Trennung erfolgt war, nun den Willen zur ideologischen Trennung.

Pasternack charakterisiert die Komplexität der Prozesse so:

*„Die Prozeduren des Umgangs mit Stasi-Verstrickungen sind, im nachhinein betrachtet, nur noch schwer zu verstehen. Immerhin mussten sie ad hoc entwickelt werden, und es gab kein Vorbild dafür. [...] Die systematischen Vertuschungen der sog. Entnazifizierung im Westen Deutschlands konnten kein orientierendes Vorbild sein, und zugleich war die DDR nicht mit dem NS-Regime gleichzusetzen.“ (Pasternack 2015: S. 53)*

Für die Medizinische Akademie Magdeburg bereiteten Mielke und Kramer<sup>67</sup> in einer Schriftenreihe nachhaltige Verbindungen des Ministeriums für Staatssicherheit mit der und Einflüsse auf die Medizin auf<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> Dank an Prof. Pasternack für den Hinweis auf die Quellen von Mielke und Kramer (vgl. Pasternack 2015: S. 27).

<sup>68</sup> Mielke, Ulrich / Klaus Kramer: **Die Medizinische Akademie Magdeburg und das Ministerium für Staatssicherheit**, Bürgerkomitee Sachsen-Anhalt/Dokumentationszentrum am Moritzplatz, 10 Bände, Magdeburg 1997-2004. Im Einzelnen:

„1: Der Operative Vorgang „Labor“. Maßnahmen des Ministeriums für Staatssicherheit gegen Studenten der Humanmedizin 1957/58

2: Der Vorgang Prof. Dr. med. habil. Linke. Enthüllungen über inoffiziell für das MfS tätige Leitungskader der MAM

3: Der Operative Vorgang „Versuch“. Untersuchung eines „Störfalles“ bei einem Forschungsvorhaben für chemische Kriegsführung

4: Die FIM-Systeme (Führungsinformatoren) der Medizinischen Akademie Magdeburg

5: Das Wirken der HV A in der Medizinischen Akademie Magdeburg: Auslandsspionage

6: Das Wirken der Spionageabwehr in der Medizinischen Akademie Magdeburg

7: Konspirative Wohnungen

8: Die Führungsoffiziere für Inoffizielle Mitarbeiter

9: Auslands- und Reisekaderunterlagen

10: Studenten der Medizinischen Akademie Magdeburg als Inoffizielle Mitarbeiter

11: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse aus den Bänden 1 bis 10“



Ferner gab Mielke in einer weiteren Reihe ein Überblick über inoffizielle Mitarbeiter im Bezirk Magdeburg<sup>69</sup>. Ein Artikel der Volksstimme greift die Arbeit Mielkes auf und beschreibt, wie Schweigepflichtverletzungen und Verrat von Kollegen durch inoffizielle Mitarbeiter im Gesundheitswesen kein Einzelfall waren.<sup>70</sup> Diese Vorgänge diskreditierten die Integrität der Ärzteschaft und verdeutlichen die Notwendigkeit eines personellen Umbaus im Gesundheitswesen.

In einem Rechtsstreit<sup>71</sup>, der auf die fachliche Evaluierung folgte und bis vor das Bundesverfassungsgericht kam, wurde die Stellung der nach der Wiedervereinigung nicht neu- oder wiederberufenen Hochschullehrer diskutiert. Grundlage bildete § 118, Absatz 4 des „Hochschulgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt vom 7. Oktober 1993 (GVBl LSA S. 614ff.)“, fortan Hochschulgesetz genannt. Hier heißt es:

*„(4) Hochschullehrer bisherigen Rechts gehören mit Inkrafttreten dieses Gesetzes zur Gruppe der wissenschaftlichen Mitarbeiter. Sie und Hochschulmitglieder, die die Voraussetzungen*

---

<sup>69</sup> Mielke, Ulrich: **Das Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirkes Magdeburg – Aspekte seiner Überwachung durch das Ministerium für Staatssicherheit der ehemaligen DDR**

12. Das Bezirkskrankenhaus für Lungenerkrankungen Lostau  
Die Überwachung eines Bezirkskrankenhauses durch die Staatssicherheit, Arbeit der Inoffiziellen Mitarbeiter dieses Krankenhauses, Treffberichte, Patientenverrat.

13. Das Bezirkskrankenhaus Magdeburg-Altstadt  
Mit Anhang: Nachtrag zum Thema „Die Medizinische Akademie Magdeburg und das MfS“ und Hinweise zu diversen IM aus dem Gesundheitswesen des Bezirkes Magdeburg)

14. Inoffizielle Mitarbeiter des MfS aus dem Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirkes Magdeburg (KD Osterburg abschließend bearbeitet) Der Teil 14 besteht aus zwei Bänden.

15. Inoffizielle Mitarbeiter des MfS aus dem Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirkes Magdeburg (KD Gardelegen abschließend bearbeitet)

16. Inoffizielle Mitarbeiter des MfS aus dem Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirkes Magdeburg (KD Stendal abschließend bearbeitet)

17. Inoffizielle Mitarbeiter des MfS aus dem Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirkes Magdeburg (KD Salzwedel, Klötze, Havelberg abschließend bearbeitet)

18. Inoffizielle Mitarbeiter des MfS aus dem Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirkes Magdeburg (KD Haldensleben abschließend bearbeitet)

19. Inoffizielle Mitarbeiter des MfS aus dem Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirkes Magdeburg (KD Oschersleben und Wanzleben abschließend bearbeitet)

20. Inoffizielle Mitarbeiter des MfS aus dem Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirkes Magdeburg (KD Schönebeck und Staßfurt abschließend bearbeitet)

21. Inoffizielle Mitarbeiter des MfS aus dem Gesundheits- und Sozialwesen des Bezirkes Magdeburg (KD Wernigerode und Wolmirstedt abschließend bearbeitet)

<sup>70</sup> Wolfgang Schulz: Arzt verrät Patienten und versorgt die Stasi mit Blanko-Krankenscheinen. In: *Volksstimme* (23.06.2012). Online verfügbar unter [https://www.volksstimme.de/nachrichten/sachsen\\_anhalt/852817\\_Arzt-verraet-Patienten-und-versorgt-die-Stasi-mit-Blanko-Krankenscheinen.html](https://www.volksstimme.de/nachrichten/sachsen_anhalt/852817_Arzt-verraet-Patienten-und-versorgt-die-Stasi-mit-Blanko-Krankenscheinen.html), zuletzt geprüft am 04.12.2020.

<sup>71</sup> Bundesverfassungsgericht, BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Februar 1997 - 1 BvR 1864/94 -, Rn. 1-93. In: BVerfGE 95, 193 - 219

*nach §42 erfüllen und vor dem 3. August 1991 ausschließlich oder überwiegend Aufgaben nach §47 wahrgenommen haben und wahrnehmen, können auf Antrag, der spätestens am 31. Oktober 1994 bei der Hochschule zugegangen sein muß (Ausschlußfrist), als Hochschuldozenten oder in ein vergleichbares Angestelltenverhältnis übernommen werden, wenn*

- 1. ihre persönliche Eignung und fachliche Qualifikation festgestellt wurde,*
- 2. von ihrer Lehrtätigkeit eine zweckdienliche Ergänzung des Lehrangebots zu erwarten ist,*
- 3. die Voraussetzungen des § 47 erfüllt sind und*
- 4. eine entsprechende Planstelle zur Verfügung steht.*

*Über den Antrag entscheidet der Senat im Benehmen mit dem Ministerium. Werden sie übernommen, so kann ihnen die Bezeichnung "außerplanmäßiger Professor" verliehen werden." (Land Sachsen-Anhalt: Hochschulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt. Vom 7. Oktober 1993. In: GVBl. LSA Nr. 44 /1993, ausgegeben am 12.10.1993. §118, Absatz 4)*

Die Verfassungsbeschwerde des Rechtsstreites richtete sich hierbei gegen § 118 Abs. 4 Sätze 1, 2 und 4 des Hochschulgesetzes, also einerseits gegen die Einordnung der „Hochschullehrer bisherigen Rechts“ zur Gruppe der wissenschaftlichen Mitarbeiter und andererseits dagegen, dass Hochschullehrer bisherigen Rechts, wenn sie nicht gemäß dem Hochschulerneuerungsgesetz berufen worden waren, nur als Hochschuldozenten übernommen werden konnten. Hochschuldozenten gehören statusmäßig zur Gruppe der Hochschullehrer.

Hier entschied das Bundesverfassungsgericht, dass Hochschullehrer, die nach der Wiedervereinigung nicht als Professoren übernommen wurden (obgleich persönliche Eignung und fachliche Qualifikation bestand), zumindest mitgliedschaftsrechtlich der Gruppe der Hochschullehrer und nicht der wissenschaftlichen Mitarbeiter zugeordnet werden:

*„Hochschullehrer, die an Hochschulen der Deutschen Demokratischen Republik tätig waren und nach der Wiedervereinigung nicht als Professoren neuen Rechts übernommen worden sind, obwohl ihre persönliche Eignung und fachliche Qualifikation in einem förmlichen Verfahren festgestellt worden sind, dürfen, wenn sie in ihren bisherigen Rechtsverhältnissen weiterbeschäftigt werden, mitgliedschaftsrechtlich nicht der Gruppe der wissenschaftlichen*

*Mitarbeiter zugeordnet werden. § 118 Abs. 4 Satz 1 des Hochschulgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt ist, soweit er Gegenteiliges regelt, mit Art. 5 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 GG unvereinbar.*<sup>72</sup>

Die restliche Verfassungsbeschwerde wurde zurückgewiesen.

Zur Begründung, Hochschullehrer bisherigen Rechts der Gruppe der Hochschullehrer und nicht der Gruppe der wissenschaftlichen Mitarbeiter zuzuordnen, schrieb das Bundesverfassungsgericht:

*„Das durch Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG<sup>73</sup> gewährleistete Grundrecht der Wissenschaftsfreiheit schützt als Abwehrrecht die wissenschaftliche Betätigung gegen staatliche Eingriffe und steht jedem zu, der wissenschaftlich tätig ist oder tätig werden will (vgl. BVerfGE 35, 79 <112>). Darüber hinaus gibt es dem einzelnen Wissenschaftler ein Recht auf solche staatlichen Maßnahmen auch organisatorischer Art, die zum Schutz seines grundrechtlich gesicherten Freiheitsraums unerlässlich sind, weil sie ihm freie wissenschaftliche Betätigung überhaupt erst ermöglichen (vgl. BVerfGE 35, 79 <114 bis 116>). Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG garantiert den im Rahmen des wissenschaftlichen Betriebs einer Hochschule tätigen Trägern dieses Grundrechts deshalb auch die zur Wahrung der Wissenschaftsfreiheit erforderlichen Mitwirkungsrechte und Einflußmöglichkeiten in den Organen der Hochschulsebstverwaltung (vgl. BVerfGE 35, 79 <107 ff., 124 ff.>; 47, 327 <363>; 56, 192 <211>). Eine hervorgehobene Stellung innerhalb des Wissenschaftsbetriebs an den Hochschulen haben die dort tätigen Hochschullehrer inne. Ihnen muß deshalb nach Art. 5 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 GG<sup>74</sup> im Verhältnis zu den anderen Mitgliedern der Hochschule bei Entscheidungen, die unmittelbar die Lehre betreffen, der dieser Stellung entsprechende maßgebende Einfluß, und bei Entscheidungen, die unmittelbar Fragen der Forschung oder die Berufung der Hochschullehrer zum Gegenstand haben, ein weitergehender, ausschlaggebender Einfluß vorbehalten bleiben (vgl. BVerfGE 35, 79 <131 ff.>; 43, 242 <269>). Damit entsprechende organisatorische Vorkehrungen im Interesse des einzelnen Hochschullehrers wie des*

---

<sup>72</sup> Bundesverfassungsgericht, BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Februar 1997 - 1 BvR 1864/94 -, Rn. 1-93. „Leitsätze zum Beschluß des Ersten Senats vom 26. Februar 1997“. In: BVerfGE 95, 193 - 219.

<sup>73</sup> „Kunst und Wissenschaft, Forschung und Lehre sind frei.“ („Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 u. 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048) geändert worden ist“, fortan Grundgesetz genannt, Artikel 5, Absatz 3, Satz 1)

<sup>74</sup> „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.“ (Grundgesetz, Artikel 3, Absatz 1)

*Wissenschaftsbetriebs selbst funktionsgerecht greifen, ist es nach Art. 5 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 GG weiter geboten, die Gruppe der Hochschullehrer in sich homogen zusammensetzen (vgl. BVerfGE 35, 79 <134 f.>). Dies setzt voraus, daß die Mitgliedschaft in dieser Gruppe auf Hochschullehrer im materiellen Sinne beschränkt, aber auch erstreckt wird. Dabei ist als Hochschullehrer, unabhängig von seiner dienstrechtlichen Stellung, der akademische Forscher und Lehrer zu verstehen, der aufgrund der Habilitation oder eines sonstigen gleichbewerteten Qualifikationsbeweises mit der selbständigen Vertretung eines wissenschaftlichen Faches in Forschung und Lehre betraut ist (vgl. BVerfGE 35, 79 <126 f.>; 47, 327 <388>; 56, 192 <208>). Wer als Angehöriger einer Hochschule diese Voraussetzungen erfüllt, hat Anspruch darauf, der Gruppe der Hochschullehrer und nicht einer anderen Gruppe zugeordnet zu werden. Andernfalls wäre die vom Homogenitätsprinzip geforderte klare Abgrenzung der verschiedenen an der Hochschule bestehenden Gruppen (vgl. BVerfGE 47, 327 <388>; 61, 210 <240>; 88, 129 <137>) nicht mehr gewahrt.“ (Bundesverfassungsgericht, BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Februar 1997 - 1 BvR 1864/94 -, Rn.66-68. In: BVerfGE 95, 193 - 219.)*

Die Ablehnung der restlichen Verfassungsbeschwerde begründete das BVerfG wie folgt:

