

Von der Profession zum Markt. Forschungsbericht zur Ökonomisierung des schweizerischen Gesundheitswesens

Peter Streckeisen Dozent am Institut für Vielfalt und gesellschaftliche Teilhabe der ZHAW
Privatdozent am Seminar für Soziologie der Universität Basel

peter.streckeisen@zhaw.ch

Der vorliegende Bericht beruht auf einer Kombination von Politikanalyse, Dokumentenanalyse sowie 14 erwerbsbiografischen Interviews mit Protagonisten und Protagonistinnen des Gesundheitswesens in der Schweiz. Die der Untersuchung zu Grunde liegende Problemstellung zielte darauf, Prozesse der Ökonomisierung in verschiedenen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens zu erforschen und deren Bedeutung auch vor dem Hintergrund der Laufbahnen und Erfahrungen der befragten Personen besser zu verstehen.

Diese Untersuchung steht im Zusammenhang mit weiteren Studien über Ökonomisierung, die ich in den letzten Jahren durchführte. Diesbezüglich möchte ich auf folgende Publikationen hinweisen:

- Peter Streckeisen: «Die Macht des ökonomischen Denkens. Streifzüge durch die neoliberale Schweiz», in: U. Mäder (Hg.), *macht.ch – Geld und Macht in der Schweiz*. Rotpunktverlag, 2015, S. 449-482;
- Peter Streckeisen: «Neoliberalism in European Higher Education Policy. Economic Nexus and changing Patterns of Power and Inequality», in: A. Amaral (ed.), *The visible hand of the internal market: tensions between European competence and national sovereignty in higher education*. Palgrave Macmillan (forthcoming, 2017).

Auf Grund meines Stellenwechsels von der Universität Basel an die ZHAW im Herbst 2016 konnte ich diese Studie nicht wie ursprünglich geplant weiterführen und vertiefen. Dieser Forschungsbericht weist deshalb provisorischen Charakter sowie inhaltliche Schwachpunkte und Lücken auf. Dennoch ist es mir ein Anliegen, den Bericht öffentlich zugänglich zu machen. Ich bedanke mich bei der Schweizerischen Ärztezeitung für die Möglichkeit, dies auf ihrer Internetseite zu tun.

Peter Streckeisen, Basel, 4. März 2017

Liste der interviewten Personen

Alle Interviews wurden in den Jahren 2014 bis 2016 durchgeführt.

Arnold Bachmann, Direktor Kantonsspital Graubünden; Spitalrat Universitätsspital Zürich

Felix Gutzwiller, Direktor Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich 1988-2013; Nationalrat 1997-2007; Ständerat 2007-2015

Simon Hölzer, Direktor Swiss DRG AG

Peter Indra, Leiter Gesundheitsversorgung Kanton Basel-Stadt; Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit 2006-2010

Charles Kleiber, Staatssekretär für Bildung und Forschung 1997-2007; Direktor Service des Hospices cantonaux vaudois 1991-1997; Leiter Gesundheitsdirektion Kanton Waadt 1981-1991

Gerhard Kocher, Publizist und Berater im Gesundheitswesen; Geschäftsführer Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik 1976-2002

Heinz Locher, Ökonom und unabhängiger Berater im Gesundheitswesen; Beauftragter des Regierungsrats und Chefbeamter in der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern 1976-1989

Manfred Manser, Präsident Verwaltungsrat Universitäts-Kinderspital Basel UKBB; Vorsitzender der Geschäftsleitung Helsana Krankenversicherung 1996-2010

Markus Moser, juristischer Berater im Gesundheitswesen; Vizedirektor Bundesamt für Sozialversicherungen 1987-1997

Oliver Peters, Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit; Betriebs- und Finanzchef Universitätsspital Lausanne (CHUV) 2007-2013

Jürg Sommer, em. Professor für Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik an der Universität Basel

Urs Stoffel, Facharzt für allgemeine Chirurgie; Mitglied im Zentralvorstand FMH; Präsident Verwaltungsrat Health Info Net (HIN); Präsident Verwaltungsrat NewIndex AG

Helena Zaugg, Präsidentin Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK

Rita Ziegler, Vorsitzende Spitaldirektion Universitätsspital Zürich 2008-2016; Direktorin Kantons- bzw. Universitätsspital Basel 2002-2008; Verwaltungsdirektorin Spital Limmattal 1996-2002

Einleitung

Am 8. November 1982 fand auf Einladung von Bundesrat Hürlimann die Nationale Sparkonferenz im Gesundheitswesen statt. Die Eindämmung des Kostenwachstums wurde damit in den Rang eines zunehmend prioritären Regierungsgeschäfts gehoben. Seit 35 Jahren steht diese Problematik nun im Zentrum der allermeisten gesundheitspolitischen Diskussionen. Wer in diesem Bereich etwas erreichen will, versucht seine Vorschläge so darzustellen, dass sie dem Ziel der Kostenreduktion dienen. Es hat sich eine ganz spezifische Sicht auf das Gesundheitswesen gefestigt, die fatalistische Züge trägt. Hier scheinen übermenschliche Kräfte zu herrschen wie der medizinische Fortschritt, der demografische Wandel und das Streben der Akteure (allen voran Ärzte, Krankenkassen und Pharmaindustrie) nach Vermehrung ihres Einkommens, denen die Politik hilflos gegenübersteht. Seit Jahrzehnten werden Massnahmen zur Kostenreduktion ergriffen, aber die Gesundheitsausgaben wachsen weiter an. Zudem blockieren sich wichtige Akteure immer wieder selbst oder gegenseitig, wie etwa das jüngste Scheitern der Revision des Ärztetarifs Tarmed zeigt, die im Juni 2016 in einer Urabstimmung der FMH deutlich abgelehnt wurde (siehe NZZ vom 9. Juni 2016: «Ärzte versenken Tarifreform»).

Es wäre möglich aufzuzeigen, dass sich die gesundheitspolitische Diskussion im Kreis dreht und seit Jahrzehnten immer wieder ähnliche Problemdiagnosen und Lösungsansätze formuliert. Ich nehme hier jedoch eine andere Perspektive ein. Im Kern der Untersuchung steht die Frage, welche Veränderungen im schweizerischen Gesundheitswesen sich gewissermassen hinter der Fassade dieser immer wiederkehrenden Diskussionen entdecken lassen. Ich gehe von folgenden zwei Hypothesen aus. Erstens ist zu erwarten, dass die Festsetzung dieser spezifischen Sichtweise auf das Gesundheitswesen im Laufe der Zeit bestimmte Wirkungen erzielt hat. Es handelt sich letztlich um einen ökonomischen Blick, der ein soziales Handlungsfeld unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten vermisst und kategorisiert, welches lange Zeit primär medizinisch, später dann auch durch die Brille des aufkommenden Sozialstaats, betrachtet worden war. Es lässt sich demnach die Frage stellen, inwiefern wir es mit einem Prozess der «Entbettung» im Sinne Polanyis (1971) zu tun haben, auf Grund dessen bestimmte Handlungen und Institutionen im Gesundheitswesen als wirtschaftliche Phänomene erkannt (und anerkannt) sowie dabei aus ihrem gesellschaftlichen Zusammenhang herausgerissen und nach Marktprinzipien umgestaltet werden. Zweitens verbergen sich hinter dem vorherrschenden Bild der politischen Blockade im Gesundheitswesen bedeutende Transformationen von Schlüsselakteuren und Marktstrukturen, deren längerfristige Auswirkungen wir möglicherweise erst erahnen können. Nur schon ein oberflächlicher Blick auf Anzahl und Grösse der Krankenkassen, Rechtsformen der Spitäler oder Soziodemografie der Ärzte und Ärztinnen lässt erkennen, dass das Bild, dem zu Folge alles beim Alten bleibt, trügt.

Ich greife für diese Analyse von Veränderungen im Gesundheitswesen auf wirtschaftssoziologische Ansätze zurück. Eine Stärke wirtschaftssoziologischer Ansätze liegt gerade in der Untersuchung der Entstehung von Märkten. In der Wirtschaftssoziologie werden Märkte nicht als natürliche Formen des Wirtschaftens betrachtet, sondern als kulturelle und gesellschaftliche Konstruktionen. Anders gesagt: Märkte sind nicht gegeben, sie werden gemacht. Gefragt wird zum Beispiel danach, wie politische Institutionen, ökonomische Modelle, soziale Netzwerke oder wirtschaftliche Ideen je spezifische Märkte formen (Dobbin 2004). Märkte sind gesellschaftlich strukturierte Formen menschlicher Interaktion, die gewisse Regelmässigkeiten aufweisen, an denen sich die Akteure orientieren. Sie sind ebenso wesentlich durch kulturelle Wahrnehmungsmuster geprägt wie durch

soziale Ungleichheiten und Machtstrukturen. Fligstein (2001: 28-35) nennt vier Dimensionen von Marktstrukturen: Eigentumsrechte, Regulierungsstrukturen, Austauschregeln und Kontrollkonzepte. Bourdieu beschreibt Märkte als Spiel- und Kampffelder, deren Strukturen durch die Verteilung verschiedener Kapitalsorten geprägt sind, und in denen sich die Handelnden an einem jeweils spezifischen Glauben («illusio») orientieren. Auch das wirtschaftliche Feld, das heisst das, was wir alltagssprachlich als «die Wirtschaft» bezeichnen, ist eng mit der Politik verflochten. Entgegen jeder Vorstellung von freien Märkten bezeichnet Bourdieu die Wirtschaft als «Heimstatt des Staates» (Bourdieu 2002: 34-35). Wo es Märkte gibt, ist der Staat in einer kapitalistischen Gesellschaft also niemals abwesend oder nur ein Störfaktor, wie es uns die vorherrschende ökonomische Theorie glauben macht.

