



Zwischen Medizin und Ökonomie. Erwerbsbiografische Studien zu Veränderungen im schweizerischen Gesundheitswesen

10

Peter Streckeisen

Zusammenfassung

Der Beitrag deutet den Erkenntniswert der Biografieforschung für wirtschaftssoziologische Analysen des Gesundheitswesens an. Gerade die Ökonomie der Konventionen könnte sich dadurch um ein Forschungsinstrumentarium anreichern, das sich zur Erforschung der Akteure ökonomischer Koordination ebenso eignet wie zur Analyse der Bedeutung ökonomischer Wissensformen im Rahmen bestimmter Konventionen. Die Ausführungen stützen sich auf eine explorative Studie zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens in der Schweiz. Mit 14 einflussreichen Experten und Verantwortungsträgern wurden erwerbsbiografische Interviews geführt. Die Biografien von vier befragten Ärzten mit ausgeprägter Berufung zur Gestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens werden diskutiert. In der abschließenden Diskussion werden die Erkenntnisse im Vergleich mit wirtschaftssoziologischen Untersuchungen des Gesundheitswesens in den USA und Frankreich eingeordnet. Es zeigt sich, dass durch die erwerbsbiografische Perspektive zusätzliche Aspekte in den Blick kommen, die mit den herkömmlichen Konzepten und Methoden der Wirtschaftssoziologie nicht erfasst werden können.

Dieser Beitrag basiert auf einer Übersetzung und Bearbeitung von Streckeisen (2021).

P. Streckeisen (✉)
ZHAW Soziale Arbeit, Zürich, Schweiz
E-Mail: stci@zhaw.ch

10.1 Einleitung

Die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung Mitte der 1990er Jahre wird gemeinhin als wichtiger Ausbauschnitt in der Geschichte des schweizerischen Sozialstaats betrachtet. Dieser Beitrag geht auf Distanz zur vorherrschenden politikwissenschaftlichen Perspektive und situiert das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) im Kontext der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Unterschiedliche Facetten dieses Prozesses wurden durch erwerbsbiografische Interviews mit Schlüsselakteuren explorativ erforscht (Streckeisen 2017). Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse präsentiert und aus wirtschaftssoziologischer Perspektive diskutiert. Der folgende Teil erläutert die erwerbsbiografische Forschungsperspektive und bezieht diese auf das Thema der Ökonomisierung (Abschn. 10.1). Danach wird die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung im Kontext der Ökonomisierung verortet (Abschn. 10.2). Es folgt eine exemplarische Vertiefung der Analyse am Beispiel von vier Ärzten, die im Rahmen dieser Studie befragt wurden (Abschn. 10.3). In der vergleichenden Diskussion werden die Ergebnisse anhand von ausgewählten Publikationen zum Gesundheitswesen in den USA und Frankreich gespiegelt (Abschn. 10.4). Der Beitrag schließt mit einem kurzen Plädoyer, wirtschaftssoziologische Untersuchungen durch erwerbsbiografische Studien zu bereichern. Für die Ökonomie der Konventionen würde daraus ein doppelter Gewinn resultieren: Sie gewänne sowohl einen Ansatz zur Untersuchung der Akteure ökonomischer Koordination als auch ein Instrumentarium zur Ausdifferenzierung der ökonomischen Wissensformen, welche für einzelne Konventionen von Bedeutung sind.

10.2 Erwerbsbiografische Studien über Ökonomisierung

Die Ausgabe 22 des 91. Jahrgangs der Schweizerischen Ärztezeitung enthält einen eindrücklichen Nachruf auf einen außergewöhnlichen Arzt. Verstorben war Hans Heinrich Brunner, seines Zeichens ehemaliger Präsident der ärztlichen Landesgesellschaft FMH und Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheitswesen BAG. Dass es sich hierbei nicht um eine ganz gewöhnliche Existenz gehandelt hatte, lassen die folgenden Sätze anklingen:

Gedanken an Leben und Tod Hans Heinrich Brunners spannen die Assoziation an ein antikes Drama. Heroische, in unerbittliche Kämpfe verwickelte Gestalten, übermenschliche Kraftanstrengungen, Mut, Zorn, List und Tücke, das Streben nach dem Absoluten, mythische Überhöhungen und die Konfrontation mit den unverrückbaren

Wahrheiten des Menschseins: Von alldem war auch dieses Leben gefüllt (Heuss 2010, S. 843).

Der Nachruf zeichnet das Bild eines Mannes, „der auch in der Körperlichkeit ein Titan [war]. Ein Fels von einem Mann“ (Heuss 2010, S. 843). Als Standespolitiker und Spitzenbeamter prägte er das Gesundheitswesen entscheidend mit, ohne seinen über alles geliebten Beruf zu verlassen:

Er war mit Leib und Seele Arzt. Sowohl als FMH-Präsident wie auch als Vizedirektor des BAG behielt er ein Teilzeitpensum als Oberarzt auf der Notfallstation des Inselspitals. [...] Ein übermenschliches Pensum hat er sich oft zugemutet: tagsüber politische Verhandlungen, nachts Dienst auf der Notfallstation, dazwischen vier Stunden Schlaf, zur Entspannung die Lektüre von Heidegger und am Wochenende eine Bergtour (Heuss 2010, S. 845).

Angetrieben war Brunner von dem Ziel, „die Unabhängigkeit und Handlungskompetenz der Ärzteschaft im politischen Raum zu erhalten und zu stärken“ (Heuss 2010, S. 844). Die Zeichen der Zeit brachten ihn allerdings dazu, der Ärzteschaft auch unpopuläre Medizin zu verordnen, etwa die Einführung des Ärztetarifs TARMED, der dazu dienen sollte, das gesamte Tarifwesen auf eine „rationale, betriebswirtschaftliche Basis zu stellen“ (Heuss 2010, S. 844). Das Engagement des Verstorbenen für den TARMED, dessen Aushandlung sich über ein Vierteljahrhundert hinzog, und der im Nachruf als Brunners eigentliches Lebenswerk bezeichnet wird, wurde von zahlreichen Ärzten nicht verstanden.

Das Generieren, Vergleichen und Kompilieren von Datenströmen schien gelegentlich zu einer ‚idée fixe‘ zu werden, die seine Umgebung zunehmend vor den Kopf stieß (Heuss 2010, S. 845).

Brunner aber ließ sich nicht beirren.

Nein, er wollte, er suchte das Ganze. In gewissem Sinn war er ein später Nachfolger der Aufklärung, der versuchte, der Vernunft Raum zu schaffen, indem er dem unübersichtlichen Chaos des Gesundheitswesens eine gewiss nicht göttliche, aber zumindest innere Ordnung zu entlocken versuchte. So vertiefte er sich in Studium und Entwicklung von medizinischen Leistungs-, Qualitäts- und Versorgungssystemen, untersuchte das ‚medical decision making‘ und absolvierte in den USA nebenher ein Masterstudium an der Harvard School of Public Health, um sich den theoretischen und auch akademischen Unterbau seiner gesundheitsökonomischen Visionen zu verschaffen (Heuss 2010, S. 844-845).

Der zitierte Nachruf enthält wohl alle notwendigen Elemente, um die gegenwärtigen Transformationen des Gesundheitswesens an Hand des Schicksals der

praktizierenden Ärzteschaft erzählen zu können. Noch einmal scheint die heroische Figur des Arztes als Einzelkämpfer auf, der im Praxis- und Spitalalltag, und erst recht natürlich im politischen Kampf um die Stellung der organisierten Ärzteschaft, übermenschliche Leistungen vollbringt. Zugleich klingt ein neues Zeitalter an, in dem das gesamte Gesundheitswesen auf eine betriebswirtschaftliche Basis und das ärztliche Handwerk auf den Prüfstein der großen Datenströme und des „medical decision making“ gestellt wird. Brunner verkörperte beides, und gerade dies führte dazu, dass er in der Ärzteschaft ebenso bewundert wie missverstanden wurde. Wenn es denn wahr ist, dass in Nachrufen Angehörige einer Generation nicht nur über die verstorbene Person, sondern zwischen den Zeilen auch über sich selbst und die eigene Gruppe sprechen, so dürfen wir dennoch das Bild des Titanen nicht als repräsentativ für die heutige Ärzteschaft betrachten. Es ist eine offene Frage, in welchem Ausmaß sich gerade jüngere Angehörige der Profession mit einer Figur wie Hans Heinrich Brunner noch identifizieren wollen und können. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Tatsache, dass inzwischen eine ausgeprägte Feminisierung des Berufs stattgefunden hat und immer mehr Ärzte und Ärztinnen in Gruppenpraxen tätig sind.

Wäre Brunner nicht 2010 verstorben, hätte ich selbstverständlich versucht, ein erwerbsbiografisches Interview mit ihm zu führen. Der vorliegende Beitrag beruht auf solchen Interviews mit 14 Personen, die als ProtagonistInnen im schweizerischen Gesundheitswesen betrachtet werden können und meist seit dreißig, vierzig oder sogar mehr Jahren in diesem Bereich tätig sind: VerantwortungsträgerInnen in staatlichen Abteilungen, Spitälern oder Krankenkassen ebenso wie bekannte ExpertInnen, BeraterInnen oder PolitikerInnen (Streckeisen 2017). Deren Erzählungen beleuchten unterschiedliche Facetten der Veränderungen der letzten Jahrzehnte. Da sich in einem relativ kleinen Land wie der Schweiz ab einer gewissen Stufe des Einflusses alle persönlich kennen, nehmen sie auch oftmals Bezug aufeinander. Dennoch entsteht nicht einfach ein einheitliches Bild, wenn die Erzählungen zusammengefügt und verglichen werden. Während die im obigen Nachruf zitierte Lebensgeschichte etwa auf die ökonomische Infragestellung des freien Ärzteberufs verweist, steht in der Erzählung des Krankenkassendirektors die Verwandlung der einstmaligen gemeinnützigen Versicherungseinrichtungen in betriebswirtschaftlich geführte Wirtschaftsunternehmen im Fokus. Während sich der ehemalige Vizedirektor des Bundesamts für Sozialversicherungen erinnert, wie ab den 1970er Jahren die ersten Ökonomen in seiner Verwaltungsabteilung eingestellt wurden, erzählt der heute renommierte Gesundheitsökonom, dass sich früher unter den Ökonomen kaum jemand für das Gesundheitswesen interessierte. Während der aus der Privatwirtschaft kommende Spitaldirektor behauptet, dass er sich als erster weit und breit CEO nennen und

unternehmerisch wie kein Zweiter agieren konnte, erinnert sich seine Kollegin vom Universitätsspital an einen Aufstand der Ärzte, der sie beinahe zum Rücktritt gezwungen hätte. Und während der emeritierte Professor für Gesundheitsökonomie klagt, die längst bekannten notwendigen Reformen im Gesundheitswesen würden immer noch nicht umgesetzt, berichtet die Präsidentin des Berufsverbands der Pflegekräfte vom drastischen, an ökonomischer Rationalisierung orientierten Wandel des Spitalbetriebs, der das Berufsethos der Pflege grundlegend infrage stelle.

