



Neoliberale Bürokratie

Ausgangspunkt für diesen Text waren einige lose Gespräche zwischen Beat Ringger und Bernhard Walpen in den vergangenen Jahren. Im Zusammenhang mit der Forschung zum Neoliberalismus stiess Walpen auf den ganzen Komplex von Staat und Bürokratie. Die neoliberalen wissenschaftlichen Arbeiten zu Staat und Bürokratie waren und sind durch den Markt-Staat-Manichäismus geprägt, das heisst durch die Vorstellung, Markt sei a priori effizient, Staat hingegen a priori bürokratisch und parasitär. Diese Anordnung hat verhindert, dass seitens des neoliberal geprägten Mainstreams seriöse wissenschaftliche Arbeit geleistet wurde. In der kritischen Sichtung neoliberaler Arbeiten zu Staat und Bürokratie wurde hingegen schnell deutlich, dass hier nicht nur ein interessantes Forschungsfeld, sondern vor allem eine spannende und wichtige politische Debatte verborgen liegt. Es war dann insbesondere die intensive Beschäftigung mit der Bürokratie, die deutlich machte, dass der Neoliberalismus nicht nur nicht antibürokratisch ist, wie die wohlfeilen Äusserungen suggerieren, sondern – schlimmer – jene Kraft ist, die zu einem Bürokratisierungsschub von bislang ungeahntem historischen Ausmass geführt hat. Die Diskussion dieses Aspekts hat uns bald gezeigt, dass in dieser Thematik dringender Erkenntnis- und Handlungsbedarf besteht.

Im ersten Teil von Bernhard Walpen (Herausforderung: Neoliberale Bürokratie und die Schwierigkeit, sie überhaupt wahrzunehmen) wird die theoretische Auseinandersetzung mit der Bürokratie-Thematik geführt. Der zweite Teil von Beat Ringger (Bürokratie im Gesundheitswesen) liefert am Beispiel des Gesundheitswesens einen ersten empirischen Beitrag für weitere Diskussionen und künftige Forschungen.

Herausforderung: Neoliberale Bürokratie und die Schwierigkeit, sie überhaupt wahrzunehmen¹

Eines der grössten Probleme für emanzipatorisch-solidarische Projekte, die nach wie vor auf die Potenziale der Geschichte des Widerstands und der Befreiung setzen, besteht in der neoliberalen Umformung derselben.

Bernhard Walpen

ist Sozialwissenschaftler und Vorstandsmitglied im Denknetz.

Beat Ringger

ist geschäftsleitender Sekretär des Denknetz und war lange Zeit Zentralsekretär des VPOD.

Damit ist weniger gemeint, dass diese ihre Inhalte platt preisgeben; vielmehr werden sie durch neoliberale Ideologien und Praxen – meist schleichend – umgestaltet. Die Problematik zeigt sich in zwei Bereichen. Die kapitalistischen Gesellschaften sind durch system-



bedingte Antagonismen und Widersprüche herrschafts- respektive gewaltförmig, sei das innerhalb der nationalen Verfasstheit oder zwischen den einzelnen Nationen. Sobald sich emanzipatorisch-solidarische Projekte über längere Zeiträume institutionalisieren, stehen sie unter einem Anpassungsdruck an diese realen Herrschaftsverhältnisse (meist Respekt heischend als ›Realismus‹ ausgegeben). Das Anliegen, Kräfteverhältnisse zugunsten der Machtlosen verschieben zu wollen, wird schleichend aufgegeben. Die ProjektträgerInnen geben nun vor, sich für ihre fortschrittlichen Ziele der Mechanismen der Macht bedienen zu wollen, und merken nicht (oder blenden aus), wie sehr sie in der Folge von diesen Mechanismen vereinnahmt werden. Die andere Problematik liegt in der ideologischen und warenästhetischen Dimension des Kapitalismus. Der Schein der Warenwelt und die Unzahl ideologischer Diskurse und Praxen in Medien, Kultur und Wissenschaft sowie im Alltag bilden einen Rahmen, der auf die Individuen einwirkt und in dem sie sich innerhalb bestimmter Grenzen entfalten und aktiv betätigen können.