Der Bericht ist wie folgt gegliedert. Ich umreisse zuerst das Auftreten eines Reformdiskurses im schweizerischen Gesundheitswesen seit den 1970er Jahren, der stark durch angelsächsische Einflüsse geprägt ist und vor allem durch Exponenten aus Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, aber auch einige innovative Mediziner geprägt wird. Die Gründung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik im Jahr 1976 lässt sich als Kristallisationspunkt dieser Dynamik betrachten. In den folgenden drei Abschnitten gehe ich auf Veränderungen bei den Krankenkassen, bei den Spitälern sowie bei der frei praktizierenden Ärzteschaft ein. Danach versuche ich die Bedeutung der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr 1996, die als wichtigste politische Weichenstellung im untersuchten Zeitraum gilt, einzuordnen und zu präzisieren. Dabei argumentiere ich, dass dieses Gesetz weniger einen Ausbau des Sozialstaats als einen wichtigen Schritt in Richtung Ökonomisierung mit sich brachte. Zum Schluss komme ich auf das Spannungsverhältnis zwischen politischer Blockade und Veränderung zurück. Scott (2004) beschreibt, wie in den USA während der 1980er und 1990er Jahre das Gesundheitswesen in kurzer Zeit grundlegende Umbrüche erfuhr, nachdem es Jahrzehnte lang als veränderungsresistent betrachtet worden war. Es stellt sich die Frage, ob in der Schweiz eine vergleichbare Beschleunigung bevorstehen könnte.

Die Entstehung des Reformdiskurses

Die wissenschaftliche Deutungshoheit über das Gesundheitswesen lag lange Zeit fast ausschliesslich bei den Medizinerinnen. Dies begann sich im Kontext der Diskussionen über Sparmassnahmen und Reformprogramme zu ändern, als in zunehmendem Ausmass sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Untersuchungen zum Gesundheitswesen entstanden. Als Pionier in der Schweiz ist Gerhard Kocher mit seiner Dissertation über den Einfluss des Ärzteverbandes und der Krankenkassen bei der Teilrevision des Gesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung von 1964 zu nennen (Kocher 1967). Es handelt sich um eine politikwissenschaftliche Studie nach dem Vorbild US-amerikanischer Untersuchungen über den Einfluss so genannter Pressure Groups. Kocher hatte in Bern und Berlin Wirtschaft und Politologie studiert. Er führte ökonomische Konzepte wie das Grenznutzentheorem in die gesundheitspolitische Diskussion ein. 1976 gründete er die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), die in der Folge für längere Zeit zum zentralen Forum und Netzwerk der Reformer avancierte. Die Reformideen waren stark durch US-amerikanische Debatten geprägt, etwa über neue Organisationsformen wie HMO (Health Maintenance Organization) oder ganzheitliche und sich von einer rein medizinischen Sicht distanzierende Pflegekonzepte wie Primary Care. Auch der Geist von 1968 spielte eine Rolle, ging es den Reformern doch nicht zuletzt darum, die Macht der Ärzte in Frage zu stellen und autoritäre Strukturen im Gesundheitswesen aufzubrechen.

In diesem Kontext gelang es in der Schweiz einer ersten Generation von Ökonomen, sich in der Gesundheitspolitik Gehör zu verschaffen. Das war damals völlig neu. Während die Mediziner das Gesundheitswesen als ihre exklusive Domäne betrachtet hatten, interessierten sich die Ökonomen lange Zeit kaum dafür. Die zunehmende Dominanz der Diskussionen über die Kostenexplosion eröffnete aber nun den Ökonomen die Möglichkeit, eigene Studien auszuarbeiten und Konzepte zu propagieren, die nicht nur Effizienzsteigerungen versprachen, sondern auch eine bessere Befriedigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Die SGGP publizierte eine Reihe ökonomischer Studien, so etwa jene von Bombach, Kleinewefers und Weber (1979) über die volkswirtschaftlichen Probleme der Krankenversicherung. In der Deutschschweiz etablierten sich an den Universitäten mit Robert Leu (St. Gallen/Bern), Jürg Sommer (Basel) und Peter Zweifel (Zürich) drei Professoren, die als Gesundheitsökonomen und Spezialisten der Sozialpolitik zu viel gefragten Experten wurden. Und der Schweizerische Nationalfonds begann ökonomische Untersuchungen des Gesundheitswesens zu fördern, insbesondere im Rahmen des Programms «Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen» (Sommer & Gutzwiller 1986).

Erwähnung verdienen aber auch Ökonomen, deren Karriere ausserhalb der Universitäten verlief. Als prominentes Beispiel sei hier Heinz Locher erwähnt, der in Bern Wirtschaft studiert und mit einer Studie zum Pflegedienst im Krankenhaus promoviert hatte (Locher 1973). Er leitete in der Folge die Krankenpflegeausbildung des Roten Kreuzes und nahm führende Positionen in der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern ein, bevor er ins Geschäft der Gesundheitsberatung einstieg, zuerst bei STG-Coopers & Lybrand bzw. PriceWaterHouseCoopers und später als selbständiger Consultant. Ähnlich wie die Professoren Leu, Sommer und Zweifel an den Universitäten bildete Locher zusammen mit Charles Kleiber im Kanton Waadt und Gianfranco Domenighetti im Tessin in den 1980er Jahren ein Trio kantonaler Chefbeamter, das in der Entwicklung und Umsetzung ökonomischer Steuerungsmodelle im Gesundheitswesen (vor allem im Spitalsektor) als führend galt. Der Ökonom Domenighetti gilt als schweizerischer Pionier der medizinischen Versorgungsforschung. Kleiber machte sich zuerst als Spitalarchitekt einen Namen, bevor er in der Gesundheitsdirektion des Kantons Waadt eine Karriere begann, die ihn bis ins Amt des Staatssekretärs für Bildung und Forschung führen sollte. Für diese höheren Aufgaben hatte er sich am verwaltungswissenschaftlichen Institut der Universität Lausanne (IDHEAP) weiter gebildet und dabei eine gesundheitsökonomische Dissertation verfasst (Kleiber 1991).

Unter den Protagonisten des Reformdiskurses befanden sich durchaus auch einige Mediziner. In der Regel mussten diese allerdings – ähnlich wie der gelernte Architekt Kleiber – Weiterbildungen in Public Health, Gesundheitsökonomie oder Management aufweisen, um in der Diskussion eine prägende Rolle spielen zu können. Ein prominentes Beispiel ist Felix Gutzwiller, der nach dem Medizinstudium in Basel in die USA ging, um in Harvard den Master of Public Health zu absolvieren und an der Johns Hopkins University zu promovieren. Zurück in der Schweiz agierte er als Direktor der universitären Institute für Sozial- und Präventivmedizin in Lausanne und Zürich. Er leitete auch das oben erwähnte Forschungsprogramm des SNF über die «Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im Gesundheitswesen» in der ersten Hälfte der 1980er Jahre. Gutzwiller war im Gesundheitswesen deshalb eine prägende Persönlichkeit lange bevor er 1999 für die FDP des Kantons Zürich in den Nationalrat gewählt und in einer breiteren Öffentlichkeit bekannt wurde. Als einer der raren Mediziner im Bundeshaus hatte Gutzwiller eine besondere Glaubwürdigkeit, wenn es darum ging, ärztliche Privilegien in Frage zu stellen.

Als weiteres Beispiel für einen ökonomisch weitergebildeten Mediziner lässt sich Peter Indra nennen. Nach seiner Tätigkeit als Spitalchirurg in der Ostschweiz arbeitete er einige Jahre als «Botschafter» der Krankenkasse «Helsana» für neue Versicherungsmodelle (Managed Care). In der Folge absolvierte er einen Nachdiplomstudiengang in Public Health mit einer Abschlussarbeit über die Spitalfinanzierung mit DRG-Modellen (Indra 2004). 2006 bis 2010 war Indra als Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit für den Bereich Krankenversicherung zuständig. Seit 2012 leitet er die Gesundheitsversorgung Basel-Stadt. Er sieht sich nicht nur als Pionier im Bereich Spitalfinanzierung, sondern überhaupt als einer der ersten Protagonisten, die sowohl die Sprache der Medizin als auch jene der Ökonomie zu sprechen in der Lage sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass dieser Reformdiskurs keineswegs rein ökonomisch ist. Treffender lässt sich wohl von einem interdisziplinären Diskursfeld sprechen, in dem Vertreter verschiedener Disziplinen, darunter auch einige reformorientierte Mediziner, die traditionelle Deutungshoheit der Medizinwissenschaft und damit auch das Machtmonopol der Ärzte im Gesundheitswesen in Frage stellen. Die ökonomische Komponente ist allerdings auch bei jenen Protagonisten deutlich erkennbar, die ursprünglich nicht aus der Ökonomie kommen. Es geht nicht nur um Effizienzsteigerung und Kostenreduktion, sondern auch um weitergehende Konzepte der Entwicklung von Wettbewerb und Marktdynamiken zur Steigerung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Politische oder weltanschauliche Differenzen, etwa zwischen dem Ordoliberalen Heinz Locher und dem Sozialdemokraten Charles Kleiber, treten zu Gunsten des Engagements für Reformen in den Hintergrund. In der SGGP sind allerdings nicht alle politischen Strömungen gleich stark präsent: Es geben mehrheitlich Personen den Ton an, die der FDP oder der SP angehören oder einer dieser beiden Parteien nahestehen.