*„§ 118 Abs. 4 Satz 2 HG LSA dient einem hinreichend wichtigen Gemeinschaftsgut. Die Vorschrift ist Bestandteil eines Regelungskonzepts, durch das das überkommene Hochschulwesen sozialistischer Prägung neu geordnet und an die durch die Vorgaben des Hochschulrahmengesetzes geprägte Hochschulordnung im alten Bundesgebiet angepaßt worden ist. Diese Umstrukturierung und mit ihr die Umgestaltung der Hochschulen zu funktionstüchtigen Einrichtungen eines modernen Wissenschaftsbetriebs konnte nur gelingen, wenn trotz der personellen Erneuerung der Hochschulen für das bisherige wissenschaftliche Personal fachlich zufriedenstellende, sozial angemessene und finanziell tragbare Lösungen gefunden wurden. [...] § 118 Abs. 4 Satz 2 HG LSA ist geeignet, zur Erreichung dieses Ziels beizutragen. Die Vorschrift ergänzt die Regelungen über die persönliche und fachliche Evaluierung der Hochschullehrer bisherigen Rechts und trifft eine Bestimmung darüber, wie dienstrechtlich mit den Hochschullehrern verfahren werden sollte, denen unter der Geltung des Hochschulerneuerungsgesetzes einerseits nicht oder ohne Erfolg gekündigt worden war, die andererseits aber auch nicht - im vereinfachten oder im regulären Berufungsverfahren - in die Position eines Hochschullehrers neuen Rechts gelangt sind. Der*

*Landesgesetzgeber hat mit § 118 Abs. 4 Satz 2 HG LSA für diesen Personenkreis die Möglichkeit einer weiteren Übernahme als Professor im vereinfachten Verfahren der außerordentlichen Berufung ausgeschlossen, ihm aber die zusätzliche Option für eine Verwendung als Hochschuldozent eröffnet. Diese Regelung trägt der veränderten Bedarfssituation an den auf ein teilweise neues Anforderungsprofil ausgerichteten Hochschulen ebenso Rechnung wie der Möglichkeit der neuen Bundesländer, die Hochschullehrer bisherigen Rechts zu Bedingungen weiterzubeschäftigen, die finanziell verkraftbar sind. § 118 Abs. 4 Satz 2 HG LSA ist zur Erreichung des genannten Ziels auch erforderlich. Ein milderer Mittel, das die betroffenen Hochschullehrer weniger belastet, den Übergang in das neue Hochschulsystem aber gleich wirksam ermöglicht hätte, ist nicht ersichtlich und auch von den Beschwerdeführern nicht aufgezeigt worden.“<sup>75</sup>*

Letztlich zeigt sich hierin genau der Konflikt zwischen Anerkennung der fachlich und persönlich qualifizierten Hochschullehrer der früheren DDR einerseits und Umbau und Erneuerung (auch personell) des Hochschulwesens der früheren DDR andererseits.

#### 4.4.2 Fachliche Evaluierungsprozesse

Wie mehrere interviewte Ärzte äußerte sich auch Professor Wolfram Neumann<sup>76</sup> in einem Rückblick auf die Evaluierungsprozesse kritisch:

*„Die 25 %-Marke, die im Zusammenhang mit einem Erneuerungsgesetz durch den Landtag in Sachsen-Anhalt beschlossen war, war eine völlig willkürliche Trennlinie. In unserer Hochschule war sie deshalb besonders fragwürdig, weil beispielsweise 40 % der Professoren zum Zeitpunkt der sanften Revolution parteilos waren [...]. Es] ist einigen Kollegen durch die Entscheidung des Landtages in der Begrenzung auf 25 % [...] durch die Entscheidung bitteres Unrecht getan worden.“ (Neumann 2004: S. 12)*

Pasternack schreibt zu den fachlichen Evaluierungen:

---

<sup>75</sup> Bundesverfassungsgericht, BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Februar 1997 - 1 BvR 1864/94 -, Rn. 86-88. In: BVerfGE 95, 193 - 219.

<sup>76</sup> Wolfram Neumann wurde 1986 zum Professor und Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Magdeburg berufen, war von 1990 bis 1993 Prorektor an der Medizinischen Akademie Magdeburg und von 1993 bis 1998 Prodekan der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, sowie schließlich ab 1998 für einige Zeit Dekan der Medizinischen Fakultät (vgl. Wikipedia - Die freie Enzyklopädie: Wolfram Neumann. Online verfügbar unter [https://de.wikipedia.org/wiki/Wolfram\\_Neumann](https://de.wikipedia.org/wiki/Wolfram_Neumann), zuletzt geprüft am 02.12.2020.).

*„Diese individuellen Evaluierungen sind bislang nicht systematisch untersucht. Soweit Dokumente oder Erfahrungsberichte veröffentlicht sind, ergibt sich aus diesen regelmäßig: Die fachlichen Überprüfungen, in denen zweifelsohne auch korrekte Entscheidungen getroffen wurden, dürften für eine Interessenpolitik instrumentalisiert worden sein, die das übliche Maß wissenschaftsinternen Protektionismus weit übersteigt.“ (Pasternack 2015: S. 46-47.)*

Pasternack beschreibt auch, dass der Personalumbau immer wieder umstritten war:

*„In der Natur der Sache liegt es, dass Zweifelsfälle ausführlicher und insbesondere öffentlich dokumentiert sind, als dies bei anderen, korrekt abgelaufenen Verfahren der Fall ist. In welchem quantitativen Verhältnis Zweifelsfälle und korrekte Verfahren zueinander standen, lässt sich aus dem zugänglichen Material nicht eruieren. Festgehalten werden muss aber: Der Personalumbau in der ostdeutschen Hochschulmedizin lieferte jedenfalls eine Reihe von berechtigten Diskussionsanlässen.“ (Pasternack 2015: S. 61)*

Inmitten aller Unklarheiten und Diskussionen konnte sich die damalige Medizinische Akademie in Magdeburg (MAM) dennoch nach der Wende schnell entwickeln:

*„So konnte das Konzil der MAM bereits am 13.06.1992 feststellen: „Die MAM entspricht westlichem Standard in Forschung, Lehre und Krankenversorgung.““ (Köditz 2004: S. 10)*

In diesem Zusammenhang bleibt letztlich auch die Frage offen, ob es möglich oder eventuell aus Gründen der Akzeptanz in der Ärzteschaft sogar besser gewesen wäre, die Evaluation und Personalbereinigung in der Medizin alternativ durch die ärztliche Selbstverwaltung durchführen zu lassen. Dies hätte zumindest eine funktionsfähige Landesärztekammer vorausgesetzt, die erst mit dem Kammergesetz von 1994 konstituiert wurde<sup>77</sup>.

#### 4.5. Arztrolle in der Wende

In den Interviews wurde eine Schwächung der Arztrolle nach der Wende beschrieben. Als Gründe für diese Schwächung wurden vor allem eine fordernde und kritische Haltung der Patienten und Angehörigen nach der Wende, eine neue kritische Berichterstattung über die Medizin in den Medien, sowie eine selbstbewusstere, den Arzt hinterfragende Haltung des Pflegepersonals genannt. Auf der anderen Seite wurden auch zeitlose Merkmale der

---

<sup>77</sup> Gesetz über die Kammern für Heilberufe Sachsen-Anhalt (KHBG LSA) vom 13. Juli 1994 (GVBl. LSA Nr. 37/1994, S. 832)

ärztlichen Rolle genannt. Dies führt uns zu folgendem Abschnitt, in welchem wir uns näher mit den Merkmalen von Professionen, Professionstheorien und der Debatte um Professionalisierung und Deprofessionalisierung beschäftigen. Im Anschluss daran werden die Merkmale der Arztrolle in der Wende betrachtet.

#### 4.5.1 Merkmale von Professionen

Traditionell zählten zu den sogenannten Professionen die Bereiche Medizin und Rechtswissenschaft (vgl. Miege 2016: S. 27 und Geissler 2013: S. 20).<sup>78</sup> Eine einheitliche Definition zum Professionsbegriff gibt es nicht (vgl. Miege 2016: S. 28). Miege nennt aber vier mögliche Merkmale von Professionen, nämlich Autonomie, Abstraktheit (Beruf basiert auf Wissen und Wissenschaft), Altruismus und Autorität (vgl. Miege 2016 S. 28-29). Geissler äußert sich zu den genannten Merkmalen wie folgt:

*„Der sog. Merkmalskatalog nennt zur Abgrenzung einer Profession von anderen Berufen:*

- theoretisch fundierte Ausbildung auf akademischem Niveau (und mit Praxisanteilen in der Ausbildung)*
  - wissenschaftlich fundiertes Sonderwissen und Fachterminologie*
  - hoher sozialer Status (denn in der Berufsarbeit geht es um die Sicherung zentraler gesellschaftlicher Werte wie Gerechtigkeit, Gesundheit, Religionsfreiheit)*
  - Autonomie bei der Berufsausübung (Fach- und Sachautorität)*
  - exklusive Berechtigung der Berufsausübung (rechtlich formalisierte Lizenzierung)*
  - berufsständische Normen („code of ethics“) und kollegial-korporative Selbstkontrolle“*
- (Geissler 2013: S.20)*

---

<sup>78</sup> Geissler zählt zu den traditionellen Professionen auch noch Theologie (vgl. Geissler 2013: S. 20), wohingegen Miege in Bezug auf Theologie anmerkt, dass Theologen in eine Hierarchie eingebunden und dadurch in der Selbstbestimmung eingeschränkt seien (vgl. Miege 2016: S. 27). Nach Miege können Hebammen, Krieger, Lehrer und Theologen im weiteren Sinne zu klassischen Professionen gezählt werden, ferner gebe es neu etablierte Professionen (hierzu zählt Miege Ingenieure, Psychologen, Wirtschaftsprüfer, Journalisten, Architekten, Steuerberater etc.) und neue Professionen (Umweltfachleute, Informatiker, Mediatoren etc.) (vgl. Miege 2016: S. 27-28).

Diese Merkmale werden in Tabelle 4.1. kompakt dargestellt:

<b>Merkmale von Professionen (vgl. Geissler 2013: S. 20 und Mieg 2016: S. 28)</b>
<b>Abstraktheit:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissenschaftsbasierte, akademische Ausbildung mit praktischen berufsbefähigenden Anteilen in der Ausbildung</li> <li>- Wissenschaftsbasiertes, berufsspezifisches Wissen und eigene Terminologie</li> </ul>
<b>Altruismus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufweisen einer Berufsethik</li> </ul>
<b>Autonomie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomes berufliches Handeln (unter kollegialer Selbstkontrolle)</li> </ul>
<b>Autorität:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsausübung nur mit entsprechender Lizenz, d.h. Kontrolle des Professionszugangs</li> <li>- Hohes Sozialprestige aufgrund der Gesellschafts-Relevanz des Berufes</li> </ul>

Tabelle 4.1: Merkmale von Professionen (nach Geissler 2013: S. 20 und Mieg 2016:S. 28-29)

#### 4.5.2 Talcott Parsons: Rechtfertigung der Professionalisierung

Parsons begründet die wichtige Funktion der ärztlichen professionellen Rolle innerhalb der Gesellschaft anhand ihrer Strukturmerkmale: diese Charakteristika der ärztlichen Profession seien Universalismus (Zugang zum Beruf steht prinzipiell allen offen, welche die notwendigen Leistungskriterien erfüllen; Wahren einer fachlich professionellen Haltung gegenüber allen Patienten), funktionale Spezifität (Arzt als Experte für Gesundheitsfragen, jedoch Expertentum auf den medizinischen Sektor beschränkt), emotionale Neutralität (Handeln des Arztes unabhängig davon, ob z.B. Sympathie zum Patienten besteht; Objektivität in der Behandlung von Patienten) und Kollektivitätsorientierung (kein Gewinnmotiv des Arztes; Altruismus gegenüber den Patienten) (vgl. Parsons 1958: S. 14-15, S. 33-34, S. 40, S.50-51).

Ärzte als zentrale Experten für Gesundheitsfragen hätten eine Verantwortung, entsprechend hohe fachliche Kompetenz aufzuweisen (vgl. ebd.: S. 15), sie seien zur Kollektivitätsorientierung verpflichtet (vgl. ebd.), diese schütze den Patienten vor Ausnutzung in seiner vulnerablen und vom ärztlichen Wissen und Helfen abhängigen Situation (vgl. ebd.: S. 40-42). Die Kollektivitätsorientierung werde von Seiten der Ärzteschaft nicht zwangsläufig nur aus altruistischen Motiven aufrechterhalten: Gesellschaftliche Erwartungen an eine Kollektivitätsorientierung nicht zu erfüllen, würde jedoch zu einer Schwächung des ärztlichen Status führen und könnte überdies deutliche Konsequenzen für



den eigenen beruflichen Werdegang haben (vgl. ebd.: S. 48). Dies garantiere letztlich die Umsetzung dieses Bestandteils des Berufsethos auch unabhängig von einer altruistischen Motivation:

*„So ergibt sich die scheinbar paradoxe Situation, daß es im eigenen Interesse des Arztes ist, gegen sein Eigeninteresse zu handeln - kurzfristig, versteht sich, nicht auf lange Sicht.“*  
(Parsons 1958: S. 48)

Parsons verweist auf die hohe Komplexität der ärztlichen professionellen Rolle, ein Heilungserfolg sei trotz medizinischen Fortschrittes nicht immer möglich, der Arzt sei mit diesbezüglicher Hilflosigkeit konfrontiert, was schon an sich belastend wäre – zusätzlich setzten Patienten und ihre Angehörigen ihre Hoffnungen in den Arzt und Misserfolge seien hier in mehrfacher Hinsicht emotional sehr belastend; außerdem könne man Heilungsverläufe nicht immer vorhersehen und die ärztliche Tätigkeit sei entsprechend mit Unsicherheiten verbunden (vgl. ebd.: S. 28 – 30). Auf der anderen Seite stehe der Anspruch *„alles, was möglich ist“* zu tun (Parsons 1958: S. 29). Zudem dringe der Arzt auf besondere Weise in die Intimsphäre seiner Patienten ein – sowohl bei körperlichen Untersuchungen als auch bei Fragen an den Patienten in der Anamneseerhebung (vgl. ebd.: S. 30-32). Dieses Eindringen in die Privatsphäre der Patienten sei ein emotional herausforderndes Thema, mit dem die meisten anderen Berufe nicht konfrontiert seien (vgl. ebd.: S. 32). Es scheint, dass Parsons auch hierin die Privilegien des ärztlichen Status mit begründet sieht.