Die Aufzählung verweist darauf, dass das Gesundheitswesen ein Feld darstellt, in dem die Akteure sich auf unterschiedliche Konventionen beziehen¹. Die Biografieforschung hält das notwendige Instrumentarium bereit, solche Erzählungen methodisch kontrolliert auszuwerten. Insbesondere gilt es zwischen Erleben, Erinnern und Erzählen zu unterscheiden (Rosenthal 2010) und die Produktionsweisen der biografischen Illusion (Bourdieu 1998) offenzulegen, welche die Erzählenden etwa dazu verleiten können, ihr Leben als kohärente Geschichte zu erzählen oder wichtige Weichenstellungen stets als Ergebnisse von Zufall, Glück oder Pech darzustellen. Zudem ist es natürlich notwendig, die Interviewforschung durch Politik-, Medien- und Dokumentenanalysen zu ergänzen, um weitere Informationen zu gewinnen, welche für die Interpretation der Interviews hilfreich sind und es erlauben, Aussagen der Befragten einzuordnen und gegebenenfalls zu relativieren oder zu hinterfragen. Doch stellt sich darüber hinaus die Frage, ob diese unterschiedlichen Erzählungen etwas Gemeinsames aufweisen, das es uns erlauben würde, sie als verschiedene Facetten desselben Prozesses zu interpretieren. Der vorliegende Beitrag stützt sich auf die Hypothese, dass ein gemeinsamer Nenner durch den Begriff der Ökonomisierung gefasst werden kann.

Im Anschluss an Foucaults Untersuchungen zum Verhältnis von Macht und Wissen, auf deren Basis sich die Governmentalitätsstudien als eigenständiger Forschungsansatz entwickelt haben (Bröckling 2012), lässt sich Ökonomisierung als ein Prozess bestimmen, in dessen Verlauf ökonomische Wissensformen in den vorherrschenden Machtdispositiven an Bedeutung gewinnen. Dies kann sich zum Beispiel in einer Ausdehnung des Felds der ökonomischen Expertise zeigen, aufgrund derer ökonomisches Wissen in Handlungsfeldern relevant wird, in denen es früher keinen wesentlichen Einfluss hatte. Dieses Phänomen, das auch als ökonomischer Imperialismus bezeichnet wird (Radnitzky und Bernholz 1987), lässt sich heute im Gesundheitswesen gut beobachten. In einem umfassenderen Sinne kann Ökonomisierung darüber hinaus als Prozess untersucht werden, der

¹ Vergleiche hierzu den Beitrag von Diaz-Bone in diesem Sammelband.

Dinge, Handlungen oder Zusammenhänge erst als ökonomische Phänomene hervorbringt, der also zum Beispiel Gegenstände in Waren verwandelt, Menschen als ökonomische Akteure handeln lässt oder Organisationen zu Unternehmen macht (Diaz-Bone 2018, S. 142 f.). In dieser Perspektive nennen etwa Koray Çaliskan und Michel Callon (2010, S. 5) fünf unterschiedliche „types of framing“ in der Herausbildung von Märkten, die bei der Analyse fokussiert werden können: die Objektivierung von Gütern (pacifying goods), die Aktion wertkalkulierender Agenturen (marketizing agencies), die Strukturierung der Orte und Momente des Austauschs (market encounters), die Festsetzung der Preise (price-setting) sowie die Entwicklung und Pflege des Marktes (market design and maintenance).

Erwerbsbiografische Studien bieten ein Potenzial zur Analyse von Ökonomisierungsprozessen, das bislang noch kaum ausgeschöpft wurde. Sie bieten Einblicke in handlungsleitende Wissensformen, welche insbesondere im Verlauf der Berufsausbildung und/oder des Studiums erworben wurden. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass diese sekundäre Sozialisation, welche auf die primäre Sozialisation in der Familie aufbaut, über die beruflichen Kenntnisse und Kompetenzen hinaus auch emotionale, körperliche und habituelle Prägungen hervorbringt, die sich zum Beispiel in gewissen Wahrnehmungs- und Kommunikationsformen ebenso äußern wie in der Ausdifferenzierung von Lebensstilen. Schließlich sind erwerbsbiografische Interviews geeignet um herauszufinden, was die befragten Personen in ihrer beruflichen Tätigkeit antreibt und welche Ziele sie anstreben. Gerade bei Personen, die in leitender Stellung tätig sind und/oder im Rampenlicht der Öffentlichkeit stehen, ist oftmals eine stark ausgeprägte Berufung zu erkennen, die nicht zuletzt darauf zielt, einer bestimmten Sicht auf die Welt zum Durchbruch zu verhelfen. Die Zusammenhänge zwischen Ausbildung und Berufung hat etwa Pierre Bourdieu (2004) am Beispiel der französischen Eliteschulen untersucht.

Wenn es hier nun darum geht, die zunehmende Bedeutung ökonomischer Wissensformen zu untersuchen, dann braucht sich die Analyse aber keineswegs auf die ÖkonomInnen als prädestinierte TrägerInnen dieses Wissens zu beschränken, im Gegenteil. Wie Callon (2007) an Hand des Konzepts „economics at large“ betont, wird ökonomisches Wissen insbesondere in der Zusammenarbeit zwischen SpezialistInnen und Laien, im Austausch zwischen ForscherInnen und PraktikerInnen, zwischen ÖkonomInnen und Angehörigen anderer Berufe und Disziplinen, sowie letztlich auch in der Alltagspraxis der unterschiedlichsten sozialen Gruppen wirksam. In diesem Sinne muss Ökonomisierung als ein weit ausgreifender Prozess verstanden werden, an dem zahlreiche unterschiedliche AkteurInnen beteiligt sind, die dabei mitunter sehr unterschiedliche Ziele verfolgen können (vgl. Diaz-Bone und Hartz 2017). In der vorliegenden Studie

interessierte sowohl die Rolle ökonomischer ExpertInnen im Gesundheitswesen als auch die Aneignung und Verwendung ökonomischen Wissens durch andere AkteurInnen. Einer nominalistischen Logik folgend definiere ich diesbezüglich ökonomisches Wissen als die Gesamtheit jener Wissensformen, die den Wirtschaftswissenschaften entspringen. Diese stellen natürlich kein homogenes Feld dar, sondern teilen sich in unterschiedliche Subdisziplinen auf, wobei im deutschsprachigen Raum vor allem die Unterscheidung zwischen Volkswirtschaftslehre und Betriebswirtschaftslehre² von zentraler Bedeutung ist. Das ökonomische Denken umfasst unterschiedliche theoretische und methodische Ansätze, selbst wenn dieser Pluralismus kleiner sein mag als in anderen sozial- und kulturwissenschaftlichen Disziplinen. Die Pluralität ökonomischer Wissensformen korrespondiert mit der zentralen Erkenntnis der Ökonomie der Konventionen, dass es verschiedene Formen des Ökonomischen gibt. Ökonomisierung muss deshalb auch keineswegs bedeuten, dass die Pluralität der handlungsleitenden Konventionen abnimmt oder sogar verschwindet; vielmehr verweist der Begriff auf eine Zunahme der Bedeutung ökonomischer Wissensformen.

Bevor die erwerbsbiografische Analyse anhand von vier Ärztebiographien exemplarisch vertieft wird, folgt nun aber zuerst eine knappe Kontextualisierung des Untersuchungsfelds mit Bezug auf die Bedeutung des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes von 1994.

10.3 Die obligatorische Krankenversicherung im Kontext der Ökonomisierung

Die Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht weist in der Schweiz eine lange Vorgeschichte auf. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts wurde ein Kranken- und Unfallversicherungsgesetz entworfen, welches ein Obligatorium für die tieferen Einkommensklassen vorsah. Dieses Gesetz, die sogenannte Lex Forrer, wurde 1900 in einer Volksabstimmung abgelehnt. In der Folge legte die Regierung ein neues Gesetz vor, das weiterhin die beiden Risiken Unfall und Krankheit gemeinsam umfasste, aber deutlich unterschiedliche Regelungen brachte. 1918 wurde auf dieser Grundlage die obligatorische Unfallversicherung eingerichtet, die bis heute von einer zentralen staatlichen Kasse verwaltet wird, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt SUVA. Die Krankenversicherung hingegen blieb freiwillig

² Studien aus dem angelsächsischen Raum stellen meist nicht diese Einheit der Wirtschaftswissenschaften ins Zentrum, sondern fokussieren nur Economics, d. h. die Volkswirtschaftslehre, und trennen diese zum Vornherein von der Betriebswirtschaftslehre, die als Management oder Business bezeichnet wird.

und wurde weiterhin durch die bereits bestehenden Krankenkassen angeboten. Der Staat begann allerdings diese Kassen mit Subventionen zu unterstützen, und einige Städte und Kantone bauten eigene öffentliche Krankenkassen auf. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts scheiterten mehrere Versuche, den Wechsel von der freiwilligen zur obligatorischen Krankenversicherung herbeizuführen. Dies gelang erst mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz KVG von 1994.