Problematisch bei zahlreichen zivilgesellschaftlichen oder politischen linken Organisationen ist die oft unkritische oder unbewusste Übernahme neoliberaler Massstäbe und Instrumente, die sie in ihre Strukturen und Prozesse einbauen. Eine Analyse, die nicht den komplexen Prozess der Wechselwirkung von (neoliberaler) Form und (emanzipatorischem, solidarischen) Inhalt berücksichtigt, bleibt unkritisch. Für die dringend nötigen kritischen Impulse kontraproduktiv ist, dass seit 1990 zunehmend linke Organisationen in mehr oder weniger umfangreicher Weise marktwirtschaftlich denken und handeln und sich überdies auch vermehrt im Arsenal der neoliberalen Bürokratie bedienen. Letztere tritt meist nicht unter dem Begriff Neoliberalismus auf, sondern erscheint in Form von Instrumenten, Massstäben, Standards und Ähnlichem mehr. Die Spannweite ist enorm und reicht von diversen Anweisungen zur ›Qualitätskontrolle‹ über ›New Public Management‹ bis zu den zahllosen ›Standards‹. Alles zusammen führt bei jeweiliger Implementierung zu teils weitreichenden Eingriffen in die und Veränderungen der Organisationen oder Institutionen. Was die Sache zusätzlich erschwert, ist die Tatsache, dass der spontane Alltagsverstand alle diese Massnahmen nicht als Teil der Bürokratie erkennt. Noch schlimmer: Häufig werden Personen, die fortschrittliche Anliegen vertreten (z.B. Qualität in der Bildung), zu den Trägern der Bürokratie. Wenn dann nach widersprüchlichen Erfahrungen bei der Implementierung erstaunt festgestellt wird, welche bürokratischen Monster aus den Massnahmen entstanden sind, dann sind es oftmals nicht linke Kräfte, die die Bürokratisierung anprangern. Das Feld bleibt vielmehr einem rechten Populismus überlas-



sen. Das führt auch dazu, dass die bürokratischen Monster für eine kritisch-emanzipatorische Öffentlichkeit ebenso schlecht wahrnehmbar sind wie für ihre neoliberalen Träger.

Die Bürokratie aber lähmt enorme gesellschaftliche Fortschrittspotenziale, verschlechtert öffentliche wie private Dienstleistungen und verschlingt Gelder in Milliardenhöhe. Wie ein Krake umschlingt sie zum Beispiel den Gesundheitsbereich, die sozialen Dienste, Sicherheitsdienste, unzählige Ablauf- und Produktionsprozesse in Verwaltung, Recht und Wirtschaft (z.B. im Automobilfachhandel). An den Universitäten sind Forschung und Wissenschaft, wie der Germanist Karl Heinz Götzke schreibt, zu einem ›trüben Geschäft‹ und die Gelehrten zu hauptamtlichen ›Bologna-Vollzugsbeamten oder Drittmitteltreiber‹² geworden. Es ist Zeit, dass sich die kritischen Kräfte ein genaueres Bild machen, wozu empirische (Bereichs-)Studien erforderlich sind.

Im Folgenden werden Elemente einer kritischen Theorie der Bürokratie dargelegt (ausführlich Walpen 2012). Gramsci interpretiert Bürokratie als eine Schwäche des Liberalismus: »Wesentliche Bedeutung der Gewaltenteilung für den politischen und ökonomischen Liberalismus: die gesamte liberale Ideologie mit ihren Stärken und ihren Schwächen, kann im Prinzip der Gewaltenteilung enthalten sein, und es zeigt sich, woraus die Schwäche des Liberalismus entspringt; es ist die Bürokratie, das heisst die Kristallisierung des Führungspersonals, das die Zwangsgewalt ausübt und das von einem bestimmten Punkt an Kaste wird. Daher die populäre Forderung nach Wählbarkeit der Ämter, eine Forderung, die extremer Liberalismus ist und zugleich seine Auflösung« (Gramsci, H. 6, § 81: 772f.). Wird dieser Ansatz zudem noch mit der Einschnürung der Demokratie verknüpft, wie das im Neoliberalismus der Fall ist, so dient das v.a. der Stabilisierung der Herrschaftsverhältnisse im Kapitalismus.³ Individuelles und gesellschaftliches Handeln wird abgetrennt vom eingreifenden und die Verhältnisse ändernden emanzipativen wie solidarischen Handeln, die Marktordnung und deren Resultate zum »Schicksal« – engl. fate (Hayek 1982, Bd. 2: 69.) – verklärt. Wo die Gesellschaft – wie etwa unsere heutige – derart beschaffen ist, dass »das Fehlen einer wirklichen Demokratie« mit der »Passivität der einzelnen« zusammentrifft, entsteht »die Notwendigkeit eines mehr oder weniger maskierten Despotismus der Bürokratie« (Gramsci, H. 6, § 79: 771). Vor dem Hintergrund seiner Hegemonie- und Staatstheorie analysiert Gramsci, ähnlich wie Max Weber, die »Herausbildung umfassender staatlicher und ›privater‹ Bürokratien«.⁴ Es geht um die Bürokratie und die »Veränderungen in der Organisation der Polizei im weiten Sinn, das heisst nicht nur des für die Unterdrückung der Krimina-



