

## **Zwischen Verwissenschaftlichung, Politisierung und Bürokratisierung: Expertenwissen im schweizerischen Sozialstaat**

Martin Lengwiler

Die Institutionen des Sozialstaats gelten in der sozial- und wissenschaftshistorischen Forschung als zentrale Akteure eines säkularen gesellschaftlichen Verwissenschaftlichungsprozesses. Mit der Ausbreitung sozialstaatlicher Institutionen gewann wissenschaftliche Expertise seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert einen wachsenden Einfluss auf Staat, Politik und Gesellschaft. Ein Gesamtbild dieser Wahlverwandtschaft zwischen Wissenschaft und Sozialstaat zu zeichnen, ist allerdings keine einfache Aufgabe. Wissenschaft und Sozialstaat stehen in einem vielschichtigen Verhältnis, das sich nicht auf reduktionistische Begrifflichkeiten wie Expertokratie oder Technokratie, nach denen wissenschaftlich-technische Rationalität die politischen Entscheidungen determiniert, verkürzen lässt.

Der folgende Beitrag untersucht am Beispiel der schweizerischen Sozialstaatsgeschichte, wie sich Wissenschaft und Sozialstaat in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in wechselseitiger Abhängigkeit entwickelt haben. In Anlehnung an die neuere Wissenschaftsforschung wird ein wechselseitiges Konstitutionsverhältnis zwischen Wissenschaft und Sozialstaat unterstellt, das sowohl Prozesse der Verwissenschaftlichung der Sozialpolitik als auch der Politisierung und Bürokratisierung von Expertenwissen umfasst.<sup>1</sup> Als Fallbeispiele stehen zwei Sozialversicherungszweige im Vordergrund, die besonders stark von Expertenwissen durchdrungen sind: die Kranken- und die Unfallversicherung. In vier Schritten entwickelt der Beitrag eine kritische Differenzierung der Verwissenschaftlichungsthese. Einleitend wird zunächst das in der Forschung verbreitete Modell der «Verwissenschaftlichung

des Sozialen» und der dabei zentrale Expertenbegriff erläutert. Im zweiten Teil folgt das Fallbeispiel der staatlichen Unfallversicherung, bei der die Durchführung der Versicherung einer neu gegründeten öffentlich-rechtlichen Zentralanstalt, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva), übertragen wurde. Das Beispiel der Suva erlaubt es, die Rolle von Experten innerhalb einer Verwaltungsbürokratie zu untersuchen. Der dritte Teil geht auf die Krankenversicherung ein, deren Verwaltung nicht alleine staatlichen Akteuren obliegt, sondern weitgehend durch privatrechtliche Organisationen wie Krankenkassen oder ärztliche Standesorganisationen mitgestaltet wird. An diesem Beispiel lässt sich deshalb der Einfluss sozialstaatlicher Regulierung auf nichtstaatliche Organisationen untersuchen. Im vierten Abschnitt werden die Ergebnisse diskutiert und ein Modell für die wechselseitige Entwicklung von Sozialstaat und Expertenwissen vorgeschlagen.

## **1. Verwissenschaftlichung durch Sozialversicherungen: Fragestellung und Erklärungsmodelle**

In der sozial- und wissenschaftshistorischen Forschung werden derzeit unterschiedliche Interpretationsmodelle für das Verhältnis von Wissenschaft und Sozialstaat diskutiert. Generell gelten die Sozialversicherungen als Schlüsselinstitutionen für die Rationalisierung und Verwissenschaftlichung sozialstaatlicher Verwaltungspraktiken. Im Anschluss an neoinstitutionalistische Ansätze in Ökonomie und Politikwissenschaft wird auch in der historischen Forschung die Sozialstaatsentwicklung zunehmend in einer wissens- und wissenschaftshistorischen Perspektive interpretiert.<sup>2</sup> Sozialversicherungen sind in diesem Erklärungsmodell nicht einfach auf die politischen Interessen der beteiligten sozialen Gruppen oder Klassen, etwa als Errungenschaft der Arbeiterbewegung, zurückzuführen. Mit zu berücksichtigen ist auch der Einfluss zivilgesellschaftlicher, akademischer oder staatlicher Expertengremien.<sup>3</sup>

Die wissenschaftshistorische Deutung der Sozialstaatsgeschichte spielte teilweise bereits in der älteren sozialhistorischen Forschung eine prominente Rolle. Schon Gerhard Ritter oder Florian Tennstedt haben sich verschiedentlich mit dem Einfluss der akademisch gebildeten Beamenschaft auf die Bismarck'schen Sozialversicherungsgesetze auseinandergesetzt.<sup>4</sup>

Solche Wechselwirkungen zwischen wissenschaftlicher Expertise und politischen Institutionen gehen, worauf Lutz Raphael hingewiesen hat, bis ins frühe 19. Jahrhundert zurück. Als Beispiel führt Raphael die sozialstatistischen Enqueten des ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhunderts an, deren Ergebnisse dem Phänomen der sozialen Frage erst zur notwendigen begrifflichen Kontur verhelfen und die dadurch die nachfolgenden sozialpolitischen Auseinandersetzungen wesentlich beeinflusst haben. Von den sozialpolitischen Debatten profitierten seit Mitte des 19. Jahrhunderts auch die jungen Sozialwissenschaften, davon zeugt etwa die Auseinandersetzung zwischen Auguste Comte und Adolphe Quetelet um den Begriff der «sozialen Physik».<sup>5</sup> In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts schliesslich bildete in Deutschland die bürgerliche, sozialreformerische Sozietätenbewegung zusammen mit dem expandierenden Universitätssystem den institutionellen Nährboden, auf dem sich die modernen Sozial- und Humanwissenschaften als akademische Disziplinen entwickelten.<sup>6</sup>

Breit rezipiert wurde in den letzten Jahren der Begriff der «Verwissenschaftlichung des Sozialen», den Lutz Raphael in die Diskussion eingebracht hat. Mit Bezug auf den deutschen Sozialstaat unterscheidet Raphael vier Perioden der Verwissenschaftlichung.<sup>7</sup> Die erste Periode umfasst die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts mit der Konstitution der «Staatswissenschaften» aus der praxisorientierten Kameralistik, während der zweite Abschnitt von 1880 bis 1930 reicht, über einen Zeitraum, in dem sich die Sozialwissenschaften und die Medizin in den Arbeits- und Handlungsfeldern des Sozialstaats etablierten. Die dritte Periode wird zwischen 1930 und 1970 angesetzt, mit dem von den USA ausgehenden Aufstieg der empirischen Sozialforschung in den 1930er Jahren, der Militarisierung sozialtechnologischer Expertise während des Zweiten Weltkriegs und dem spektakulären Boom der empirischen Sozialwissenschaften in den 1950er und 1960er Jahren. Im Beginn der 1970er Jahre erkennt Raphael eine letzte Epochenschwelle, mit der die vierte Periode beginnt. Diese Phase ist durch eine gesellschaftliche Desillusionierung gegenüber wissenschaftlicher Expertise und sozialplanerischen Zukunftsvisionen geprägt, Raphael spricht auch von der Phase «entzauberter Wissenschaft».<sup>8</sup>

Dieses Modell lässt sich gewinnbringend auf die Institutionen des Sozialstaates übertragen.<sup>9</sup> Allerdings besitzt es zwei Nachteile, auf die neuerdings auch Jakob Vogel aufmerksam gemacht hat. Erstens ist die These der Ver-

wissenschaftlichung einem linearen Innovationsmodell verpflichtet, nach dem wissenschaftliche Expertise in akademischen Institutionen generiert und anschliessend in den gesellschaftlichen Anwendungskontext übertragen wird. Dieses Modell vermag die vielfältigen Prozesse einer gesellschaftlichen Wissensproduktion, in denen Innovationen durch Kooperationen zwischen wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Akteuren zustande kommen oder gar von nichtwissenschaftlichen Anreizstrukturen – etwa von marktgetriebenen Opportunitäten – ausgehen, nicht zu erfassen.<sup>10</sup> Der Verwissenschaftlichungsbegriff sollte deshalb stärker von einem koevolutiven Wechselverhältnis zwischen akademischer Forschung und sozialen und wirtschaftlichen Praxisfeldern ausgehen. Zweitens bedarf der Begriff der Verwissenschaftlichung einer differenzierten Analyse. Bisher haben erst wenige Arbeiten versucht, die Verwissenschaftlichungsthese etwa nach wissenschaftlichen Disziplinen und gesellschaftlichen Anwendungskontexten weiter zu verfeinern.<sup>11</sup> In diesem Sinne untersuchen die folgenden Abschnitte die spezifischen Ausprägungen und Folgen des koevolutiven Verhältnisses zwischen Wissenschaft und Sozialversicherungen.