Die beinahe hundertjährige Zeitspanne zwischen der Lex Forrer und dem KVG wurde in Geschichte und Politikwissenschaften immer wieder als typisches Beispiel der rückständigen oder nachholenden Sozialstaatsentwicklung in der Schweiz betrachtet. Eine solche Perspektive kann sich allerdings in zweifacher Hinsicht als irreführend erweisen. Zum einen wird unter der Hand ein bestimmtes Modell von entfalteter Sozialstaatlichkeit als Norm gesetzt, an dem die verschiedenen Länder gemessen werden, wie wenn es eine Selbstverständlichkeit wäre, dass alle Länder sich eben diesem Modell eigentlich annähern sollten. Zum anderen besteht die Gefahr, eine bestimmte sozialpolitische Problemstellung, die um 1900 von zentraler Bedeutung gewesen sein mag, auf einen späteren Zeitraum zu projizieren und dessen spezifische Dynamiken und Herausforderungen aus diesem Grund zu übersehen. Trotz Freiwilligkeit war um 1990 praktisch die ganze Bevölkerung des Landes gegen Krankheit versichert; laut Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV 1996, Tab. A.01) hatte die Versicherungsdichte hundert Prozent erreicht. Es ging also nicht mehr, wie ein Jahrhundert zuvor, um einen elementaren Ausbau der Risikoabsicherung. In der Zwischenzeit hatte sich ein komplexes und staatlich subventioniertes Versicherungssystem entwickelt, das insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg stark gewachsen war. Ab den 1970er Jahren setzte sich zudem in der Gesundheitspolitik eine neue Diskurskonstellation durch, welche vor allem durch zwei Problemstellungen geprägt war: die Eindämmung der steigenden Kosten sowie die Einführung vornehmlich aus den USA bekannter neuer Versorgungsmodelle wie Managed Care oder HMO³, die eine Erhöhung der Leistungsqualität sowie eine Stärkung der Patientenrechte versprachen. Zwei konkrete Ereignisse markieren die Etablierung der neuen Diskurskonstellation: die Gründung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik 1976, welche für längere Zeit zur wichtigsten Plattform der reformorientierten Kräfte avancieren sollte, sowie die Nationale Sparkonferenz

³ Managed Care ist ein Steuerungsmodell im Gesundheitswesen, das die freie Arztwahl der PatientInnen zu Gunsten von geplanten Behandlungsabläufen einschränkt. Dieses Modell stützt sich meistens auf integrierte LeistungsanbieterInnen, welche verschiedene Dimensionen oder das gesamte Spektrum medizinischer Dienstleistungen abdecken und auch als HMO (Health Maintenance Organization) bezeichnet werden.

im Gesundheitswesen von 1982, an der sich KostenträgerInnen, LeistungserbringerInnen und ExpertInnen auf Einladung der Regierung versammelten, um Lösungen zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu diskutieren.

Im neuen Gesetz von 1994 ging es also nicht um die Einführung einer neuen Sozialversicherung, wie oftmals behauptet wurde, sondern vielmehr um die Veränderung der politischen Regulierung eines reifen, weitgehend gesättigten Systems. Die Einführung der Versicherungspflicht verlieh dem Staat eine stärkere Legitimation als bis anhin, das System umfassend zu regulieren. Entscheidend war der Wechsel vom Subventionsregime zum Modell des regulierten Wettbewerbs: Der Staat hörte auf, die Krankenkassen zu subventionieren, und errichtete stattdessen ein System mit Prämienverbilligungen für Haushalte mit bescheidenen Einkommen. Die bis anhin übliche Praxis der Krankenkassen, für Frauen und ältere Personen höhere Versicherungsprämien zu setzen, wurde untersagt. Es wurde den Versicherten erleichtert, die Kasse zu wechseln, was den Wettbewerb zwischen den Versicherern begünstigen sollte. Um dessen möglicherweise schädliche Auswirkungen (Stichwort „Jagd auf gute Risiken“) aufzufangen, wurde ein Risikoausgleich zwischen den Kassen eingerichtet. Ein weiteres zentrales Element war die Unterscheidung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung: Es wurde ein obligatorischer Leistungskatalog definiert, den alle Krankenkassen anbieten müssen; denselben Kassen steht es frei, den Versicherten zusätzliche Leistungspakete zu verkaufen (z. B. sind Kosten für Zahnbehandlungen nicht in der Grundversicherung enthalten). Die Finanzierung der Krankenversicherung durch einkommensunabhängige Kopfprämien wurde beibehalten, nachdem frühere Versuche zur Einführung der Versicherungspflicht am Widerstand gegen Lohnabzüge mit paritätischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen gescheitert waren. Das neue Gesetz machte Vorgaben zur Einführung einheitlicher Leistungstarife auf schweizweiter Ebene im stationären und ambulanten Bereich, die in den 2000er Jahren umgesetzt wurden: Der Ärztetarif TARMED⁴ wurde 2004 eingeführt, der Spitaltarif Swiss DRG⁵ im Jahr 2012.

Die Orientierung am Ziel der Kosteneindämmung sowie das neue Wettbewerbsmodell haben eine Omnipräsenz ökonomischer Begriffe und Daten hervorgebracht, die das Gesundheitswesen der Schweiz heute prägen. Das neue

⁴ TARMED ist ein Einzelleistungstarif für ambulante medizinische Behandlungen.

⁵ Swiss DRG ist ein System zur Finanzierung der medizinischen Leistungen von Spitalern, das auf Fallkostenpauschalen für Diagnosegruppen (diagnosis related groups = DRG) beruht.

Gesetz legte die politischen und rechtlichen Grundlagen für den Aufbau umfassender elektronischer Datensysteme, mit denen die Kosten, der Nutzen und die Qualität der medizinischen Leistungen verglichen werden sollen. Während das Bundesamt für Gesundheit die Entwicklung, Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren vorantreibt (zunächst vor allem im Spitalbereich) (BAG 2019), wurden zentrale Aufgaben der Kostenkontrolle an Santésuisse, den führenden Krankenkassenverband, delegiert. In dessen Händen bzw. in der Verantwortung von Tochtergesellschaften wie SALIS AG und Tarifsuisse AG liegt heute sowohl das Monitoring der seit 1997 ausgewiesenen Kostenentwicklung in der Krankenversicherung (MOKKE) wie auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung der ambulanten medizinischen Leistungen. Letztere basiert auf statistischen Verfahren, durch deren Einsatz statistisch auffällige ÄrztInnen ermittelt werden können, die zu einer Stellungnahme aufgefordert werden; können sie die auffällige Kostenstruktur ihrer Praxis nicht begründen, wird von ihnen eine Kostenkorrektur verlangt unter Androhung der Möglichkeit, die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen einzustellen. Bisher sind nur wenige Konfliktfälle bekannt geworden, in denen die Beteiligten Rechtsmittel ergriffen haben; Santésuisse geht davon aus, dass diese Wirtschaftlichkeitsprüfungen vor allem präventiv wirken, das heißt die ÄrztInnen zu einem kostenbewussten Verhalten erziehen (Santésuisse 2019). Ebenso erlebt das breite Publikum eine nie dagewesene öffentliche Diffusion gesundheitsökonomischen Wissens. Die Entwicklung der Krankenkassenprämien wird jedes Jahr als massenmediales Ereignis inszeniert und dramatisiert. Informationsdienstleister wie Comparis⁶ bieten den Versicherten Preis-Leistungs-Vergleiche an und fordern sie zur Wahl des günstigsten Angebots auf, sei es durch Kassenwechsel oder nicht: Die Stimulierung des Wettbewerbs ist ihr eigentliches Geschäftsmodell. Die obligatorische Krankenversicherung setzt darüber hinaus ziemlich starke monetäre Anreize für die Versicherten, die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sowie die Wahl der Versicherungsangebote ökonomischen Kalkülen zu unterwerfen (Streckeisen 2013; siehe auch Abschn. 10.4.3 dieses Beitrags). Und einige Krankenkassen haben begonnen Handy-Applikationen zu entwickeln, mit denen die Versicherten ihr

⁶ Die Firma Comparis ist heute der schweizweit führende Anbieter von Informationsdienstleistungen im Versicherungsbereich. 1996 durch einen Ökonomen und einen Informatiker gegründet, griff Comparis die im neuen Krankenversicherungsgesetz von 1994 verankerte Idee des regulierten Wettbewerbs auf und versuchte die Versicherten zur Wahl der jeweils günstigsten Krankenkasse zu animieren. Inzwischen bietet Comparis viele weitere Dienstleistungen an, darunter auch ein ÄrztInnenverzeichnis sowie einen Spitalvergleich.

eigenes Gesundheitsverhalten messen können; Prämienreduktionen für gesundes Verhalten sind allerdings noch nicht erlaubt⁷.

Seit Einführung des neuen Gesetzes sind die Kosten im Gesundheitswesen weiter angestiegen. Diese Feststellung verleitet zum Trugschluss, der permanente politische Diskurs über Kosteneindämmung und Reformen sei wirkungslos verpufft. In Wirklichkeit hat dieser Diskurs entscheidend dazu beigetragen, das Gesundheitswesen in einen Markt und medizinische Leistungen in ökonomische Güter zu verwandeln, deren Wert berechnet und deren Qualität verglichen werden kann. In diesem Sinne hat das „ökonomische Tribunal“ (Foucault 2004, S. 342) das Gesundheitswesen immer mehr seiner Gerichtsbarkeit unterworfen. In der Folge soll am Beispiel von vier Erwerbsbiographien diskutiert werden, wie ÄrztInnen mit Berufung zur Gestaltung des Gesundheitswesens sich in diesem Feld bewegen können.

10.4 Vier Ärzte zwischen Medizin und Ökonomie

Vier der 14 Personen, die im Rahmen der vorliegenden Studie befragt wurden, haben Medizin studiert. In diesem Abschnitt wird die Analyse anhand ihrer Erzählungen vertieft. Angesichts der Tatsache, dass die Ärzteschaft praktisch durch alle anderen Befragten mehrheitlich als die wichtigste konservative Kraft dargestellt wird, die notwendige Reformen im Gesundheitswesen verhindert, ist eine Auseinandersetzung mit der Sichtweise von ÄrztInnen von besonderem Interesse. Bereits Gerhard Kocher (1967) beschrieb die organisierte Ärzteschaft vor über 50 Jahren als eine Kraft, deren Ideologie in erster Linie darauf gerichtet war, unliebsame Neuerungen zu verhindern (wobei die Krankenkassen damals noch als sozialistische Organisationen gebrandmarkt wurden). Vor dem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Ökonomisierung am Widerstand der ÄrztInnen einfach abprallt, oder ob sie eine mehr oder weniger weitreichende Transformation der Ärzteschaft einleitet. Ebenso geht es darum herauszufinden, ob die Ökonomisierung der Ärzteschaft ausschließlich von außen begegnet, oder ob dieser Prozess vielmehr auch in ihrem Innern Wurzeln geschlagen hat. Dabei können die vier Ärzte, um die es in der Folge gehen wird, keineswegs als repräsentativ für die gesamte Ärzteschaft betrachtet werden. Was sie bei allen Unterschieden vereint, ist die Berufung, die Reformen des Gesundheitswesens aktiv mitzugestalten und den Schwerpunkt ihres beruflichen Engagements deshalb nicht (mehr) in der

⁷ Vergleiche dazu auch die Beiträge von Cappel, Noji et. al., Meidert und Scheermesser sowie Achatz und Selke in diesem Band.

Arztpraxis oder in der Klinik zu setzen. Wie schwer ein solcher Entscheid einem Arzt fallen kann, wurde eingangs mit Bezug auf den Nachruf zu Hans Heinrich Brunner thematisiert, der selbst als Präsident der FMH sowie als Vizedirektor im Bundesamt für Gesundheit nebenher noch praktizierte.