lität bestimmten staatlichen Dienstes, sondern der Gesamtheit der vom Staat und den Privatleuten organisierten Kräfte für den Schutz der politischen und wirtschaftlichen Herrschaft der führenden Klasse« (H. 13, § 27: 1594). Im Gegensatz zu Weber, der vor allem die wissensmässige Organisation untersuchte, geht es Gramsci zentral um den Herrschaftscharakter, der über »Organismen (...) mit Untersuchungs- und Vorbeugungscharakter« (ebd.) ausgeübt wird. Wichtig an Gramscis Analyse der Bürokratie ist, dass er, wie Weber, auch die »Privatbürokratie« kennt (Weber 1972: 343). Bürokratie ist längst nicht mehr an den Staat im engeren Sinne gebunden, sondern entwickelt ihren herrschaftsförmigen Einfluss mindestens ebenso sehr über die Privatbürokratien.

Diese insgesamt wenig beachtete Veränderung im gesamten bürokratischen Ensemble entwickelte in den vergangenen zwei, drei Jahrzehnten deutliche Veränderungen, insbesondere bei kritischen Organisationen. Davon betroffen sind auch viele linke NGOs, die sich in wichtigen Bereichen den bürokratischen Kontrollen und Prozesssteuerungen unterworfen haben. Eine der wichtigsten Folgen davon ist die Eliminierung respektive Marginalisierung des kritischen Potenzials in ihren eigenen Reihen. Historische oder wissenschaftliche Abteilungen, aber auch langfristige Bildungsansätze sind Opfer von organisatorischen Veränderungen geworden. Ohne internes und strukturell verankertes kritisches Potenzial fehlt diesen Organisationen eines der wichtigsten Instrumente, um nicht von den Wellen des »Mainstreams« weggeschwemmt zu werden. Die Aufklärungsarbeit zu dieser Problematik hat erst begonnen.⁵ Angesichts der die emanzipativen Kräfte zumindest einschränkenden, wenn nicht lähmenden Wirkung neoliberaler Bürokratie, ist die Kritik umso wichtiger und dringlicher.

Bürokratie im Gesundheitswesen

Das Personal äussert sich unmissverständlich: ÄrztInnen, Pflegendе, TherapeutInnen sagen unisono, der administrative Aufwand sei in den letzten Jahren deutlich gestiegen, oft ohne dass dem Personal dafür mehr Zeit eingeräumt worden wäre. Deshalb bleibe unter dem Strich weniger Zeit, um sich um die PatientInnen zu kümmern. Nun gibt es aber leider weder für die Schweiz noch für Deutschland breiter angelegte Untersuchungen zum Volumen und zum Inhalt der administrativen Arbeiten im Gesundheitswesen, jedenfalls keine, die im Internet greifbar wären (anders sieht es für die USA aus, siehe weiter unten im Text). Die Ausnahme bestätigt die Regel: Der Schweizer Verband der Pflegeheime Curaviva hat die Entwicklung der administrativen Kosten in den Heimen im Zeitraum von 2003 bis 2010 untersucht und weist aus, dass die



in diesem relativ kurzen Zeitraum entstandenen zusätzlichen Kosten für administrative Arbeiten bei etwa 6 Prozent der Gesamtkosten liegen. Das entspricht einer jährlichen Summe von 500 Millionen Franken respektive rund 6500 Vollzeitstellen (Widmer 2012a). Bei einer Gesamtzahl von 81'091.9 Vollzeitstellen (2011) ist diese Grössenordnung alarmierend: Die 6500 Personen wären in der Pflege und Betreuung, in der oft Personalmangel herrscht, hoch willkommen.