Parsons nimmt auch Bezug auf die ärztliche Autonomie und das Problem, dass möglicher Missbrauch im ärztlichen Handeln in der ärztlichen Selbstkontrolle nur eingeschränkt kontrolliert werde und nur sehr wenige Fälle in Disziplinarverfahren und Ehrengerichten der Berufsorganisation berücksichtigt würden (vgl. ebd.: S. 46). Dennoch spricht er sich für das Beibehalten dieser Autonomie aus:

*„Vom Arzt wird verantwortliches Handeln in einer Situation erwartet, wo vitale Interessen anderer auf dem Spiel stehen und wo keineswegs immer die Wahrscheinlichkeit gegeben ist, daß die Reaktion dieser anderen Beteiligten „vernünftig“ ist, wenn die Dinge sich negativ entwickeln. Die Hilfsmittel, welche ihm für seine Arbeit zur Verfügung stehen, sind keineswegs völlig adäquat. Unvermeidlich unterlaufen ihm Fehler, und gelegentlich mögen diese Fehler sehr ernste Folgen haben. Darüber hinaus dürfte es in vielen Fällen mit negativem Ausgang besonders schwierig sein, die Sachlage Menschen zu erklären, die*

*fachlich nicht vorgebildet oder mit den besonderen Umständen der ärztlichen Tätigkeit nicht vertraut sind und die sich zudem in einem Zustand affektiver Erregung befinden. Auch im Rahmen einer ärztlichen Berufsorganisation abstrahieren die formellen Verfahren notwendigerweise von den Imponderabilien der konkreten Situation. Man darf deshalb die Hypothese aufstellen, daß das Vertrauen auf informelle Kontrollen von funktionaler Bedeutung ist, wenngleich eine weitergehende Formalisierung „logischer“ wäre. [...] Zweifellos werden bei der gegebenen Lage manche Vergehen und Mißbräuche nicht erfaßt, die eigentlich erfaßt werden sollten und in einem geschickt angewandten formellen Kontrollsystem auch erfaßt würden. Aber es besteht zumindest die Möglichkeit, daß das Selbstvertrauen des Arztes bestärkt wird, wenn man sich dermaßen auf informelle Kontrollmechanismen verläßt; er wagt dann unter Umständen eine riskante, wenn auch wohlerprobte Behandlungsmethode eher, als wenn die Kontrolle bürokratischer geregelt wäre.“ (Parsons 1958: S. 46-47)*

#### 4.5.3 Eliot Freidson: Rechtfertigung der Deprofessionalisierung

Auch Freidson schließt eine besondere autonome Rolle der Ärzteschaft zunächst nicht prinzipiell aus:

*„organisiert sich denn die Profession nun so, daß sie es verhindert, daß das natürliche Interessiertsein des Arztes an seiner eigenen wirtschaftlichen Sicherheit und seinem Fortkommen seine berufsethische Sorge um das Wohl seiner Patientenschaft überwiegt? Organisiert sich die Profession tatsächlich so, daß sie sicherstellt, daß die Arbeit jedes ihrer Mitglieder den höchstmöglichen Standard aufweist? Wenn sich die Profession selbst so regelt, daß sie die richtigen Arten der Berufsausübung sicherstellt, dann können wir daraus schließen, daß ihr Anspruch auf eine ethische Verfassung, die nötig sei, um die Ausübung ihres Fachwissens zu leiten, gerechtfertigt ist und daß ihre Autonomie mit dem Interesse der Öffentlichkeit in Einklang steht.“ (Freidson 1979: S. 299)*

Jedoch trafen die genannten Aspekte nicht zufriedenstellend zu: so gebe es bei der Profession in den Vereinigten Staaten keine suffiziente Kontrolle und keine eindeutige Regelung des vom Arzt beanspruchten Honorars (ebd: S. 300-301). Auch die Qualitätssicherung der Ärzteschaft finde kaum statt, zudem sei das Modell des in der Einzelpraxis tätigen Arztes für eine interkollegiale Kontrolle hinderlich (vgl. ebd.: S. 301-302).

Freidson kritisiert auch die zu große Solidarität bei der interkollegialen Bewertung von Fehlern:

*„Der soziale Hintergrund des Arztes, die Natur der beratenden oder klinischen Arbeit selbst und die natürliche Solidarität der Berufsgruppe führen zu einer großzügig-duldsamen Mentalität, die das Schwergewicht auf die persönliche Erfahrung legt statt auf die Kenntnisse, die eigentlich das offizielle Fachwissen der Profession bilden. Diese Geisteshaltung gibt auch einem Verantwortungsgefühl für die eigenen Handlungen, bewertet anhand der eigenen Erfahrungen, den Vorrang vor der Verantwortung für die Handlungen von Kollegen, die sich nicht auf die eigene Verantwortung auswirken. Im Zweifelsfalle steht man hinter der Berufsausübung der Kollegen, nicht aber hinter Mitgliedern konkurrierender Berufsgruppen, und Mängel der Berufsausübung werden zugunsten der guten Absichten, die man voraussetzt, übersehen. „Schließlich“, so lautet das Argument, „will ja niemand einen Patienten töten“. Wenn man aber einen Patienten tötet, dann reicht es vielleicht doch nicht, gute Absichten gehabt zu haben.“ (Freidson 1979: S. 302)*

Freidson zieht hieraus die Konsequenz, den Sonderstatus der ärztlichen Profession anzupassen:

*„Die Profession wird, wie andere auch, manchmal vom Glanz ihres eigenen Status geblendet, dann wieder wird sie – durch die Art, wie ihre Arbeit besonders seltsame Praktiken fördert, die Ärgernisse lediglich aus dem Blickfeld rücken – kurzsichtig gemacht. Selbst mit den besten Absichten kann sie sich nicht deutlich sehen, und da ihr Status sie vor anderen schützt, kann sie auch von diesen nicht deutlich gesehen werden. Der eigentliche Bösewicht ist ihr Sonderstatus. Soll der Profession zu mehr Ehrlichkeit verholfen werden, so muß ihr Status modifiziert werden. Und da die Medizin die Entscheidungsbefugnis über einen Bereich besitzt, dem immer mehr grundlegende Werte und Tätigkeiten des Menschen zugewiesen werden, ist es für die Gesellschaft durchaus wesentlich, daß der Status der Medizin modifiziert wird.“ (Freidson 1979: S.314).*

#### 4.5.4 Aktuelle Entwicklungen, welche eine Deprofessionalisierung begünstigen können

In den Interviews wurden verschiedene Aspekte der Deprofessionalisierung der ärztlichen Rolle nach der Wende beschrieben. Zwei wesentliche Aspekte sind hierbei eine stärkere Rolle nicht-ärztlicher Berufe und ein höheres Selbstbewusstsein der Patienten.

##### *a) Deprofessionalisierung durch einen ärztlichen Monopolverlust*

Deprofessionalisierung kann durch zunehmende Arbeitsteilung mit Zergliederung medizinischer Leistungen vorangetrieben werden. Insbesondere im stationären Bereich wird der Patient oft nicht mehr von einem Arzt durchgehend betreut, sondern hat im Rahmen des Aufenthaltes Kontakt zu verschiedenen Ärzten (z.B. Notaufnahme-Arzt, Operateur, verschiedene Stationsärzte). Hierdurch kann ggf. eine nähere Bindung zu einem bestimmten Arzt nicht aufgebaut werden, die Betreuung wird unpersönlicher. Entsprechend kann sich auch das Bild wandeln, das der Patient vom Arzt entwickelt hin zu einer weniger professionellen Arztrolle und zu einem funktionellen Dienstleister (zur beschriebenen Fragmentierung vgl. Bollinger 2018: S. 92).

Eine andere Form der die ärztliche Profession bedrohenden Arbeitsteilung findet sich in der zunehmenden Mitwirkung nicht-ärztlicher Berufe in Diagnostik und Therapie (vgl. Unschuld 1999: A-38). Durch zunehmende Technisierung der Medizin haben Ärzte keine volle Kontrolle mehr über das Werkzeug, mit dem sie arbeiten, z.B. bei der Nutzung komplexer technischer Gerätschaften (vgl. ebd.). Auch in der medizinischen Forschung z.B. in Kooperationen mit Molekularbiologen seien Ärzte entsprechend vom Wissen anderer Berufsgruppen abhängig (vgl. ebd.). Hierdurch trifft ein Merkmal professionellen Handelns, das berufsspezifische Wissen (vgl. Tabelle 4.1), nur noch eingeschränkt auf die Ärzteschaft zu und kann zu einer Reduktion des Ansehens des Ärztstandes mit entsprechend sinkenden Privilegien führen:

*„Da die Selbständigkeit in der Gestaltung und Anwendung von Wissen ein ganz wesentliches Element einer professionalization, das heißt eines Standesberufes und der damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Wertschätzung und – davon abhängig – gesellschaftlichen Entlohnung ist, besteht durchaus die Möglichkeit, daß diese neuen Entwicklungen zumindest einen Teil der Ärzte in Abhängigkeiten bringen, die auch eine Minderung des Einkommens nach sich ziehen.“ (Unschuld 1999: A-38)*

Die Entwicklung im ostdeutschen Gesundheitswesen nach der Wende ging klar in Richtung einer geräte- und technikorientierteren Medizin, wie es auch in mehreren Interviews beschrieben wurde. Die hiermit verbundene höhere technische Abhängigkeit könnte Bestandteil der wahrgenommenen Deprofessionalisierung nach der Wende sein.

Eine weitere Entwicklung, die zur Schwächung der professionellen Rolle der Ärzteschaft führen kann, ist die Stärkung nicht-ärztlicher medizinischer Berufsgruppen:

*„Die Therapieberufe Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie werden genauso wie der Hebammenberuf und die Pflegeberufe (Krankenpflege und Altenpflege in generalistischer Form) seit den 90er- Jahren nicht mehr nur in Fachschulen, sondern ergänzend auch an Universitäten und Fachhochschulen ausgebildet. Dies impliziert die Einrichtung fachbezogener Professuren und Lehrstühle sowie den Aufbau eigener Forschungsstrukturen und damit die wachsende Möglichkeit, berufsbezogenes Wissen wissenschaftlich begründet zu entwickeln und das berufliche Handeln daran auszurichten.“ (Bollinger 2018: S. 95)*

Hierdurch beginnt eine Professionalisierung der nicht-ärztlichen Berufsgruppe, jedenfalls unter den Aspekten der wissenschaftsbasierten, akademischen Ausbildung und des wissenschaftsbasierten, berufsspezifischen Wissens (vgl. Bollinger 2018: S. 96, vgl. Tabelle 4.1).

Auch im Bereich der Psychotherapie gibt es eine Stärkung psychologischer Psychotherapeuten:

*„Mit dem ‚Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten‘ vom 16. Juni 1998 wird den zugelassenen und approbierten Therapeuten das Recht zur eigenständigen Ausübung der Psychotherapie eingeräumt.“ (Bollinger 2018: S. 96)*

Die Stärkung der nicht-ärztlichen Berufe wurde in den Interviews unterschiedlich bewertet. In Interview 7 begrüßte ein Arzt die zunehmende Stärkung der Rolle des Pflegepersonals. In Interview 6 hingegen beschrieb eine Ärztin, dass das Pflegepersonal ärztliche Anordnungen vermehrt hinterfrage. Die Zusammenarbeit werde dadurch erschwert, dass ärztliche Anordnungen nicht mehr – wie zuvor – durch das Pflegepersonal einfach umgesetzt würden.

In letzterem Aspekt deutet sich die Auswirkung der Stärkung der Pflegeberufe auf die zunehmende Deprofessionalisierung der Ärzteschaft an.

#### *b) Deprofessionalisierung durch ein verändertes Patientenprofil*

Eine weitere Entwicklung, die die Deprofessionalisierung des Ärztestandes befördern kann, ist die Veränderung des Patientenprofils: War der Arzt früher derjenige, der in paternalistischer Manier für den Patienten Entscheidungen traf, finden wir heute ein Patientenprofil eines aufgeklärten Patienten, welcher sich auch eigenständig – sei es im Internet oder im Rahmen der Konsultation eines anderen Arztes zum Einholen einer Zweitmeinung – informiert und den Arzt mit seinem erworbenen Wissen konfrontiert (vgl. Bollinger 2018: S. 96 – 97). Diese Herausforderung wurde im Interviewmaterial beschrieben.

Interessanterweise hatten dies die ostdeutschen Ärzte zunächst nicht erwartet. So hofften die 1990 befragten Ärzte aus dem Bezirk Halle, durch den Gang in die Niederlassung werde sich ihre soziale Stellung verbessern (vgl. Wilhelm et al. 1993: S. 158). Sie erwarteten eine gesellschaftliche Aufwertung des Arztberufes, die sich einerseits in einer höheren Vergütung, andererseits in einer ideellen Anerkennung durch die Patienten zeigen sollte (vgl. ebd.). Dass dies nicht in der erwarteten Form geschah, ist dem gestiegenen Selbstbewusstsein der Patienten – auch als Auswirkungen des neuen Systems auf die Patienten – geschuldet.

In der schriftlichen Erhebung von Lützenkirchen (Lützenkirchen 2001) beschrieben 17,2% der Befragten ein gestiegenes Anspruchsdenken der Patienten nach der Wende (vgl. Lützenkirchen 2001: S. 129). Auch die qualitativen Interviews von Lützenkirchen spiegeln diesen Trend wider (vgl. Lützenkirchen 2001: S. 238-239). Dieses gestiegene Anspruchsdenken wurde sowohl in der Studie von Lützenkirchen als auch in den Interviews dieser Studie als Schwächung der ärztlichen Professionalität angesehen.<sup>79</sup>

Nicht vergessen darf man hierbei allerdings, dass das stärkere Selbstbewusstsein der Patienten und letztlich auch deren höhere Klagebereitschaft möglichem Machtmissbrauch durch die Ärzteschaft wünschenswerte Grenzen setzt und die Versorgungsqualität durchaus fördern kann, da Fehler juristisch sanktioniert werden. Im Negativfall führt das Wissen um juristische Konsequenzen allerdings zu einer Überängstlichkeit der Ärzteschaft, einer

---

<sup>79</sup> Die Befragten in der Studie von Lützenkirchen berichten auch eine Abnahme des Prestiges durch die finanziell stärkere Abhängigkeit von den Patientinnen und Patienten und die Degradierung zum Arzt als Dienstleister, andererseits sei durch die (zumindest von den Patienten angenommene) hohe Vergütung das Prestige aufgewertet worden (vgl. Lützenkirchen 2001: S. 183).