10.4.1 Der Präventivmediziner

Geboren Ende der 1940er Jahre, entstammt der Präventivmediziner einer humanistischen Lehrerfamilie. Trotz ausgeprägten philosophischen und geisteswissenschaftlichen Interessen entschied er sich für das Studium der Medizin. Bei einem Studienaufenthalt in Südostasien „fiel es [ihm] wie Schuppen von den Augen“, dass Gesundheit sich nicht als rein individuelles Phänomen verstehen lässt, sondern im Kontext gesellschaftlicher Rahmenbedingungen untersucht werden muss. Im Gegensatz zu einigen Zeitgenossen, die sich in einer solchen Perspektive auf die so genannte Tropenmedizin spezialisierten, setzte er sich zum Ziel, diese Erkenntnis auch auf die westlichen Industrieländer anzuwenden. Ab diesem Zeitpunkt war der (werdende) Präventivmediziner von der Frage fasziniert, wie die individuellen und kollektiven Aspekte von Gesundheit miteinander verknüpft sind und was notwendig wäre, um die Bevölkerungsgesundheit zu fördern. Auf eigene Initiative entdeckte er die Möglichkeit, einen Master an der Harvard School of Public Health zu absolvieren. Er war einer der ersten Mediziner aus der Schweiz, der einen solchen Abschluss in den USA erwarb. Obwohl er von der US-amerikanischen akademischen Welt fasziniert war, kehrte er in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre in die Schweiz zurück, wo er die Gelegenheit erhielt, im Rahmen des ersten Nationalen Forschungsprogramms des Schweizerischen Nationalfonds eine pionierhafte Studie zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten maßgeblich mitzugestalten. Dies erschien ihm viel erstrebenswerter als eine sehr gut bezahlte Stelle in der Pharmaindustrie, die ihm damals angeboten wurde. Nach der Habilitation führte ihn seine akademische Laufbahn dazu, nacheinander Direktor zweier universitärer Institute für Präventivmedizin zu werden. In den 1980er Jahren leitete der Präventivmediziner zudem auch das erste gesundheitsökonomische Forschungsprogramm des Landes, welches sich mit der Wirksamkeit und Effizienz des Gesundheitswesens auseinandersetzte. Durch Beiträge zur Gesundheitsprävention sowie zur Entwicklung einer liberalen Drogenpolitik wurde er einer breiten Öffentlichkeit bekannt. Bereits seit Jahren politisch aktiv, wurde er Ende der 1990er Jahre ins Bundsparlament gewählt, wo er über 15 Jahre lang als einer der wenigen „Ärzte im Bundeshaus“ tätig war. Neben der akademischen und politischen Tätigkeit nahm

der Präventivmediziner eine beträchtliche Zahl von Verwaltungsratsmandaten in verschiedenen Wirtschaftszweigen wahr, wofür er in der Öffentlichkeit, aber auch durch FachkollegInnen mitunter kritisiert wurde.

In den Erzählungen des Präventivmediziners lässt sich eine ausgeprägte Berufung erkennen, die Medizin interdisziplinär zu öffnen und insbesondere Public Health als eigenständiges medizinisches Fachgebiet zu etablieren. Zudem engagierte er sich auch außerhalb der akademischen Welt für Reformen im Gesundheitswesen, zum Beispiel indem er lange Zeit als Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) agierte. Er beschreibt die 1970er und 1980er Jahre als Zeit einer Aufbruchstimmung im Gesundheitswesen, als neue Konzepte wie Managed Care entdeckt und wichtige Diskussionen angestoßen wurden. Im Kreis der MedizinerInnen stieß sein Engagement oft auf Skepsis und Unverständnis: Zahlreiche ÄrztInnen standen der Einführung sozialwissenschaftlicher und ökonomischer Konzepte im Gesundheitswesen ablehnend gegenüber. Sie waren keineswegs geneigt, dem Aufruf des Präventivmediziners zu folgen, nicht nur Gesundheit und Krankheit, sondern auch das Gesundheitswesen selbst, einschließlich der Ärzteschaft, zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung zu machen. Auf Anhieb verstand er sich hingegen mit Fachpersonen aus anderen Berufen und Disziplinen, die sich ebenfalls als ReformierInnen verstanden und in Foren wie der SGGP engagierten, um den neuen Konzepten zum Durchbruch zu verhelfen. Zu seinen natürlichen Verbündeten zählten insbesondere einige der ersten GesundheitsökonomInnen der Schweiz. Der Präventivmediziner bezeichnet die ökonomische Denkweise als eine ebenso faszinierende wie unverzichtbare Perspektive für das heutige Gesundheitswesen. Die meisten ÄrztInnen hätten aber leider Probleme wie Ressourcenknappheit, Wirtschaftlichkeit, politische Regulierung oder das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage „nicht im Kopf“. Während seiner Zeit in den USA hat der Präventivmediziner verschiedene ökonomische Kurse und Weiterbildungen besucht, nicht nur zum Thema Gesundheitsökonomie, sondern auch allgemeiner zu Fragen ökonomischer Theorie und Forschung, und hat dies als sehr bereichernd erlebt.

10.4.2 Der Gesundheitsexperte

Der Gesundheitsexperte kam Ende der 1960er Jahre mit seinen Eltern, einem Chemiker und einer Chemikerin, in die Schweiz. Er integrierte sich rasch und erfolgreich, etwa durch das Engagement bei den Pfadfindern, und studierte Medizin, weil er sich nicht für etwas Anderes entscheiden konnte. Im Studium fühlte er sich durch die handwerklichen Aspekte angezogen: Die verkopfte Medizin der

Internisten war nicht sein Ding, aber chirurgische Operationen machten Spaß. Er arbeitete einige Jahre im Spital in der chirurgischen Abteilung, doch empfand er die Arbeitszeiten zunehmend als Zumutung, da sie nur schwer mit dem Familienleben zu vereinbaren waren. Als sich die Möglichkeit eröffnete, für eine große Krankenkasse im Aufbau von Hausarztnetzwerken und Managed Care Modellen tätig zu werden, verließ er die klinische Tätigkeit. Diese Kasse war eine der ersten in der Schweiz, welche mit den aus den USA bekannten Modellen experimentierten. Sie suchte unter anderem ÄrztInnen, die andere ÄrztInnen von deren Nützlichkeit überzeugen konnten. Auf dieser Stelle genoss der (angehende) Gesundheitsexperte sehr große Freiheiten und konnte sich in fachliche Fragen des Gesundheitswesens vertiefen. Er absolvierte einen Master of Public Health und begann sich insbesondere für die Möglichkeiten einer Spitalfinanzierung durch Fallkostenpauschalen zu interessieren. Zum Abschluss seines Nachdiplomstudiums veröffentlichte er eine Arbeit zu dieser Thematik, die als pionierhaft gilt und in der Schriftenreihe der SGGP veröffentlicht wurde. Mitte der 2000er Jahre wurde der Gesundheitsexperte ins Bundesamt für Gesundheit (BAG) berufen, wo er knapp fünf Jahre lang als Vizedirektor für die obligatorische Krankenversicherung zuständig war. Heute ist er als Leiter der Gesundheitsversorgung eines Kantons tätig, der als gesundheitspolitisch innovativ gilt. Er sieht sich als einen der Väter der DRG-Spitalfinanzierung in der Schweiz. Der Gesundheitsexperte bezeichnet sich auch als ärztlichen Gesundheitsökonom. Er sei immer noch einer der Wenigen, die sowohl die Sprache der Medizin als auch jene der Ökonomie verstehen.

Nach dem roten Faden seines beruflichen Engagements befragt, antwortet der Gesundheitsexperte mit einem Spruch aus der Pfadfinder-Zeit, dem zu Folge es die Aufgabe eines jeden sei, die Welt in einem besseren Zustand zu verlassen als er sie angetroffen habe. Im Gespräch ist eine ausgeprägte Berufung zu spüren, durch eine intelligente Regulierung das Gesundheitswesen als Ganzes zu verbessern. Letztlich geht es ihm um Fragen des sozialen Ausgleichs und des sozialen Friedens, zu denen ein gerechtes System viel beitragen könne. Seine Stärken sieht der Gesundheitsexperte insbesondere im analytischen Denken, das es ihm erlaubt, die Herausforderungen in ihre einzelnen Aspekte zu zerlegen – ähnlich wie der Handwerker oder der Chirurg, der die Teile (wieder) richtig zusammensetzt. Zudem sei er ein Teamworker, der nicht der beste Spezialist von allen sein wolle, sondern seine Mitarbeiter dabei unterstütze, sich selbst weiter zu entwickeln; damit stellt er sich deutlich in Kontrast zur traditionellen Figur des ärztlichen Einzelkämpfers. In fachlicher Hinsicht hat sich der Gesundheitsexperte ökonomisches Wissen, insbesondere im versicherungswirtschaftlichen Bereich,

autodidaktisch beigebracht. Immer wenn er sich überlegt habe, eine Weiterbildung im Finanz- und Wirtschaftsbereich zu absolvieren, sei er zur Einschätzung gelangt, dass er den entsprechenden Stoff eigentlich bereits beherrsche. Obwohl er einen Master in Public Health erworben hat, sieht er sich nicht als Spezialist für Prävention und Bevölkerungsgesundheit, sondern als Versicherungsexperte und Fachmann für Fragen der Regulierung von Versorgungssystemen. Dafür ist ökonomisches Wissen aus seiner Sicht offensichtlich von zentraler Bedeutung. Er betont aber zugleich, den meisten GesundheitsökonomInnen fehle das Verständnis für die ärztliche Sichtweise, und deshalb würden sie von den Ärzten oftmals nicht ernst genommen. Selbst bezeichnet sich der Gesundheitsexperte als «letzten Arzt im Bundesamt für Gesundheitswesen». Seit seinem Abgang sei in der Geschäftsleitung des BAG keine einzige Person mit medizinischer Ausbildung mehr vertreten – eine Tatsache, die er als äußerst problematisch erachtet. Ein Blick auf die über hundertjährige Geschichte des Amtes zeigt zudem, dass 2010 erstmals überhaupt ein Direktor eingesetzt wurde, bei dem es sich nicht um einen Arzt handelt.