Eine auf den Geschäftsberichten des Universitätsspitals Zürich basierende Stichprobe ergibt einen ähnlich bedenklichen Befund: Das Verhältnis von Pflegepersonal zu Verwaltungspersonal ist innerhalb von nur sechs Jahren (2007–2013) von 3:1 auf 2:1 gefallen, das heisst heute kommt auf zwei Pflegende eine Person in der Verwaltung (eigene Berechnungen auf Basis der Geschäftsberichte)⁶. Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass das Pflegepersonal selbst ebenfalls mehr administrative Arbeiten ausführen muss.

Ein Teil des administrativen Zusatzaufwandes entsteht im Bemühen, Prozesse und Behandlungsqualitäten zu verbessern, und dürfte auch einen entsprechenden Nutzen bringen. Auch Gewerkschaften stellen Forderungen, die mit mehr Administration einhergehen: Zum Beispiel verlangt die Gewerkschaft des Gesundheitspersonals der Schweiz VPOD (VPOD, 2015) von den Institutionen, dass sie die Personalschlüssel transparent definieren und deren Einhaltung laufend dokumentieren. Das geht nicht ohne Administration. Ein guter Teil der Administration hat mit Qualitätsverbesserungen allerdings nichts zu tun, hingegen sehr viel mit der zunehmenden Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung. Das erste Problem besteht darin, dass Gesundheitsleistungen eigentlich nur sehr beschränkt normierbar sind, aber genau diese Normierung eine wichtige Voraussetzung für die Ökonomisierung bildet. Aus professioneller Sicht muss jede Patientin, jeder Patient so versorgt werden, dass man ihrer individuellen gesundheitlichen und psychosozialen Situation möglichst gut gerecht wird. Da auch eine ökonomische Sicht diese Professionalität nicht einfach vom Tisch wischen kann, tendieren ökonomisch ausgerichtete Normierungssysteme zu hoher Komplexität. Trotzdem bleiben die ökonomische und die professionelle Sicht in einen permanenten Widerstreit. Die professionelle Sicht stellt das Wohl der PatientInnen ins Zentrum (im Idealfall in partizipativer Weise). Die ökonomische Sicht will Kosten optimieren und Gewinne maximieren. An den Reibungsflächen wird heftig gestritten; dieser Streit wiederum ist ein zusätzlicher und wesentlicher Motor der Bürokratisierung, erfordert und fördert er doch weitere Administrations- und Dokumentationsaufgaben. Schliesslich wird der Konflikt auch



zunehmend gerichtlich ausgefochten, was den bürokratischen Aufwand oftmals regelrecht explodieren lässt.

Dazu zwei Beispiele. Beispiel Nummer eins: Die Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) in den Spitälern. Das Schweizer DRG-System kommt seit 2012 in allen akutsomatischen Spitälern obligatorisch zur Anwendung. Es gruppiert sämtliche Behandlungen in ein System von rund 1000 Fallgruppen, denen dann ein Kostengewicht zugeordnet wird. Dieses Kostengewicht dient der Preisfestsetzung. Drei beliebige Beispiele aus dem SwiSS-DRG-System:

DRG	Bezeichnung	Kostengewicht
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden	26.426
B61Z	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ausser bei Transplantation	3.260
G64C	Entzündliche Darmerkrankung, Alter >17 Jahre oder Alter < 70 Jahre	0.689

Das System ist zusätzlich versehen mit Normaufenthaltstagen, Zusatzentgelten und weiteren Extras, die ebenfalls verstanden und richtig gehandhabt werden müssen. Es ist selbstredend, dass die Erfassung der Behandlungen mit einem solchen System einen erheblichen administrativen Aufwand verursacht. Entsprechend ist bereits eine neue Berufsausbildung geschaffen worden, die Medizinische Kodierer/in mit eidg. Berufsprüfung. Diese Ausbildung kann nur von ausgebildeten ÄrztInnen oder Pflegenden absolviert werden – Fachleute, die dann in der Versorgung der PatientInnen fehlen. Die Kostengewichte wiederum basieren auf den Betriebsdaten dutzender von Spitälern, und auch für diese Datenerfassung ist ein hoher Aufwand erforderlich. Da das System der Finanzierung dient und damit für alle Beteiligten von zentraler Bedeutung ist, wird ein zusätzlicher Kontrollaufwand erbracht, um Missbräuche und Manipulationen einzuschränken (allerdings letztlich erfolglos, weil solche Systeme nur beschränkt manipulationsresistent sind).