„defensiven“ Überversorgung von Patienten (mehr Untersuchungen als nötig, um sich juristisch abzusichern) und somit einer weniger effizienten Arbeitsweise (vgl. Hasenfuß et al. 2016: A-601.).

### *c) Deprofessionalisierung durch Einführung der evidenzbasierten Medizin?*

In den 1990er Jahren hat sich eine Initiative, die evidenzbasierte Medizin, gegründet (fortan EbM genannt) zur besseren Begründung und Transparenz ärztlichen Handelns (vgl. Lützenkirchen 2004: S. 425).

#### **Evidenzbasierte Medizin (EbM)**

*„Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.“ (Sackett et al. 1996: S. 71)*

Oder in der Übersetzung von Perleth et al. 2006:

*Evidenzbasierte Medizin ist „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Perleth et al. 2006: S. 278)*

Hierdurch wird das Handeln des einzelnen Arztes leichter hinterfragbar (vgl. Lützenkirchen 2004: S. 425). Die EbM werde z.B. auch von Krankenkassen genutzt, um Regressforderungen zu Therapien zu stellen, welche nicht evidenzbasiert sind (vgl. ebd.). Auch die Justiz mache sich durch Evidenzbasierung vorgegebene Leitlinien im Prozess gegen Ärzte zu Nutze: wer von diesem Standard abweiche, könne im Zweifelsfall zur Verantwortung gezogen werden (vgl. ebd.). Dies führt zu Sorgen, dass die EbM eine Deprofessionalisierungsentwicklung fördern könnte: denn Handeln aus ärztlicher Erfahrung und Intuition sowie off-label-Therapieversuche aus diesem Erfahrungsschatz würden nicht gefördert, sondern ggf. sanktioniert werden (vgl. ebd.). Der ärztliche Freiraum in Therapieentscheidungen sei in

Gefahr, hierdurch auf Leitlinien beschränkt zu werden, das ärztlich-autonome Handeln werde hierdurch untergraben (vgl. ebd.), wobei Autonomie ein wesentliches Merkmal ärztlicher Profession darstellt (vgl. Tabelle 4.1).

Trägt die EbM tatsächlich zu einer Deprofessionalisierung des Ärztestandes bei oder ist sie ein Weg, professionelle Autonomie zu stärken?

Für das Vertrauen, welches die Profession auch als professionelle Autonomie erhält, ist Transparenz ärztlicher Entscheidungen und ärztlichen Handelns erforderlich:

*„Der Arzt als medizinischer Experte arbeitet nicht nur auf der Individualebene mit dem Vertrauen seines Patienten, sondern auch mit einem öffentlichen Vertrauensvorschuss (Autonomie). [...] (Diese doppelte Einbindung) kann nur durchgehalten werden, wenn Evidenz auf der individuellen Ebene wie auf der gesellschaftlichen Ebene (die beide auf dieselbe Evidenzbasis zurückgreifen) kohärent aufgearbeitet ist und auf beiden Ebenen in Entscheidungen eingebracht wird. Dies ist auf beiden Ebenen Loyalitätspflicht und Bringschuld der Profession.“ (Robra 2016: S. 199)*

Letztlich sei neben einer externen Evidenz für das professionelle Handeln immer auch eine interne Evidenz, gespeist aus Erfahrungen und Fertigkeiten des Arztes, erforderlich, die Kombination aus interner und externer Evidenz mache das professionelle Handeln aus (vgl. Robra 2016: S. 194).

Lützenkirchen sieht die Chance, durch EbM eine Re-Professionalisierung zu erlangen, da im Idealfall das vorhandene Wissen und das patientenbezogene Handeln der Ärzteschaft durch evidenzbasierte Medizin dokumentiert und weiter befördert werden, sodass die Ärzteschaft wieder an Glaubwürdigkeit gewinne und ihr erneut Autonomie zugestanden werden könne (vgl. Lützenkirchen 2004: S. 426.). Dies entspricht auch – ich greife hier dem nächsten Kapitel vor- den normativen Ansprüchen an die Profession nach Swick, *„kontinuierliche Exzellenz anzustreben“*, *„Handlungen und Entscheidungen zu reflektieren“*, *„eigene Interessen des Arztes denen des Patienten zu unterstellen“* und *„nach Weiterentwicklung des Fachgebietes zu streben“* (Swick 2000: S. 614-615, ÜdV, siehe auch Kapitel 4.5.5).

Prof. Dr. med Ferdinand M. Gerlach, MPH, Gründungsmitglied des deutschen EbM-Netzwerkes und Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin, plädiert:



*„Mythen und Trugschlüsse haben in der Medizin viel Unheil angerichtet. Ich möchte dazu beitragen, dass wir alle von einer fundierten und damit besseren Medizin profitieren. Dazu gehört insbesondere, dass wir Über-, Unter und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen so gut wie möglich entgegenwirken. Das EbM-Netzwerk ist eine geeignete Plattform über Lösungen zu diskutieren, die eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung fördern und das Patientenwohl ins Zentrum stellen.“<sup>80</sup>*

Evidenzbasierte Medizin ist also – wenn sie vernünftig umgesetzt wird und dem Arzt Entscheidungsfreiräume für Besonderheiten des Individualfalls lässt - auch eine Chance, den Stand der Profession langfristig zu sichern, die auf diese Weise die Vertrauenswürdigkeit ihres Handelns unterstreicht.

#### 4.5.5 Versuche der Reprofessionalisierung: Normative Definition medizinischer Profession nach Swick und Bezug zur evidenzbasierten Medizin

Das paternalistische Arztverständnis kann heute nicht einfach fortgeführt werden und so stellt sich die Frage nach einer modernen Definition der Profession und nach dem Sinn, heutzutage noch Professionen mit entsprechenden Privilegien (insbesondere einem Zugeständnis an Autonomie) zu fördern.

Swick beschreibt die Notwendigkeit einer wieder stärkeren Re-Professionalisierung der Medizin, damit gesundheitspolitische Debatten durch Ärztinnen und Ärzte, nicht durch Wirtschaft, Ökonomie oder politische Interessen bestimmt werden:

*„In recent years, the debate about health care has been dominated not by physicians, individually or collectively, but by business, economic, and political interests. Strengthening medical professionalism becomes one way to restore medicine’s distinctive voice. “ (Swick 2000: S. 613)*

Swick spricht sich dafür aus, dass sich die Mediziner entsprechend ihren professionellen Charakteristika verhalten müssen, um in der Gesellschaft wieder Vertrauen zurück zu erlangen und eine gerechtfertigte Re-Professionalisierung zu erfahren (vgl. Swick 2000: S.

---

<sup>80</sup> <https://www.ebm-netzwerk.de/de>, zuletzt geprüft am 12.12.2021).

614.). Zu diesen Charakteristika der medizinischen Profession zählt er – normativ und als Maßstab – die neun folgenden Aspekte (vgl. Swick 2000: S. 614-615, ÜdV):

- Ärzte ordnen ihre eigenen Interessen denen der anderen unter (dies gelte insbesondere auch bei Interessenkonflikten zwischen Arzt, Gesundheitssystem und Patient, wobei das Wohl des Patienten immer an oberster Stelle stehe)
- Ärzte sind hohen moralischen und ethischen Standards verpflichtet (sowohl im beruflichen als auch im persönlichen Leben)
- Ärzte orientieren ihr Verhalten an einem sozialen Vertrag mit der Gesellschaft, in der sie agieren und reagieren auf gesellschaftlichen Bedarf (beispielsweise erkennen und benennen sie Zusammenhänge zwischen nicht-biologischen Faktoren (z.B. sozialen Faktoren) und Krankheit oder sie behandeln zahlungsunfähige Patienten)
- Ärzte zeigen als zentrale Werte Ehrlichkeit, Integrität, Fürsorge, Mitgefühl, Altruismus, Empathie, Respekt anderen gegenüber und Vertrauenswürdigkeit
- Ärzte übernehmen Verantwortung für ihr eigenes Handeln und auch für das Handeln ihrer Kollegen (hierzu zähle auch die Rückmeldung an Kollegen bezüglich ihres Handelns)
- Ärzte streben kontinuierlich Exzellenz an (Zustimmung zu kontinuierlicher Fortbildung und Qualitätssicherung)
- Ärzte geben ihr Wissen weiter und streben nach der Weiterentwicklung ihres Fachgebietes
- Ärzte können mit einem hohen Maß an Komplexität und Unsicherheiten umgehen (welche dem ärztlichen professionellen Handeln innewohnen).
- Ärzte reflektieren ihre Handlungen und Entscheidungen.

Es leuchtet ein, dass Ärzte, welche all diese Maßstäbe befolgen, gesellschaftliche Akzeptanz finden können. Swick selber beschreibt aber, dass sich nicht immer alle an alle Maßstäbe halten und das Vertrauen der Gesellschaft als Grundlage der Re-Professionalisierung erst wieder zurückgewonnen werden muss (vgl. Swick 2000: S. 613-614).

Dies betrifft auch die Selbstkontrolle innerhalb der Ärzteschaft (vgl. Swick 2000: S. 615.), welche in der Vergangenheit nicht immer angemessen umgesetzt worden sei:

*„Demonstrating true accountability is key to maintaining the privilege of autonomy that medicine has long enjoyed but which many now feel has been eroded. That erosion is due, in part, to a perception by many that physicians have not always been willing to exercise accountability for themselves or their colleagues.“ (Swick 2000: S. 615)*

#### 4.5.6 Merkmale der Arztrolle in der Wende

##### *a) Zeitlose Merkmale der ärztlichen Rolle*

Die Befragten schilderten eine Kontinuität in der ärztlichen Profession und nahmen ein Gleichbleiben der medizinischen Tätigkeit wahr, die eine große Ressource in den Umstrukturierungsprozessen darstellten. Auch der damalige Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Karsten Vilmar, erwähnte diese Ressource im Prozess der Deutschen Einheit:

*„Trotz aller Differenziertheit in der Medizin wird bei Beachtung der verschiedenen Faktoren durch die Ärzteschaft, die Gesellschaft und die für die Rahmenbedingungen verantwortlichen Politiker auch in Zukunft ein den Arzt ausmachender, gemeinsamer Kern erhalten bleiben können, der auf dem Wissen um komplexe Zusammenhänge, auf menschlichem Verständnis und der Fähigkeit zu Mitleid und Mitgefühl beruht.“ (Vilmar 1990, S. A-2964)*

Dies konnte rückblickend durch viele Interviewpartner bestätigt werden. Schwierig, den Kern ärztlichen Handelns nicht zu verlieren, war es allerdings für die Interviewpartner, die in Folge der Umstrukturierungsprozesse einen wesentlichen Teil ihres ärztlichen Handelns beschnitten sahen – durch ökonomische Zwänge und durch Wegfall der sog. sozialen Indikation (siehe hierzu 4.5.6 b).

Vermutlich gelang der Ärzteschaft auch deshalb ein Umgang mit den Umstrukturierungsprozessen, weil sie ein hohes Bildungsniveau hatte und den Prozessen intellektuell gewachsen war, eine hohe soziale und gesellschaftliche Anerkennung genoss (trotz beschriebener Abschwächungen der Professionswahrnehmung) und ärztliches Handeln schon von Beginn des Studiums an auch immerwährendes Lernen und Fortbilden ist.

Die in den Interviews beschriebene Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung als Ressource in den Umstrukturierungsprozessen ist insofern interessant, als es im Westen die Vorstellung der Polikliniken als bürokratisch-unpersönlicher Einrichtungen gab, in denen

konstante Arzt-Patienten-Beziehung fehlten (vgl. Jacobs und Schröder 1993: S. 54 und S. 56.).

Nach Lützenkirchen wurde von Seiten ostdeutscher Ärztinnen und Ärzte die Arzt-Patienten-Beziehung zur Zeit der DDR kritisch beschrieben (vgl. Lützenkirchen 2001: S. 134.). In der schriftlichen Erhebung wurde kritisiert, dass durch das System der Versorgung in der DDR häufig keine kontinuierliche Betreuung der Patienten möglich gewesen sei und die Beziehungsqualität zwischen Arzt und Patient nicht vertieft werden konnte und unpersönlich verlief (vgl. ebd.). In den Interviews von Lützenkirchen wurde beschrieben: Durch die Tätigkeit als Arzt in der eigenen Niederlassung nach der Wende habe sich die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert, da sie kontinuierlicher sei, dies sei sogar trotz einer neuen fordernden Haltung der Patienten und trotz der finanziellen Abhängigkeit der Ärzteschaft von Patienten erfolgt (durch das neue Vergütungssystem werde ein finanzieller Anreiz gesetzt, die Patienten gut zu behandeln) (vgl. Lützenkirchen 2001: S. 238-239). Außerdem sei sie nun besonders wichtig, da der niedergelassene Arzt von einem festen Patientenstamm abhängig sei (vgl. ebd.).