Der hier verwendete Expertenbegriff bezeichnet akademisch ausgebildete Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die ihre Qualifikationen ausserhalb von Universitäten oder Forschungseinrichtungen in nichtakademischen Kontexten wie öffentlichen Verwaltungen oder Privatunternehmen einbringen.<sup>12</sup> Bei einem breiten Begriffsverständnis lassen sich nicht nur akademische Fachleute in Verwaltung und Unternehmen, sondern auch die akademischen Professionen als Experten verstehen. Dies gilt vor allem im schweizerischen Sozialversicherungssystem. Die freiberufliche Ärzteschaft hat es in der Schweiz zu verhindern verstanden, dass die Sozialversicherungen, insbesondere die Kranken- und Unfallversicherungen, den ärztlichen Dienst über eigene, angestellte Kassenärzte organisierten. Der Konflikt um den Aufbau einer schweizerischen Kassenärzteschaft wurde bereits in den Vorberatungen für das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911 auf Druck und im Interesse der freiberuflichen Ärzteschaft entschieden.<sup>13</sup> Anders als etwa in Deutschland besass die Schweiz deshalb kein Kassenärztesystem. Für die medizinischen Aufgaben der Sozialversicherungen bedeutete dieser Entscheid, dass die Suva und die Krankenkassen den Grossteil ihrer medizinischen Aufgaben an die freiberufliche Ärzteschaft delegierten und die Entgeltung mit den ärztlichen Standesorganisationen

aushandelten. Die freiberuflich dominierten ärztlichen Standesorganisationen sind gleichsam ein integraler, wenn auch privat organisierter Teil des schweizerischen Sozialstaats. Vor diesem Hintergrund sollen auch freiberufliche Ärzte und die ärztlichen Standesvertretungen im Folgenden als Sozialstaatsexperten verstanden werden.

## **2. Ärztliche Expertise und Sozialpolitik in der Unfallversicherung**

Der Status wissenschaftlicher Expertise in der schweizerischen Unfallversicherung ist primär von einem korporatistischen Organisationsmodell geprägt, das die Schweiz von der deutschen Unfallversicherung übernommen hatte. Die schweizerischen Behörden überliessen 1918 die Durchführung der staatlichen Unfallversicherung in bismarckscher Tradition einer zentralen öffentlich-rechtlichen Monopolbehörde, der Suva. Die Suva, deren Zentralverwaltung aus föderalistischen Gründen in Luzern errichtet wurde, war einerseits eine nach fachtechnischen Gesichtspunkten organisierte Behörde, besass andererseits ein politisch zusammengesetztes Leitungsgremium. Im obersten Gremium, dem Verwaltungsrat, waren die drei wichtigsten Parteien der Unfallversicherung – Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Bundesorgane beziehungsweise die jeweiligen Gewerkschaften und Verbände – drittelsparitätisch vertreten. Die Direktion und die Verwaltungsabteilungen der Suva waren dagegen fachtechnisch organisiert und dem Verwaltungsrat unterstellt. Das Organigramm der Suva entspricht einer klassischen Abteilungsstruktur, mit einem Generalsekretariat auf Direktionsstufe und insgesamt acht Abteilungen: der Rechtsabteilung, der Abteilung für Unterstellung und Einreihung, der Abteilung für Mathematik und Statistik, der Unfallverhütungsabteilung, der Schadenabteilung, dem ärztlichen Dienst, der Abteilung für Buchhaltung und Organisation (inklusive Prämienkontrolle) und der Vermögensverwaltung. Neben juristischer Expertise waren deshalb in der Suva vor allem die Disziplinen der Versicherungsmathematik, der Arbeits- und Unfallmedizin und der Wirtschaftswissenschaften gefragt. Ausserdem verfügte die Suva für die Unfallprävention über eine umfangreiche ingenieurwissenschaftliche Expertengruppe. Der ärztliche Dienst besass innerhalb der Suva eine Schlüsselposition. Ärzte waren nicht nur in der Zentralverwaltung, sondern auch

in den regionalen Agenturen der Suva tätig, um die Behandlung der Suva-Patientinnen und -Patienten zu überwachen und die Invaliditätsfälle zu überprüfen. Die ärztliche Behandlung selbst lag, wie erwähnt, in den Händen der freiberuflichen Ärzteschaft. Die Bedeutung des ärztlichen Dienstes verdeutlicht sich etwa dadurch, dass der Suva-Oberarzt jeweils Mitglied der Suva-Direktion war; zwischen 1954 und 1970 wurde gar der Posten des Suva-Direktors von einem ehemaligen Oberarzt bekleidet.<sup>14</sup>

Diese beiden Organisationsebenen der Suva, der korporatistische Verwaltungsrat und die Verwaltung und Direktion, bildeten ein Spannungsfeld, in dem wissenschaftliche Expertise und politische Parteilichkeit wiederholt aufeinander trafen und in konfliktreichen Aushandlungsprozessen austariert wurden. Die Tendenz zur Politisierung zeigte sich bereits bei den ersten Personalentscheidungen in der Gründungsphase der Anstalt. Nach heftigen Auseinandersetzungen im Verwaltungsrat wurden die beiden wichtigsten Verwaltungsstellen der Suva, der Posten des Direktors und derjenige des Oberarztes, 1918 mit Personen besetzt, die von Arbeitnehmerkreisen aus politischen Gründen abgelehnt wurden. Der erste Oberarzt, Daniel Pometta, hatte vor 1918 als Betriebsarzt beim Bau des Simplontunnels mitgewirkt und galt bei den Gewerkschaften als arbeitgeberfreundlich. Bei der Wahl Pomettas 1914 wies der Gewerkschaftsvertreter im Verwaltungsrat, Herman Greulich, darauf hin, dass Pometta beim Simplonprojekt vor allem italienische Arbeiter behandelt hatte und dabei mit seinen ärztlichen Leistungen ausserordentlich zurückhaltend gewesen sei. «Die Zufriedenheit der Unternehmer und der Versicherungsgesellschaften, welche sich Herr Pometta erworben hat, ist für ihn keine Empfehlung.»<sup>15</sup> Greulich schlug einen Gegenkandidaten vor, der aber im Vorfeld erklärte, er würde die Wahl nicht annehmen. Schliesslich wurde Pometta mit 25 gegen 5 Stimmen gewählt.<sup>16</sup> Auch die Besetzung der Direktorenstelle verlief nicht im Sinne der Gewerkschaften. Gewählt wurde 1913 Alfred Tzaut, der als Maschineningenieur ausgebildet und bis zu seiner Wahl Verwaltungsratsdelegierter der Assurance Mutuelle Vaudoise war, einer genossenschaftlich organisierten und auf industrielle Haftpflichtfälle spezialisierten Versicherungsgesellschaft. Tzaut hatte sich insbesondere in der Abstimmung über das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1912 gegen den Gesetzesvorschlag ausgesprochen. Dieser Saulus wurde von der Suva aus taktischen Gründen zum Paulus berufen, weil die Verwaltungsratsmehr-

heit mit der Wahl eines Suva-Kritikers das Lager der Sozialversicherungsgegner beschwichtigen wollte. Mit seiner Kritik am KUVG-Gesetz hatte sich Tzaut jedoch die Unterstützung der Arbeitnehmerschaft verspielt. Die Gewerkschaftsvertreter im Verwaltungsrat stimmten gegen seine Wahl. Diese kontroversen Personalentscheidungen waren mit dafür verantwortlich, dass die Suva in den 1920er Jahren unter den Gewerkschaften und der Arbeitnehmerschaft ausgesprochen unpopulär war.<sup>17</sup>

Die Vertrauenskrise zwischen der gewerkschaftlich organisierten Arbeitnehmerschaft und der Suva entspannte sich erst Mitte der 1930er Jahre. Wiederum spielten personalpolitische Entscheide dabei eine ausschlaggebende Rolle. 1934 wurde nach der altersbedingten Demission Pomettas die Oberarztstelle mit Friedrich Zollinger besetzt, einem Arbeitsarzt, der bei den Gewerkschaften als arbeitnehmerfreundlich galt.<sup>18</sup> Im folgenden Jahr wurde auch Tzaut als Direktor pensioniert. Auf seine Stelle wurde der Mathematiker Arnold Bohren (1935–1942) berufen, der sogar Mitglied der sozialdemokratischen Partei war.<sup>19</sup> Mit Bohrens Wahl gab die Anstalt auf dem Gipfel der Wirtschaftskrise zu erkennen, dass sie sich auch als Anwältin der Arbeitnehmerinteressen verstand. Seine Nomination innerhalb des Verwaltungsrates ging von Herman Greulich aus.<sup>20</sup> Die sozialdemokratische Tradition in der Suva-Führung setzte sich nach dem Zweiten Weltkrieg fort. Auch Fritz Lang, der durch seine lange Amtsdauer wichtigste Direktor der Nachkriegszeit (1954–1970), war Sozialdemokrat.<sup>21</sup>

Nicht nur bei Anstellungsfragen, sondern auch in ihrer praktischen, inhaltlichen Arbeit standen Experten innerhalb der Suva unter politischem Druck. Dies lässt sich beispielhaft an der Rentenpolitik der Anstalt aufzeigen. Die Rentenpolitik gründete formal auf arbeitsmedizinischer und versicherungsmathematischer Expertise, war aber in der Praxis stark von sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen bestimmt. Die sozialpolitische Bedeutung der Rentenvergabe wird allein schon durch die finanzielle Dimension der Suva-Renten verdeutlicht. In den 1920er und 1930er Jahren beliefen sich die Ausgaben und Rückstellungen für Invaliden- und Hinterlassenenrenten auf rund 50 Prozent der Gesamtausgaben der staatlichen Unfallversicherung. Mit anderen Worten: die Hälfte der Versicherungsprämien wurde zur Deckung der Rentenausgaben erhoben.<sup>22</sup> Die Rentenpraxis der Anstalt war in hohem Masse prämierelevant und wurde damit zum Spielball sozial- und wirtschaftspolitischer Parteiinteressen.