DRG-Systeme werden mittlerweile in sehr vielen Ländern angewandt. Die Schweiz tut sich jetzt allerdings in trüber Weise hervor. Als erstes Land überhaupt soll im Jahr 2018 auch die psychiatrische Versorgung diagnose- und fallbasiert finanziert werden – aus professioneller Sicht ein vollständiger Unsinn, der zu schweren Kollateralschäden für die Betroffenen führen und die Psychiatrie zu einem Tummelfeld für Manipulationen machen wird.



Beispiel Nummer 2: Die Minutentariife in der aufsuchenden Pflege (in der Schweiz Spitex genannt). Sämtliche Verrichtungen der Spitex-Mitarbeitenden an den KlientInnen werden mit einem Zeitnormwert versehen: vom Toilettengang über das Richten der Medikamente und den Verbandswechsel bis zur Betreuung der Angehörigen im Todesfall. Letzteres zum Beispiel wird mit 20 Minuten veranschlagt. Das Personal ist angehalten, sämtliche Dienstleistungen in diesen Zeitvorgaben zu erbringen und entsprechend zu dokumentieren. Jede Leistung, die über den geplanten Minutenwert hinausgeht, wird zum Problem, weil nur der normierte Zeitaufwand finanziert wird. Dauert etwa der Toilettengang länger, dann muss die Spitex-Organisation dies aus ihren eigenen Mitteln bezahlen, und diese Mittel werden immer stärker eingeschränkt. Entsprechend unbeliebt ist diese Art der minutengenauen Abrechnung jeder einzelnen Leistung (in Mundart ›Minütele‹ genannt) sowohl beim Personal als auch bei den Spitex-KlientInnen. Er macht aus der aufsuchenden Pflege eine Form von Fließbandarbeit und lässt keinen Raum für Begegnungen ausserhalb der Norm, zum Beispiel für ein spontanes Gespräch.

Beide Beispiele, die DRG und die Minutentariife in der Spitex, stehen für die Ökonomisierung und in der Folge die Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung. Sie dienen der Kommodifizierung der Gesundheitsdienstleistungen. Diese werden beispielsweise in DRG-Paketen modelliert, die als eigentliche Waren fungieren. Ebenso erhalten standardisierte Spitexdienste Warencharakter. Zunächst wird der Preis dieser Waren regional noch einheitlich festgelegt. Ein einheitlicher Grundkatalog an versicherten Gesundheitsleistungen und die Festsetzung von einheitlichen Preisen erlaubt es, das ganze Abrechnungswesen noch mit einigermassen überschaubarem Aufwand abzuwickeln – beides (einheitlicher Grundkatalog und einheitliche Preise) ist in der Schweiz noch gewährleistet. Doch die Logik ist vorgespurt: Der Preis soll auf ›freien Märkten‹ ermittelt werden, auf dem verschiedene Anbieter den Krankenkassen Offerten unterbreiten. Ohnehin sind die Krankenkassen, die sich gerne als Anwälte der Prämienzahlenden aufspielen, ein wichtiger Treiber der Bürokratisierung: Die Standardisierung der Spitex-Leistungen geht wesentlich auf ihr Betreiben zurück, sie sind auch vehemente Verfechter von DRG, und sie drängen ständig auf »mehr Markt und Wettbewerb«, weil sie sich damit Schritt für Schritt zu Gesundheitskonzernen entwickeln wollen. Genau in Richtung »freie Märkte und Preise« zielt die DRG-Debatte in Deutschland, und genau das ist auch das Endziel der neoliberalen Deregulierer. So tritt zum Beispiel der SVP-Strategie Christoph Blocher für die Abschaffung des Versiche-



rungspflichtig ein und damit auch für freie Preise und Versorgungskataloge.

Wohin diese Entwicklung führt, lässt sich in den USA beobachten, die kein einheitlich reguliertes Gesundheitswesen kennen. Einzige staatliche Programme für RentenbezüglerInnen ab 65 (Medicare) und für Armutsbetroffene (Medicaid) bieten einen strukturierten Rahmen, wobei der Grad der Regulierung relativ tief bleibt und von Bundesstaat zu Bundesstaat variiert. Seit der Reform von Obama haben zudem alle BürgerInnen das Anrecht, sich einer Krankenversicherung anzuschließen.