Auch die ostdeutschen Ärztinnen in einer anderen Studie von Lützenkirchen 1998 berichteten, dass sich die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung nach der Wende deutlich gebessert habe (vgl. Lützenkirchen 1998, S. 131):

*„Während PatientInnen früher stärker einen abhängigen Objektstatus innehatten, geben sich ÄrztInnen heute mehr Mühe, PatientInnen zu informieren und positive Beziehungen zu gestalten.“ (Lützenkirchen 1998, S. 131)*

Ebenso nannten in der Studie von Wilhelm et al. die befragten ostdeutschen Ärzte bzgl. ihrer Erwartungen an das neue System eine bessere Arzt-Patienten-Beziehung und ein dadurch verbessertes ärztliches Handeln (vgl. Wilhelm et al. 1993: S. 160-161):

*„Die Verbesserung der >>Medizin<< gewinnt durch feste Arzt-Patient-Beziehungen, enge Betreuung und individuelle Zuwendung (besonders bei Problem-Patienten), über Hausbesuche, längere persönliche Gespräche und den hierdurch bewirkten detaillierten Einblick in die Situation der Patienten an Bedeutung und fordert Mediziner und Arzt gleichermaßen heraus, Krankheiten zu erkennen, die Patienten zu verstehen, sie zu stützen und zu halten.“ (Wilhelm et al. 1993: S. 160.)*

Dies deckt sich nicht mit den Angaben der Ärzte meines Samples: Die Arzt-Patienten-Beziehung sei danach nicht nur gut gewesen, sondern sogar eine wichtige Ressource für Ärzte und Patienten in der Umsetzung der Wende-Prozesse. Patienten hatten weiterhin durch den gleichen Arzt behandelt werden können und sich daher sicherer in den Umstrukturierungsprozessen gefühlt, Ärzte hätten beim Gang in die Niederlassung durch das Mitnehmen ihres früheren Patientenstamms profitiert. Dies bedeutet, dass es bei den Ärzten meiner Studie, die diese Äußerungen trafen, einen feststehenden Patientenstamm gegeben hat.

Zur Beurteilung der Qualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der DDR müsste auch die Sicht der Patienten erhoben werden. Meinen Recherchen nach ist dieser Bereich noch wenig erforscht und könnte entsprechend in einer anderen Studie beleuchtet werden.

#### *b) Veränderte Merkmale in der ärztlichen Rolle*

Die zunehmende Ökonomisierung und der Umgang damit wurden bereits in vorhergehenden Abschnitten diskutiert (siehe 4.3.2 und 4.3.3). Zusätzlich wurde eine zunehmende Deprofessionalisierung bereits in 4.5.4 aufgegriffen. In diesem Abschnitt möchte ich ergänzend dazu kurz auf den Wegfall der Dispensaire-Betreuung und auf den Wegfall der sogenannten sozialen Indikation eingehen.

Nach Lützenkirchen beklagten die befragten Cottbusser Ärztinnen den Wegfall der Dispensaire-Betreuung chronisch erkrankter Patienten in spezialisierten Betreuungsstellen nach der Wende (vgl. Lützenkirchen 1998: S. 130). Dieser Aspekt spielte in meiner Erhebung keine besondere Rolle. Möglicherweise beruht dies darauf, dass meine Erhebung knapp 20 Jahre nach der Erhebung von Lützenkirchen stattfand und hier bereits neue Versorgungsstrategien chronisch kranker Patienten entwickelt worden war, insbesondere die Disease-Management-Programme<sup>81</sup>.

Als weiterer Aspekt wurde in meinem Interviewmaterial der Wegfall der sozialen Indikation genannt, der zum Teil als Beschneiden des ärztlichen Handlungskorridors angesehen wurde (da sich um soziale Fälle nicht mehr in der gleichen Weise gekümmert werden konnte wie zuvor). Meine Wahrnehmung innerhalb meiner ärztlichen Tätigkeit zeigt jedoch: die soziale

---

<sup>81</sup> Disease-Management-Programme sind Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten, in welchen Patienten strukturiert nach bestimmten, evidenzbasierten Vorgaben behandelt werden (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss: Disease-Management-Programme. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/>, zuletzt geprüft am 03.10.2020.), siehe auch § 137f SGB V.

Indikation besteht auch heute noch, und vor allem, sie besteht auch in Westdeutschland. In unserer Klinik gibt es etliche Patienten, die einen längeren stationären Aufenthalt aufweisen, als nach der DRG-Fallpauschale vorgesehen und sinnvoll, da die Versorgungssituation zu Hause erst geregelt werden muss. Es ist immer wieder ein Abwägen zwischen wirtschaftlicher Verantwortung und Verantwortung für den Patienten, das in dieser Klinik meiner Einschätzung nach sehr verantwortungsvoll umgesetzt wird. Gleichzeitig gibt es immer wieder auch Grauzonen, die genutzt werden können, die vielleicht Kreativität erfordern, aber die durchaus vorhanden sind. Gerade Ärztinnen und Ärzte in der ehemaligen DDR erlernten doch den kreativen Umgang mit äußeren Umständen und Improvisationsvermögen. Das ist im neuen System durchaus auch möglich und auch die westdeutschen Ärzte bedienen sich solcher Konzepte.

#### 4.6 Diskussion der Methodik

Abschließend möchte ich an dieser Stelle einen Blick auf die Methodik dieser Arbeit richten.

Viele der Ärzte, die ich interviewte, hatten sich 1995 niedergelassen. Diese Häufung lässt sich damit erklären, dass gerade Ärzte, die vor 1990 als Allgemeinmediziner in einer Poliklinik tätig waren, durch deren Wegfall in den Wendeprozessen in besonderer Weise betroffen waren. Zusätzlich machten sich manche Ärzte die neuen Möglichkeiten des Ganges in die Niederlassung nutzbar. Das Nachvollziehen jener Berufsgeschichten vor und nach der Wende sowie die Analyse ihrer Beurteilungen der Wendeprozesse waren daher ein wichtiger Bestandteil meiner Untersuchung.

Kritisch anmerken lässt sich, dass ich viele Ärzte interviewte, die mir über das Netzwerk des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) namhaft gemacht worden waren. Es handelte sich somit um eine selektive Gruppe bekannterer (ambulant und stationär tätiger) Ärzte: Jeder aus dieser speziellen Gruppe von Ärzten war zur Zeit der Wende engagiert gewesen, hier gehörte keiner zu wirklichen Wendeverlierern. Dennoch sahen auch manche Interviewpartner aus diesem Sample die Prozesse kritisch und nicht nur positiv, obwohl sie die Transformationsprozesse insgesamt gut überstanden hatten. Doch kann diese Studie auch von diesem speziellen Sample profitieren, da es eine Bereicherung ist, gerade mehrere solcher Ärzte zu interviewen, die den Wendeprozess selbst - auch in bedeutsamen Positionen - mitgestaltet haben.

Kern der Methode ist die Subjektivität der Quellen, nämlich der einzelnen Interviewpartner, ihrer Wahrnehmungen und Schilderungen. Das Nutzen solcher Quellen bringt einige Limitationen in der Interpretierbarkeit mit sich. Alexander von Plato nennt einige Hauptkritikpunkte: subjektive Quellen ließen sich nicht verallgemeinern, seien oft in subjektivem Interesse (ggf. auch in rückwirkend legitimatorischer Absicht für das eigene Handeln) entstanden und würden oft erst lange nach den entsprechenden Ereignissen entstehen, wodurch sich die Sicht und Beschreibung eines ursprünglichen Ereignisses verändern könne (vgl. von Plato 2000: S.7).

Diese Kritik kann auch an diese Studie angelegt werden: die Sicht und Beschreibung der Ereignisse nach der Wende lag zum Zeitpunkt der Befragung ca. 20-25 Jahre hinter den eigentlichen Ereignissen, eine entsprechend geglättete, reflektierte Darstellung der Ereignisse ist zu vermuten. Auch ein hohes Maß an Subjektivität liegt vor. Allerdings ist die Schilderung einer subjektiven Sichtweise auch gewollt, es geht primär um individuelle Erfahrungen und Beurteilungen der Ärzteschaft, um so – zusammengekommen mit quantitativen Erhebungen und anderen Beschreibungen in der Literatur – ein möglichst umfängliches Bild der damaligen Prozesse zu erhalten.<sup>82</sup>

Auch von Plato beschreibt die Notwendigkeit einer Erforschung subjektiver Ansichten – unter Zuhilfenahme solcher Ansichten könne Geschichte besser verstanden werden:

*„Es geht hier ja häufig gerade um die „Subjektivität“ in der Geschichte, und dazu bedarf es besonderer Quellen, die uns etwas über diese Subjektivität vermitteln können. Wer die Subjektivität der Quellen kritisiert, müsste in Wirklichkeit nicht die Quelle, sondern die Thematik als irrelevant kritisieren. Dies wäre jedoch mehr als fragwürdig, weil es hieße, ein, wenn nicht das wesentliche, Element aus der Geschichte zu eliminieren, nämlich Subjekte im Umgang mit den Zwängen und Möglichkeiten ihrer Zeit, ihre Sicht, ihre Erfahrung und schließlich ihre Verarbeitung zu vernachlässigen.“ (von Plato 2000: S. 8)*

Außerdem beschreibt er, dass Schriftdokumente ihrerseits ebenfalls aus subjektiver Motivation heraus entstanden seien und somit nicht rein objektiv bewertet werden könnten:

---

<sup>82</sup> Auch von Plato empfiehlt einen Methodenmix aus Aktenrecherche und Interview-Durchführung zu einer umfassenden Beleuchtung eines historischen Themas (vgl. von Plato 2000: S. 15)

*„Die Reduktion auf schriftliche Quellen allein ist – man muss es immer wieder betonen – in der Gefahr, Subjekte zu vernachlässigen auf eine scheinpositivistische Weise; denn nahezu alle Quellen der Historiographie sind subjektiv oder von Subjekten geschrieben, die in Interessenkonstellationen leben und arbeiten.“ (von Plato 2000: S. 25)*

Um bestimmte Ereignisse aus Interviewschilderungen heraus besser rekonstruieren zu können, sollte im Interview Raum für eine Rahmenerzählung gegeben werden, aus welcher heraus sich das Interviewmaterial zu bestimmten Fragestellungen besser interpretieren lässt (vgl. von Plato 2000: S. 17). Geeignet sei hierzu insbesondere die Frage nach der Lebensgeschichte des Interviewpartners:

*„Häufig bekommt man in lebensgeschichtlichen Interviews etwas zu hören, zu dem man keine Frage gestellt hatte, etwas wird in einem anderen Zusammenhang erzählt, was in der direkten Frage zu dieser Geschichte nicht beantwortet oder sogar verschwiegen worden war. Erinnerung funktioniert offensichtlich so, dass angewöhnte Beschränkungen des Gedächtnisses zu bestimmten Erlebnissen aus welchem Grunde auch immer eingeschliffen worden waren, die jedoch in anderen Zusammenhängen der Erinnerung ohne diese Art angewöhnter Einschränkungen weniger wirksam sind und deshalb erzählt werden können.“ (von Plato 2000: S.20)<sup>83</sup>*

Diese lebens(abschnitts)geschichtliche Erzählungen findet sich in dieser Studie im berufsbiographischen Intervieweinstieg wieder, der das Ziel verfolgte, entsprechende Narration zu generieren (vgl. hierzu 2.1.1).

Frommer und Rennie sprechen im Zusammenhang mit qualitativer Forschung von einer erforderlichen „doppelten Hermeneutik“, in welcher sich der Interviewer einerseits identifizierend in das Gegenüber hineinversetzen, andererseits das Erzählte möglichst objektiv betrachten müsse (vgl. Frommer und Rennie 2006: S. 213). Sie beschreiben, dass berechtigterweise Skepsis bzgl. der Unvoreingenommenheit des Forschers im Rahmen einer qualitativen Forschungsarbeit bestehe (vgl. Frommer und Rennie 2006: S. 214). Hier sei eine

---

<sup>83</sup> Vgl. hierzu auch Schütze 1976: S. 224-225, S. 227-228.



entsprechende Reflexion des Forschers über eigene Vorannahmen, emotionale Reaktionen etc. erforderlich (vgl. ebd.). Dies wurde in dieser Arbeit insbesondere in den Forschungskolloquien des ISMG umgesetzt, wo emotionale Reaktionen auf die Interviews (auch die Reaktionen der Mitbeteiligten am Forschungskolloquium auf die Transkripte) reflektiert wurden und inhaltliche und textliche Hintergründe diesen Reaktionen zugeordnet wurden. Dadurch konnten initial vorliegende Emotionen in Bezug auf das Textmaterial kognitiv analysiert werden und so weitere Erkenntnisse aus dem Interviewmaterial gewonnen werden.

#### 4.7 Ausblick

Diese Arbeit versteht sich als Wegweiser, in welche Richtung künftige Forschung noch gehen könnte, gerade, da in der Literatur auch 30 Jahre nach der Deutschen Einheit noch immer wenig Studien zu finden sind, die sich mit dieser Thematik beschäftigen. In den Ergebnissen dieser Arbeit zeigen sich mehrere Themen, die weiter beleuchtet werden könnten.

Interessant wäre die Perspektive westdeutscher Ärzte, die nach der Wende ebenfalls in der Situation waren, in die eigene Niederlassung zu gehen und Kredite aufzunehmen: waren ihre Empfindungen zum Gang in die Niederlassung ähnlich oder war die Sorge, in der eigenen Niederlassung bestehen zu können, geringer, da sie aus einer Kultur kamen, in der Kreditaufnahmen gängige Praxis waren? Wie nahmen sie den Gang in die Niederlassung insgesamt wahr?

Eine weitere interessante Perspektive ist jene der westdeutschen Ärzte, die damals in den Osten gingen: was waren ihre Motivationen, wie erlebten sie die ostdeutschen Ärzte und die Umbauprozesse? Was waren Gründe in Ostdeutschland zu bleiben, was waren Gründe, ggf. wieder zurück nach Westdeutschland zu gehen (dass dies geschah, wurde im Interviewmaterial beschrieben)?

Die Sichtweise dieser Studie könnte außerdem durch die Perspektive des Pflegepersonals ergänzt werden: spannend ist hier insbesondere eine im Interviewmaterial beschriebene zunehmende Autonomie des Pflegepersonals nach der Wende. Wurde dies bei den Pflegenden registriert? Welche Chancen und Herausforderungen sah das Pflegepersonal?

Weiter empirisch erweitern könnte man diese Studie auch durch die Sichtweise derjenigen Ärzte, die vor der Wende nach Westdeutschland flüchteten: wie nahmen sie den Einstieg in das westdeutsche Gesundheitssystem wahr? Wurde ihnen der Einstieg durch die (zu vermutende) hohe Affinität zum westdeutschen System erleichtert? Eine Parallele hierzu findet sich bei den Migrantenstudien von Shuval (Shuval 2000).

Ferner könnte die Patientenperspektive, nämlich die Wahrnehmung der Patienten bzgl. der medizinischen Versorgung im Systemwechsel und ihre Wahrnehmung zu Auswirkungen des Systemwechsels auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, noch erforscht werden.