Die Verwandlung der Krankenkassen

Schauen wir uns einen ersten Bereich an, in dem die Ökonomisierung deutliche Spuren hinterlassen hat: die Krankenkassen. Der Historiker Martin Lengwiler (2009: 167) beschreibt die schweizerische Krankenversicherung als Beispiel für ein «delegiertes Sozialstaatsmodell», in dem der Staat seit jeher die Versicherungsleistungen mehrheitlich nicht selbst erbringt, sondern an private Akteure überträgt. Nachdem ein ambitioniertes Projekt für eine obligatorische Kranken- und Unfallversicherung im Jahr 1900 per Volksabstimmung gescheitert war, wurden in diesen beiden Versicherungszweigen ganz unterschiedliche Wege beschritten. Mit dem Gesetz über die Kranken- und Unfallversicherung von 1912 (KUVG) wurde eine obligatorische Unfallversicherung mit einer zentralen staatlichen Kasse eingerichtet (die SUVA), während die Krankenversicherung freiwillig blieb und von unterschiedlichen Kassen, die der Bund nun subventionierte, angeboten wurde. Zu Beginn der 1960er Jahre existierten über 1'000 Krankenkassen, wobei allerdings die acht grössten Kassen bereits damals 45 Prozent der Versicherten auf sich vereinigten (Kocher 1967: 19). Grob gesagt liessen sich drei Kategorien von Krankenkassen unterscheiden: Neben öffentlichen Kassen von Kantonen und Gemeinden gab es Betriebskrankenkassen sowie eine grosse Zahl privater Einrichtungen in der Form von Vereinen, Stiftungen oder Genossenschaften. Die Hälfte der Krankenkassen hatte 1962 weniger als 700 Versicherte, wogegen die grösste Kasse «Helvetia» beinahe 700'000 Versicherte zählte (ebd.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg waren die Krankenkassen sehr rasch gewachsen, obwohl es auf der politischen Ebene nicht gelungen war, wie im Bereich der Altersvorsorge einen sozialstaatlichen

Ausbau zu realisieren (Lengwiler 2009). Der Versichertenbestand stieg zwischen 1945 und 1970 von zweieinhalb auf sechs Millionen an, die Versicherungsdichte von 48.1 Prozent auf 88.9 Prozent (BSV 1996: A.01). In seiner Beschreibung der «Kassenideologie» fängt Kocher (1967: 221-226) sehr schön das damals vorherrschende Selbstverständnis ein: «Die Krankenkassen verstehen sich selbst als echt schweizerische, eigenständige Organisationen der gegenseitigen Hilfe, als zutiefst im Volk verwurzelte Zellen demokratischer Selbstverwaltung und erzieherisch wertvolle Institutionen praktischer Sozialpolitik.» (ebd.: 222) Dieses Selbstverständnis der Kassen mag angesichts der erwähnten Wachstumsdynamik und weiterer gesellschaftlicher Umbrüche bereits damals etwas folkloristische Züge aufgewiesen haben. Politisch traten die Verantwortlichen der Krankenkassen jedenfalls zukunftsorientiert, wenn nicht fortschrittsgläubig auf. Sie befürworteten einen Ausbau des Sozialstaates. Dieser durfte allerdings nicht zu Lasten des delegierten Sozialstaatsmodells gehen (wie etwa in Grossbritannien mit dem National Health Service), sondern sollte auf den bestehenden Strukturen aufbauen. Von der organisierten Ärzteschaft bisweilen als sozialistische Organisationen angeprangert oder mit Gewerkschaften verglichen, bemühten sich die Kassen um ein parteipolitisch neutrales Image. Zugleich nahmen sie für sich tatsächlich die Aufgabe in Anspruch, die Interessen der Versicherten auch gegenüber den Ärzten zu wahren. Durch ihre Vereinsstruktur mit Lokalsektionen waren die Kassen noch auf vielfältige Weise in der Bevölkerung verwurzelt.

Diese Krankenkassen-Welt gehört der Vergangenheit an. Die grundlegende Verwandlung der Kassen ist einer der wichtigsten Umbrüche im schweizerischen Gesundheitswesen. Von den über 1'000 Kassen sind nur noch etwa 50 übrig. Dieser dramatische Konzentrationsprozess weist Züge einer regelrechten «Konversion» (Bourdieu 2000: 14) auf, das heisst einer Umkehrung von Werten und Sichtweisen, die es möglich machte, aus den einstigen «Zellen demokratischer Selbstverwaltung» privatwirtschaftliche Unternehmen entstehen zu lassen. In der Erzählung eines Protagonisten wie Manfred Manser wird mit Händen greifbar, was «Entbettung» in dem Zusammenhang bedeutet. Nach seiner Berufslehre in einer kleinen, örtlichen Krankenkasse stieg er ab 1972 beim grössten Versicherer «Helvetia» bis ganz nach oben auf, wurde Mitte der 1990er Jahre zum Architekten der Fusion mit «Artisana» zur «Helsana» und agierte als deren Direktor bis 2010. Lange Zeit war Manser der bekannteste und einflussreichste Vertreter der Krankenkassen in Politik und Öffentlichkeit. Er kann sich noch an ehrenamtliche Kassenfunktionäre erinnern, die ihre Versicherten zu Hause in der Stube empfingen. In Zürich arbeitete Manser bei der «Helvetia» zuerst am Schalter, an den zahlreiche Versicherte – ähnlich wie in einer Poststelle – nicht nur kamen, um Geschäfte zu tätigen, sondern um Kontakte zu pflegen und Alltagsgespräche zu führen. Selbst grosse Kassen wie die «Helvetia» hielten die traditionelle Vereinsstruktur mit lokalen, regionalen und nationalen Delegiertenversammlungen bis zu Beginn der 1990er Jahre aufrecht. Als sich die Delegierten beim Übergang vom Verein «Helvetia» zur «Helsana AG» selbst entmachteten, vermutlich – wie Manser sagt – ohne wirklich zu verstehen, was dies bedeutete, war zugleich ein Strich unter einen langen Prozess gezogen, der die Krankenkasse aus ihrer vielfältigen Verankerung in der Bevölkerung herauslösen und zu einer autonomen wirtschaftlichen Unternehmung machen sollte.

Die «Helsana» lässt sich als Paradebeispiel dafür betrachten, wie politische Institutionen und Gesetze Märkte formen (Dobbin 2004: 3-8). Die Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes per Anfang 1996 verstärkte den Trend zu Fusionen grösserer Krankenkassen: neben der Gründung von «Helsana» wären insbesondere die «Swica» (1992 gebildet durch Zusammenschluss von «OSKA», «ZOKU», «SBKK» und «Panorama») und die «Visana» (1996 entstanden durch Fusion von «KKB», «Grütli» und «Evidenzia») zu nennen. Durch die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

veränderte das neue Gesetz die Markt- und Wettbewerbsstrukturen entscheidend. Die neuen Vorgaben führten aber nicht nur in den Marktbeziehungen zwischen den Krankenkassen zu Veränderungen, sondern auch in deren interner Organisation. Für Manser bot das neue Gesetz die einmalige Chance, die «Helsana» grundlegend neu zu organisieren. Es wurde eine Holdingstruktur mit Aktien- und Beteiligungsgesellschaften gebildet. Die Produktgestaltung wurde neu entwickelt, die Leistungsabteilung reorganisiert, das Marketing auf- und ausgebaut, die Verkaufsorganisation neu aufgegleist. Führungsstrukturen nach Standards moderner Corporate Governance ersetzten die alte Vereinsstruktur. «Wenn schon ein neues Gesetz kommt, machen wir die Organisation neu», so lautete Mansers Credo, und andere grössere Krankenkassen schlugen ähnliche Wege ein.

Bei den grössten Krankenkassen von heute lassen sich drei Gruppen unterscheiden: Einige sind durch Fusionen in den 1990er Jahren entstanden («Helsana», «Swica» und «Visana»). Andere sind historisch gewachsen und haben ihre Identität zumindest dem Namen nach erhalten («CSS», «Concordia»). Schliesslich gibt es eine Gruppe jüngerer Kassen, die seit den 1980er Jahren durch gezielte und teilweise aggressive Risikoselektion (die so genannte Jagd nach guten Risiken) schnell gewachsen sind («Assura», «Groupe Mutuel»). Das von Manser verkörperte Modell der internen Karriere tritt möglicherweise zunehmend in den Hintergrund. Immer öfter stehen nun Manager an der Spitze der grossen Kassen, die aus anderen Branchen stammen und in ihrer Berufslaufbahn nicht bereits seit längerer Zeit mit der Krankenversicherung verbunden sind. Mansers Nachfolger bei der «Helsana» zum Beispiel, Daniel H. Schmutz, war bei Boston Consulting Group und Swiss Life tätig, bevor er 2006 zur Krankenkasse stiess und 2010 deren CEO wurde. Während Manser noch die tiefe Verbundenheit mit den Besonderheiten der Krankenversicherung verkörperte, steht Schmutz eher für ein Geschäftsmodell, in dem die Krankenversicherung als ein Geschäftszweig wie ein anderer wahrgenommen wird.

Es fällt auf, dass die Protagonisten des oben erwähnten Reformdiskurses sich in aller Regel sehr kritisch über die heutigen Krankenkassen äussern. Sie wünschen sich, dass die Kassen eine aktive Rolle in der Gestaltung des Gesundheitswesens übernehmen, sind aber enttäuscht über deren tatsächlichen Leistungsausweis. Heinz Locher kritisiert die Kassen zum Beispiel für ihre mangelnde «Culture Sanitaire»: Es fehle ihnen am Verständnis für Besonderheiten des Gesundheitswesens, weshalb sie das Krankenversicherungsgeschäft wie irgendein anderes, beliebiges Business betreiben würden. Ökonomieprofessor Jürg Sommer wirft ihnen mangelnde unternehmerische Strategie und Kühnheit vor, was erforderlich wäre, um wettbewerbsfeindliche Marktstrukturen aufzubrechen.

Vom Verwalter zum Manager im Spitalbereich

Im Spitalbereich reichen die verfügbaren statistischen Zahlenreihen nicht so weit zurück wie bei den Krankenkassen. Laut Bundesamt für Statistik (Krankenhausstatistik, T14) ist die Zahl der Spitäler in der Schweiz zwischen 1998 und 2014 von 378 auf 289 gesunken, das entspricht einem Rückgang von knapp einem Viertel. Rückläufig ist vor allem die Zahl der Allgemeinspitäler, bei denen sich ein markanter Konzentrationsprozess beobachten lässt: Die Zahl der Zentrumsspitäler ist von 26 auf 39 gestiegen, während die Zahl der kleineren Einrichtungen in der Grundversorgung von 166 auf 69 gesunken ist. Bei den Spezialkliniken ist die Entwicklung nicht einheitlich: Die Zahl der psychiatrischen Kliniken ist von 59 auf 50 gesunken, jene der Rehabilitationskliniken von 38 auf 47 gestiegen. Die anderen Spezialkliniken verzeichneten zwischen 1998 und 2005 einen Rückgang von 90 auf 75

Einrichtungen, der aber bis 2010 wieder ausgeglichen wurde (88 Kliniken). Die Allgemeinspitäler sind in der Schweiz mehrheitlich öffentliche Einrichtungen, während der private Sektor bei den Rehabilitations- und Spezialkliniken dominiert. Der Konzentrationsprozess hat also vor allem im öffentlichen Spitalsektor stattgefunden – sei es durch die Schliessung kleinerer Spitäler oder durch Spitalfusionen. Rückläufig war auch die Anzahl Betten (von 45'959 auf 37'540), während das ärztliche und Pflegepersonal deutlich anstieg (von 13'708 auf 20'947 Ärztinnen und Ärzte bzw. von 36'208 auf 64'480 Pflegende), ebenso die stationären Fälle (von 1.034 auf 1.396 Millionen). Mehr Personal kümmert sich um mehr Fälle und benötigt dazu weniger Betten. Das liegt auch an einer gewissen Verschiebung von Pfl egetätigkeiten in den ambulanten Bereich, die sich in der Verkürzung der durchschnittlichen Spitalaufenthaltsdauer von 13.7 auf 9.3 Tage äussert. Rein betriebswirtschaftlich lässt sich dies als Produktivitätssteigerung interpretieren.