10.4.3 Der Medizin-Informatiker

Geboren Ende der 1960er Jahre, hat der Medizin-Informatiker als einziger der vier porträtierten Ärzte sein Medizinstudium nicht in der Schweiz absolviert, sondern in Deutschland. Schon früh erkannte er, dass ihn die ärztliche Tätigkeit im klassischen Sinne nicht allzu sehr reizte. Ein großes Interesse an Mathematik und Statistik führte ihn in das Feld der medizinischen Informatik. Die Mitarbeit in einer ländervergleichenden Onkologie-Studie einer deutschen Universität ermöglichte ihm erste Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit InformatikerInnen. In der Folge spezialisierte er sich in medizinischer Informatik und verfasste seine Habilitationsschrift in diesem Bereich. Parallel dazu absolvierte er ein Fernstudium in Betriebswirtschaftslehre. Ein Informatik-Mandat für den Schweizerischen Spitalverband H+ führte ihn erstmals aus beruflichen Gründen in das südliche Nachbarland. Dieser Verband stellte ihn in der Folge als Leiter der Abteilung Informatik und Statistik ein. Mit der Zeit entwickelten sich seine Aufgabengebiete zunehmend in die Richtung wirtschaftlicher Fragen. Schließlich wurde er Anfang der 2000er Jahre zum Delegierten der Spitäler in dem Prozess, der zur Entwicklung des neuen Systems der Spitalfinanzierung mit Fallkostenpauschalen führte. Aktuell ist der Medizin-Informatiker als Direktor der gemeinnützigen Aktiengesellschaft tätig, welche mit der Pflege und Weiterentwicklung des geltenden Tarifierungssystems betraut ist. Er sieht sein Unternehmen primär

als technischen Dienstleister für die Leistungserbringer und Kostenträger des Gesundheitswesens. Seit deren Gründung im Jahr 2005 engagiert er sich außerdem in der Schweizerischen Gesellschaft für Medizincontrolling, in der sich vor allem SpezialistInnen aus Spitälern (Medizincontrolling, Qualitätsmanagement, Betriebswirtschaft), Krankenversicherungen (Rechnungskontrolle) sowie Kantonen (Leistungsplanung, Vertragsmanagement) treffen.

Im Gespräch ist der Medizin-Informatiker sehr bemüht, die technische und die politische Seite des Tarifsystems auseinanderzuhalten. Auf der einen Seite geht es um Datenqualität, Beschreibung von Leistungen und transparente Kalkulationsmodelle; auf der anderen Seite stehen ökonomische Interessen, regionale Unterschiede oder Besonderheiten der verschiedenen Spitäler auf dem Spiel. Die technische Pflege und Weiterentwicklung des Systems erachtet er als Voraussetzung dafür, dass die politischen Fragen fair geregelt werden können. Dafür braucht es ein tarifliches Regelwerk, das durch Leistungserbringer und Kostenträger gemeinsam ausgehandelt wird und die wichtigsten Fragen der Anwendung des Tarifsystems klärt. Der Medizin-Informatiker warnt zum Beispiel vor einem allzu aggressiven Benchmarking, welches zu nicht nachhaltigen Geschäftspraktiken und ruinösem Preiswettbewerb zwischen den Spitälern führen würde. Andererseits biete das neue Tarifsystem in Verbindung mit einem klugen Regelwerk große Potenziale, die Spitäler dazu zu bringen, sich unternehmerischer zu verhalten. Dazu seinen primär technischen Beitrag zu leisten erweist sich als zentrale Berufung des Medizin-Informatikers, der fest davon überzeugt ist, dass unternehmerisches Verhalten zu einer Verbesserung der Leistungsqualität und zu einem kundenfreundlicheren Angebot führen wird. Dies verlange zum Beispiel von den Spitälern, sich stärker auf jene Leistungen zu spezialisieren, die sie besonders gut und effizient erbringen können, und andere Behandlungen dagegen einzustellen oder nur noch in Kooperation mit anderen Spitälern zu erbringen. Der Medizin-Informatiker spielt die Bedeutung seines Wirtschaftsstudiums für seine aktuelle Tätigkeit herunter. Betriebswirtschaftliche Kenntnisse seien zwar immer hilfreich, für diese Stelle aber nicht unbedingt erforderlich. Genau so wäre es auch möglich, die aktuelle Funktion zu besetzen, ohne Medizin studiert zu haben. Gleichwohl betont der Medizin-Informatiker, es sei schon ein großer Vorteil, dass er den ÄrztInnen aufgrund seines Studiums auf Augenhöhe begegnen könne und von ihnen ernst genommen werde. Insgesamt kommt in seinen Erzählungen das Ethos eines Technikers mit ausgeprägter Berufung zum Dienst an der Allgemeinheit zum Ausdruck, der auf der Grundlage differenzierter und vielfältiger Fachkenntnisse in Medizin, Informatik und Ökonomie eine sachliche Diskussion mit allen beteiligten Stakeholdern führen möchte.

10.4.4 Der Standespolitiker

Der Standespolitiker wurde Anfang der 1950er Jahre als Sohn eines Arztes geboren. Er entschied sich als junger Erwachsener zunächst gegen ein Studium der Medizin, weil ihn dessen allzu lange Dauer sowie die gesellschaftlichen Erwartungen an die permanente Verfügbarkeit eines Arztes abgeschreckt hatten und er zudem kein fleißiger Schüler gewesen war, der mit Spitzenleistungen brilliert hätte. Nach einer kaufmännischen Ausbildung mit Handelsdiplom arbeitete er zunächst einige Jahre bei einer Bank und bei einer Fluggesellschaft. Die eigentlich immer schon präsenste Faszination für den Arztberuf ließ ihn aber nach einigen Jahren die gymnasiale Maturität auf dem zweiten Bildungsweg nachholen sowie das Medizinstudium absolvieren. Er spezialisierte sich auf Chirurgie und arbeitete als Oberarzt in einem Regionalspital, dessen Leitung er von einem Tag auf den anderen übernehmen musste, wie er sagt, nachdem die beiden leitenden Ärzte entlassen worden waren und sich der eine sogar das Leben genommen hatte. Mitte der 1990er Jahre eröffnete er mit einem Partner eine Praxis für Viszeralchirurgie. In dieser Praxis war er zum Zeitpunkt des Interviews immer noch tätig, wenn auch mit reduziertem Pensum aufgrund seines sukzessive auf- und ausgebauten standespolitischen Engagements. Ab Beginn der 2000er Jahre engagierte er sich in der kantonalen Ärztesgesellschaft, die er bald schon präsidieren sollte. Zu seinen wichtigsten Errungenschaften zählt er die Gründung der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften KKA, die der Ärzteschaft auf Bundesebene mehr politische Durchsetzungskraft verleihen sollte. Die KKA war aus einem Gremium hervorgegangen, das beauftragt war, den erst gerade politisch vereinbarten TARMED-Tarif kostenneutral einzuführen: das so genannte Kostenneutralitätsbüro. 2012 wurde der Standespolitiker in den Zentralvorstand der Schweizerischen Ärztevereinigung FMH gewählt. Nach dem plötzlichen Tod eines Vizepräsidenten erbte er einige Jahre später das Tarif-Departement und war in dieser Funktion zuständig für die (erfolglosen) Versuche der letzten Jahre, den TARMED zu erneuern. Zusätzlich präsidiert er den Verwaltungsrat zweier durch die FMH gegründeter Firmen; die eine Firma ist auf die sichere digitale Kommunikation von Gesundheitsdaten spezialisiert, während die andere Firma auf der Grundlage des ärztlichen Datenpools gesundheitsökonomische Expertisen für die Ärzteschaft erstellt.

Viel eher als die anderen drei Erwerbsbiografien weist jene des Standespolitikers damit eine gewisse Ähnlichkeit zum Lebenslauf des außergewöhnlichen Arztes Hans Heinrich Brunner auf, der im ersten Abschnitt dieses Beitrags thematisiert wurde. Dies gilt nicht nur für die Kombination von politischem

Engagement und praktischer ärztlicher Tätigkeit, sondern klingt auch in den Ausführungen zu jenen geradezu heroischen Momenten an, als er zwei Mal nach dem plötzlichen Tod eines Kollegen quasi über Nacht eigentliche Herkulesaufgaben übernehmen musste. Der Standespolitiker äußert im Gespräch auch seine Bewunderung für Brunner, den er natürlich persönlich kannte. Er hält ihn nicht zuletzt für einen der wenigen Ärzte, dem es gelungen war, Medizin und Ökonomie auf sinnvolle Weise zu verbinden. Insbesondere habe Brunner die Bedeutung von Internet und e-Health antizipiert und verstanden, dass die Zukunft in den Zahlen liegt und die Ärzteschaft eigene Datensysteme und evidenzbasierte Expertisen braucht, um ihre Interessen in Tarifverhandlungen und politischen Auseinandersetzungen um Reformen im Gesundheitswesen erfolgreich zu vertreten. Deshalb habe er die Initiative zur Gründung von Firmen durch die FMH ergriffen, von denen der Standespolitiker nun zwei präsidiert. Wie Brunner sieht er seine Berufung in der Verteidigung des freien Arztberufs. Er gibt sich davon überzeugt, dass es den PatientInnen nur gut geht, wenn die ÄrztInnen ihren Beruf lieben und unter guten Bedingungen ausüben können. Zugleich äußert er sich durchaus kritisch über seinen Berufsstand. Er ärgert sich darüber, dass die ÄrztInnen meistens reflexartig gegen alles Neue sind, und tadelt sie dafür, dass sie zu wenig Interesse an ökonomischen und politischen Fragen zeigten. Ohne ökonomische Kenntnisse stehe man heute auf verlorenem Posten; ihm selbst sei seine kaufmännische Ausbildung im Kontext der Tarifverhandlungen immer wieder zugute gekommen. Vor allem aber plädiert der Standespolitiker für neue Wege in der Ausbildung: Ganz im Gegensatz etwa zum Rechtsstudium biete die Medizin den AbsolventInnen noch kaum Möglichkeiten, sich über die medizinischen Fachgebiete hinaus in unterschiedliche Richtungen zu spezialisieren. Wer sich heutzutage dafür entscheide, nicht (mehr) zu praktizieren, sondern zum Beispiel eine Managementausbildung zu machen oder sich in medizinischer Informatik zu spezialisieren, werde von den KollegInnen immer noch belächelt; hinter vorgehaltener Hand heiße es dann, der oder die habe als Arzt oder Ärztin halt nicht reüssiert. So lässt sich zwischen den Zeilen seiner Ausführungen das Bild einer Medizin erkennen, die sowohl als Wissenssystem wie auch als Berufsethos allzu geschlossen und starr ist, um den gegenwärtigen Herausforderungen des Gesundheitswesens gerecht zu werden.