Die Suva bemass die Rentenhöhe am Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Unfallinvaliden. Oberstes Ziel der Rentenpolitik war die Wiedereingliederung der Unfallinvaliden in den Arbeitsprozess und damit verbunden die Reduktion vermeidbarer Rentenausgaben. Diese Austeritätspolitik wirkte sich auch auf die arbeitsmedizinischen Kontrolluntersuchungen der Unfallinvaliden aus. In den ersten Jahren der Invalidität wurden Rentenempfänger regelmässig medizinisch untersucht und die Rente je nach wiedererlangter Arbeitsfähigkeit gekürzt.<sup>23</sup> Die Suva-Ärzte waren vom Verwaltungsrat und der Direktion der Anstalt aufgerufen, einen strengen Massstab anzusetzen, um die Versicherten möglichst zur Arbeit anzuhalten. Der offizielle ärztliche Leitfaden, der von Daniel Pometta als Suva-Oberarzt erlassen wurde, erinnerte daran, dass nur eine strenge Begutachtung die Unfallversicherung kostengünstig halte. Bei der Rentenrevision habe der Arzt nicht nur medizinische, sondern auch volkswirtschaftliche Gesichtspunkte im Auge zu behalten: «Dass aber die Versicherung nicht zu teuer werde, muss der Wunsch eines jeden sein, dem an der Konkurrenzfähigkeit der einheimischen Industrie und an der Aufrechterhaltung des allgemeinen Volkswohls gelegen ist.»<sup>24</sup>

Vergleichbare sozial- und wirtschaftspolitische Überlegungen manifestierten sich bei der Rentenfestsetzung für geringe Invaliditätsgrade. Die Suva befürchtete, dass in Fällen von «kleinen Renten» (gemeint waren Renten bis zu 15 Prozent einer Vollrente) die Versicherungsleistungen keinen Anreiz mehr zur Arbeitsintegration bieten würden. Eine vollständige Integration, so der Vorbehalt der Suva, würde durch solche Renten eher behindert; die Rentenempfänger würden einem Teilverdienst nachgehen und die Suva-Rente als Zusatzverdienst betrachten. Die Vergabe von kleinen Renten wurde deshalb als moralisch gefährlich eingestuft; im Versicherungsjargon war despektierlich von «Schnapsrenten» die Rede.<sup>25</sup> Solche moralisierenden Vorbehalte waren in der Zwischenkriegszeit auch in anderen Sozialversicherungssystemen gängig. Die deutsche Unfallversicherung etwa setzte eine Minimalgrenze für Renten fest. Für Erwerbsunfähigkeiten unter 10 Prozent wurden keine Renten mehr ausbezahlt, auch Renten unter 20 Prozent wurden nach Möglichkeit vermieden. Auch in Schweden betrug die Minimalrente 10 Prozent, in Österreich lag die Untergrenze bei 8,33 Prozent, einem Zwölftel der Vollrente.<sup>26</sup>

Das schweizerische Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911

beinhaltete keine besondere Bestimmung zur Frage der kleinen Renten. Die Suva orientierte sich in den ersten Jahren an der deutschen Praxis und sprach sich gegen Renten unter 15 Prozent – eine im internationalen Vergleich sehr restriktive Schwelle – aus. Pometta schrieb in seinem Leitfaden: «Die Verabreichung von kleinen Renten, etwa unterhalb 15 Prozent, ist weder ökonomisch richtig noch medizinisch berechtigt, weil eine so geringfügige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (unter 15 Prozent) weder praktisch, das heisst in wirtschaftlicher Hinsicht, eine Rolle spielt, noch eine beachtenswerte Schädigung der körperlichen Integrität bedeutet.»<sup>27</sup> In den ersten Betriebsjahren verweigerte deshalb die Suva bei einer Arbeitsfähigkeitsreduktion von bis zu 15 Prozent die Auszahlung einer Invaliditätsrente. Für diese Politik waren die Direktion und der Suva-Oberarzt verantwortlich. Sie zeigt, dass auch die Verwaltungsfachleute der Suva ihre eigene Expertise sozialpolitischen Erwägungen unterordneten.

Das eidgenössische Versicherungsgericht stellte sich jedoch gegen diese Praxis und zwang die Suva anfangs der 1920er Jahre, ihre Rentenpolitik zu ändern und kleine Renten zu bewilligen. Nach der zweiten Fünfjahresbilanz der Suva entfielen von 1923 bis 1927 immerhin rund 9 Prozent der gesamten Rentenbelastung auf kleine Renten. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum in 5600 Fällen kleine Renten ausgesprochen.<sup>28</sup> Trotz der aufgezwungenen Praxisänderung behielt die Suva ihre skeptische Haltung gegenüber kleinen Renten bei. Mitte der 1920er Jahre fand die Suva schliesslich ein juristisch korrektes Verfahren, um die Gewährung von kleinen Renten zu vermeiden. Seit Ende der 1920er Jahre wurde zunehmend statt einer kleinen Rente mit wiederkehrenden Zahlungen eine einmalige Abfindung ausgesprochen. Das Gesetz erlaubte solche Abfindungen in Fällen, in denen eine einmalige Zahlung den Heilungsprozess zu beschleunigen versprach, was sich vor allem auf vermutete Neurosefälle bezog. Aufgrund der extensiv ausgesprochenen Abfindungen wurden nach 1928 die Anzahl Patienten mit Renten unter 10 Prozent um rund ein Drittel reduziert.<sup>29</sup> Die Suva setzte diese Rentenpolitik während der Wirtschaftskrise der 1930er Jahre fort und organisierte nach 1938 sogar eine eigentliche «Auskaufsaktion», nach der systematisch alle noch bestehenden kleinen Renten unter einem Monatsbeitrag von 15 Franken durch eine einmalige Abfindung terminiert wurden. Die Aktion erreichte insgesamt 3500 Versicherte und damit über 10 Prozent aller Suva-Rentnerinnen und -Rentner.<sup>30</sup>

Diese restriktive Rentenpolitik wurde vom Suva-Verwaltungsrat gestützt. Die verbreitete liberale Kritik, dass der Sozialstaat die Versicherten in ein fragwürdiges Abhängigkeits- und Unmündigkeitsverhältnis führe, fand auch im Verwaltungsrat Zustimmung. Im Verwaltungsrat wurden etwa die sozialstaatskritischen Thesen Erwin Lieks, eines Danziger Arztes, die dieser 1928 in seiner viel gelesenen Streitschrift «Die Schäden der sozialen Versicherung und Wege zur Besserung» veröffentlichte, explizit unterstützt. Liek warnte vor der «demoralisierenden» Wirkung der Unfallversicherung, indem sie unter den Versicherten die «Begehrungssucht» wecke und schliesslich «der Wunsch, gesund zu werden, von dem Wunsch nach einer Rente überwuchert oder erstickt» werde.<sup>31</sup> Mehrere Mitglieder des Verwaltungsrates, insbesondere die Arbeitgebervertreter, warnten nach 1928 mit Liek davor, die Sozialversicherungen weiter auszubauen, weil diese die «körperliche Verweichlichung» und die «moralische Entartung» der Versicherten förderten.<sup>32</sup> Diese Haltung wurde auch von der Direktion der Suva geteilt. In der ersten Fünfjahresbilanz (1918–1922) hielt die Direktion beispielsweise fest, dass es ein Grundziel der Versicherung sei, die Heilungsdauer der Unfallverletzten möglichst konstant zu halten. Die Sozialversicherung, so ebenfalls der offizielle Bericht, dürfe nicht zur «Verweichlichung» der Versicherten führen.<sup>33</sup>