Einen wichtigen Hinweis auf Veränderungen bietet ein Blick auf die Rechtsformen der öffentlichen Spitäler. Laut einer Studie von Credit Suisse waren zwischen 2003 und 2013 folgende Rechtsformen auf dem Rückzug: das Spital als Teil der öffentlichen Verwaltung, als Zweckverband, als öffentliche Stiftung oder als unselbständige öffentliche Anstalt. Im Gegensatz dazu verzeichneten die Formen der Aktiengesellschaft und der selbständigen öffentlichen Anstalt einen markanten Anstieg, so dass diese Rechtsformen nun etwa je ein Drittel der öffentlichen Spitäler umfassen (zum Vergleich: unter den Privatspitälern sind 76 Prozent Aktiengesellschaften und 16 Prozent Stiftungen) (Keating & Adler 2013: 18; 20). Und mit den Rechtsformen hat sich die Spitalfinanzierung verändert. Diesbezüglich lassen sich für den öffentlichen Sektor folgende drei Etappen unterscheiden: Traditionell waren die Spitalbudgets Teil der Kantons- oder Gemeindefinanzen, und die öffentliche Hand trug einfach die anfallenden Kosten. In den 1980er und 1990er Jahren setzten sich zunehmend Leistungsverträge mit Globalbudgets durch. Ab Beginn der Jahrtausendwende folgte dann der Schritt zur Fallpauschalen-Finanzierung, zuerst nur in einigen Spitälern und Regionen, ab 2012 aber flächendeckend (für die Akutspitäler) mit der Einführung von Swiss DRG. Für Arnold Bachmann, Direktor des Kantonsspitals Graubünden, sind diese Änderungen deckungsgleich mit einem Zugewinn an unternehmerischer Freiheit der Spitalleitungen. Seit in Graubünden 2005 die Finanzierung mit Fallpauschalen eingeführt wurde, «geht hier die Post ganz gewaltig ab», wie er sagt.

Wie kaum ein anderer Direktor verkörpert Bachmann den Umbruch im Spitalbereich. Der Ökonom mit Studium in St. Gallen und Zürich war ein aufstrebender und international tätiger Manager bei Ems Chemie, als er sich Mitte der 1990er Jahre aus familiären Gründen entschied, als Direktor in den öffentlichen Spitalsektor zu wechseln. Auf seiner Agenda stand zuerst die Verselbständigung von acht Kliniken und Spitälern, später dann die Fusion der drei Churer Spitäler zum heutigen Kantonsspital Graubünden. Als Ökonom und Manager aus der Privatwirtschaft war Bachmann zuerst ein Exot unter den Spitaldirektoren. Er agierte von Beginn an als CEO (Chief Economic Officer), was bis dahin im Spitalsektor überhaupt nicht üblich war oder sogar undenkbar erschien. Traditionell hatten die Spitaldirektoren öffentlicher Spitäler vor allem eine repräsentative Funktion. Die Chefärzte waren nicht ihnen, sondern der Gesundheitsdirektion des Kantons oder vergleichbaren politischen Gremien unterstellt. Das CEO-Modell bringt eine ganz andere Kontrollkonzeption (Fligstein 2001: 35) zum Ausdruck: Der Spitaldirektor agiert auch als Vorgesetzter der Chefärzte und steuert sein Spital wie ein Unternehmen mit möglichst grosser Freiheit gegenüber den politischen Behörden. Stolz zählt Bachmann eindruckliche Wachstumszahlen seines Spitals ebenso wie herausragende Qualitätsdaten und eine grosse Zahl von Kooperationen (etwa die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Glarus oder die Rettung der Reha-Klinik Andeer) auf um zu unterstreichen, wie unternehmerisch und

erfolgreich Spitäler geführt werden können, wenn die Politik den Spitalleitungen die entsprechenden Freiheiten zugesteht.

Bachmann sitzt auch im Spitalrat des Universitätsspitals Zürich und weiss deshalb aus eigener Anschauung, dass dessen Leitungsgremien weniger unternehmerische Freiheit geniessen als jene des Kantonsspitals Graubünden. Dies liegt zum einen an der Gesetzgebung: Trotz Verselbständigung des Spitals zur eigenen Rechtspersönlichkeit sieht das kantonale Gesetz hier kleinere Spielräume vor in Bezug auf die Frage, welche Entscheide die Spitalleitung selbst fällen kann, ohne die politischen Instanzen zu durchlaufen. Dabei handelt es sich um einen entscheidenden Zeit-Faktor. Zum andern ist in Universitätsspitalern die Macht der Chefärzte besonders gross. Hier haben die Klinikdirektoren akademisches Prestige im Rücken und sind oft wenig geneigt, sich den Vorgaben der Spitaldirektion zu beugen. Rita Ziegler, welche das Universitätsspital Zürich 2008 bis 2016 leitete, kriegte diese Ärztemacht zu spüren, als es im Winter 2010-11 zu einer «Revolte der Ärzte» kam, wie sie es nennt. Nur dank der Unterstützung des Spitalrats konnte sie im Amt bleiben und die Krise bewältigen. Auch Zieglers erwerbsbiografische Erzählung dokumentiert eindrückliche Veränderungen im Spitalbereich. Die Ärztetochter aus der Ostschweiz arbeitete nach einem Studium der Ökonomie zuerst im Versicherungsgeschäft, bevor sie als Beraterin im Gesundheitswesen tätig wurde und ab 1996 als Spitaldirektorin agierte, zuerst im Spital Limmattal, dann im Kantons- und Universitätsspital Basel und schliesslich im Universitätsspital Zürich. Sie erinnert sich, wie noch Ende der 1980er Jahre in den Spitälern «nichts so lief, wie man es in der Betriebswirtschaft erwarten würde». Die Spitäler seien sozial verwaltet und politisch kontrolliert gewesen. Niemand habe nach den Kosten gefragt, «man hat nicht gerechnet». Inzwischen seien die Spitäler aber zu richtigen Unternehmen geworden, mit professionellem Management und klaren Strukturen. Allerdings gehe dieser Fortschritt immer nur so weit, wie die Chefärzte es zuliessen.

Als Meilenstein im Spitalwesen gilt die flächendeckende Einführung der Fallpauschalen-Finanzierung im Jahr 2012. In einem unscheinbaren Gebäude an der Haslerstrasse in Bern arbeiten zwei Dutzend Angestellte der Swiss DRG AG an der Verbesserung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur. Es gilt die neusten Daten aus den Spitälern zu prüfen und einzuarbeiten, Leistungen zu beschreiben und im Verhältnis zueinander zu gewichten sowie die Informatikinfrastruktur für die Spitäler und Krankenkassen zu pflegen. Direktor Simon Hölzer legt Wert auf die Feststellung, Swiss DRG stelle nur eine technische Struktur zur Verfügung, wogegen die wirtschaftliche Bewertung medizinischer Leistungen den Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern obliege. Das Ziel des Systems liegt in der Vergleichbarkeit der Leistungen aller Spitäler durch deren Abbildung in einer einheitlichen Tarifstruktur. Wenn Chiapello (2009) beschreibt, wie das betriebliche Rechnungswesen in der Privatwirtschaft Prozesse unterschiedlichster Art in die Sprache des Geschäfts übersetzt und aus ihrem sozialen Zusammenhang reisst, so dass allein deren wirtschaftliche Dimension in den Blick gerät, so haben wir hier etwas Ähnliches vor Augen. Auch bei Swiss DRG geht es darum, durch Übertragung in Zahlen und monetäre Werte eine ganz neue Wirklichkeit medizinischer Leistungen herzustellen, die es erst ermöglicht, die Spitäler direkt zu vergleichen und zu einer neuen Form des Wettbewerbs anzustacheln. Hölzer betont, das System «rechne ökonomisch sehr hart», und bei der Steuerung müsse aufgepasst werden, dass der Benchmark nicht zu aggressiv beim billigsten Anbieter gesetzt werde. Sonst bestehe die Gefahr, dass die Spitäler sich an einem ruinösen Preiswettbewerb orientierten statt nachhaltig zu wirtschaften und langfristige Investitionen zu tätigen. Hölzer engagiert sich auch in der Schweizerischen Gesellschaft für Medizincontrolling, in der sich jene Spezialisten aus Spitälern, Krankenkassen und behördlichen Einrichtungen treffen, in deren

Berufstätigkeit Medizin, Ökonomie und Informatik in einer früher unvorstellbaren Weise eine neue Symbiose eingehen.

Wie hat sich vor diesem Hintergrund die Situation des Pflegepersonals entwickelt? Verena Zaugg, die Präsidentin des schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachkräfte (SBK), beschreibt die in den Statistiken dokumentierten «Produktivitätssteigerungen» der Spitäler an einem konkreten Beispiel: Als sie zu Beginn der 1980er Jahre als Krankenpflegerin im Spital zu arbeiten begann, blieb ein Patient mit Leistenbruch zehn bis 14 Tage im Spital: «Diese Patienten halfen uns nach einigen Tagen beim Betten.» Heute werde ein solcher Patient nach der Operation hingegen gleich nach Hause geschickt und ambulant betreut. Der Zeitdruck habe in der Pflege stark zugenommen. Wenn Spitaldirektoren nun von Produktion und Produktivität sprechen, scheint dies für das Pflegepersonal eine fremde Sprache zu sein, welche ihr Berufsethos bedroht. Die feministische Ökonomin Mascha Madörin (2014: 94) kommt zum Schluss, dass die heutigen Tarifregelungen im stationären wie ambulanten Bereich «einerseits strikte Zeitvorgaben und Zeitrhythmen [enthalten], die den Anforderungen der Pflege nicht gerecht werden, und andererseits Tarifierarchien, die zu einer dysfunktionalen Arbeitsteilung zwingen». Das qualifizierte Pflegepersonal in den Spitälern erfährt damit eine widersprüchliche Situation: Einerseits wurde der Beruf in der Ausbildung durch die Übernahme der Verantwortung durch den Bund (früher war das Rote Kreuz zuständig) und die Einführung des Studiums an Fachhochschulen aufgewertet. Inhaltlich war die Erweiterung um psychosoziale Komponenten eine Bereicherung. Die Einrichtung von Pflegedirektionen in den Spitälern führte zu einer besseren institutionellen Anerkennung und eröffnete den Pflegenden neue Karrieremöglichkeiten. Andererseits sieht sich die Pflege nun durch die Produktivitätsorientierung der Spitäler in ihrem innersten Selbstverständnis bedroht. Und schliesslich festigt die neue Dominanz der betriebswirtschaftlichen Systeme die traditionelle Unterordnung der Pflege unter die Ärzteschaft: Allein die mehrheitlich männliche Ärzteschaft kann Leistungen abrechnen und dadurch Einkommen generieren, während das mehrheitlich weibliche Pflegepersonal bloss auf der Ausgabenseite (Personalkosten) zu Buche schlägt. Diese Spaltung erinnert in eigentümlicher Weise an das überholt geglaubte patriarchalische Familienbild, dem zu Folge der Mann das Geld verdient und die Frau es ausgibt. Damit lassen sich auch in den öffentlichen Spitälern Züge jener Re-Maskulinisierung des Staates erkennen, die Wacquant (2009: 291-316) als Wesenszug des Neoliberalismus ausweist.