Bemerkenswert ist, dass in der Literatur auch 30 Jahre später noch immer nicht Evaluierungsprozesse an allen Krankenhäusern beschrieben wurden (beispielsweise ist die diesbezügliche Literaturlage der Universitätsklinik Halle sehr dürftig). Generell findet sich eher Literatur zu Evaluierungsprozessen an ostdeutschen Hochschulkliniken, kaum Literatur zu Evaluierungsprozessen an normalen staatlichen Kliniken der DDR. Auch dies wäre ein noch auszuleuchtendes Forschungsfeld.

## 5. Zusammenfassung

Ziel dieser Studie war, in Zeitzeugeninterviews zu erheben, wie berufstätige Ärzte<sup>84</sup> die Transformationsprozesse im Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt nach 1990 wahrnahmen und für sich bewältigten.

Es wurden insgesamt 10 Interviews mit Ärzten durchgeführt, die zwischen 1989 und 1994 in Sachsen-Anhalt tätig waren. Jedes Interview bestand aus einem berufsbiographisch-narrativen Stimulus (Schütze 1983) und einem anschließenden Leitfadenabschnitt (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010) mit gezielten Fragestellungen zu den Transformationsprozessen im Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt nach der Wende. Die so gewonnenen Interviewdaten wurden wörtlich transkribiert und auf Basis der Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2007) ausgewertet.

In den Ergebnissen zeigten sich drei große Themenbereiche, die von den Interviewpartnern angesprochen wurden: die Wahrnehmung der Änderungen von Rahmen und Strukturen im Zuge der Wende; die Wahrnehmung der westdeutschen Dominanz und der Evaluierungsprozesse; Einflüsse der Wende auf die Arztrolle.

Durch Änderungen von Rahmen und Strukturen ergaben sich Chancen, wie z.B. neue medizinische Möglichkeiten, besserer internationaler wissenschaftlicher Austausch oder die Möglichkeit zum Gang in die eigene Niederlassung. Auf der anderen Seite wurden viele Unsicherheiten geschildert, z.B. finanzieller Art beim Gang in die eigene Niederlassung.

Wichtige Rahmenbedingungen waren geringe bürokratische Hürden beim Gang in die Niederlassung und Unterstützungsleistungen im ambulanten und stationären Bereich. Die vielseitige Unterstützung erfolgte systematisch, z.B. durch Kassenärztliche Vereinigungen, Berufsverbände, Pharmaunternehmen, und als Eigeninitiative.

Als ungerecht empfanden manche Ärzte eine wahrgenommene Bevorzugung westdeutscher Ärzte sowie die Konfrontation mit dem Vorurteil des „doofen Osis“. Die persönlich-ethischen Integritätsprüfungen und die fachlichen Evaluierungen an den Hochschulen wurden als sehr komplex und umstritten beschrieben.

---

<sup>84</sup> Wenn in dieser Arbeit von Ärzten, Patienten, etc. die Rede ist, gilt diese Form für alle Geschlechter, wenn es nicht explizit als geschlechterspezifisch gekennzeichnet wird.

In der ärztlichen Rolle wurde ein Autoritätsverlust beschrieben, der mit der Wende einherging. Er spiegelt sich in den Wahrnehmungen von Deprofessionalisierungs-Entwicklungen in der Literatur wider. In mehreren Interviews fanden sich kritische Stimmen zu zunehmenden ökonomischen Einflüssen auf das ärztliche Handeln – auch im stationären Bereich. Diese Stimmen spiegeln die aktuelle Ökonomisierungs-Kritik am Gesundheitswesen wider. Hingegen zeigten sich andere Merkmale der ärztlichen Rolle als systemunabhängig, die Wende überdauernd. Hierzu zählten u.a. das Gleichbleiben der grundlegenden medizinischen Tätigkeit sowie Motivation und Arbeitsethos als Antrieb ärztlichen Handelns. Außerdem waren haltgebende, kontinuierliche Arbeitsbeziehungen und Arzt-Patienten-Beziehungen über die Wende hinweg hilfreich. In der DDR hatten begrenzte Ressourcen das Improvisationsvermögen der Ärzteschaft gefördert, welches es den Ärzten in der Wendezeit erleichterte, neue Situationen und Veränderungen zu meistern.

Abschließend lässt sich sagen, dass alle interviewten Ärzte die Transformationsprozesse beruflich überstehen konnten und mit der Wende verbundene Unsicherheiten überwunden werden konnten. Dies spiegelt sich auch im gesamten Transformationsprozess wider, in dem das Gesundheitssystem bei laufender medizinischer Versorgung erfolgreich umgestellt werden konnte.

## 6. Literaturverzeichnis

Bohnsack, Ralf (2007): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 6. aktualisierte Auflage. Opladen/ Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Bollinger, Heinrich (2018): Deprofessionalisierung des Ärztestandes revisited. In: Sebastian Klinke und Martina Kadmon (Hg.): Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert. Profession oder Dienstleistung. Berlin und Heidelberg: Springer, S. 85 -102.

Bundesrepublik Deutschland: Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist. Online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG000100328](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG000100328), zuletzt geprüft am 25.11.2020.

Bundesrepublik Deutschland: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 u. 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048) geändert worden ist. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html>, zuletzt geprüft am 04.12.2020.

Bundesrepublik Deutschland: Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/BJNR142200002.html>, zuletzt geprüft am 08.02.2021.

Bundesrepublik Deutschland und Deutsche Demokratische Republik (Ausfertigungsdatum: 18.05.1990): Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik vom 18. Mai 1990 (BGBl. 1990 II S. 537), die durch Artikel 9 § 3 des Gesetzes vom 9. Juni 1998 (BGBl. I S. 1242) geändert worden ist, Artikel 22 (Gesundheitswesen) Absatz 2.

Bundesrepublik Deutschland und Deutsche Demokratische Republik (Ausfertigungsdatum: 31.08.1990): Einigungsvertrag vom 31. August 1990 (BGBl. 1990 II S. 889), die zuletzt durch Artikel 32 Absatz 3 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) geändert worden ist.

Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - integrierte Versorgung e.V.: Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Online verfügbar unter <https://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/>, zuletzt geprüft am 15.01.2020.

Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - integrierte Versorgung e.V. (2017): Nur auf den ersten Blick sind alle gleich... Die DDR-Polikliniken haben als sogenannte 311er Bestand. Online verfügbar unter <https://www.bmvz.de/presse/journalisten/%c2%a7%c2%a795-311-105-systematik/#311>, zuletzt geprüft am 15.01.2020.

Bundesverfassungsgericht, BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Februar 1997 - 1 BvR 1864/94 -, Rn. 1-93. In: BVerfGE 95, 193 - 219.

Bundeszentrale für politische Bildung: Makro-/Meso-/Mikroebene. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/296425/makro-meso-mikroebene>, zuletzt geprüft am 19.10.2020.

Clade, Harald (2010): Modernisierung im Kraftakt. In: Deutsches Ärzteblatt 107 (24), A1204-A1206. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=77050>, zuletzt geprüft am 25.11.2020.

Deppe, Hans-Ulrich (1993): Gesundheitspolitik im Kontext der deutschen Vereinigung und europäischen Integration. In: Hans-Ulrich Deppe, Hannes Friedrich und Rainer Müller (Hg.): Gesundheitssystem im Umbruch : Von der DDR zur BRD. Frankfurt (Main) und New York: Campus Verlag (Medizin und Gesellschaft), S. 9–37.

Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin e.V. Online verfügbar unter <https://www.ebm-netzwerk.de/de>, zuletzt geprüft am 12.12.2021.

DocCheck Flexikon: Arzt im Praktikum. Online verfügbar unter [https://flexikon.doccheck.com/de/Arzt\\_im\\_Praktikum](https://flexikon.doccheck.com/de/Arzt_im_Praktikum), zuletzt geprüft am 20.10.2020.

Dokumentationszentrum am Moritzplatz: Publikationen. Hg. v. Trägerverein Bürgerkomitee Magdeburg e.V. Online verfügbar unter <https://www.buergerkomitee.de/dokumentationszentrum/publikationen/>, zuletzt geprüft am 03.02.2021.

Felsch, M.; Friedrich, J.; Herting, G.; Wegener, C.; Wilhelm, J. (1991): Meinungen und Erwartungen der Ärzte des Bezirkes Halle zur Umgestaltung des Gesundheitswesens. In: Öff. Gesundh.-Wes. (53), S. 71–75.

Fickweiler, Freek; Fickweiler, Ward; Urbach, Ewout (2017): Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review. In: BMJ Open 7 (9), S. 1–12.

Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (2008): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH, S. 13–29.

Freidson, Eliot (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Unter Mitarbeit von Rohde, Johann Jürgen und Schoene, Wolfgang (Herausgeber). Stuttgart: Enke.

Frommer, Jörg; Rennie, David (2006): Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung. In: Psychother Psych Med 56 (5), S. 210–217. DOI: 10.1055/s-2006-932608.

Fuchs, Christoph; Nagel, Eckhard; Raspe, Heiner (2009): Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? In: Deutsches Ärzteblatt 106 (12), A554 - A557.

Geidel, Heinrich (2009): Poliklinik und medizinisches Versorgungszentrum – zwei Seiten einer Medaille. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103 (9), S. 561–563. DOI: 10.1016/j.zefq.2009.09.018.

Geidel, Heinrich; Gibis, Bernhard (2009): 20 Jahre Wiedervereinigung: Von der Poliklinik zum MVZ. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103 (9), S. 559–560. DOI: 10.1016/j.zefq.2009.09.023.

Geissler, Birgit (2013): Professionalisierung und Profession. Zum Wandel klientenbezogener Berufe im Übergang zur post-industriellen Gesellschaft. In: die hochschule. journal für wissenschaft und bildung (1), S. 19-32.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Disease-Management-Programme. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/>, zuletzt geprüft am 03.10.2020.

Gibis, Bernhard; Reuschenberg, Regina; Lubs, Susanne; Müller, Carl-Heinz (2009): Medizinisches Versorgungszentrum – Ausnahmefall oder Regelversorgung der Zukunft? Eine Bestandsaufnahme. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103 (9), S. 585–589. DOI: 10.1016/j.zefq.2009.09.015.

Hasenfuß, G.; Märker-Herrmann, E.; Hallek, M.; Fölsch, U. R. (2016): Initiative „KLUG ENTSCHEIDEN“. Gegen Unter- und Überversorgung. In: Deutsches Ärzteblatt 113 (13), A600 - A602.

Häussler, Bertram (1993): Das Betriebsgesundheitswesen in der ehemaligen DDR. In: Hans-Ulrich Deppe, Hannes Friedrich und Rainer Müller (Hg.): Gesundheitssystem im Umbruch : Von der DDR zur BRD. Frankfurt (Main) und New York: Campus Verlag (Medizin und Gesellschaft), S. 126–143.

Homepage des Mitteldeutschen Rundfunks (2020): Gesundheitswesen der DDR. Vom Elend der Krankenhäuser. Online verfügbar unter <https://www.mdr.de/zeitreise/stoebbern/damals/gesundheits330.html>, zuletzt geprüft am 05.12.2020.

Homepage von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: Zur Person. Online verfügbar unter <https://www.montgomery.de/person/zur-person/>, zuletzt geprüft am 02.12.2020.

Homepage von Volkswagen: Arbeiten bei Volkswagen. Online verfügbar unter <https://www.volkswagen-karriere.de/de/volkswagen-als-arbeitgeber.html>, zuletzt geprüft am 05.12.2020.

Institut für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Institut. Tätigkeitsprofil. Online verfügbar unter <https://www.hof.uni-halle.de/institut/taetigkeitsprofil/>, zuletzt geprüft am 02.12.2020.

Institut für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Institut. Leitung. Online verfügbar unter <https://www.hof.uni-halle.de/institut/leitung/>, zuletzt geprüft am 02.12.2020.

Jacobs, Klaus; Schröder, Wilhelm F.: Gesundheitszentren im Land Brandenburg. Zur Modernisierung ambulanter Angebotsstrukturen zwei Jahre nach der deutschen Vereinigung. In: Heinz-Harald Abholz, Dieter Borgers, Here Klosterhuis, Hagen Kühn, Andreas Reichelt, Rolf Rosenbrock et al. (Hg.): Gesundheitsmärkte. Hamburg: Argument Verlag (Jahrbuch für kritische Medizin, 19), S. 53–66.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.): Optionen und Kooperationsformen - MVZ. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/mvz.php>, zuletzt geprüft am 14.01.2020.

Kästner, Peter (2009): Die Polikliniken in der DDR am Beispiel der Poliklinik Dresden-Freudenstadt. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103 (9), S. 567–569.

Köditz, Horst (Sonderausgabe 2004): Die Hochschulmedizin in Magdeburg bis 1993. DIE ENTWICKLUNG DER MEDIZINISCHEN AKADEMIE. In: Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Hg.): 50 Jahre Hochschulmedizin in Magdeburg. Universitätsklinikum Magdeburg aktuell., S. 6–10.

Kumbier, E.; Haack, K. (2015): Hochschullehrer in der Sowjetischen Besatzungszone und DDR bis 1961. In: Nervenarzt 86 (5), S. 624–634. DOI: 10.1007/s00115-014-4218-0.

Küsters, Ivonne (2006): Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Hagener Studentexte zur Soziologie).

Land Sachsen-Anhalt: Gesetz zur Erneuerung der Hochschulen des Landes Sachsen-Anhalt (Hochschulernerneuerungsgesetz - HEG LSA). Vom 31. Juli 1991. In: Gesetz- und Verordnungsblatt Land Sachsen-Anhalt Nr. 19/1991, ausgegeben am 2.8.1991.

Land Sachsen-Anhalt: Hochschulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt. Vom 7. Oktober 1993. In: GVBl. LSA Nr. 44 /1993, ausgegeben am 12.10.1993.

Lieb, Klaus; Brandtönies, Simone (2010): Eine Befragung niedergelassener Fachärzte zum Umgang mit Pharmavertretern. In: Deutsches Ärzteblatt 107 (22), S. 392–398.