Die arbeitsärztliche Praxis wurde von den Verantwortlichen explizit in dieses sozialpolitische Programm eingebettet. Schon 1918 forderte Pometta als frisch gewählter Oberarzt die Revisionsärzte mit Blick auf den «sozialen Standpunkt» zu einer zurückhaltenden Invaliditätsdiagnose auf: «Der Arzt handelt im Interesse des Verletzten, wenn er ihn dazu [zur Aufnahme der Arbeit] aufmuntert und ihm begreiflich macht, die Wiederaufnahme der Arbeit bedeute keinen Verzicht auf seine Entschädigungsansprüche. [...] Es ist vom sozialen Standpunkt aus eine wahre Kalamität, dass Leute während Monaten ihre Zeit in Nichtstun und Müssiggang vergeuden, um den Ausgang der Verhandlungen abzuwarten, die dann oft zu keiner oder so geringer Entschädigung führen, dass sie den durch die Arbeitseinstellung verursachten Schaden nicht einmal zu decken vermag. Solche Menschen fallen gewöhnlich in die Hände gewissenloser Spekulanten, treiben sich in den Wirtschaften herum, machen Schulden und sinken körperlich und moralisch.»<sup>34</sup>

### **3. Standardisierung und Bürokratisierung der Krankenversicherung**

Auch die sozialstaatliche Krankenversicherung gründete auf dem Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) von 1911. Im Unterschied zur Unfallversicherung wurde aber keine zentrale Monopolanstalt errichtet; die Sozialversicherung war vielmehr dezentral organisiert. Nach dem gescheiterten Versuch, mit der «Lex Forrer» 1900 eine nationale Krankenversicherungspflicht einzuführen, beschränkte sich das Gesetz von 1911 darauf, den Kantonen und Gemeinden die Einführung regionaler und kommunaler Versicherungsobligatorien, meist für gering verdienende Bevölkerungsgruppen, zu ermöglichen.<sup>35</sup> Weil der Bund für solche Obligatorien Subventionen in Aussicht stellte, entschieden sich in den 1920er und 1930er Jahren verschiedene Städte und Kantone für die Einführung begrenzter Obligatorien, so etwa Basel, St. Gallen, Genf, die Waadt oder Zürich.<sup>36</sup> Nur in Ausnahmefällen, wie etwa in Basel, wurden dafür staatliche Versicherungsanstalten geschaffen. In der Regel wurde die staatliche Krankenversicherung aber den bestehenden Krankenkassen überlassen. Auch die ärztlichen Standesorganisationen waren bei der Verwaltung der obligatorischen Krankenversicherung eingebunden, etwa bei der Festlegung der Kassentarife.<sup>37</sup>

Welchen Einfluss hatte die Ausbreitung des Krankenversicherungsobligatoriums und damit der sozialstaatlichen Krankenversicherung durch lokale und regionale Versicherungsobligatorien auf die Ärzteschaft und deren Verhältnis zu den Krankenkassen? Exemplarisch lässt sich diese Frage anhand der Stadt Zürich beantworten, in der die sozialdemokratisch dominierte Stadtregierung mit tatkräftiger Unterstützung der Freisinnig-demokratischen Partei 1928 die obligatorische Krankenversicherung einführte.<sup>38</sup> Die obligatorische Krankenversicherung brachte der städtischen Ärzteschaft zunächst eine deutliche Ausweitung ihrer Klientel. Das Obligatorium galt für alle Versicherten mit einem jährlichen Einkommen bis maximal 4000 Franken, bei Familien mit Kindern bis 6000 Franken. Die Stadt ging bei der Festsetzung der Einkommensgrenzen bis zum vom Kanton vorgesehenen Maximalbetrag. So wurde der gesetzlich grösstmögliche Teil der Bevölkerung, rund 45 Prozent der Einwohnerschaft Zürichs, der Versicherungspflicht unterstellt. Gegenüber der vorobligatorischen

Zeit wurde die Zahl der Versicherten mit einem Schlag verdoppelt.<sup>39</sup> In den Jahren nach der Einführung nahm auch der Umfang der ärztlichen Dienstleistungen sprunghaft zu. Dies lässt sich etwa an den Ausgaben der Krankenkassen für Arztkosten im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung ablesen. Die Kosten betrug 1929, kurz nach Einführung des Obligatoriums, noch knapp 2 Millionen Franken, bis 1936 hatten sie sich bereits verdoppelt, bis 1946 verdreifacht.<sup>40</sup>

Auch die soziale Zusammensetzung der ärztlichen Klientel veränderte sich grundlegend. Das Versicherungsobligatorium verschaffte primär Geringverdienenden erleichterten Zugang zu medizinischen Dienstleistungen. Damit veränderte sich allerdings auch die Einkommensstruktur der ärztlichen Klientel. Weil in der obligatorischen Versicherung die Kassenfälle nach einem vorgeschriebenen, vergleichsweise günstigen Arzttarif abzurechnen waren, privat versicherte Patientinnen und Patienten dagegen zu höheren Ansätzen behandelt wurden, bedeutete der zunehmende Anteil obligatorisch versicherter Patientinnen und Patienten für die Zürcher Ärzteschaft eine schleichende Einkommensverminderung, zumindest in Stadtquartieren mit einem hohen Anteil Geringverdienender. In der vorobligatorischen Zeit, das heisst bis 1927, bildeten die privat versicherten Patientinnen und Patienten noch die Mehrheit der ärztlichen Kundschaft. Nach 1928 wurden dagegen die Kassenversicherten zur Regel. Dieser Wandel vollzog sich in wenigen Jahren, bereits 1934 waren 75 Prozent aller ärztlichen Behandlungen in Zürich Kassenfälle der obligatorischen Krankenversicherung. In den Arbeiterquartieren Zürichs gab es bis Mitte der 1930er Jahre, auch infolge der gravierenden Wirtschaftskrise, praktisch keine Privatpatienten und -patientinnen mehr.<sup>41</sup> In den 1930er Jahren machte deshalb das standespolitische Schreckgespenst der «Ärzteplethora», einer Überzahl an Arztpraxen mit schrumpfendem Durchschnittseinkommen, die Runde.<sup>42</sup>

Diese Einkommenserrosion blieb jedoch ein vorübergehendes Problem. Die Arbeiterschaft, zu der die neu versicherten Bevölkerungsgruppen mehrheitlich zählten, stieg nach dem Zweiten Weltkrieg schrittweise zu den neuen Mittelschichten auf. Damit vergrösserte sich nach 1945 auch wieder der Anteil der privat versicherten Patientinnen und Patienten. Zwischen 1940 und 1950 sank der obligatorisch krankenversicherte Bevölkerungsanteil in Zürich von knapp 60 auf unter 40 Prozent – entsprechend erhöhte sich der privat versicherte Anteil.<sup>43</sup> Das Obligatorium hat

der Ärzteschaft deshalb einen zukunftssträchtigen und auf längere Frist gut verdienenden Kundenstamm vermittelt.

Die standespolitische Rhetorik der Zürcher Ärztevereinigung betonte zwar die Kritik am Sozialstaat und die Gefahren für die freiberufliche Ärzteschaft durch den Ausbau der Sozialversicherungen. Diese Kritik reflektierte jedoch primär die tagespolitischen Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen und bedeutete keine Fundamentalopposition gegen den Ausbau der Krankenversicherung. Zumindest in der Stadt Zürich war sich die Ärzteschaft der Vorteile der obligatorischen Krankenversicherung durchaus bewusst und engagierte sich deshalb wiederholt für sozialstaatliche Belange.

Die ärztlichen Standesorganisationen, der städtische Ärzteverband des Bezirks Zürich und die kantonale Ärztesgesellschaft, waren sogar an vorderster Stelle bei der Ausarbeitung des kantonalen Krankenversicherungsgesetzes beteiligt. Der freisinnige Stadtparlamentarier und Standespolitiker Hermann Häberlin engagierte sich sowohl partei- wie standespolitisch für das Obligatorium. Als Stadtparlamentarier lancierte er 1917 einen Vorstoss, der eine schnellstmögliche Einführung des Obligatoriums verlangte, worauf die Stadtregierung eine Fachkommission mit Häberlin als Vorsitzendem einsetzte. Die Kommission arbeitete parallel zum Kanton und entwarf jene städtische Verordnung, die Ende 1927 an der Urne mit über 80 Prozent Jastimmen deutlich angenommen wurde. Dass auch die Ärzteschaft vergleichsweise oppositionslos hinter der Versicherungspflicht stand, war nicht zuletzt der erfolgreichen Verhandlungsarbeit Häberlins in der Fachkommission zu verdanken. Häberlin schaffte es etwa, dass der Grundsatz der freien Arztwahl unbeschadet in die obligatorische Versicherung übernommen wurde.