Die Ärzteschaft zwischen Abwehrhaltung und Generationenwechsel

Nicht nur in den Spitälern, sondern allgemein gilt die Ärzteschaft heute als Bollwerk gegen Reformen im Gesundheitswesen. Es mangelt nicht an Beispielen, um diese Sicht der Dinge zu untermauern. Genannt seien an dieser Stelle nochmals die Ablehnung der Revision des ambulanten Ärztetarifs Tarmed per Urabstimmung der FMH im Juni 2016, sowie das deutliche Scheitern der Vorlage zu Managed Care in der Volksabstimmung vom Juni 2012, als die Opposition der Hausärzte das Ergebnis vermutlich stark beeinflusste. Der Chirurg Urs Stoffel, der im Vorstand der FMH für das Dossier der Tarifrevision zuständig ist, räumt ein, dass der Ärzteschaft nicht ganz zu Unrecht das Image der ewigen Neinsager anhaftet. Zahlreiche Ärzte und Ärztinnen seien überzeugt, dass es nur noch schlechter kommen könne, und erwarteten von der Politik nichts Gutes. Als Zeichen dafür gilt etwa die Beobachtung, in Politik und Verwaltung seien kaum noch prominente Ärzte am Wirken. Tatsächlich ist heute etwa in der Geschäftsleitung des Bundesamts für Gesundheit kein Mediziner mehr zu finden. War das Amt seit der Gründung im Jahr 1893 stets durch einen Arzt geleitet worden

(BAG 1993: 8), wurde mit dieser Tradition am 1. Januar 2010 gebrochen, als der Jurist Pascal Strupler die Nachfolge von Thomas Zeltner antrat. Im Kontext einer zunehmenden Entfremdung zwischen Politik und Ärzteschaft liess sich im April 2006 in Bern ein aussergewöhnliches Ereignis beobachten: 10'000 Personen nahmen an der nationalen Protestkundgebung der Ärzteschaft teil, die unter dem Motto «pro specie rara» stand: Es gelte den bedrohten Arztberuf vor dem Aussterben zu retten, so das Motto des Anlasses. Öffentliche Kundgebungen sind traditionell nicht das bevorzugte Mittel der Ärzteschaft, um sich politisch Gehör zu verschaffen. Das lateinische Motto der Kundgebung zeugte denn auch vom weiterhin vorhandenen Selbstverständnis als höhere, akademische Berufsgattung.

Ein Vergleich mit der Haltung der organisierten Ärzteschaft zu Beginn der 1960er Jahre erweist sich als äusserst interessant. Während die «Kassenideologie» von damals heute kaum noch existiert, scheint die «Ärzteideologie» viel stärkere Kontinuitäten aufzuweisen. Kocher (1967: 212-221) beschreibt eine Berufsgruppe, die sich in einem feindlichen Umfeld dazu berufen fühlt, mutig das Banner der Freiheit hochzuhalten. Im Kontext des Kalten Kriegs scheint die – im internationalen Vergleich doch recht bescheidene – Entwicklung des Sozialstaats und der Krankenversicherung etatistischen und sozialistischen Tendenzen den Weg zu ebneten. In der Revision der 1960er Jahre kämpfen die Ärzte noch für das Recht, frei Rechnung zu stellen und ihre Patienten nach sozialen Gesichtspunkten unterschiedlich zu behandeln. Staat und Krankenkassen erscheinen ihnen als Störenfriede, die sich in die Beziehung zwischen Arzt und Patienten einmischen. Der Stolz der Ärzteschaft beruht auf der festen Überzeugung, einen einmaligen Beruf auszuüben, und entwickelt sich nicht selten zu ausgeprägtem Elitedenken. Die Freiheit, welche die Ärzteschaft hochhält, ist weniger eine unternehmerische Freiheit als jene der freien Berufe, das heisst jener selbständig erwerbstätigen Personen, die sowohl in der Berufsstellung als auch in der Berufsausübung frei sind und hohes gesellschaftliches Ansehen geniessen (ebd.: 217). Die organisierte Ärzteschaft war in den Auseinandersetzungen um die Revision des Kranken- und Unfallgesetzes von 1964 recht erfolgreich, und doch stellt Kocher (ebd.: 220) eine «Hauptschwäche der ärztlichen Standesideologie» heraus, die sich auch heute beobachten lässt: «Die Ärzteschaft war sich nur in beschränktem Mass über ihre Zielsetzung klar: in der Abwehr gewisser Kassenpostulate und im Kampf für andere Einzelpunkte. Eine umfassende und realisierbare Alternativlösung konnte sie nicht propagieren, so dass sie in eine unglückliche Defensivhaltung gedrängt war, die es dem gewandten Gegner erlaubte, jede Aktion der Ärzte als Querulantum, Nörgelei, Sturheit und asozialen Widerstand gegen den «sozialen Fortschritt» zu diffamieren.»

Während die Ärzte heute wie damals über die Einmischung von Politik und Krankenkassen klagen, werfen die Protagonisten des gesundheitspolitischen Reformdiskurses den Ärzten nicht nur vor, Privilegien zu verteidigen, sondern sich überhaupt nicht für Politik, Ökonomie und Management zu interessieren. Der ehemaligen Spitaldirektorin Ziegler zu Folge verstehen die meisten Ärzte etwa gar nicht, dass Führen sich nicht auf Befehlen reduzieren lasse, sondern eine professionelle Tätigkeit sei. Für den Arzt und Standespolitiker Stoffel haben solche Missverständnisse etwas damit zu tun, dass die Medizin den Ärztinnen und Ärzten auch heute noch wenige Freiheiten lasse, sich beruflich in unterschiedliche Richtungen weiter zu entwickeln. Wer sich als Mediziner von der Kerntätigkeit weg bewege und sich zum Beispiel in Richtung Ökonomie, Controlling oder Management weiter bilde, setze sich einer kollegialen Geringschätzung aus, die nach dem Motto funktioniert: «Der hat es als Arzt halt nicht geschafft.» Dennoch gibt es inzwischen einige Ärzte in Führungspositionen, welchen die Verbindung von Medizin, Ökonomie und Management gelingt. Stoffel nennt Werner Kübler, den Direktor des Universitätsspitals Basel, der nach Tätigkeiten in Staatsdienst und Privatwirtschaft

ausgestattet mit einem MBA-Titel für diese Funktion bestens qualifiziert sei und gegenüber den Chefärzten viel glaubwürdiger auftreten könne als ein Manager ohne Medizinstudium. Auch Hans Heinrich Brunner, ehemaliger FMH-Präsident und Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit, sei diesbezüglich ein Vorbild gewesen: Nicht nur habe er sich für ökonomische Fragen interessiert und einen Master of Public Health in Harvard erworben, sondern die Standesorganisation modernisiert sowie die Schaffung mehrerer von der FMH getragener Unternehmen initiiert (Health Info Net, NewIndex, etc.).

Der Nachruf auf den 2010 verstorbenen Brunner in der Schweizerischen Ärztezeitung umreist sehr eindrücklich das Spannungsverhältnis zwischen dem Festhalten am traditionellen Berufsverständnis und dem Aufgreifen aktueller Trends (Heuss 2010). Brunner wird als «Titan» und «Fels von einem Mann» beschrieben, der in «heroische Kämpfe» verwickelt war und sich im Innersten immer treu geblieben sei: «Er war mit Leib und Seele Arzt.» Selbst als FMH-Präsident und BAG-Vizedirektor habe er weiter Teilzeit als Arzt praktiziert und diese Tätigkeit im angestammten Beruf gerne als Teil seiner Freizeit bezeichnet. Zugleich war er von der Notwendigkeit überzeugt, die traditionellen, «auf der Grundlage von «Basar-Verhandlungen» in den Kantonen entstandenen Tarifverträge zu ersetzen und «das gesamte ärztliche Tarifsysteem auf eine rationale, betriebswirtschaftliche Basis zu stellen». Die Arbeit am ersten schweizweiten Ärztetarif sollte letztlich zwei Jahrzehnte dauern, von den Anfängen unter dem Akronym GRAT 1984 bis zur Inkraftsetzung des Tarmed 2004. «Die Arbeit an diesem epochalen Tarifwerk wurde zu seiner zentralen Lebensleistung.» «Seine innere Faszination galt der Vorstellung, ein in sich kongruentes Regelwerk zu schaffen, einen Mechanismus, wie ein mechanisches Uhrwerk, der Ordnung und Ausgleich schafft.» Zugleich setzte sich Brunner damit dem Verdacht aus, den freien Arztberuf einer administrativen oder ökonomischen Logik zu opfern. «Das Generieren, Vergleichen und Kompilieren von Datenströmen schien gelegentlich zu einer «idée fixe» zu werden, die seine Umgebung zunehmend vor den Kopf stiess.» Die ärztliche Kritik setzte Brunner zu, und so bleibt er auch als «Verletzter», «Missverständener» und «Gedemütigter» in Erinnerung.