Allerdings existiert weder ein einheitlicher Versorgungskatalog, noch sind die Preise einheitlich reguliert. Dies führt dazu, dass die Versicherungspolice höchst unterschiedlich ausfallen. Ein Spital muss folglich bei jeder PatientIn abklären, welche Eingriffe in welcher Qualität mit welchen Hilfsmitteln von der Versicherung überhaupt gedeckt sind. Darf laut Versicherungspolice bei einer Bypass-Operation der neue, nachweislich bessere Stent verwendet werden oder nicht? Und was geschieht, wenn die zuständige ÄrztIn in der Notfalloperation »fälschlicherweise« den besseren Stent eingesetzt hat? Es braucht nicht viel Fantasie, um sich auszumalen, welchen administrativen und gerichtlichen Aufwand dieser »freie Markt« auslöst. Die fehlende Einheitlichkeit der Versorgung ist denn auch ein zentraler Grund dafür, dass die administrativen Kosten im US-Gesundheitswesen von 1970 bis 2009 um 3000 Prozent (in Worten: dreitausend Prozent) angestiegen sind. So benötigt ein durchschnittliches US-Spital mehr als doppelt so viele Ressourcen für administrative Aufgaben wie ein durchschnittliches Spital im benachbarten Kanada. Die USA verschleudern jährlich rund 900 Milliarden Dollar⁷ für unsinnige administrative Aufwände, für juristische Streitereien und für Profite im Gesundheitsbereich. Das sind mehr als 1.2 Prozent der gesamten Weltwirtschaftsleistung – eine unglaubliche Verschwendung. Diese Verschwendung drückt sich darin aus, dass die USA im Jahr 2013 für ihre Gesundheitsversorgung 16.4 Prozent des BIP ausgegeben haben, 5.3 Prozent mehr als das nächste Land (Niederlande: 11.1%). Und das, obwohl die US-Gesundheitsversorgung über alles gesehen eine eher schlechte Qualität aufweist und immer noch Dutzende Millionen US-BürgerInnen nicht einmal über einen minimalen Versicherungsschutz verfügen.

Was aber ganz besonders auffällt und was Bernhard Walpen schon im ersten Teil betont hat, ist die Tatsache, dass diese Verschwendung kaum je thematisiert wird. Neoliberale Kreise blenden sie aus ihrem Wahrnehmungsraum radikal aus und sind ohne Wimpernzucken in der Lage, jeden Tag von Neuem zu behaupten, mehr Markt und mehr Wett-



bewerb führe in der Gesundheitsversorgung zu erheblichen Effizienzgewinnen. Und auf der Linken sind es bislang nur relativ marginale Organisationen, die den Finger auf die Problematik legen, etwa die Physicians for a National Health Program PNHP, eine 1987 in den USA gegründete Organisation mit rund 19'000 Mitgliedern (überwiegend ÄrztInnen und Ärzte), die für ein öffentliches nationales Gesundheitssystem eintritt und die sich unter anderem um die Erforschung der Gesundheitsbürokratie einen Namen gemacht hat.⁸

Anmerkungen

- 1 Bei »neoliberale Bürokratie« handelt es sich nicht um ein Oxymoron, wie man spontan annehmen könnte. Rhetorisch glänzen neoliberale Intellektuelle mit ihren scharfen Attacken gegen die Bürokratie. Doch das ist ihrem insgesamt unpräzisen Staats- und Bürokratieverständnis geschuldet. Der Neoliberalismus hat zu einer Bürokratisierung sondergleichen geführt (vgl. dazu Walpen 2012).
- 2 In: Das Argument, 54. Jg., Nr. 296: 260. Das Bologna-Regime wäre auch unter dem Aspekt der neoliberalen Bürokratie und den verheerenden Auswirkungen des Public Choice-Ansatzes zu analysieren (vgl. zu letzterem Walpen 2004: 152–154).
- 3 Vgl. zur Form der Herrschaft im Kapitalismus die Arbeit von Ingo Elbe et al. (2012).
- 4 Auf nationaler wie auf internationaler Ebene. H. 9, § 133, S. 1179; H. 13, § 27: 1594.
- 5 Vorbildlich ist diesbezüglich die kritische Arbeit der Gewerkschaft und der Arbeiterkammer in Oberösterreich.
- 6 Die Geschäftsberichte der Spitäler sind sehr unterschiedlich aufgebaut: von den grossen Deutschschweizer Spitälern weist nur gerade das USZ das administrative Personal in einigermassen nachvollziehbarer Weise gesondert aus.
- 7 Die Grössenordnung lässt sich einfach ermitteln: Würden die USA den gleich hohen BIP-Anteil für die Gesundheitsversorgung ausgeben wie das »zweitteuerste« Land der Welt, die Niederlande, dann könnten sie 5.3 Prozent des BIP einsparen – und das sind 900 Milliarden US-Dollar.
- 8 Siehe www.pnhp.org sowie die Arbeiten des US-Gesundheitsökonom, Arztes und PNHP-Aktivisten David Himmestein.