Noch drastischer wird diese sozialstaatsoffene Standespolitik durch die Neugründung zweier Krankenkassen verdeutlicht, die aktiv von Ärzten betrieben wurden. Der eine Fall betrifft die Krankenpflege Zürich. Diese Krankenkasse war ein Versuch, die Krankenversicherungsangebote im Pflegebereich zu stärken. Bis zum Ersten Weltkrieg hatten die meisten Krankenkassen nur ein Krankengeld zur Deckung des Lohnausfalls ausgerichtet, nicht aber Beiträge an medizinische Leistungen. Weil aber die Ärzteschaft vor allem von Krankenpflegeversicherungen profitierte, lag es auch im eigenen Interesse, sich in diesem Bereich verstärkt zu engagieren.

Eine Gruppe von Ärzten um Hermann Häberlin gründete deshalb bereits 1901 die Krankenpflege Zürich – ein klares Indiz dafür, dass die Ärzteschaft die sozialstaatlichen Zeichen der Zeit bereits um 1900 zu lesen verstand. Im Leitungsgremium der Kasse waren die Mediziner tonangebend – das Gremium hiess bezeichnenderweise «Ärztelommission». Häberlin selbst versah während der Aufbaujahre das Präsidium. Mehrere spätere Präsidenten der kantonalen Ärztesgesellschaft sollten ihre verbandspolitischen Sporen ebenfalls in der Verwaltung der Krankenpflege abverdienen.

Zusammen mit der zweiten ärztlich geführten Krankenkasse, der Allgemeinen Krankenkasse Zürich, war die Krankenpflege ein Unikum unter den Zürcher Krankenkassen, die üblicherweise von juristisch und ökonomisch ausgebildeten Fachleuten geleitet wurden.<sup>44</sup> Die Krankenpflege legitimierte ihre ärztliche Leitung mit dem Argument, dass die Ärzteschaft das Geschäftsrisiko der Krankenkasse weitgehend selber trage. Die Statuten sahen nämlich vor, dass allfällige Fehlbeträge der Kasse von der Gemeinschaft der angeschlossenen Ärztinnen und Ärzte gedeckt würden: «Wenn nach Auszahlung der Kosten für Verwaltung, Medikamente, Spital etc. der Überschuss der Einnahmen zur Begleichung der Arztrechnungen nicht ausreicht, so werden die Arztrechnungen nur pro rata des vorhandenen Überschusses beglichen.» Die Übernahme des Geschäftsdefizits durch die Ärzte sowie die Beschränkung der Kostendeckung auf die Pflegeversicherung erlaubten es der Krankenpflege, ausserordentlich günstige Mitgliederbeiträge anzubieten. Die Kasse war in der Zwischenkriegszeit vor allem als Familienversicherung populär.<sup>45</sup>

Die ärztliche Defizitgarantie musste in der Praxis bald beansprucht werden: Bereits 1903 übernahm die Ärzteschaft einen Verlust von 4 Prozent der Kassenleistungen. In den 1930er Jahren, als die Krankenpflege ebenso wie andere Kassen unter der schlechten Wirtschaftslage litt und gar in eine existenzielle finanzielle Krise geriet, war die der Kasse angeschlossene Ärzteschaft erneut gezwungen, einen Teil ihrer finanziellen Ansprüche abzuschreiben. Um den Konkurs abzuwenden, verzichteten die Ärzte 1931/32 freiwillig auf einen Teil des tariflich vorgeschriebenen Honorars.<sup>46</sup> Nach dieser Krise wurde die Krankenpflege erfolgreich reorganisiert und existierte in der neuen Form bis nach dem Zweiten Weltkrieg weiter.

Die ärztlich geführten Krankenkassen sind nur ein Beispiel für die durchaus offene Haltung der Zürcher Ärzteschaft gegenüber dem Ausbau der

Sozialversicherungen. Auch der Ärzteverband stand der Ausbreitung des Krankenversicherungswesens in den 1920er Jahren nicht negativ, sondern eher abwartend-kritisch gegenüber. Als 1924 in Zürich die Diskussion um das Krankenversicherungsobligatorium einsetzte, wurde dieses Thema an der Generalversammlung des Ärzteverbandes eingehend diskutiert. Dabei hielt die Versammlung explizit fest, dass sie nicht grundsätzlich gegen die Sozialversicherungsvorlage eingestellt sei, sondern sich mit der Entwicklung konstruktiv auseinander setzen werde: «Die Sozialversicherung ‹marschiert›, und es handelt sich für die Ärzte lediglich darum, dass sie innerhalb dieser Versicherung den ihnen in sozialer, wissenschaftlicher und wirtschaftlicher Hinsicht gebührenden Platz einnehmen.»<sup>47</sup>

Als Preis für den ausgeweiteten Gesundheitsmarkt musste die Ärzteschaft allerdings eine Standardisierung und Bürokratisierung der ärztlichen Praxis in Kauf nehmen. Die obligatorische Krankenversicherung brachte zunächst eine Standardisierung des ärztlichen Leistungskatalogs. Die Krankenkassen konnten für die obligatorische Versicherung staatliche Subventionen, vor allem Bundes- und städtische Subventionen, geltend machen, die in den 1930er und 1940er Jahren mehr als die Hälfte der Kassenleistungen im obligatorischen Bereich ausmachten.<sup>48</sup> Die Subventionen waren allerdings an einen gesetzlich vorgeschriebenen Leistungskatalog geknüpft, den die Krankenkassen zu erfüllen hatten, wollten sie vom Staat als Vertragskassen für die obligatorische Versicherung anerkannt werden. Krankenkassen durften niemanden aus gesundheitlichen Gründen von der obligatorischen Versicherung ausschliessen, auch die freie Arztwahl durfte nicht eingeschränkt werden, etwa durch die Anstellung kasseneigener Ärzte. Zahlungsunfähige Mitglieder durften überdies nicht aus den Krankenkassen ausgeschlossen werden. Schliesslich war der Leistungskatalog in Zürich besonders grosszügig bemessen: eingeschlossen waren Beiträge für Zahnarztbehandlungen, Erholungskuren oder Hebammen-dienste. Dieser Leistungskatalog wurde allerdings in den 1930er und 1940er Jahren aus Kostengründen schrittweise wieder gekürzt.<sup>49</sup>

Die staatlichen Anforderungen betrafen auch die Geschäftsführung der Krankenkassen und leiteten damit einen Bürokratisierungsprozess der Krankenversicherung in die Wege. Vorgeschrieben war beispielsweise eine Minimalgrösse für Vertragskassen (5000 Mitglieder), was kleine Kassen zum Verschwinden brachte. Auch die Rechnungsführung und Reser-

venbildung mussten versicherungstechnischen Standards genügen – eine Auflage, die einen betriebswirtschaftlichen Professionalisierungsschub unter den Krankenkassen auslöste. Ältere Kassen, die noch einen philanthropischen Hintergrund besaßen, wandelten sich zunehmend zu Dienstleistungsunternehmen. Die erwähnte Allgemeine Krankenkasse Zürich, eine der grössten städtischen Kassen, ist dafür ein illustratives Beispiel. Die Kasse war 1859 als «wohltätiges Institut» von der Zürcher Hilfsgesellschaft, einem philanthropischen Verein, gegründet worden. Die Kasse finanzierte ihre Ausgaben nicht nur durch die Beiträge der Versicherten, sondern auch durch Legate und Schenkungen finanzkräftiger Mitglieder der Hilfsgesellschaft. Weil die Kasse zudem der Ärzteschaft nahe stand – sie wurde von Ärzten mitbegründet und mitverwaltet –, profitierte sie von Rabattvereinbarungen mit dem Ärzteverband. Schon 1914 musste sich die Kasse, um Bundessubventionen zu erhalten, von der Hilfsgesellschaft lösen. Mit der Einführung des städtischen Obligatoriums verlor die Krankenkasse endgültig ihren karitativen Charakter, wandelte sich zu einem professionellen Dienstleistungsbetrieb und verdoppelte 1928 ihre Mitgliederzahl. Auch die Finanzierung musste umgestellt werden, statt Legaten und Schenkungen standen fortan die Mitgliederbeiträge im Vordergrund. Die Defizite der folgenden Jahre wurden jeweils durch ausserordentliche Subventionen der Stadt Zürich gedeckt.<sup>59</sup>

Die Rückwirkungen dieses Standardisierungs- und Bürokratisierungsprozesses auf die ärztliche Praxis können hier nur angedeutet werden. Mit der obligatorischen Krankenversicherung wurde nicht nur der Spielraum der ärztlichen Behandlungsmethoden zunehmend durch die gesetzlich vorgeschriebene Leistungspalette des Obligatoriums definiert. Auch die Entschädigung der ärztlichen Dienstleistungen wurde mit dem Obligatorium standardisiert und durch den Arzttarif geregelt, den Krankenkassenverband und Ärztegesellschaft auf kantonaler Ebene aushandelten und der Regierung zur Genehmigung vorlegten. Auch im Zusammenhang mit der Abrechnung der ärztlichen Leistungen traten die Krankenkassen als neue Akteure auf den Plan, indem sie die ärztlichen Leistungen entweder direkt dem Arzt oder der Ärztin oder indirekt den Patienten entschädigten. Mit dem Aufstieg der sozialstaatlichen Kassenmedizin wurde das ehemals bilaterale Arzt-Patienten-Verhältnis zu einer Dreiecksbeziehung erweitert.