Möglicherweise entscheidet sich die Zukunft der Ärzteschaft aber weniger auf der Ebene der standespolitischen Positionierungen als durch Auswirkungen soziostruktureller Entwicklungen, die sich eher unbemerkt im Hintergrund abzeichnen. Im internationalen Vergleich weist die Schweiz eine hohe Ärztedichte sowie einen hohen Anteil von Spezialärzten auf (Senn, Tiaré Ebert & Cohidon 2016). Hoch ist auch der Anteil der Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit allein in einer Einzelpraxis ausüben. Der Beruf bleibt also mit dem Bild des heroischen Einzelkämpfers verbunden. Und doch zeigt die Ärztestatistik gerade diesbezüglich deutliche Veränderungstendenzen auf. So hat der Anteil der in Einzelpraxen tätigen Ärzte und Ärztinnen zwischen 2008 und 2015 um sechs Prozent auf 56.1 Prozent abgenommen. Frauen arbeiten häufiger in Gruppenpraxen als Männer, wogegen Männer sich öfter Ärztenetzwerken anschliessen als Frauen. 49.2 Prozent der praktizierenden Ärzte beteiligten sich 2015 an einem Netzwerk. In einer Gruppenpraxis arbeiten durchschnittlich 4.1 Ärzte und Ärztinnen. (Hostettler und Kraft 2016: 451-452) Der Anteil der Gruppenpraxen könnte auf Grund demographischer Trends rasch ansteigen: Zum einen steht im kommenden Jahrzehnt ein markanter Generationenwechsel an, da das Durchschnittsalter im ambulanten Sektor mit 54.5 Jahren deutlich überhöht ist (ebd.: 449), vor allem bei den Männern. Zum anderen wird sich die Feminisierung des Berufs fortsetzen. Der Frauenanteil lag 1970 noch bei 14.5 Prozent (FMH 1971: 30) und 1990 bei 22.1 Prozent (FMH 1991: 783). 2015 hat er bereits die 40-Prozent-Marke überschritten. Bei den Studienabschlüssen in Humanmedizin (55.7 Prozent) und der Erteilung von Facharzttiteln (59.6 Prozent) stellen die Frauen inzwischen die Mehrheit (Hostettler & Kraft 2016: 448).

Die Existenz von Ärztenetzwerken und Gruppenpraxen sagt für sich allein genommen wenig über die konkrete Berufsstellung und Arbeitsweise der Ärztinnen und Ärzte aus, zum Beispiel in welchem Ausmass sie mit Kolleginnen und Kollegen kooperieren, ob sie angestellt sind oder frei praktizieren etc. Es handelt sich nur um einen groben Indikator der Verbreitung integrierter Versorgungsmodelle. So liegt der Anteil der Hausärzte und Hausärztinnen, die in einer Gruppenpraxis mit Spezialärzten und Spezialärztinnen arbeiten, mit nur zehn Prozent deutlich unter der allgemeinen Quote für Gruppenpraxen, und der Anteil der Krankenversicherten in einem HMO-Modell, in dem die Gruppenpraxis Budgetverantwortung (Capitation) trägt, erreicht bislang nur zwölf Prozent (Senn, Tiaré Ebert & Cohidon 2016: 6; 34). Unbestritten ist aber, dass eine steigende Zahl von Ärzten und Ärztinnen sich vom traditionellen Berufsmodell abwenden und neue Versorgungsmodelle in den letzten Jahren eine deutliche Wachstumsdynamik aufweisen. Zukunftsweisender als Gruppenpraxen, die zu einer Krankenkasse gehören, sind möglicherweise Unternehmensformen, in denen Ärzte und Ärztinnen selbst unternehmerisch tätig werden. Als Pionier auf dem Gebiet gilt Felix Huber, der 1990 in Zürich die erste Gruppenpraxis nach dem HMO-Modell eröffnete. Daraus ist inzwischen die Marke «mediX» mit Ärztenetzwerken in Zürich und Bern geworden: Die Ärzte und Ärztinnen sind in diesem Modell nicht mehr bei einer Krankenkasse angestellt, sondern bei einem Ärzteunternehmen, das mit den Kassen Budgetverantwortung aushandelt und dadurch unternehmerische Anreize gewinnt, die Versorgung kostengünstig zu gestalten. Die grösste Firma im Bereich Managed Care ist die 1998 gegründete «Argomed Ärzte AG», die laut eigenen Angaben mit 800 Ärzten in 19 Netzwerken in den Kantonen Aargau, Zug, Solothurn, Luzern und Bern arbeitet, die 420'000 Versicherte betreuen. Die Firma bietet Dienstleistungen an, darunter Beratung beim Aufbau von Gruppenpraxen und Unterstützung bei der Aushandlung von Tarifverträgen mit Krankenkassen.

In Gruppenpraxen und Ärzteunternehmen kann der Arzt vom Freiberufler zum Unternehmer werden. Solange die Ärzte hingegen in Einzelpraxen arbeiten, sind dem Unternehmenswachstum sehr enge Grenzen gesetzt. So stellt sich heute die Frage, ob sich zahlreiche Arztpraxen in der Schweiz auf ähnliche Weise in Unternehmen verwandeln werden wie die oben beschriebenen Krankenkassen und Spitäler.

Das Krankenversicherungsgesetz von 1994

Wie lässt sich nun das neue Krankenversicherungsgesetz, das Mitte der 1990er Jahre die Einführung des Versicherungsobligatoriums brachte, im Kontext der Ökonomisierung situieren? Vordergründig markiert es einen Meilenstein in der Geschichte des schweizerischen Sozialstaats. Ein Jahrhundert nach dem ersten Versuch und nach einer Reihe weiterer gescheiterter Anläufe trat 1996 eine obligatorische Krankenversicherung in Kraft. Die in den Politikwissenschaften vorherrschende Interpretation, es habe sich um einen wichtigen Ausbau des Sozialstaates gehandelt, der umso bemerkenswerter gewesen sei, als in den 1990er Jahren die meisten OECD-Staaten eine neoliberale Wende erlebt hatten und auf Sozialabbau ausgerichtet waren (Moser 2008), möchte ich allerdings hinterfragen.

Zunächst stellt sich die Frage nach der Bedeutung des Obligatoriums in einem Bereich, in dem bereits die gesamte Bevölkerung versichert war: Laut Angaben des Bundesamts für Sozialversicherungen ist die Versicherungsdichte zwischen 1970 und 1990 von knapp 90 auf 100 Prozent angestiegen (BSV 1996: A.01). Angesichts der steigenden Krankenkassenprämien lässt sich zweifellos der präventive

Charakter dieser Gesetzesmassnahme betonen: Ohne Obligatorium wäre die Versicherungsdichte seither möglicherweise wieder gesunken. Dennoch unterscheidet sich die Konstellation grundsätzlich von früheren Beispielen der Einführung obligatorischer Sozialversicherungen (z.B. Unfallversicherung, Altersvorsorge), die stets das Ziel verfolgten, die Versicherungsabdeckung deutlich auszuweiten.

Bemerkenswert ist darüber hinaus die Tatsache, dass die obligatorische Krankenversicherung zu keinem Anstieg des Staatsanteils bei der Finanzierung des Gesundheitswesens führte, welcher zwischen 1988 und 2010 relativ stabil bei knapp einem Drittel verharrte (Streckeisen 2013: 38). Im internationalen Vergleich zeichnet sich die Schweiz weiterhin dadurch aus, dass die privaten Haushalte einen sehr hohen Anteil (ca. ein Viertel) der Kosten direkt selbst - out of the pocket - bezahlen (ebd.: 39). In vielerlei Hinsicht macht es Sinn, trotz neuem Gesetz die historischen Kontinuitäten nicht aus den Augen zu verlieren. Der traditionellen Forderung der Krankenkassen, eine obligatorische Versicherung zu schaffen, ohne die bestehenden Anbieter durch eine öffentliche Einrichtung zu ersetzen, wurde voll und ganz entsprochen. Auch das Primat der Tarifpartnerschaft, dem zu Folge Leistungserbringer und Versicherer die Tarife untereinander aushandeln und der Staat höchstens subsidiär eingreift, wurde beibehalten. Das neue Gesetz baut deshalb stark auf historisch gewachsenen Strukturen auf. Diese Pfadabhängigkeit und die weiterhin tragende Rolle der bereits seit über einem Jahrhundert die Krankenversicherung mitgestaltenden privaten Akteure (allen voran Ärzteschaft und Krankenkassen) muss bei der Analyse des Gesundheitswesens berücksichtigt werden. Eine systematische historische Analyse könnte sich in diesem Sinne Leimgrubers (2008) Geschichte der Altersvorsorge zum Vorbild nehmen, welche die prägende Rolle der privaten Versicherungseinrichtungen bei der Konzeption und Umsetzung der öffentlichen Altersvorsorge herausstellt. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass diese privaten Akteure heute eben nicht mehr dieselben sind wie in den 1970er Jahren, was ich am Beispiel der Krankenkassen gezeigt habe. Das neue Gesetz hat deren Verwandlung in gewinnorientierte Unternehmen begünstigt, indem es private Versicherungsgesellschaften ausdrücklich als Träger der obligatorischen Krankenversicherung zulies.

Wenn das vorherrschende Narrativ des Sozialstaatsausbaus nicht wirklich überzeugt, macht es Sinn, die Bedeutung des Krankenversicherungsgesetzes anders zu situieren und dieses als Etappe in der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu betrachten. Aus wirtschaftssoziologischer Perspektive muss dabei der übliche Gegensatz zwischen Staat und Markt aufgegeben werden: Es gibt in einer kapitalistischen Gesellschaft keine grösseren Märkte, an deren Entstehung der Staat nicht aktiv beteiligt gewesen wäre. Andererseits lässt sich gerade in einem Land mit liberaler Sozialstaatstradition wie der Schweiz beobachten, dass private Akteure im Handlungsfeld des Sozialstaats oftmals eine herausragende Rolle spielen. In den USA hat Gottschalk (2000) den Begriff des «Shadow Welfare State» geprägt, um die Bedeutung der privaten Vorsorgeeinrichtungen, die in den historischen und politologischen Analysen oft übersehen wird, herauszustellen. Ich selbst habe an anderer Stelle über den «privaten Sozialstaat» in der Schweiz geschrieben (Streckeisen 2010).