10.4.5 Zwischenfazit

Die Kurzporträts der vier Ärzte lassen unterschiedliche Beispiele erkennen, wie medizinisches und ökonomisches Wissen miteinander verbunden werden können, um heute die Entwicklung des Gesundheitswesens mitzugestalten. Der Präventivmediziner setzt ökonomisches Wissen ein, um die Medizin interdisziplinär zu öffnen und Public Health als eigenes Fachgebiet zu etablieren. Für den Gesundheitsexperten dient ökonomisches Wissen der Regulierung des Gesundheitswesens. Der Medizin-Informatiker stützt sich auf die Verbindung von ökonomischem und medizinischem Wissen, um die datentechnische Infrastruktur der Spitalfinanzierung herzustellen. Und der Standespolitiker hat erkannt, dass die Ärzteschaft über eigene ökonomische Daten und Analysen verfügen muss, um heute eine erfolgreiche Verbandspolitik umzusetzen. Selbstverständlich sind mit diesen Beispielen die Möglichkeiten der Verbindung von Medizin und Ökonomie nicht abschließend aufgezählt. In den Interviews wird beispielsweise eine weitere Figur erwähnt, bei der es sich heute noch um eine allzu rare Erscheinung handle: der oder die SpitaldirektorIn mit Medizinstudium und ökonomischer Weiterbildung, vorzugsweise ein Master of Business Administration (MBA). Die Spitaldirektorin und der Spitaldirektor, mit denen ich je ein Interview durchführen konnte, verfügen beide nicht über eine medizinische Ausbildung. Während die Autorität der Direktorin durch die Chefärzte bisweilen offen und öffentlich herausgefordert wurde, gelang es dem Direktor vor allem durch den Einsatz ökonomischer Anreize und die Belohnung unternehmerischen Verhaltens, die leitenden Ärzte zur Kooperation zu bewegen.

Diese explorative Studie beschäftigte sich nicht mit den Erfahrungen und Sichtweisen der großen Mehrheit der praktizierenden ÄrztInnen ohne leitende Funktion oder „höhere Berufung“. Auch dies wäre zweifellos ein ertragreiches Feld für erwerbsbiografische Untersuchungen, die unterschiedliche Verbindungen von Medizin und Ökonomie zutage fördern könnten. Verwiesen sei an dieser Stelle nur auf zwei Entwicklungen, welche den Berufsalltag der ÄrztInnen wesentlich verändert haben. Die Umstellung von der analogen Krankengeschichten-Kartei zu den elektronischen PatientInnendossiers ist Teil der Entwicklung umfassender Datensysteme (e Health), die von zentraler Bedeutung für die Ökonomisierung des Gesundheitswesens sind. Die einzelne Praxis wird in diesem Zusammenhang in die Rechnungssysteme der Krankenkassen eingebunden, die unter anderem die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen überprüfen sollen. Genauso könnten zukünftige Forschungen ihr Augenmerk auf die zunehmende Verbreitung von Gruppenpraxen legen. In diesen Einrichtungen verwandelt sich der Arzt bzw. die Ärztin vom/von der FreiberuflerIn entweder

zum/r Angestellten oder aber zum/r UnternehmerIn. Zwar weist die Ärzteschaft gerade in der Schweiz eine lange politische Tradition des Liberalismus auf, die den praktizierenden Arzt immer schon auch als Unternehmer darstellte. Es darf aber nicht darüber hinweggesehen werden, dass FreiberuflerIn und UnternehmerIn zu sein keineswegs einfach dasselbe ist, und dass die traditionelle Einzelpraxis der unternehmerischen Tätigkeit enge Grenzen setzte, insbesondere betreffend die Möglichkeiten des ökonomischen Wachstums und der Zusammenschlüsse von MarktakteurInnen.

10.5 Vergleichende Diskussion aus wirtschaftssoziologischer Perspektive

Der folgende Abschnitt löst sich von der Diskussion einzelner Biographien und vergleicht einige Erkenntnisse der explorativen Studie mit wirtschaftssoziologischen Untersuchungen zum Gesundheitswesen in den USA (Abschn. 10.4.1) sowie in Frankreich (Abschn. 10.4.2, 10.4.3 und 10.4.4).

10.5.1 Profession, Staat und Management im Gesundheitswesen

In einem wirtschaftssoziologischen Standardwerk beschreibt Richard W. Scott (2004) die Entwicklung des US-amerikanischen Gesundheitswesens anhand des Konzepts institutioneller Logiken. Ihm zu Folge lässt sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts eine schrittweise Ablösung zuerst der professionellen Logik durch die staatliche Logik, sowie danach der staatlichen Logik durch die Logik des Managements als vorherrschende Kraft beobachten. Jede Logik ist ein Glaubenssystem, welches das Selbstverständnis der AkteurInnen prägt und deren Handeln anleitet. Zugleich stützt sich jede Logik auf die Vorherrschaft spezifischer Organisationen: Bei der professionellen Logik ist es die Berufsorganisation, das heißt die organisierte Ärzteschaft; bei der staatlichen Logik die bürokratische Organisation; und bei der Logik des Managements das Unternehmen. Der Aufstieg der staatlichen Logik in den USA war mit der Einführung von Medicare und Medicaid verbunden, welche dazu führte, dass die Bundesregierung in den 1960er Jahren praktisch über Nacht zur größten Einkäuferin medizinischer Dienstleistungen wurde (Scott 2004, S. 278). Ein vergleichbarer staatlicher Eingriff hat in der Geschichte des schweizerischen Gesundheitswesens nie stattgefunden. Wird der im zweiten Abschnitt dieses Beitrags skizzierten Analyse des KVG-Gesetzes von

1994 gefolgt, wäre für das letzte Vierteljahrhundert weniger von einer Ablösung der staatlichen durch die Managementlogik als von einer zunehmenden Verschränkung dieser beiden Logiken zu sprechen, die sich im Konzept des regulierten Wettbewerbs äußert. Deutlich ist die Stärkung der Management-Logik in den Spitälern sowie bei den Krankenkassen zu erkennen; bei den ambulanten Arztpraxen könnte das Wachstum der Gruppenpraxen in dieselbe Richtung deuten. Die zunehmende Dominanz des Managements geht aber keineswegs zulasten der staatlichen Regulierung, sondern wird durch diese gefördert. Zudem hat die Ärzteschaft ihren Einfluss auf das Gesundheitswesen keineswegs verloren. Hier sei etwa auf die Volksabstimmung vom Juni 2012 verwiesen, als eine Gesetzesänderung zur Förderung von Managed Care Modellen vor allem aufgrund des Widerstands der Hausärzte deutlich abgelehnt wurde.

Die Untersuchung von Ökonomisierungsprozessen an Hand von erwerbsbiografischen Interviews erlaubt es darüber hinaus, den Ansatz von Scott zu hinterfragen. Es zeigt sich insbesondere, dass sowohl Profession als auch Staat und Management nicht starre oder einheitliche Realitäten sind, deren Logik oder Wesen ein für alle Mal fixiert werden könnte. Stattdessen sind sie in Veränderung, und dies zeigt sich zum Beispiel daran, dass ökonomisches Wissen heute in allen drei Bereichen an Bedeutung gewonnen hat, wenn auch auf je spezifische Weise. In den Krankenkassen und Spitälern wurde zum Beispiel nicht ein seit jeher bestehendes Management gestärkt; vielmehr wurden Managementstrukturen und betriebswirtschaftliche Steuerungssysteme im eigentlichen Sinne des Wortes erst im Rahmen der jüngsten Transformationen des Gesundheitswesens aufgebaut. Ein Spitaldirektor war früher kein CEO, der das Spital wie ein Unternehmen führte; er hatte eine verwaltende und repräsentative Funktion inne, während die Chefarzte direkt den politischen Verantwortungsträgern unterstellt waren (Streckeisen 2017, S. 8–10). Als irreführend können sich zudem Gegenüberstellungen zwischen Staat und Management sowie zwischen bürokratischer Organisation und Unternehmen erweisen. Heute gibt es ManagerInnen in staatlichen Spitälern, und jedes größere Unternehmen ist eine bürokratische Organisation. Interessanterweise zeigen zahlreiche Untersuchungen, so auch die vorliegende Studie, dass Ökonomisierung wesentlich durch staatliche Instanzen vorangetrieben wird und zu einer deutlichen Zunahme bürokratischer Strukturen und Abläufe führt.

10.5.2 Solidarische Einrichtungen und der Sozialstaat

In einem aktuellen Beitrag untersuchen Philippe Batifoulrier, Nicolas Da Silva und Mehrdad Vahabi (2019) am französischen Beispiel die Beziehungen zwischen

solidarischen Einrichtungen, die auf Bürgerinitiative entstanden sind („citizen welfare“), und dem modernen Sozialstaat („welfare state“). Sie argumentieren, die sozialstaatlichen Einrichtungen seien aus den Anforderungen der Kriegswirtschaft im Verlaufe des 20. Jahrhunderts entstanden. Der Sozialstaat sei demnach integraler Bestandteil jenes räuberischen oder plündernden Staates („predatory state“) gewesen, der die europäischen Nationen in zwei Weltkriege geführt und dabei im engen Interesse nationaler Eliten agiert habe. Insbesondere habe die staatliche Sozialpolitik auf die Vermehrung und Stärkung der Bevölkerungskräfte gezielt, die im Konzept der totalen Kriegsführung als entscheidender militärischer Faktor anerkannt worden waren. Solidarische Einrichtungen zur gegenseitigen Unterstützung und Absicherung sozialer Risiken sind den Autoren zu Folge hingegen vor dem Sozialstaat entstanden, in Frankreich insbesondere zur Zeit der Pariser Kommune. Sie erlebten nach dem Zweiten Weltkrieg auf der Grundlage des Programms der Résistance eine Renaissance, als das umfassende „Régime général de la Sécurité sociale“ gegründet und nicht etwa durch den Staat, sondern durch gesellschaftliche Kräfte, allen voran die Gewerkschaften, verwaltet wurde. Darin liegt den Autoren zu Folge die Besonderheit der französischen Entwicklung: Der Zweite Weltkrieg brachte keinen unmittelbaren Ausbau des Sozialstaats, sondern eine Wiederbelebung der „citizen welfare“ hervor. In der Folge beschreiben sie, wie sich der französische Staat Schritt für Schritt diese solidarischen Einrichtungen unterwirft und die Grundlagen der Selbstverwaltung aushöhlt.