#### **4. Die Kehrseite der Verwissenschaftlichung: Politisierung, Bürokratisierung und die wechselseitige Konstitution von Wissenschaft und Sozialstaat**

Die Rolle von Expertenwissen in den beiden exemplarisch untersuchten Sozialversicherungszweigen, der Unfall- und der Krankenversicherung, lässt sich mit einem linearen Verwissenschaftlichungsmodell nicht schlüssig interpretieren. Beide Beispiele offenbaren vielmehr *wechselseitig konstitutive Beziehungsmuster zwischen Wissenschaft und Sozialstaat*. Auch wenn im Sinne der Verwissenschaftlichungsthese die Sozialversicherungen in der Tat von wissenschaftlicher Expertise durchdrungen waren, blieb das Expertenwissen von diesem Prozess nicht unberührt. Im Beispiel der Krankenversicherung manifestiert sich etwa eine Formalisierung und Bürokratisierung wissenschaftlicher Expertise. Die Unfallversicherung verweist darüber hinaus auf eine Politisierung wissenschaftlicher Expertise durch die korporatistischen Leitungsgremien der Sozialversicherungsanstalt. Die Wechselwirkung zwischen wissenschaftlicher und politisch-administrativer Praxis hat sowohl die sozialstaatlichen Institutionen wie die darin verwendete Expertise in wichtigen Aspekten verändert.

Welches waren die Folgen dieser wechselseitigen Konstitution von Wissenschaft und Sozialstaat? Das Fallbeispiel der Krankenversicherung verweist zunächst auf die *Bürokratisierung wissenschaftlicher Expertise* in sozialstaatlichen Institutionen. Die Ausbreitung der sozialstaatlichen Krankenversicherung, die in der Zwischenkriegszeit auf kommunaler und kantonaler Ebene durch obligatorische Versicherungsmodelle bewirkt wurde, öffnete der ärztlichen Profession zunächst den Zugang zu einer neuen Klientel. Es waren primär Geringverdienende, die von der obligatorischen Krankenversicherung profitierten und dadurch in weit grösserem Mass als bisher medizinische Leistungen beanspruchen konnten. Die Ärzteschaft unterstützte deshalb grundsätzlich die Ausbreitung sozialstaatlicher Versicherungsmodelle. Als Folge dieses Prozesses veränderte sich auch die ärztliche Praxis. Die Krankenversicherung konfrontierte die Ärzteschaft primär mit einem Bürokratisierungsprozess, durch den das Arzt-Patienten-Verhältnis formalisiert und die medizinischen Dienstleistungen zunehmend standardisiert wurden. Dieser Prozess manifestiert sich auch im Aufstieg der Krankenkassen und ihrer Verbandsorganisationen zum

zentralen Verwaltungsinstrument der sozialstaatlichen Krankenversicherung. Krankenkassen und ärztliche Standesorganisationen bestimmen seither die Regeln der Krankenversicherung unter Vorbehalt der staatlichen Bewilligung. Als Folge entstand ein kompliziertes und heute noch bestehendes Regelwerk, das von grundlegenden Richtlinien (wie der freien Arztwahl oder dem Vertragszwang) über kollektive Tarifverträge bis hin zu detaillierten Verfahrensregeln in Konfliktfällen reicht. Auch wenn die Folgewirkungen dieses Prozesses im Einzelnen noch zu untersuchen sind, so zeigt sich darin doch ein grundlegender Formalisierungs- und Bürokratisierungsdruck, der von der sozialstaatlichen Krankenversicherung ausgehend auf die ärztliche Praxis einwirkte.

Auch in der Unfallversicherung, insbesondere der Zentralverwaltung der Suva, war wissenschaftliches Expertenwissen wegen der politisch zusammengesetzten korporatistischen Leitungsgremien einer sozialpolitischen Kontextualisierung oder gar einer offenen Politisierung ausgesetzt. Formal gründete die Verwaltungspraxis der Suva zwar auf juristischem, arbeitsmedizinischem, versicherungsmathematischem oder technischem Expertenwissen. Letztlich aber war wissenschaftliches Fachwissen auf sozialpolitischen Prämissen begründet. Dies zeigt sich etwa in Konfliktfällen. In der Gründungsphase der Suva wurden administrative Leitungsstellen wie etwa die Position des Oberarztes oder des Suva-Direktors, für die primär *fachliche* Qualifikationen gefragt waren, nach dem *politischen* Hintergrund der Bewerber besetzt. Dies war deshalb möglich, weil das Wahlgremium, der Suva-Verwaltungsrat, nach politischen Gesichtspunkten zusammengesetzt war. Auch die Rentenpolitik der Suva illustriert diese politisierte Form wissenschaftlicher Expertise. Das Anliegen von Rentenfestsetzung und Rentenrevision war, die verloren gegangene Arbeitskraft in einen finanziellen Entschädigungsanspruch umzurechnen. In dieser Praxis manifestierte sich eine sozialpolitisch begründete Arbeitsmedizin, die einer restriktiven Rentenpolitik verpflichtet war. Vergleichbare Politisierungstendenzen liessen sich an zahlreichen weiteren Beispielen aufzeigen: an der Festlegung des Prämiensystems etwa (hier mussten sich die Suva-Versicherungsmathematiker den Arbeitgeber- und Gewerkschaftsvertretern im Verwaltungsrat beugen), am Entscheid über das Finanzierungsverfahren (der aus *wirtschaftspolitischen* und nicht aus versicherungsmathematischen Gründen für das Kapitaldeckungsverfahren aus-

fiel) oder an der Durchführung der Unfallprävention (hier verhandelten die Suva-Ingenieure mit Arbeitgebervertretern). Im administrativen Alltag der Suva war also die Reichweite wissenschaftlicher Expertise durch politische Leitlinien klar begrenzt. Grundlegende Entscheidungen konnten nicht allein auf der Basis von wissenschaftlicher Expertise, sondern nur in Aushandlungsprozessen mit sozialen und politischen Interessenvertretungen gefällt werden.

In diesen Fällen bestätigt sich einer der paradoxen Prozesse, die der Wissenschaftssoziologe Peter Weingart für den Status von Wissenschaft in Institutionen des politischen Systems beschreibt. In solchen Institutionen findet nach Weingart zugleich eine Verwissenschaftlichung der Politik wie eine Politisierung der Wissenschaft statt.<sup>51</sup> Dieses Phänomen kann im Kontext einer Sozialversicherung, deren Gegenstand so politisch umstritten wie sozial bedeutsam ist, auch kaum überraschen. Wo politische Anliegen mit wissenschaftlicher Legitimation so eng verflochten sind wie in der kalkulierten Solidarität der untersuchten Sozialversicherung, da gehört die wechselseitige Abhängigkeit zwischen wissenschaftlicher und politischer Argumentationslogik, die Weingart feststellt, zum Grundprinzip institutioneller Handlungsmuster. In korporatistischen Institutionen wie der schweizerischen Unfallversicherung war wissenschaftliche Expertise gleichsam sozialpolitisch eingebettet.

Dazu passen auch die vielschichtigen Spannungen zwischen den Suva-Experten und den Versicherten, wie sie etwa in den zahlreichen Konflikten um arbeitsmedizinische Gutachten greifbar werden.<sup>52</sup> Mit Lutz Raphael kann man von einer wachsenden «Entzauberung der Wissenschaft» in der alltäglichen Verwaltungspraxis sprechen, die durch die Pluralisierung der gutachtlichen Expertenstandpunkte bei Rekursverfahren vor Sozialversicherungsgericht noch verschärft wurde.<sup>53</sup> Diese Selbstrelativierung wissenschaftlicher Expertise findet sich allerdings nicht erst in der Nachkriegszeit. Expertenstreitigkeiten und Politisierungsprozesse wissenschaftlicher Expertise setzten vielmehr bereits mit der Gründung der Suva ein, was sich etwa an den Diskussionen zwischen der fachspezifisch zusammengesetzten Direktion und den politischen Vertretern im Verwaltungsrat zeigen lässt. Die Selbst- und Fremdrelativierung wissenschaftlicher Experten ist in einer Sozialversicherung ein strukturelles Phänomen, weil hier wissenschaftlicher Sachverstand zwangsläufig in einem sozial-

politisch sensiblen und oft kontrovers diskutierten Gesellschaftsbereich agieren muss. Unter solchen institutionellen Bedingungen lässt sich nur beschränkt von einer Verwissenschaftlichung der Sozialpolitik sprechen, zumindest nicht im Sinne eines linearen Prozesses, bei dem wissenschaftliches Wissen in akademischen Institutionen generiert und in den gesellschaftlichen Anwendungskontext überführt würde. Die Fallbeispiele lassen vielmehr einen Verwissenschaftlichungsprozess erkennen, dessen Konturen entscheidend von den historischen Zeitumständen und dem institutionellen Umfeld geprägt war. Der Verwissenschaftlichungsbegriff sollte in diesem Sinn stärker historisiert und den jeweiligen Wechselwirkungen entsprechend relativiert werden.