Lützenkirchen, Anne (1998): Die Transformation des Gesundheitsversorgungssystems in den neuen Bundesländern - Gewinne und Verluste für Medizinerinnen. In: Winfried Beck und Thomas Gerlinger (Hg.): Zwischenzeiten. 1. Aufl. Berlin, Hamburg: Argument-Verlag (Kritische Medizin im Argument, 30), S. 127–146.

Lützenkirchen, Anne (2004): Stärkung oder Schwächung ärztlicher Autonomie?: Die medizinische Profession und das Beispiel der evidenzbasierten Medizin aus soziologischer Sicht. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (98), S. 423–427.

Lützenkirchen, Anne E. (2001): "Geldmedizin macht krank!". Gesundheitssystementwicklung aus der Sicht ostdeutscher Ärztinnen und Ärzte : unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Versorgungsansätze. München: Rainer Hampp.



Maio, Giovanni (2008): Vom karitativen Dienst am Menschen zum Profitcenter? Zu den ethischen Grenzen der Marktorientierung in der Medizin. In: Medizinische Klinik 103 (6), S. 455–459.

Mau, Steffen (2020): DER OSTEN ALS PROBLEMZONE? Eine Skizze zur ostdeutschen Soziopolitik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte - Zeitschrift der Bundeszentrale für politische Bildung 70 (28-29), S. 11–16.

Mayring, Philipp (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Aufl. Weinheim: Beltz (UTB für Wissenschaft Pädagogik).

Mayring, Philipp (2010): Design. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 601-613.

Merten, Martina; Gerst, Thomas (2006): Wende im DDR-Gesundheitswesen 1989/90. Vom Westen viel Neues. In: Deutsches Ärzteblatt (10), S. 451-454.

Mieg, Harald A. (2016): Profession: Begriff, Merkmale, gesellschaftliche Bedeutung. In: Michael Dick, Winfried Marotzki und Harald Mieg (Hg.): Handbuch Professionsentwicklung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 27-40.

Mißbeck, Angela (2015): Neuanfang 1990: "Wer als Arzt etwas bewegen wollte, hatte alle Chancen". In: Ärzte Zeitung, 02.10.2015. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/panorama/article/895351/neuanfang-1990-arzt-etwas-bewegen-wollte-alle-chancen.html>, zuletzt geprüft am 11.09.2019.

N.N. (1990): DDR-Kredite: Banken wehren sich. In: Der Spiegel 1990 (33), S. 77. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13500420.html>, zuletzt geprüft am 23.02.2019.

N.N. (2009): Prinzipien, Finanzierung und Organisation des DDR-Gesundheitswesens. In: Ärzte-Zeitung, 09.11.2009. Online verfügbar unter [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gp\\_specials/special-mauerfall-20/article/574143/prinzipien-finanzierung-organisation-des-ddr-gesundheitswesens.html?sh=6&h=-1568164028](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/special-mauerfall-20/article/574143/prinzipien-finanzierung-organisation-des-ddr-gesundheitswesens.html?sh=6&h=-1568164028), zuletzt geprüft am 22.03.2017.

Nerdinger, Friedemann W.; Blickle, Gerhard; Schaper, Niclas (2008): Arbeits- und Organisationspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Neumann, Wolfram (Sonderausgabe 2004): Die Entwicklung zur Universität. TRADITION MIT ZUKUNFT. In: Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Hg.): 50 Jahre Hochschulmedizin in Magdeburg. Universitätsklinikum Magdeburg aktuell., S. 11–15.

Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: René König (Hg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3), S. 10–57.

Pasternack, Peer (2015): Akademische Medizin in der DDR. 25 Jahre Aufarbeitung 1990-2014. Leipzig: AVA, Akademische Verlagsanstalt (Hochschulforschung Halle-Wittenberg).

Perleth, M.; Lühmann, D.; Antes, G. (2006): Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin – DNEbM. In: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz, S. 278-282.

Plato, Alexander v. (2000): Zeitzeugen und die historische Zukunft. Erinnerung, kommunikative Tradierung und kollektives Gedächtnis in der qualitativen Geschichtswissenschaft - ein Problemaufriss. In: BIOS Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen 13 (1), S. 5–29.

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3., korrigierte Aufl. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).

Pusch, Thomas (2012): "... ist als psychisch auffällig einzuschätzen". In: Volksstimme, 02.06.2012. Online verfügbar unter [https://www.volksstimme.de/nachrichten/lokal/salzwedel/837044\\_...-ist-als-psychisch-auffaellig-einzuschaetzen.html](https://www.volksstimme.de/nachrichten/lokal/salzwedel/837044_...-ist-als-psychisch-auffaellig-einzuschaetzen.html), zuletzt geprüft am 03.02.2021.

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2009): 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Robra, Bernt-Peter (2016): Evidenz. In: Michael Dick, Winfried Marotzki und Harald Mieg (Hg.): Handbuch Professionsentwicklung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 193–202.

Roth, Heidi (2009 a): Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (I). In: Deutsches Ärzteblatt 106 (23), A 1190–A 1193.

Roth, Heidi (2009 b): Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (II). In: Deutsches Ärzteblatt 106 (24), A 1242–A 1246.

Sackett, David L.; Rosenberg, William M. C.; Gray, J. A. Muir.; Haynes, R. Brian; Richardson, W. Scott (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. In: BMJ 312, S. 71–72.

Schäfer, Daniel (2018): „Wir sind nicht angetreten als Solidarność der Ärzte“. In: Medizinhistorisches Journal 53 (1), S. 2–35.

Schirmer, Horst Dieter (1990): Die Bedeutung des Einigungsvertrags für den Arzt. Der Weg zur Rechtsvereinheitlichung auf dem Gebiet des ärztlichen Berufsrechts und des Kassenarztrechts. In: Deutsches Ärzteblatt 87 (40), A- 2966 - A-2972.

Schleicher, Marilene (1997): Die ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklungen – Gegenwärtige Lage – Vorstellungen für die Zukunft. In: Deutsches Ärzteblatt 94 (14), A-906 - A-911.

Schlote, Stephan (2015): 25 Jahre Aufbau Ost. Die Währung der Einheit. In: Deutsche Bank\_results (2), S. 34 - 37. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-bank.de/fk/de/magazine/results-archiv-2015.htm>, zuletzt geprüft am 12.09.2019.

Schreier, Margrit (2013): Qualitative Analyseverfahren. In: Walter Hussy, Margrit Schreier und Gerald Echterhoff (Hg.): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. 2., überarb. Aufl. Berlin und Heidelberg: Springer, S. 245–275.

Schumm-Draeger, Petra-Maria; Mann, Klaus; Müller-Wieland, Dirk; Fölsch, Ulrich R. (2016): Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. DGIM Positionspapier warnt vor Gewinnstreben in der Klinikmedizin. In: Dtsch Med Wochenschr 141, S. 1183–1185.

Schütze, Fritz (1976): Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung : dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. In: Ansgar Weymann und Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Kommunikative Sozialforschung: Alltagswissen und Alltagshandeln, Gemeindeforschung, Polizei, politische Erwachsenenbildung. München: Fink, S. 159–260. Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-56350>, zuletzt geprüft am 18.05.2016.

Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis 13 (3), S. 283–293. Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-53147>, zuletzt geprüft am 05.12.2020.

Schulz, Wolfgang: Arzt verrät Patienten und versorgt die Stasi mit Blanko-Krankenscheinen. In: Volksstimme (23.06.2012). Online verfügbar unter [https://www.volksstimme.de/nachrichten/sachsen\\_anhalt/852817\\_Arzt-verraet-Patienten-und-versorgt-die-Stasi-mit-Blanko-Krankenscheinen.html](https://www.volksstimme.de/nachrichten/sachsen_anhalt/852817_Arzt-verraet-Patienten-und-versorgt-die-Stasi-mit-Blanko-Krankenscheinen.html), zuletzt geprüft am 04.12.2020.

Shuval, Judith T. (2000): The reconstruction of professional identity among immigrant physicians in three societies. In: Journal of Immigrant Health 2 (4), S. 191–201.

Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber.

Smith, Pete (2008): Ärzte im Dienst der Stasi - "man blickt hier in einen Abgrund tiefster Morallosigkeit!". In: Ärzte Zeitung, 18.11.2008. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Aerzte-im-Dienst-der-Stasi-man-blickt-hier-in-einen-Abgrund-tiefster-Morallosigkeit-360278.html>, zuletzt geprüft am 03.02.2021.

Spura, A.; Werwick, K.; Robra, B.-P.; Stallmann, C.; March, S.; Ladebeck, N. et al. (2019): What understanding of economics do medical students have? In: GMS Journal for Medical Education 36 (4).

Steinke, Ines (2008): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH, S. 319–331.

Swick, Herbert M. (2000): Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. In: Academic Medicine 75 (6), S. 612–616.

taz, die tageszeitung (2014): 25 Jahre Stasi-Aufklärung. Das Schweigen der Ärzte. In: taz, die tageszeitung, 04.12.2014. Online verfügbar unter <https://taz.de/25-Jahre-Stasi-Aufklaerung/!5027116/>, zuletzt geprüft am 05.12.2020.

Unschuld, Paul U. (1999): Standesberuf Arzt. Medizin als „profession“. In: Deutsches Ärzteblatt 96 (1-2), A-35 -39.

Vilmar, Karsten (1990): Wieder eine Ärzteschaft - Gemeinsame Probleme, Gemeinsame Zukunft. In: Deutsches Ärzteblatt 87 (40), A-2961 - A-2964.

Vogd, Werner (2006): Verändern sich das Handeln und Entscheiden der Krankenhausärzte mit den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen? Ergebnisse einer rekonstruktiven Längsschnittstudie. Beitrag für den Themenschwerpunkt "Medizinische Professionalität unter veränderten Rahmenbedingungen". In: Sozialer Sinn 7 (2), 197-131 (Onlineversion: 1-27). Online verfügbar unter [www.werner-vogd.de/Werner\\_Vogd.html](http://www.werner-vogd.de/Werner_Vogd.html), zuletzt geprüft am 13.09.2019.

Walter Süß: Amt für Nationale Sicherheit (AfNS). Hg. v. Der Bundesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (BStU). Online verfügbar unter <https://www.bstu.de/mfs-lexikon/detail/amt-fuer-nationale-sicherheit-afns/#:~:text=Amt%20f%C3%BCr%20Nationale%20Sicherheit%20%28AfNS%29%20Die%20Umwandlung%20des,Zum%20Leiter%20des%20Amtes%20wurde%20Wolfgang%20Schwanitz%20gew%C3%A4hlt.,> zuletzt geprüft am 01.12.2020.

Wasem, Jürgen (1995): Systemwechsel in der ambulanten ärztlichen Versorgung — Erklärungen aus der Perspektive der ostdeutschen Ärzte. In: J Public Health 3 (4), S. 293–310. DOI: 10.1007/BF02960043.

Wasem, Jürgen (1997): Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Frankfurt/Main: Campus-Verl. (Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln, 31).

Wikipedia - Die freie Enzyklopädie: Hans-Albrecht Freye. Online verfügbar unter [https://de.wikipedia.org/wiki/Hans-Albrecht\\_Freye](https://de.wikipedia.org/wiki/Hans-Albrecht_Freye), zuletzt geprüft am 01.12.2020.

Wikipedia - Die freie Enzyklopädie: Jürgen Möllemann. Online verfügbar unter [https://de.wikipedia.org/wiki/J%C3%BCrgen\\_M%C3%B6llemann](https://de.wikipedia.org/wiki/J%C3%BCrgen_M%C3%B6llemann), zuletzt geprüft am 01.12.2020.

Wikipedia - Die freie Enzyklopädie: Werner Sobetzko. Online verfügbar unter [https://de.wikipedia.org/wiki/Werner\\_Sobetzko](https://de.wikipedia.org/wiki/Werner_Sobetzko), zuletzt geprüft am 01.12.2020.

Wikipedia - Die freie Enzyklopädie: Wolfram Neumann. Online verfügbar unter [https://de.wikipedia.org/wiki/Wolfram\\_Neumann](https://de.wikipedia.org/wiki/Wolfram_Neumann), zuletzt geprüft am 02.12.2020.

Wilhelm, Jürgen; Felsch, Marion; Herting, Gabriele; Pilz, Stefan (1993): >>Vorwärts und nicht vergessen...?<<. - Ärzte im Umbruch: Meinungen zu Perspektiven, Chancen und Gefahren eines gemeinsamen Gesundheitswesens im Spiegel der Niederlassung. In: Hans-Ulrich

Deppe, Hannes Friedrich und Rainer Müller (Hg.): Gesundheitssystem im Umbruch : Von der DDR zur BRD. Frankfurt (Main) und New York: Campus Verlag (Medizin und Gesellschaft), S. 144–194.

Wissenschaftsrat (1990): Perspektiven für Wissenschaft und Forschung auf dem Weg zur deutschen Einheit. Zwölf Empfehlungen. Drs. 9847/90. Köln.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): müssen und können wir uns entscheiden? In: Deutsches Ärzteblatt 97 (15), A-1017 - A-1023.

## Danksagungen

Ich danke ganz besonders allen interviewten Ärztinnen und Ärzten für die Bereitschaft der Teilnahme an dieser Studie und die interessanten Gespräche. Ohne sie wäre diese Forschungsarbeit nicht möglich gewesen.

In besonderer Weise danke ich meinem Doktorvater Professor Bernt-Peter Robra für die ausgezeichnete Betreuung des Dissertationsprojektes, die große Geduld im Rahmen des Forschungsprozesses und die vielen hilfreichen Hinweise und Ratschläge.

Ebenso danke ich Frau Dr. Anke Spura sehr für die hervorragende, umfassende Betreuung während des gesamten Forschungsprojektes, ihr offenes Ohr in allen Angelegenheiten, die vielen hilfreichen Ratschläge und die Supervision im kompletten Forschungsprozess.

Vielen Dank auch Frau Manuela Schneemann für die Mithilfe bei der Transkription mehrerer Interviews und die vielen Stunden der damit verbundenen Arbeit.

Ich bedanke mich für die Förderung durch ein Promotionsstipendium der Medizinischen Fakultät, wodurch mir die Möglichkeit gegeben wurde, intensiviert an der Dissertation zu arbeiten.