Auf den ersten Blick fällt es schwer, Parallelen zwischen diesem Narrativ und der Entwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens zu erkennen. Dies liegt nur schon an der Tatsache, dass die Schweiz sich militärisch nicht an den beiden Weltkriegen beteiligt hatte und die Mobilisierung für den Krieg deshalb kein vergleichbares Ausmaß angenommen hatte. Nach dem Zweiten Weltkrieg erfolgte zwar ein gewisser Ausbau des Sozialstaates mit der Einführung der Alters- und Hinterlassenen-Versicherung (AHV); Krankenversicherung und Gesundheitspolitik erfuhren damals hingegen keine grundlegenden Veränderungen (Lengwiler 2009). Interessant ist aber der Verweis auf die Existenz solidarischer Bürgerversicherungen vor der Entstehung des Sozialstaats. Denn in der Schweiz wird die obligatorische Krankenversicherung auch heute noch oft durch Kassen getragen, deren historische Wurzeln zurückreichen in die Zeit der zumeist lokalen solidarischen Einrichtungen aus dem Umfeld der Arbeiterbewegung oder philanthropischer und kirchlicher Kreise. Diese historisch gewachsene Welt der Krankenkassen hat im Zuge der Ökonomisierung eine dramatische Umwälzung erfahren (Streckeisen 2017, S. 6–8). Dies lässt sich nur schon daran erkennen, dass von den ungefähr Tausend Kassen der 1960er Jahre heute nur noch etwa

fünfzig übriggeblieben sind. Es handelt sich dabei nicht nur um einen Konzentrationsprozess durch Konkurse, Fusionen und Übernahmen, sondern zugleich um eine qualitative Veränderung in zweifacher Hinsicht: Die Kassen entwuchsen ihrer historischen Verwurzelung im lokalen Milieu, was sich wirtschaftssoziologisch als Entbettung beschreiben lässt; und die Kassen änderten ihre Organisationsstrukturen und oftmals auch die Rechtsform, sodass aus Vereinen oder Stiftungen erst Versicherungsunternehmen im eigentlichen Sinne entstehen konnten. Das neue Krankenversicherungsgesetz förderte diesen Prozess, indem es vom Subventionsregime auf eine Wettbewerbsordnung umstellte, die keinen gemeinnützigen Charakter der Versicherungsträger mehr voraussetzte. Im Vergleich mit Frankreich steht im schweizerischen Gesundheitswesen damit nicht die Unterwerfung der solidarischen Einrichtungen unter den Sozialstaat im Fokus, sondern die tief greifende Transformation der Krankenkassen, die sich zu Unternehmen im ökonomischen Sinne des Begriffs entwickelt haben.

10.5.3 Stärkung der PatientInnen durch den Markt

Philippe Batifoulier, Jean-Paul Domin und Maryse Gadreau (2011) untersuchen den Zusammenhang zwischen Maßnahmen zur Stärkung der PatientInnenrechte und der Durchsetzung von Marktmechanismen im französischen Gesundheitswesen. Sie beziehen sich auf zwei Gesetzesnovellen zu Beginn der 2000er Jahre, von denen die erste auf den Schutz der Grundrechte der PatientInnen zielte und die zweite die PatientInnen als KonsumentInnen, das heißt als ökonomische AkteurInnen auf dem Gesundheitsmarkt, stärken sollte. Sie rekonstruieren die gesundheitsökonomische Logik, die insbesondere hinter dem zweiten dieser beiden Gesetze steckt: Damit das Gesundheitswesen als Markt funktionieren kann, muss die einseitige Abhängigkeit der PatientInnen von den ÄrztInnen durchbrochen werden. Dies ruft zum einen danach, die Informationsasymmetrie zwischen diesen beiden Typen von AkteurInnen abzubauen, indem den PatientInnen mehr und bessere Informationen zur Verfügung gestellt werden, auf die sie selbst zurückgreifen können (einschließlich Informationen über ÄrztInnen und andere LeistungserbringerInnen). Zum anderen müssen die PatientInnen echte Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten erhalten, denn der Homo oeconomicus definiert sich gerade dadurch, dass er Entscheidungen auf der Grundlage von rationalen Kalkülen fällen kann. So wurde den PatientInnen die Möglichkeit gegeben, sich zwischen einem Behandlungspfad-Modell oder der freien Arztwahl zu entscheiden, ebenso wie für oder gegen den Abschluss einer Zusatzversicherung.

Diese Stärkung der PatientInnen als KonsumentInnen geht einher mit einer stärkeren Kostenbeteiligung derselben sowie mit wirtschaftlichen Anreizen, die zum Beispiel für die Wahl des Behandlungspfad-Modells sprechen.

Die schweizerische Krankenversicherung zeichnet sich im internationalen Vergleich unter anderem durch eine hohe Beteiligung der Versicherten an den Gesundheitskosten aus: Diese war etwa im Jahr 2012 mit 25,1 % doppelt so hoch wie in Deutschland und den USA sowie mehr als drei Mal so hoch wie in Frankreich (Streckeisen 2013, S. 39). Zusätzlich zu den oben für Frankreich genannten Instrumenten (Behandlungspfad und optionale Zusatzversicherung) kennt das schweizerische System eine allgemeine Kostenbeteiligung sowie einen Freibetrag, unterhalb dessen die Versicherung keine Kosten übernimmt. Durch die Wahl einer höheren Stufe dieser sogenannten Franchise senken die Versicherten ihre eigene Versicherungsprämie (und umgekehrt). Die Stärkung der PatientInnen durch den Markt erweist sich damit nicht nur als Verpflichtung zu einer höheren Beteiligung an den Kosten, sondern auch als Erziehung im rationalen Umgang mit Gesundheitsrisiken. Es geht nicht nur um die Figur der KonsumentInnen, sondern um die Erziehung zum/r ökonomischen AkteurIn im umfassenden Sinne, der/die in seine/ihre Gesundheit investiert und dadurch Kosten für sich selbst und die Allgemeinheit spart, ganz im Sinne der durch Lessenich (2008) analysierten Neuerfindung des Sozialen. Dennoch wäre es zweifellos verfehlt, die Stärkung der PatientInnenrechte ausschließlich in der Perspektive ihrer Marktrationalität zu untersuchen. In den erwerbsbiografischen Interviews zeigte sich deutlich, dass die meisten ProtagonistInnen des Reformdiskurses die Forderung nach mehr ökonomischer Rationalität primär als Mittel zum Zweck erachteten, um die Rechte der PatientInnen zu stärken, die Qualität der Leistungen zu verbessern oder gesellschaftspolitische Anliegen zu fördern. In der gesundheitspolitischen Aufbruchstimmung der 1970er Jahre spiegelte sich auch etwas von den Nachwirkungen der 68er-Bewegung. Die Infragestellung der Macht der Ärzte war verknüpft mit einer allgemeinen Kritik an traditionellen Autoritätsformen. Vor diesem Hintergrund macht es vermutlich durchaus Sinn, die durch Luc Boltanski und Ève Chiapello (2003) entworfene Analytik des „neuen kapitalistischen Geistes“ auch auf das Gesundheitswesen anzuwenden. Ähnlich wie die neuen Managementmodelle in der Privatwirtschaft Konzepte der Kapitalismuskritik aufgegriffen und adaptiert haben, stützt sich die Ökonomisierung des Gesundheitswesens nicht unwesentlich auf die Verarbeitung von Forderungen sozialer Bewegungen und kritischer Geister der Zeit nach 68. Die Verpflichtung der Versicherten zur Kostenbeteiligung sowie die Erziehung der PatientInnen zum rationalen ökonomischen Verhalten erweist sich dann als der Preis, den das

Gesundheitswesen für eine gewisse Einschränkung der früher kaum begrenzten Machtbefugnisse der „Götter in Weiß“ verlangt.

10.5.4 Industrialisierung der Medizin

In einem aktuellen Beitrag untersucht Da Silva (2018) Veränderungen im französischen Gesundheitswesen aus einer konventionstheoretischen Perspektive. Er wendet sich gegen den Begriff der Rationalisierung, der oft verwendet wird, um diese Entwicklungen zu beschreiben. Es handelt sich in seinen Augen stattdessen um den Wechsel von einer ökonomischen Konvention zu einer anderen. Unterstand die Ausübung des Arztberufs früher der professionellen Selbstregulierung, lässt sich heute eine zunehmende Unterwerfung unter staatliche Regulierungen beobachten. Die traditionelle Form der „*médecine libérale*“ betrachtet Da Silva als eine Verbindung der Konvention der Inspiration mit der Konvention des Hauses. Betont wurden die Einzigartigkeit und Komplexität der Fälle, mit denen die ÄrztInnen es zu tun haben; vor diesem Hintergrund erschien es angemessen, ihnen einen großen Spielraum bei den die medizinische Behandlung betreffenden Entscheidungen zuzugestehen sowie die Qualitätskontrolle an keine äußeren Instanzen zu delegieren. Zugleich wurde die Nähe und Vertrautheit zwischen ÄrztInnen und PatientInnen hervorgehoben, welche durch die Einmischung dritter AkteurInnen unweigerlich gestört werden müsste. Nun aber beobachtet der Autor eine Industrialisierung der Medizin, das heißt die Durchsetzung einer industriellen Konvention, welche zur Standardisierung von Behandlungen führt und die Qualitätskontrolle als staatliche Aufgabe sieht, welche in Frankreich durch die 2004 gegründete Haute Autorité de Santé (HAS) wahrgenommen wird. Sie stützt sich auf die Instrumente der evidenzbasierten Medizin, welche die Krankheit als ein objektivierbares und von einzelnen PatientInnen trennbares Phänomen untersucht und es deshalb erlaubt, statistische Vergleiche zu Qualität und Wirksamkeit der Leistungen vorzunehmen.

Die Ausführungen Da Silvas decken sich in vielerlei Hinsicht mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie zur Ökonomisierung des schweizerischen Gesundheitswesens. Besonders stark scheint die Standardisierung der Leistungen und Praktiken im Spitalbereich zu sein. Hier machen sich die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung über Fallkostenpauschalen (Swiss DRG) sowie der Systeme zur Messung der Pflegeleistungen bemerkbar. In der Schweiz existiert allerdings kein zentrales Qualitätsinstitut wie in Frankreich. Vielmehr sind die Kantone zuständig für die Kontrolle der Qualität im Spitalbereich, und den

Krankenkassen obliegt dieselbe Aufgabe im ambulanten Bereich. Dabei müssen sie gemäß KVG auch die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen prüfen und können Sanktionen bei kantonalen Schiedsgerichten beantragen. Ein halbes Jahrhundert, nachdem die Ärzte den Kampf um ihre Freiheit definitiv verloren haben, ohne festen Tarif und ohne Einmischung der Krankenkassen in die PatientInnenbeziehung abzurechnen (Kocher 1967), lässt sich damit in der Tat ein weiterer Verlust der professionellen Autonomie konstatieren. Die durch Da Silva analysierte Industrialisierung der Medizin ist darüber hinaus mit weiteren Veränderungsprozessen verbunden, die ebenfalls konventionstheoretisch analysiert werden könnten. Zum Beispiel war die Konvention des Hauses lange Zeit auch in der Krankenversicherung prägend, hat dort heute aber angesichts der Herauslösung der Kassen aus ihrem lokalen Milieu jegliche Bedeutung eingebüßt. Für einen Niedergang der staatsbürgerlichen Konvention zugunsten der Marktkonvention lassen sich im öffentlichen Spitalwesen deutliche Indizien finden; an dieser Stelle seien nur die zunehmend verbreitete Änderung der Rechtsformen der Spitäler sowie der Wandel von einer politischen Verwaltung der Krankenhäuser zu deren ökonomischer Steuerung durch Managementsysteme genannt. Und das Auftauchen von ManagerInnen und unternehmerisch tätigen ÄrztInnen verweist darauf, dass die projektbasierte Konvention des neuen kapitalistischen Geistes (Boltanski und Chiapello 2003) inzwischen auch im Gesundheitswesen Fuß gefasst hat: Sie verdrängen die heroische Figur des Einzelkämpfer-Arztes, die eingangs am Beispiel des verstorbenen Hans Heinrich Brunner prominent in den Blick gerückt wurde. Mit dem Begriff der Ökonomisierung lässt sich demnach eine Pluralität von Veränderungen benennen, die allesamt mit der Industrialisierung der liberalen Medizin in Verbindung stehen, sich aber nicht auf diesen einen Prozess reduzieren lassen.