#### Anmerkungen

- 1 Sheila Jasanoff (Hg.), *States of Knowledge. The Co-Production of Science and Social Order*, London 2004.
- 2 Lutz Raphael, «Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts», in: *Geschichte und Gesellschaft*, 22 (1996), 165–193, hier 171–179. Grundlegend: Dietrich Rüschemeyer, Theda Skocpol (Hg.), *States, Social Knowledge, and the Origins of Modern Social Policies*, Princeton 1996; Adalbert Evers, Helga Nowotny, Helga, *Über den Umgang mit Unsicherheit. Die Entdeckung der Gestaltbarkeit von Gesellschaft*, Frankfurt a. M. 1987.
- 3 Rüschemeyer/Skocpol, *States* (wie Anm. 2), 3.
- 4 Gerhard A. Ritter, «Bismarck und die Grundlegung des deutschen Sozialstaates», in: Franz Ruland, Bernd Baron von Maydell, Hans Jürgen Papier (Hg.), *Verfassung, Theorie und Praxis des Sozialstaats*, Heidelberg 1988, 789–820; Gerhard A. Ritter, *Der Sozialstaat: Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich*, 2. Auflage, München 1991, 69–74; Florian Tennstedt, «Sozialreform als Mission. Anmerkungen zum politischen Handeln Theodor Lohmanns», in: Jürgen Kocka, Hans-Jürgen Puhle, Klaus Tenfelde (Hg.), *Von der Arbeiterbewegung zum modernen Sozialstaat*, München 1991, 538–559.
- 5 Antoine Picon, «Utopian Socialism and Social Science», in: Theodore M. Porter, Dorothy Ross (Hg.), *The Cambridge History of Science*, Cambridge 2003, Bd. 7, 71–82.
- 6 Raphael, «Verwissenschaftlichung» (wie Anm. 2), 172 f.; vgl. Peter Wagner, Peter; Björn Wittrock, Björn «Social Science and the Building of the Early Welfare State: Toward a Comparison of Statist and Non-Statist Western Societies», in: Rüschemeyer/Skocpol, *States* (wie Anm. 2), 90–113; Anson Rabinbach, «Social Knowledge, Social Risk, and the Politics of Industrial Accidents in Germany and France», in: ebd., 48–89.
- 7 Raphael, «Verwissenschaftlichung» (wie Anm. 2), 171–179; vgl. ders., «Experten im Sozialstaat», in: Hans Günter Hockerts (Hg.), *Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit*:

- NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich*, München 1998 (Schriftenreihe der Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte, 76), 231–258.
- 8 Raphael, «Verwissenschaftlichung» (wie Anm. 2), 178.
  - 9 Vgl. Raphael, «Experten» (wie Anm. 7), sowie die übrigen Beiträge im entsprechenden Sammelband.
  - 10 Vgl. Dominique Pestre, *Science, argent et politique. Un essai d'interprétation*, Paris 2003; Martin Lengwiler, «Im Schatten Humboldts: Angewandte Forschung im Wissenschaftssystem Westdeutschlands (1945–1970)», in: *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte*, 55 (2005), 46–59.
  - 11 Jakob Vogel, «Von der Wissenschafts- zur Wissensgeschichte. Für eine Historisierung der «Wissengesellschaft»», in: *Geschichte und Gesellschaft*, 30 (2004), 639–660, hier 654 ff. Beispielhaft für die Ernährungswissenschaften: Jakob Tanner, *Fabrikmahlzeit. Ernährungswissenschaft, Industriearbeit und Volksernährung in der Schweiz 1890–1950*, Zürich 1999; für die Physiologie: Philipp Sarasin, Jakob Tanner (Hg.), *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a. M. 1998; für die Hygiene: Philipp Sarasin, *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*, Frankfurt a. M. 2001.
  - 12 Vgl. Raphael, «Experten» (wie Anm. 7).
  - 13 Martin Lengwiler, *Risikopolitik im Sozialstaat: Die schweizerische Unfallversicherung 1870–1970*, Habilitationsschrift Zürich 2005, Kap. 8.3: «Suva und Ärzteschaft: Auf dem Weg zur Kassenärztesystem?» (erscheint 2006 in der Schriftenreihe des Arbeitskreises für moderne Sozialgeschichte «Industrielle Welt» im Böhlau-Verlag).
  - 14 Hans Frei, *Betriebliche Organisation und Leistung der Schweizerischen Unfallversicherungs-Anstalt*, Diss., Luzern 1952, 79–100.
  - 15 Protokoll des Verwaltungsrats der Suva, 1914, 14 ff., Zitat 17 (Sitzung 21./22. Januar 1914), in: Suva-Archiv, Luzern, Archiv des Generalsekretariats.
  - 16 Ebd.
  - 17 Protokoll des Verwaltungsrats der Suva, 1913, Sitzung des 15. Januar 1913; 1914, 14 f.; 1935/36, 125 ff., in: Suva-Archiv, Luzern, Archiv des Generalsekretariats.
  - 18 Protokoll des Verwaltungsrats der Suva, 21./22. Januar 1914, 14 ff.; 1934, 63 f., in: Suva-Archiv, Luzern, Archiv des Generalsekretariats; Gewerkschaftliche Rundschau, 1942, 213 ff.
  - 19 Protokoll des Verwaltungsrats der Suva, 1933/34, 64 f.; 1935/36, 105; 1941, 299, in: Suva-Archiv, Luzern, Archiv des Generalsekretariats.
  - 20 Gewerkschaftliche Rundschau, 1942, 213 ff.
  - 21 Protokoll des Verwaltungsrats der Suva, 1935/36, 105; 1941, 287; 1957, 68 ff., in: Suva-Archiv, Luzern, Archiv des Generalsekretariats; Gewerkschaftliche Rundschau, 1957, 281 f. Bei Hans Gervais (Suva-Direktor 1942–1949), und Ulrich Oertli (1949–1954) ist die politische Ausrichtung nicht bekannt. Gervais war vormals Leiter des Suva-Unfallverhütungsdepartements, Oertli leitete die Rechtsabteilung. Protokoll des Verwaltungsrats der Suva, 1941, 299; 1949, 195, in: Suva-Archiv, Luzern, Archiv des Generalsekretariats.
  - 22 Suva, Ergebnisse der Unfallstatistik 1918–1922, Bern 1924, 21 f.; dies., Ergebnisse der Unfallstatistik 1923–1927, Bern 1929, 19 f.; dies., Ergebnisse der Unfallstatistik 1928–1932, Bern 1934, 16; dies., Ergebnisse der Unfallstatistik 1933–1937, Bern 1939, 25 f.
  - 23 Constantin Kaufmann, *Handbuch der Unfallmedizin. Mit Berücksichtigung der*

- Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen öffentlichen und der privaten Unfallversicherung*, 4., umgearbeitete Auflage, Bd. 1, Stuttgart 1919, 114–118; Ludwig Gelpke, Carl Schlatter (Hg.), *Unfallkunde für Ärzte sowie für Juristen und Versicherungsbeamte*, 2. Auflage, Bern 1930, 465.
- 24 Daniel Pometta, *Leitsätze für die Ärztliche Unfallpraxis*, Bern 1918, 56.
- 25 Gelpke/Schlatter, *Unfallkunde* (wie Anm. 23), 631.
- 26 Kaufmann, *Handbuch* (wie Anm. 23), 110 f., 132.
- 27 Pometta, *Leitsätze* (wie Anm. 24), 60.
- 28 Suva, *Ergebnisse der Unfallstatistik 1923–27*, Bern 1929, 32 f.
- 29 Suva, *Ergebnisse der Unfallstatistik 1928–32*, Bern 1934, 38.
- 30 Suva, *Ergebnisse der Unfallstatistik 1938–42*, Bern 1945, 46.
- 31 Erwin Liek, *Die Schäden der sozialen Versicherung und Wege zur Besserung*, München 1928, 29–31. Lieks Schrift steht im Zusammenhang mit der «Kassenärzterfrage» in der Weimarer Republik, der Autor gehörte zu den schärfsten Kritikern des Kassenärztesystems und damit auch der staatlichen Sozialversicherungssysteme.
- 32 Vgl. zum Suva-Verwaltungsrat: Protokoll des Verwaltungsrats der Suva, 1928, 227, in: Suva-Archiv, Luzern, Archiv des Generalsekretariats; oder der unterstützende Hinweis des Suva-Verwaltungsrats Otto Keller, eines Zürcher Textilunternehmers, in seiner halboffiziellen Jubiläumsschrift zum 25-jährigen Bestehen der Suva: Otto Keller, *25 Jahre SUVA*, Wald 1946, 92 f.
- 33 Suva, *Unfallstatistik 1918–22* (wie Anm. 22), 14.
- 34 Pometta, *Leitsätze* (wie Anm. 24), 110.
- 35 Walther Rickenbach, *Das Obligatorium in der Krankenversicherung mit besonderer Berücksichtigung der Schweiz*, Diss., Wald 1930, 126–132.
- 36 Paul Biedermann, *Die Entwicklung der Krankenversicherung in der Schweiz*, Diss., Zürich 1955, 33–36; Rickenbach, *Obligatorium* (wie Anm. 35), 127–129; exemplarisch für Zürich: Martin Lengwiler, Verena Rothenbühler, *Macht und Ohnmacht der Ärzteschaft. Geschichte des Zürcher Ärzteverbands im 20. Jahrhundert*, Zürich 2004.
- 37 Lengwiler/Rothenbühler, *Macht und Ohnmacht* (wie Anm. 36).
- 38 Ausführlich zum Zürcher Fallbeispiel ebd. Die Geschichte der seit den 1920er Jahren eingeführten kantonalen und städtischen Krankenversicherungsobligatorien ist noch kaum untersucht. Die Forschung hat sich bisher entweder mit der Geschichte des KUVG 1911/12 oder dann mit der Bundesgesetzgebung nach 1945 beschäftigt. Vgl. Bernard Degen, «Haftpflicht bedeutet den Streit, Versicherung den Frieden: Staat und Gruppeninteressen in den frühen Debatten um die schweizerische Sozialversicherung», in: Hansjörg Siegenthaler, *Wissenschaft und Wohlfahrt: Moderne Wissenschaft und ihre Träger in der Formation des schweizerischen Wohlfahrtsstaates während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Zürich 1997, 137–154; Jürg H. Sommer, *Das Ringen um soziale Sicherheit in der Schweiz. Eine politisch-ökonomische Analyse der Ursprünge, Entwicklungen und Perspektiven sozialer Sicherung im Widerstreit zwischen Gruppeninteressen und volkswirtschaftlicher Tragbarkeit*, Diss., Diessenhofen 1978; Brigitte Bernardi-Schenkluhn, «Das schweizerische Gesundheitssystem», in: Jens Alber, Brigitte Bernardi-Schenkluhn, *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Grossbritannien*, Frankfurt a. M., New York 1992, 177–321.
- 39 1925 waren in Zürich 51'994 Personen krankenversichert, 1928, nach der Einführung des Obligatoriums, waren es 101'378; vgl. A. Acker, A. Senti, «Zwanzig Jahre Obliga-

- torische Krankenpflegeversicherung», in: *Zürcher Statistische Nachrichten*, 26 (1949), Heft 3, 89–162, hier 103, 117.
- 40 Acker/Senti, «Obligatorische Krankenversicherung» (wie Anm. 39), 152.
- 41 Ärzteverband der Bezirke Zürich und Dietikon, Jahresbericht, 1935, 3 f.
- 42 Roger Stupnicki, *Die soziale Stellung des Arztes in der Schweiz*, Bern 1953, 44–50.
- 43 Acker/Senti, «Obligatorische Krankenversicherung» (wie Anm. 39), 117, 121, 151; A. Acker, «Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Stadt Zürich 1949 bis 1953», in: *Zürcher Statistische Nachrichten*, 31 (1954), Heft 2, 41–72, hier 44, 47 f., 51.
- 44 Alice Denzler, *Hundert Jahre Allgemeine Krankenkasse Zürich (1856–1956)*, Zürich 1957; Ärzteverband der Bezirke Zürich und Dietikon, Jahresbericht, 1914, 2; ebd., 1942, 6.
- 45 Hermann Häberlin, *Über das heutige Krankenkassenwesen und die zukünftige Krankenversicherung in der Schweiz*, Zürich 1904, 48–57, hier 49; Friedrich Erismann (Hg.), *Die Gesundheits- und Wohlfahrtspflege der Stadt Zürich*, Zürich 1909, 296 ff.; *Festschrift zur Feier des 150jährigen Bestehens der Gesellschaft der Ärzte des Kantons Zürich (1810–1960)*, Zürich 1960, 116 f., 122 f.
- 46 Ärzteverband der Bezirke Zürich und Dietikon, Jahresbericht, 1930, 1 f.; ebd., 1932, 5.
- 47 Ärzteverband der Bezirke Zürich und Dietikon, Jahresbericht, 1924, 8.
- 48 Acker/Senti, «Obligatorische Krankenversicherung» (wie Anm. 39), 105 f., 117.
- 49 Ebd., 96–99, 105.
- 50 Denzler, *Allgemeine Krankenkasse* (wie Anm. 44), 28–38.
- 51 Peter Weingart, *Die Stunde der Wahrheit. Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik, Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft*, Göttingen 2001, 130–133.
- 52 Vgl. weiterführend: Lengwiler, *Kalkulierte Solidarität* (wie Anm. 13).
- 53 Raphael, «Verwissenschaftlichung» (wie Anm. 2), 178 f.

## Résumé

A l'aide de l'exemple de l'histoire de l'état social en Suisse cet article analyse comment science et état social se sont développés en interdépendance dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Pour exemplifier la chose il se concentre sur l'assurance maladie et accidents. En introduction est d'abord expliqué le modèle de la «scientification du social», répandu dans la recherche. La seconde partie s'attache à décrire le rôle des experts dans le domaine de l'assurance accidents publique, en particulier les rapports entre le comité de direction composé politiquement et l'administration technique de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (CNA). L'article examine, pour terminer, l'assurance maladie, où l'administration de l'assurance sociale a été déléguée de façon étendue à des organisations de droit privé telles que des caisses-maladie ou des organisations

professionnelles de médecins. On peut s'interroger sur l'influence de l'intervention étatique dans le développement de la profession médicale et dans les rapports entre médecin et patients. Cette contribution se conclut avec un plaidoyer pour une mise en perspective historique du concept de «scientification». Les exemples analysés laissent apparaître un processus de «scientification» séculier, dont le déroulement est marqué par les circonstances historiques et le contexte institutionnel du moment. Ce processus ne doit pas être envisagé comme une évolution linéaire, mais bien comme un développement co-évolutif, à la suite duquel l'état social et le savoir des experts se transformèrent mutuellement.

## **Compendio**

Riferendosi alla storia dello Stato sociale svizzero, l'articolo analizza il modo in cui scienza e Stato sociale si sono sviluppati in dipendenza reciproca nella prima metà del XX secolo. Quali esempi sono state prese l'assicurazione malattie e l'assicurazione contro gli infortuni. Come introduzione viene spiegato in primo luogo il modello della «scientificizzazione del processo sociale», diffuso nella ricerca. Nella seconda parte viene illustrato il ruolo svolto da esperti nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni statale, in particolare il rapporto esistente tra l'organo direttivo costituito a livello politico e la gestione tecnica presso l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI). L'articolo esamina in seguito l'assicurazione sociale malattie, la cui gestione è stata ampiamente delegata ad organizzazioni di diritto privato quali casse malati od organizzazioni professionali mediche. Qual è l'influsso della regolamentazione dello Stato sociale sull'evoluzione della professione medica e sul rapporto tra medico e paziente? Infine l'articolo propone di storicizzare la nozione di scientificizzazione. Dagli esempi si può constatare un processo di scientificizzazione secolare il cui decorso è marcato dalle circostanze storiche e dal contesto istituzionale. Il processo di scientificizzazione non dovrebbe essere inteso come evoluzione lineare, bensì come evoluzione coevolutiva visto che Stato sociale e conoscenze degli esperti si sono vicendevolmente influenzati nel loro sviluppo.

## **Zwischen Verwissenschaftlichung, Politisierung und Bürokratisierung: Expertenwissen im schweizerischen Sozialstaat**

In	Studien und Quellen
Dans	Etudes et Sources
In	Studi e Fonti
Jahr	2005
Année	
Anno	
Band	31
Volume	
Volume	
Autor	Lengwiler, Martin
Auteur	
Autore	
Seite	167-190
Page	
Pagina	
Ref. No	80 000 358

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.