Besonderer Dank gilt auch den beiden Leiterinnen Frau Dr. Anke Spura und Frau Dr. Astrid Eich-Kroh, sowie allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Forschungs-Kolloquiums „Qualitative Forschung zu Medizin, Gesundheit und Krankheit“ am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität (Anne Bretschneider, Julia Cheyre, Matthias Dörfler, Stefan Götze, Marc Gottschalk, Theresa Huke, Matthias Kleinke, Oliver Normann, Melanie Rentzsch, Gregor Stallmann und Florian Wanwitz) für die inspirierende und wertschätzende Analysearbeit im Rahmen des Forschungs-Kolloquiums. Diese Zusammenarbeit hat meinen eigenen analytischen Horizont sehr bereichert.

Auch den Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Methodenworkshops am Zentrum für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung an der Fakultät für Humanwissenschaften der OvGU vom Februar 2015 und Februar 2017 danke ich für die inspirierenden Analysen im Gespräch über zwei (auszugsweise) Interviewtranskripte.

Ich danke außerdem meiner Familie für alle Ermutigung und Unterstützung während des Dissertationsprojektes, sowie meinem Ehemann für alle Unterstützung und die mit dem Forschungsprojekt verbundenen Entbehrungen bezüglich nicht-gemeinsam verbrachter Wochenenden, Urlaube und Feierabende.

## Ehren-Erklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

„Der Wandel der medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland 1990 im Spiegel ärztlicher Berufsbiographien“

im Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

mit Unterstützung durch Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra, M.P.H (Emeritus) und Dr. phil. Anke Spura

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Im Kurzreferat am Anfang dieser Arbeit habe ich mich an meinem Abstract von 2017 (Seichter et al. 2017)<sup>85</sup> orientiert.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht.

Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Laubach, den 21.12.2021

Unterschrift

---

<sup>85</sup> Seichter, L. M.; Spura, A.; Robra, B. P. (2017): Transformationsprozesse nach 1990 im Gesundheitswesen Sachsen-Anhalts aus ärztlicher Perspektive - eine qualitative Studie. In: *Das Gesundheitswesen: Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, medizinischer Dienst, public health, öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung* 79 (8/9), Abstract V-211, S. 718.



## Darstellung des Bildungsweges

Der Lebenslauf ist in der Version aus Datenschutzgründen nicht enthalten.

Der Lebenslauf ist in der Version aus Datenschutzgründen nicht enthalten.

# Anlagen

## Anlage I: Berufsbiographisch-narrative Einstiegsfrage und Leitfadenfragen

### 1. Einstiegsfrage:

- Können Sie mir erzählen, wie Ihr beruflicher Werdegang aussah, nachdem Sie das Medizinstudium beendet hatten?

### 2. Fragen zu Prozessen nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland, die im Rahmen des Leitfaden-Interviews untersucht werden sollen:

- Wenn Sie an den Zeitraum von 1989 bis Mitte der 90er Jahre denken: welche beruflichen Herausforderungen und Chancen gab es für Sie persönlich?
- Welche Erwartungen oder Befürchtungen hatten Sie?

Welche personellen Konsequenzen gab es in Ihrer Klinik? Änderte sich etwas in der Kooperation zu anderen Ärzten (insb. niedergelassenen)?

- Welche Unterstützung/ Beratung gab es auf kollegialer Ebene? Welche auf Systemebene? Durch welche Institutionen (Ärzttekammer, Berufsverbände, Pharmaindustrie, Krankenkassen, Politik, ...)?
- Welche Auswirkungen hatten die Umstrukturierungsprozesse auf Fortbildungsbedarf oder Zusatzqualifizierungen?
- Welche Folgen hatte die Änderung der Rahmenbedingungen für die Patienten?
- Können Sie sich an einen Patienten erinnern, der in besonderer Weise durch die Umstrukturierung betroffen war?

### 3. Fragen im Rückblick:

- Wenn Sie heute – ca. 25 Jahre nach der Vereinigung- auf die Transformationsprozesse zurückblicken: wie beurteilen Sie diese (z.B. in Art und Weise der Umsetzung, in Auswirkung auf Patienten und Akteure im Gesundheitswesen)?
- Welche Chancen haben Sie wahrnehmen können? Welche nicht? Was an Ihrer ärztlichen Tätigkeit ist unverändert geblieben?

Wenn Sie an künftige Gesundheitsreformen denken, welche Bedingungen sollten dabei beachtet werden? Welche Fehler können vermieden werden?

## Anlage II: Teilnehmerinformationen und Formular der Einverständniserklärung

Medizinische Fakultät, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

### Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung

### Institut für Sozialmedizin Gesundheitsökonomie

Louisa Marie Seichter

#### Institutsdirektor

Prof. Dr. Bernt-Peter Robra

Otto-von-Guericke-Universität

Medizinische Fakultät

Leipziger Str. 44

### Teilnehmerinformation: „Der Wandel der medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland 1990 im Spiegel fachärztlicher Berufsbiographien“

Sehr geehrte Ärztinnen und Ärzte,

wir bitten Sie für die oben genannte Studie um Ihre Hilfe.

#### Zweck der Studie

Die Studie untersucht Umstrukturierungsprozesse des sachsen-anhaltischen Gesundheitswesens nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland. Grundlage hierfür bilden Interviews mit Fachärzten, die diese Entwicklung in ihrem aktiven Berufsleben erlebt und mitgestaltet haben (Zeitzeugen). Ihre Wahrnehmungen, Erfahrungen und Beurteilungen sollen dokumentiert werden. Ziel dieser Arbeit ist es, die Transformationsprozesse aus der Akteursperspektive besser zu verstehen. Darüber hinaus wird in die Befragung auch eine Beurteilung des heutigen Gesundheitssystems einfließen. Erwartet werden Anhaltspunkte für eine gute Vorgehensweise bei künftigen Umstrukturierungsprozessen im Gesundheitswesen.

#### Ablauf der Studie

Die Studie basiert auf Interviews, in denen Fachärzte, die zur Zeit der DDR in Sachsen-Anhalt tätig waren, gebeten werden, über ihren beruflichen Werdegang im Rahmen der Umgestaltung des ostdeutschen Gesundheitssystems nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland zu berichten.

Wenn Sie an der Studie teilnehmen möchten, werden Interviewtermin und -ort mit Ihnen vereinbart. Vor Beginn des Interviews werden Sie um eine Einverständniserklärung gebeten. Die Befragung dauert ungefähr eine Stunde. Wenn Sie zustimmen, wird das Interview auf einem Tonträger aufgezeichnet, gespeichert und anschließend gemeinsam mit anderen Interviews ausgewertet. Sämtliche Daten werden dabei vertraulich behandelt und verschlüsselt.

#### Im Rahmen des Interviews angesprochene Themenkomplexe

Zur Einordnung der Transformationsprozesse im Gesundheitswesen, die Sie persönlich erlebten, beginnt das Interviewgespräch mit einer Darstellung Ihres beruflichen Werdeganges.

Der zweite Teil des Interviews bezieht sich auf Ihren Umgang mit Umstrukturierungsprozessen im Gesundheitswesen zu Beginn der 1990er Jahre in Ihrem ganz konkreten Arbeitsfeld, etwa:

- Umgang mit den Erfordernissen eines sich umstrukturierenden Gesundheitswesens
- Formen der Zusammenarbeit, Unterstützung und Beratungsangebote
- Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten und Patientinnen
- Auswirkungen auf die ärztliche Profession.

Schließlich erbitten wir Ihre Einschätzung zu zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen für das Gesundheitswesen vor Ihrem Erfahrungshintergrund.

### **Risiken und Rechte der Teilnehmer**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Teilnehmer beantworten nur die Fragen, die sie beantworten möchten. Sie können das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen. Sollten sich Teilnehmer nach dem Interview entscheiden, nicht weiter an der Studie teilnehmen zu wollen, so wird das Interviewmaterial gelöscht und nicht ausgewertet. Daraus entstehen Ihnen keine Nachteile.

Den Befragten und den Einrichtungen, in denen sie tätig waren oder sind, wird ein Pseudonym gegeben, so dass eine Identifizierung der Studienteilnehmer auf Grund von Angaben zu deren Identität nicht möglich ist. Da im Rahmen des Interviews Aussagen getroffen werden könnten, die trotz Maskierung der Identität rein aufgrund der inhaltlichen Schilderung Rückschlüsse auf die Person zulassen (z.B. durch Bekannte aus dem eigenen Umfeld, ehemalige Kollegen oder andere Personen mit Zusatzwissen), kann keine vollständige Anonymität gewährleistet werden. Die Rahmenbedingungen der Studie sollen aber dazu führen, dass möglichst keine Zuordnung der Angaben zu bestimmten Personen stattfinden kann.

Gespeichertes Interviewmaterial wird Passwort-geschützt aufbewahrt und ist für Dritte nicht zugänglich. Projektleiter und Mitarbeiter der Studie sind zum Schweigen verpflichtet. Daten, wie z.B. Adresse oder Telefonnummer, werden vom Interviewmaterial getrennt aufbewahrt und an Dritte nicht weitergegeben. Sprachaufzeichnungen werden nach Abschluss der Auswertung gelöscht. Transkripte der Interviews werden 10 Jahre aufbewahrt und anschließend vernichtet.

### **Möglicher Nutzen für die Allgemeinheit, medizinisches Versorgungssystem und Studienteilnehmer**

In der heutigen Zeit finden immer wieder Anpassungsprozesse des Gesundheitssystems und Reformen statt. Die Studie soll dazu dienen, am Beispiel der Transformation des Gesundheitswesens nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland die Perspektive von Fachärzten in Änderungsprozessen zu untersuchen. Anliegen der Studie ist, dass die Wahrnehmungen, Erfahrungen und Bewertungen der beteiligten Fachärzte für künftige Umstrukturierungsprozesse zur Kenntnis genommen und beachtet werden. Die Ergebnisse der Studie können in Medizinischen Fachzeitschriften oder Publikationen erscheinen, eine Anonymisierung der Studienteilnehmer wird hierbei angestrebt (siehe oben).

Diese Studie wird geleitet von Prof. Dr. med. Robra. Die Interviews führt die Doktorandin Louisa Seichter durch.

Wenn Sie Fragen zur Studie oder Ihrer Teilnahme haben, wenden Sie sich bitte an:

Louisa Marie Seichter    Telefon: 0177-456 3852  
Leipziger Straße 44    Email: [louisa.seichter@st.ovgu.de](mailto:louisa.seichter@st.ovgu.de)  
Haus 2/120  
39120 Magdeburg

Mit freundlichen Grüßen,

Louisa M. Seichter

**Der Wandel der medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland 1990 im Spiegel fachärztlicher Berufsbiographien**

Einverständniserklärung des Teilnehmers

**Vom Studienteilnehmer eigenhändig auszufüllen.**

Name in Druckbuchstaben:

---

1. Hiermit erkläre ich mich einverstanden an der Studie teilzunehmen. Ich kann mein Einverständnis jederzeit zurückziehen. In diesem Fall werden alle meine Daten und Angaben gelöscht.

---

Unterschrift

Datum, Ort

2. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Interview aufgezeichnet, gespeichert und verschriftlicht wird. Die Auswertung erfolgt unter einem Pseudonym. Sprachaufzeichnungen werden nach Abschluss der Auswertung gelöscht, Transkripte nach 10 Jahren vernichtet.

---

Unterschrift

Datum, Ort

Anlage III: Votum der Ethikkommission zum Forschungsprojekt  
(Referenznummer 85/14)





Ethik-Kommission, Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Leipziger Str. 44 Haus 28, 39120 Magdeburg

Herrn Prof. Dr. Robra, Frau Seichter  
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie  
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.  
Leipziger Str. 44

39120 Magdeburg

Ethik-Kommission der  
Otto-von-Guericke-  
Universität an der  
Medizinischen Fakultät und  
am Universitätsklinikum  
Magdeburg A.ö.R.

Univ.-Prof. Dr. med. Christof Huth  
Vorsitzender

Dr. med. Norbert Beck  
Geschäftsführer

Telefon: +49 391 67-14314  
Telefax: +49 391 67-14354  
elektr.Fax: +49 391 67-290185  
eMail: ethikkommission@ovgu.de

Datum  
23.07.2014

Unser Zeichen: Unser Zeichen: **85/14**

**Der Wandel der medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland 1990 im Spiegel fachärztlicher Berufsbiographien**

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Robra, sehr geehrte Frau Dr. Seichter,


die Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät und am Universitätsklinikum Magdeburg hat die übergebenen Unterlagen zur o. g. Studie überprüft, in der letzten Kommissionssitzung eingehend erörtert und ist zu der Auffassung gekommen, dass gegen die Durchführung keine ethischen Bedenken bestehen. Diese **zustimmende Bewertung** ergeht unter dem Vorbehalt gleichbleibender Gegebenheiten.

Die Verantwortlichkeit des jeweiligen Prüfwissenschaftlers / behandelnden Prüf arztes bleibt in vollem Umfang erhalten und wird durch diese Entscheidung nicht berührt. Alle zivil- oder haftungsrechtlichen Folgen, die sich ergeben könnten, verbleiben uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen Mitarbeitern.

Beim Monitoring sind die Bestimmungen des Bundes- und Landesdatenschutzgesetzes sowie die sich aus der ärztlichen Schweigepflicht ergebenden Einschränkungen zu beachten, was eine Aushändigung kompletter Patientenakten zum Monitoring ausschließt. Ein Monitoring personen- und studienbezogener Daten wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Um die Übersendung von studienbezogenen Jahresberichten / Abschlussberichten / Publikationen wird unter Nennung unserer Registraturnummer gebeten.

Mit freundlichen Grüßen

  
(i. A. Dr. med. Norbert Beck, Geschäftsführer)  
Prof. Dr. med. C. Huth  
Vorsitzender der Ethik-Kommission

**Ethik-Kommission**  
der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät  
und am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.  
Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. med. C. Huth

#### Anlage IV: Tabellen mit Kodiereinheiten, Paraphrasen und Abstraktionen

Da das Datenmaterial der Tabellen mit Kodiereinheiten, Paraphrasen und Abstraktionen das Fassungsvermögen dieses Dokumentes sprengen würde, finden sie sich auf der CD, welche der gedruckten Version dieser Arbeit beiliegt.