10.6 Schluss: Biografie und Berufung in der Wirtschaftssoziologie

Dieser Beitrag stellt ausgewählte Erkenntnisse aus erwerbsbiografischen Studien zur Ökonomisierung des schweizerischen Gesundheitswesens zur Diskussion. Die Ergebnisse der explorativen Studie sprechen eindeutig dafür, dass ökonomisches Wissen in den vergangenen Jahrzehnten in diesem Handlungsfeld wesentlich an Bedeutung gewonnen hat. Für eine empirische Erforschung von Ökonomisierung im weitergehenden Sinne, das heißt mit Blick auf die Konstitution ökonomischer Phänomene z. B. im Sinne von Çaliskan und Callon (2010), wären vertiefende

Studien in einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens erforderlich. Die realitätskonstituierende Wirkung von Wissen lässt sich nicht erforschen, ohne konkrete Handlungen von Menschen zu untersuchen. Solche Handlungen spielen sich aber nicht nur in den Interaktionen des Alltagslebens ab, sondern auch über längere Zeiträume, in denen die Menschen ihre eigenen Lebensläufe herstellen und einzelne Erfahrungen und Weichenstellungen mit biografischer Bedeutung versehen. In dieser Perspektive können erwerbsbiografische Studien einen spezifischen Beitrag zur Analyse von Veränderungsprozessen leisten. Sie erlauben es den Forschenden, mit der befragten Person in Gedanken einen Weg von mehreren Jahrzehnten Dauer durch den Forschungsgegenstand zu gehen, dabei gelegentlich innezuhalten, einzelne Aspekte zu vertiefen oder Verknüpfungen mit anderen Erzählungen herzustellen. Die interpretativen Instrumente der Biografieforschung, der Vergleich verschiedener biografischer Erzählungen sowie die – auch durch das Studium ergänzender Quellen gewonnene – zunehmend vertiefte Kenntnis des Untersuchungsfeldes können eingesetzt werden, um eher individuelle Aspekte von Biografien zu trennen von Dimensionen, die für eine Generation und/oder für ein spezifisches Handlungsfeld charakteristisch sein können.

Max Weber, der gemeinhin als Gründervater der klassischen Wirtschaftssoziologie gilt, interessierte sich sehr für die Frage, welche Wirtschaftssubjekte der Kapitalismus hervorbringt. In der Renaissance der Wirtschaftssoziologie seit den 1980er Jahren ist dieser Fokus zu Gunsten von Netzwerken, Institutionen oder Kulturen der Ökonomie in den Hintergrund getreten. Dies gilt auch für die Ökonomie der Konventionen (Diaz-Bone 2018), welche inzwischen vermehrt im deutschsprachigen Raum rezipiert wird. Sie fokussiert Prozesse der wirtschaftlichen Koordination, interessiert sich aber wenig für die AkteurInnen „in Fleisch und Blut“, die wirtschaftliche Aktivitäten koordinieren. Erwerbsbiografische Studien könnten sich als wertvolle Ergänzung erweisen, indem sie handelnde Menschen als „real existierende Wesen“ empirisch greifbar machen und Erkenntnisse über die Möglichkeits- und Wahrscheinlichkeitsbedingungen unterschiedlicher Verhaltensweisen hervorbringen. Wenn es sich bei Konventionen um „interpretative Rahmen [handelt], die durch Akteure entwickelt und gehandhabt werden, um die Evaluation von und Koordination in Handlungssituationen durchführen zu können“ (Diaz-Bone und Thévenot 2010, S. 4), so setzt dies Formen der Aneignung kognitiver Instrumente voraus, die im biografischen Kontext analysiert und auf Sozialisationsprozesse und Berufungen bezogen werden können. Die erwerbsbiografische Perspektive eignet sich zudem besonders gut, um Ökonomisierung zu untersuchen, weil die AkteurInnen eine Vorstellung haben, was es heißt, eine kaufmännische Ausbildung zu machen oder Wirtschaft zu studieren, und in ihren Erzählungen konkrete Erfahrungen und Bedeutungen

mit den verschiedenen Stationen ihrer Ausbildung sowie ihrer Berufskarriere verbinden. Diese Forschungsperspektive lässt sich gut in Einklang bringen mit dem Postulat einer Pluralität des Ökonomischen, und sie kann dabei helfen zu spezifizieren, welche Formen von ökonomischem Wissen in den unterschiedlichen Konventionen sowie in deren Verbindungen handlungsrelevant werden.

Literatur

- BAG Bundesamt für Gesundheitswesen. 2019. Krankenversicherung: Qualität und Patientensicherheit. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html>. Zugegriffen: 06. September 2019.
- Batifoulier, Philippe/Da Silva, Nicolas/Vahabi, Mehrdad. 2019. A theory of predatory welfare state and citizen welfare: the French case. HAL archives ouvertes (hal-02073247). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02073247/document>. Zugegriffen: 8. Juli. 2020.
- Batifoulier, Philippe/Domin, Jean-Paul/Gadreau, Maryse. 2011. Market Empowerment of the Patient: The French Experience. *Review of Social Economy* 69(2), S. 143–162.
- Boltanski, Luc/Chiapello, Ève. 2003. *Der neue Geist des Kapitalismus*. Konstanz: UVK Verlag.
- Bourdieu, Pierre. 2004. *Der Staatsadel*. Konstanz: UVK.
- Bourdieu, Pierre. 1998. *Die biographische Illusion*. In: Bourdieu, Pierre (Hrsg.), *Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 75–82.
- Bröckling, Ulrich. (Hrsg.) 2012. *Governmentality. Current Issues and Future Challenges*. New York: Routledge.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen. 1996. Statistik über die Krankenversicherung 1996. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>. Zugegriffen: 06. September 2019.
- Çalışkan, Koray/Callon, Michel. 2010. Economization, Part 2: a research programme for the study of markets. *Economy and Society* 39(1), S. 1–32.
- Callon, Michel. 2007. *What does it mean to say that economics is performative?* In: MacKenzie, Donald/Muniesa, Fabian/Siu, Lucia (Hrsg.), *How Economists make Markets: The Performativity of Economics*. Princeton: Princeton University Press, S. 311–357.
- Da Silva, Nicolas. 2018. L'industrialisation de l'économie libérale: une approche par l'économie des conventions. *Management & Avenir Santé* 3, S. 13–30.
- Diaz-Bone, Rainer. 2018. *Die „Economie des conventions“*. *Grundlagen und Entwicklungen der neuen französischen Wirtschaftssoziologie*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Diaz-Bone, Rainer/Hartz, Ronald (Hrsg.). 2017. *Diskurs und Ökonomie. Diskursanalytische Perspektiven auf Märkte und Organisationen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Diaz-Bone, Rainer/Thévenot, Laurent. 2010. Die Soziologie der Konventionen. Die Theorie der Konventionen als ein zentraler Bestandteil der neuen französischen Sozialwissenschaften. *Trivium* 5, S. 1–18.

- Kocher, Gerhard. 1967. *Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung. Ärzteverbindung, Krankenkassenverbände und die Teilrevision 1964 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes*. Bern: Dürrenmatt Verlag.
- Lengwiler, Martin. 2009. *Das verpasste Jahrzehnt. Krankenversicherung und Gesundheitspolitik (1938–1949)*. In: Leimgruber, Matthieu/Lengwiler, Martin (Hrsg.), *Umbruch an der ‚inneren Front‘. Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz 1938–1948*. Zürich: Chronos Verlag, S. 165–183.
- Lessenich, Stephan. 2008. *Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus*. Bielefeld: transcript.
- Foucault, Michel. 2004. *Die Geburt der Biopolitik. Vorlesung am Collège de France, 1978–1979*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Heuss, Ludwig T. 2010. Hans Heinrich Brunner 1944–2010. *Schweizerische Ärztezeitung* 91(22), S. 843–845.
- Radnitzky Gerhard/Bernholz, Peter. 1987. *Economic Imperialism. The Economic Approach applied outside the Field of Economics*. New York: Paragon House Publ.
- Rosenthal, Gabriele. 2010. *Die erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Zur Wechselwirkung zwischen Erleben, Erinnern und Erzählen*. In: Griese, Birgit (Hrsg.), *Subjekt – Identität – Person? Reflexionen zur Biografieforschung*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 197–218.
- Scott, Richard W. 2004. *Competing Logics in Health Care: Professional, State, and Managerial*. In: Dobbin, Frank (Hrsg.), *The Sociology of the Economy*. New York: Russell Sage Foundation, S. 267–287.
- Santésuisse. 2019. Ziel und Zweck der Santésuisse-Wirtschaftlichkeitsprüfungen. <https://www.santesuisse.ch/tarife-leistungen/ambulante-leistungen/aerzte#content-tab-3>. Zugegriffen: 06. September 2019.
- Streckeisen, Peter. 2013. Suisse. La santé publique comme laboratoire du néolibéralisme. *Chronique internationale de l'IREs* 141, S. 35–44.
- Streckeisen, Peter. 2017. Von der Profession zum Markt. Forschungsbericht zur Ökonomisierung des schweizerischen Gesundheitswesens. <https://saez.ch/de/article/doi/saez.2017.05457/>. Zugegriffen: 06. September 2019.
- Streckeisen, Peter. 2021. Medicine and economic knowledge. The relevance of career in the study of transformations in the healthcare system. *Historical Social Research* 46(1), S. 112–135.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