Literatur

- Baumann, Hans; Ringger, Beat: Care, Produktivität und Emanzipation: Der Care-Imperativ. In: Denknetz-Jahrbuch 2013, Zürich.
- Elbe, Ingo u.a.: (2012) Anonyme Herrschaft. Zur Struktur moderner Machtverhältnisse. Westfälisches Dampfboot, Münster, 2012.
- Gramsci, Antonio: Gefängnishefte, Bde. 1–10. Argument Verlag, Berlin-Hamburg, 1991–2002.
- Hayek, Friedrich August von: Law, Legislation and Liberty. A New Statement of the Liberal Principles of Justice and Political Economy, Bde. 1–3. Routledge, London, 1982.
- Himmelstein, David; Woolhandler, Steffie; Campbell, Terry: Costs of health care administration in the United States and Canada. In: New England Journal of Medicine 349:768, 2003; updated 2012.
- David Himmelstein et al.: A comparison of hospital administrative costs in eight nations: US costs exceed all others by far. In: Health Affairs September 2014 vol. 33 no. 9/2014. S. 1586–1594. (Knappe Zusammenfassung unter www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/in-the-literature/2014/sep/1773_himmelstein_comparison_hosp_admin_costs_ha_09_2014_itl.pdf)
- Madörin, Mascha: Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. (Hg.) Institut für Pflege der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Winterthur, 2014.
- OECD Health Statistics (2015): Country Note: How does health spending in the USA compare? www.oecd.org/unitedstates/Country-Note-UNITED%20STATES-OECD-Health-Statistics-2015.pdf
- Ringger, Beat: Die Spitex in der Schweiz. Eine Auslegeordnung. Hg. Verband des Personals Öffentlicher Dienste VPOD. Zürich, 2012.
- Ringger, Beat; Storz, Theresia: Alters- und Pflegeheime der Schweiz: Allgemeine Angaben, Löhne, Personaldotationen. Dokumentation des Verbandes des Personals Öffentlicher Dienste. Zürich, 2014.
- Universitätsspital Zürich USZ: Geschäftsberichte 2007 bis 2013. www.usz.ch/ueber-uns/Seiten/jahresberichte.aspx (gelesen am 3.2.15).
- VPOD: Beschlüsse der Verbandskonferenz Gesundheitswesen vom 22./23. Januar 2015. www.vpod.ch/branchen/gesundheit.html
- Walpen, Bernhard: Die offenen Feinde und ihre Gesellschaft. Eine hegemonietheoretische Studie zur Mont Pèlerin Society. VSA-Verlag, Hamburg, 2004.
- Walpen, Bernhard: Unsere schöne neue Welt aus Elend, Verkümmern und Angst. Die Verwüstungen von Neokonservatismus und Neoliberalismus. In: Wall-Strasser, Sepp et al. Hg. Europa am Scheideweg. Marktkonforme Demokratie oder demokratiekonformer Markt? ÖGB Verlag, Wien, 2012.
- Weber, Max: Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Hg. Johannes Winckelmann. 5. rev. Aufl. Mohr Siebeck, Tübingen, 1972.
- Widmer, Richard: Zunahme der administrativen Aufgaben in den Alters- und Pflegeinstitutionen. Studie im Auftrag des Fachbereichs Alter von Curaviva Schweiz. Bern, 2012(a).
- Widmer, Richard (2012b) Ein Teil der ungeliebten Bürokratie ist hausgemacht. In: Curaviva 7–8/2012(b).