In Bezug auf die Festsetzung des ökonomischen Blicks lässt sich zunächst herausstellen, dass die Eindämmung des Kostenwachstums für den Bundesrat neben der Förderung der Solidarität und einem gewissen Leistungsausbau eines der drei Hauptziele der Gesetzesvorlage war (Bundesrat 1991: 96). Zwei der vier Experten, bei denen Bundesrat Flavio Cotti mit Blick auf die Ausarbeitung des neuen Gesetzes einen Bericht bestellt hatte, waren Ökonomieprofessoren (Heinz Hauser, Hochschule St. Gallen; Peter Zweifel, Universität Zürich). Dies bringt die Tatsache zum Ausdruck, dass es den Ökonomen inzwischen gelungen war, sich als Experten für Gesundheitspolitik zu etablieren. Gut an diesen Prozess erinnert sich Markus Moser, Vizedirektor im Bundesamt für Sozialversicherungen

1987 bis 1997 und in dieser Funktion zuständig für den Bereich Krankenversicherung. Ab den 1970er Jahren seien die ersten Ökonomen eingestellt worden, zum Beispiel Peter Lutz, «unser Ökonom» an der nationalen Sparkonferenz von 1982. Vorher sei das Bundesamt eine reine Domäne der Juristen gewesen. Moser, der nach seiner Amtstätigkeit ins Beratungsgeschäft einstieg, bezeichnet sich heute mit Nachdruck als juristischer Berater: Das sei fast schon ein Alleinstellungsmerkmal, weil inzwischen die meisten Berater im Gesundheitswesen Ökonomen seien. 2013 übernahm mit Oliver Peters erstmals ein Ökonom das frühere Amt Mosers, welches seit 2004 im Bundesamt für Gesundheit angesiedelt ist. Der ehemalige Betriebs- und Finanzchef des Universitätsspitals in Lausanne (CHUV), Sohn eines bekannten Pharmakologen und einer Ärztin, vertritt als Ökonom in mancher Hinsicht Positionen, die von der wirtschaftswissenschaftlichen Orthodoxie abweichen. Zugleich ist er allerdings ein überzeugter Anhänger von kennzahlenbasierten Führungs- und Steuerungsinstrumenten im Gesundheitswesen.

Für Moser bestand die zentrale Innovation des Gesetzes von 1994 daraus, eine obligatorische Versicherung einzuführen, ohne die Finanzierung über individuelle Kopfprämien abzuschaffen. Um hier einen sozialen Ausgleich zu schaffen, richtete der Bund seine Subventionen nicht mehr an die Krankenkassen aus, sondern als Prämienverbilligungen an Haushalte mit bescheidenen Einkommen. Im Jahr 2013 erhielten 28 Prozent der Versicherten Verbilligungen, mit kantonalen Unterschieden zwischen 20.3 Prozent in Baselland und 49.6 Prozent in Nidwalden (BAG 2013: 19-20). Durch die Trennung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherungen, mit abschliessender Definition aller OKP-pflichtigen Leistungen, wurden neue Marktstrukturen geschaffen. Im vorherigen System wurden Versicherte ab einem gewissen Alter mit höheren Prämien bestraft, wenn sie die Kasse wechselten. Dies ist unter dem neuen Gesetz nicht mehr erlaubt, genauso wie Prämienunterschiede zwischen Männern und Frauen. Die erleichterte Möglichkeit des Kassenwechsels sollte Wettbewerb zwischen den Versicherungen begünstigen. Zugleich war das neue Gesetz vom Versuch geprägt, eine Wettbewerbsdynamik zu korrigieren, die seit den 1980er Jahre viele Krankenkassen in finanzielle Schwierigkeiten gebracht hatte (Bundesrat 1991: 103-105). Der emeritierte Ökonomieprofessor Sommer ist sogar überzeugt, das Gesetz sei nur deswegen zustande gekommen, weil das bestehende Krankenkassensystem zusammenzubrechen drohte. Der Strategie einiger vor allem neuerer Kassen (die 1978 gegründete «Assura» gilt als führendes Beispiel), junge, gesunde Versicherte anzuwerben und einen aggressiven Preiswettbewerb loszutreten, standen zahlreiche Kassen hilflos gegenüber, zumal der Bund seine Subventionen plafoniert hatte. Im Jahrzehnt vor der Einführung des neuen Gesetzes beschleunigte sich das bereits seit den 1970er Jahren eingetretene Kassensterben deshalb markant: Wurden 1986 noch 432 Krankenkassen gezählt, waren es 1995 nur noch 184. Allein von 1988 auf 1989 verschwanden 105 Kassen von der Bildfläche (BSV 1996: A.01). Um die so genannte Jagd auf gute Risiken einzudämmen, wurde mit dem neuen Gesetz ein Risikoausgleich zwischen den Kassen geschaffen, der sich an der Verteilung der Versicherten nach Geschlecht und Alter orientierte.

An diesen Massnahmen wird klar ersichtlich, wie das neue Gesetz die «rules of exchange» (Fligstein 2001: 35) im Krankenversicherungsgeschäft veränderte mit dem Ziel, den Wettbewerb zu fördern und diesen zugleich in gewisse Bahnen zu lenken, um problematische Auswirkungen zu verhindern. Zudem war mit der Gesetzesrevision die politische Vorgabe verbunden, auch die Märkte für die Erbringung medizinischer Leistungen neu zu strukturieren, insbesondere durch die Einführung neuer Tarifsysteme auf nationaler Ebene. Dieses Ziel wurde 2004 mit dem Tarmed für den ambulanten und 2012 mit Swiss DRG für den stationären Sektor erreicht. Zwischen den beiden Tarifen existieren jedoch erhebliche Unterschiede. Tarmed ist ein Einzelleistungstarif, der ökonomische Anreize für

eine Ausweitung der Leistungsmenge setzt, während Swiss DRG auf Fallpauschalen beruht, welche die Leistungserbringer zu effizientem Ressourceneinsatz oder Leistungsreduktion anhalten. Aus ökonomischer Sicht wird der Tarmed deshalb mit Argusaugen betrachtet. Da der Bundesrat die Aufhebung des so genannten Vertragszwangs, das heisst die Pflicht der Krankenversicherer, alle praktizierenden Ärzte und Ärztinnen unter Vertrag zu nehmen, im Parlament nicht durchsetzen konnte, führte er 2002 einen Zulassungsstopp für neue Arztpraxen ein. Zudem wurde ein System der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Leistungen eingerichtet, welche der Dachverband der Krankenkassen «santésuisse» durchführt.

Ein weiterer Unterschied liegt im Bereich der Tarifautonomie. Die Spitalfinanzierung hat klare gesetzliche Grundlagen (etwa betreffend die kantonalen Spitalisten und die Aufteilung der Kostenübernahme zwischen Kantonen und Krankenkassen, aber auch in Bezug auf das Prinzip der Fallpauschalen-Finanzierung), zu deren Umsetzung mit der Swiss DRG AG eine eigene Organisation mit festen Strukturen und klaren Verantwortlichkeiten gebildet wurde. Im Gegensatz dazu ist der Tarmed viel stärker von der Bereitschaft und der Fähigkeit der Tarifpartner abhängig, sich auf Kompromisse zu verständigen. Gerade die 2016 gescheiterte Tarmed-Revision zeigt diese Achillesferse des Systems mit aller Deutlichkeit auf. Es geht nicht allein um Interessengegensätze zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen, sondern auch um Konflikte innerhalb beider Lager. Auf der ärztlichen Seite stehen unterschiedliche Interessen von Allgemeinmedizinerinnen auf der einen und spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten auf der anderen Seite im Zentrum. Durch die Gründung von «fmCh», dem Verband chirurgisch und invasiv tätiger Ärzte, haben die Spezialärzte 2004 eine eigene politische Organisation geschaffen. Der Verband hat im November 2015 eine eigene Tarifunion gegründet um zu signalisieren, dass er die Tarifverhandlungen nicht mehr allein der FMH überlassen will. Auf Seite der Krankenkassen kam es 2013 zu einer spektakulären Spaltung, als die drei grossen Kassen CSS, Helsana und Sanitas (später stiess KPT hinzu) den neuen Verband «curafutura» gründeten, der heute ca. 40 Prozent der Versicherten vertritt. Die Gründe dieser Spaltung liegen möglicherweise weniger in unterschiedlichen ökonomischen Interessen auf Grund der jeweiligen Struktur der Versichertenpopulation als in Differenzen bei Geschäftsmodellen und politischen Strategien. Durch die Wahl des Arztes und Nationalrats Ignazio Cassis (FDP) zum Vorstandspräsidenten signalisiert «curafutura» Dialogbereitschaft gegenüber der Ärzteschaft. Zugleich hat sich der neue Verband der Verpflichtung entledigt, auf die Interessen kleinerer Krankenkassen Rücksicht zu nehmen.

Trotz der Differenzen zwischen den beiden Tarifen ist festzuhalten, dass sich sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor inzwischen Tarifsysteme durchgesetzt haben, die einen Vergleich der Leistungserbringer unter ökonomischen Gesichtspunkten auf nationaler Ebene ermöglichen. Dies war vorher in keiner Weise der Fall, und hinter diesen unter dem Aspekt der Ökonomisierung des Gesundheitswesens entscheidenden Grundsatz werden auch zukünftige Entwicklungen kaum zurücktreten. Wie in den vorhergehenden Abschnitten skizziert, sind die Märkte sowohl bei den Spitälern wie bei der Ärzteschaft in Bewegung geraten. Und nachdem die Verbreitung alternativer Modelle der Krankenversicherung im ersten Jahrzehnt nach der Einführung des neuen Gesetzes auf tiefem Niveau stagnierte, ist es diesbezüglich seit einigen Jahren zu markanten Verschiebungen gekommen. So ist der Anteil der Versicherten, die ein Modell mit eingeschränkter Arztwahl und Prämienreduktion wählen, zwischen 2003 und 2013 von weniger als zehn auf 61 Prozent gestiegen (BAG 2013: 31). Meistens handelt es sich um so genannte Listen- oder Hausarztmodelle (37 Prozent), bei denen die Versicherten immer zuerst einen bestimmten Hausarzt aufsuchen müssen, der sie

dann allenfalls an weitere Leistungserbringer verweist. Weniger stark verbreitet sind Telemedizin-Modelle sowie HMO-Modelle mit Budgetverantwortung (je 12 Prozent der Versicherten, aber mit deutlicher Wachstumstendenz) (Senn, Tiaré Ebert & Cohidon 2016: 34).

Schluss

Scott (2004) beschrieb die Entwicklung des US-amerikanischen Gesundheitswesens als Abfolge der Vorherrschaft dreier verschiedener institutioneller Logiken: der professionellen Logik, der staatlichen Logik und der Managementlogik. Jede dieser Logiken ist ein Glaubenssystem, das auf spezifischen Prämissen beruht und das Verhalten der Akteure motiviert und orientiert. Zugleich ist jede Logik mit der Dominanz spezifischer Organisationen verbunden: die Berufsorganisation bei der professionellen Logik, die bürokratische Organisation bei der staatlichen Logik und das Privatunternehmen bei der Managementlogik (ebd.: 277; 281). Ohne Zweifel bietet dieser Ansatz ein interessantes Raster, um auch die Veränderungen im schweizerischen Gesundheitswesen zu analysieren. Vor allem der Wechsel von der professionellen Logik der ärztlichen Macht zur Managementlogik mit ihrer Markt- und Wettbewerbsorientierung ist auch hier zu Lande augenfällig. Es ist nicht sicher, ob die Ärzte tatsächlich viel Macht verloren haben, aber der Glaube an die heilende Wirkung des Wettbewerbs hat sich auf breiter Basis durchgesetzt. Einen schwächeren Einfluss als in den USA scheint auf den ersten Blick die staatliche Logik aufzuweisen, weil es nie zu einem derart drastischen politischen Eingriff ins Gesundheitswesen wie bei der Gründung von Medicare und Medicaid gekommen ist, als Mitte der 1960er Jahre die Bundesregierung über Nacht zum weitaus grössten Käufer medizinischer Dienstleistungen mit einem Marktanteil von annähernd 50 Prozent wurde (ebd.: 278). Gleichwohl hat staatliche Regulierung auch in der Schweiz an Bedeutung gewonnen – nicht von einem Tag auf den anderen, sondern eher in einem schleichenden Prozess, der keineswegs im Gegensatz zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens steht, sondern diese prägt und begleitet.

Scott unterstreicht zudem die erstaunliche Umbruchsdynamik des US-amerikanischen Systems in den 1980er und 1990er Jahren, das von den Experten jahrzehntelang als immobil und reformunfähig beschrieben worden war. Er greift die These von Greenwood & Hinings (1996) auf, der zu Folge hoch institutionalisierte Sektoren zwar Widerstand gegen Veränderungen leisten, dann aber sehr rasch transformiert werden können, sobald Veränderungen einsetzen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass auch das schweizerische Gesundheitswesen in den kommenden Jahren einen beschleunigten Wandel erleben wird. Es gibt aber sicherlich einige institutionelle Hindernisse für eine disruptive Entfesselung der Markt- und Wettbewerbslogik. Ich denke insbesondere an den Vertragszwang zwischen Leistungserbringern und Versicherern, oder an die staatliche Spitalplanung mit den kantonalen Spitallisten. Die Entstehung privater integrierter Gesundheitskonzerne nach dem Muster von Kaiser Permanente in den USA steht hier zu Lande deshalb wahrscheinlich nicht unmittelbar vor der Tür, auch wenn es Ansätze in diese Richtung gibt, etwa bei der Spitalgruppe Hirslanden und bei einigen Krankenkassen wie Santémed oder Sanacare, die inzwischen eigene Gruppenpraxen führen.

Besser als der Import ausländischer Modelle passen Veränderungen zur helvetischen Politiktradition und Wirtschaftskultur, die inkrementell und nicht selten im Verborgenen ablaufen. In diesem Beitrag habe ich beschrieben, wie hinter dem vorherrschenden Bild der politischen Blockade oder Stagnation im Gesundheitswesen doch recht bedeutende Veränderungen stattgefunden haben. Die Fixierung auf die Kosteneindämmung als übergreifendes Ziel führt nicht selten dazu, dass spezifische

Interessenlagen einzelner Akteure oder wichtige Veränderungen kaum wahrgenommen werden. Als Paradebeispiel für diese Diskrepanz zwischen vorgestellter und tatsächlicher Wirklichkeit sei nochmals auf die Volksabstimmung im Juni 2012 über Managed Care hingewiesen. Die Vorlage wurde mit Dreiviertelmehrheit sehr deutlich abgelehnt, doch genau in den Jahren vor und nach der Abstimmung stieg der Anteil der Versicherten, die für sich selbst Modelle mit eingeschränkter Arztwahl auswählten, von weniger als zehn auf über 60 Prozent an. Der zunehmende finanzielle Druck auf die Haushalte angesichts steigender Krankenkassenprämien hat hier möglicherweise mehr bewirkt als eine ganze Reihe politischer Massnahmen, mit denen versucht wurde, Managed Care zu fördern. Dieses Beispiel illustriert vielleicht ganz gut, dass relativ weitreichende Veränderungen jenseits direkter politischer Massnahmen stattfinden können, und ohne als solche von der breiten Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden. So wie die obligatorische Krankenversicherung eingeführt wurde, als bereits alle versichert waren, wird der Vertragszwang zwischen Leistungserbringern und Versicherern möglicherweise abgeschafft werden, nachdem die grosse Mehrheit der Versicherten bereits freiwillig auf die freie Arztwahl verzichtet haben wird.

Quellen

Bombach, Gottfried; Kleinewefers, Henner; Weber, Luc (1979): *Volkswirtschaftliche Probleme der Krankenversicherung*. Zürich, Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik

Bourdieu, Pierre (2002): *Der Einzige und sein Eigenheim. Erweiterte Neuauflage der Schriften zu Politik & Kultur 3*. Hamburg, VSA-Verlag

Bourdieu, Pierre (2000): *Die zwei Gesichter der Arbeit. Interdependenzen von Zeit- und Wirtschaftsstrukturen am Beispiel einer Ethnologie der algerischen Übergangsgesellschaft*. Universitätsverlag Konstanz

Bundesamt für Gesundheit BAG (2013): *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2013*

Bundesamt für Gesundheit BAG (1993): *100 Jahre für alle. Sonderbeilage <100 Jahre BAG> zum Bulletin Nr. 33*, <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/11473/?lang=de> (26.7.2016)

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV: *Statistik über die Krankenversicherung 1996*

Bundesrat (1991): *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991*. Bundesblatt, 144. Jahrgang, Band I, S. 93-292

Chiapello, Ève (2009): «Die Konstruktion der Wirtschaft durch das Rechnungswesen», in: Rainer Diaz-Bone & Getraude Krell (Hg.), *Diskurs und Ökonomie. Diskursanalytische Perspektiven auf Märkte und Organisationen*. Wiesbaden, VS Verlag, S. 125-149

Dobbin, Frank (ed.) (2004): *The Sociology of the Economy*. New York, Russell Sage Foundation

Fligstein, Neil (2001): *The Architecture of Markets. An Economic Sociology of Twenty-First Century Capitalist Societies*. Princeton University Press

FMH (1991): «Ärztstatistik 1990». *Schweizerische Ärztezeitung* 72/19, S. 782-795

FMH (1971): «Ärztstatistik 1970». *Schweizerische Ärztezeitung* 52/2, S. 23-54

Gottschalk, Marie (2000): *The Shadow Welfare State. Labor, Business, and the Politics of Healthcare in the United States*. Ithaca NY: ILR Press

Greenwood, Roysden; Hinings C.R. (1996): «Understanding radical organizational change: Bringing together the old and new institutionalism». *Academy of Management Review* 21/4, S. 1022-1054

Heuss, Ludwig T. (2010): «Nachruf: Hans Heinrich Brunner 1944-2010». *Schweizerische Ärztezeitung* 91/22, S. 843-845

Hostettler, Stefanie; Kraft, Esther (2016): «FMH-Ärztstatistik 2015. Zuwanderung grundlegend für Versorgungssystem». *Schweizerische Ärztezeitung*, 97/12-13, S. 448-453

Indra, Peter (2004): *Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen*. Zürich, Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik

Keating, Giles; Adler, Oliver (2013): *Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel*. Credit Suisse Group

Kleiber, Charles (1991): *Questions de soins. Essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins*. Lausanne, éditions Payot

Kocher, Gerhard (1967): *Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung. Ärzteverbindung, Krankenkassenverbände und die Teilrevision 1964 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes*. Bern, Verlag W. Dürrenmatt

Leimgruber, Matthieu (2008): *Solidarity without the State. Business and the shaping of the Swiss Welfare State*. Cambridge University Press

Lengwiler, Martin (2009): «Das verpasste Jahrzehnt. Krankenversicherung und Gesundheitspolitik (1938-1949)», in: Matthieu Leimgruber & Martin Lengwiler (Hg.), *Umbruch an der <inneren Front>. Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz 1938-1948*. Zürich, Chronos Verlag, S. 165-183.

Locher, Heinz (1973): *Der Pflegedienst im Krankenhaus*. Bern, Buchdruckerei W. Fischer

Madörin, Mascha (2014): *Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege*. Winterthur, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit

Moser, Julia (2008): *Der schweizerische Wohlfahrtsstaat. Zum Ausbau des sozialen Sicherungssystems*. Frankfurt/M., Campus Verlag

Polanyi, Karl (1971): *The Great Transformation. Politische und ökonomische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen*. Wien, Europa-Verlag

Scott, W. Richard (2004): «Competing Logics in Health Care: Professional, State, and Managerial», in: F. Dobbin (ed.), *The Sociology of the Economy*, New York, Russell Sage Foundation, pp. 267-287

Senn, Nicolas; Tiaré Ebert, Sonja; Cohidon, Christine (2016): *La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM*. Neuchâtel, Observatoire Suisse de la Santé

Sommer, Jürg & Gutzwiller, Felix (1986): *Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen*. Bern, Verlag Huber

Streckeisen, Peter (2013): «Suisse. La santé publique comme laboratoire du néolibéralisme». *Chronique internationale de l'IRES*, Nr. 141, S. 35-44

Streckeisen, Peter (2010): «Helvetische Mythen. Wie der private Sozialstaat verklärt wird». *Telegraph* Nr. 120-121, S. 161-168

Wacquant, Loïc C. (2009): *Bestrafen der Armen. Zur neoliberalen Regierung sozialer Unsicherheit*. Opladen, Barbara Budrich