

Finanzielle Steuerung der Gesundheitsversorgung in Polen : eine feministische Kritik

Autor(en): **Charkiewicz, Ewa**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Widerspruch : Beiträge zu sozialistischer Politik**

Band (Jahr): **32 (2013)**

Heft 62

PDF erstellt am: **05.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-651714>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Finanzielle Steuerung der Gesundheitsversorgung in Polen

Eine feministische Kritik

Das Gesundheitswesen in Polen ist öffentlich, und das Recht auf Gesundheitsversorgung ist in der Verfassung von 1997 verankert. Seit 1989 wird das Gesundheitswesen reformiert, manchmal schrittweise, dann wieder mit schockartig inszenierten weitreichenden rechtlichen Änderungen. Durch diese Reformen ist das öffentliche Gesundheitssystem von innen ausgehöhlt worden, mit der Folge, dass Sorgeverpflichtungen und Pflegearbeit vermehrt den Haushalten und dem angestellten Pflegepersonal der feminisierten pflegerischen und medizinischen Berufe aufgebürdet werden. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist heute nicht mehr für alle gleich. Zugenommen haben die Arbeitsbelastung in den Haushalten sowie die Lohn- und Statusunterschiede innerhalb der Pflege- und medizinischen Berufe.

In diesem Beitrag* analysiere ich, wie das öffentliche Gesundheitswesen von innen ausgehöhlt wurde, und skizziere eine feministische Kritik der Reformen im Gesundheitswesen. Dabei stütze ich mich auf Erkenntnisse der marxistischen und foucault'schen Denktraditionen. Ich beginne mit drei Momentaufnahmen, die zeigen, welche Erfahrungen Frauen und Mädchen als Empfängerinnen wie auch als Erbringerinnen von Care-Leistungen mit den Reformen im Gesundheitswesen machen.

2006: Claudia, mit Magenkrebs-Diagnose, wird die lebensrettende Behandlung verweigert. Diese kann nur Erwachsenen verschrieben werden, Claudia ist 16 Jahre alt. Es ist also illegal, sie zu retten. Ein Kommentar auf der polnischen Medienwebsite Onet vergleicht das neue Management der Gesundheitsversorgung mit der Selektion in Auschwitz.

2007: In Warschau werden 994 Frauen einem risikoreichen Verfahren ausgesetzt: einer Hysteroskopie mit Punktion der Gebärmutter, was dem Spital eine Million Zloty (ca. 230 000 Euro) einbringt. Die Verfahren wurden vom Chef der Gynäkologie und Neonatologie angeordnet, damit das Spital Einnahmen erzeugen und Schulden abbauen kann. Das Spital war

* Übersetzung aus dem Englischen: WIDE Switzerland und Redaktion *Widerspruch*.
Zwischentitel von der Redaktion *Widerspruch*.

verschuldet, weil es bedürfnisgerechte Gesundheitsversorgung angeboten hatte und dabei den mit dem Nationalen Gesundheitsfonds (öffentlicher Geldgeber) vereinbarten Kostenrahmen überschritten hatte.

2012: Das akademische Spital in Gdansk rettete das Leben von Anna P., welche eine komplizierte Geburt hinter sich hatte. Um Blutungen nach der Geburt zu verhindern, bekam sie teure Medikamente. Der Nationale Gesundheitsfonds weigerte sich, die Behandlung zu vergüten. Die für eine Geburt veranschlagten Standardkosten liegen bei 1500 Zloty (349 Euro). Die Behandlung von Anna P. kostete 23 000 Zloty (5349 Euro). Die Erfahrungen in der ambulanten und stationären Pflege zeigen: Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachleute kämpfen mit dem Gesundheitssystem, um eine angemessene Pflege zu gewährleisten.

Ökonomisierung und Marktanbindung im Gesundheitswesen – und die Folgen

Bis kurz nach der Jahrtausendwende thematisierte die öffentliche Debatte über das Gesundheitswesen die Gesundheitsversorgung als Recht, als Gemeingut und als «Basis einer dauerhaften sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung».¹ Bereits Mitte der 1990er-Jahre lancierten das Finanzministerium, Experten der Weltbank und neoliberale politische Think-Tanks einen neuen Diskurs. Dieser machte das Gesundheitswesen zum Gegenstand finanzieller Steuerung und effizienter Bewirtschaftung, bewertete die Leistungen monetär und führte Unternehmensführungsstandards in die Institutionen des Gesundheitswesens ein. Inzwischen ist der Diskurs über das Recht auf Gesundheitsversorgung fast gänzlich verschwunden. 1999 wurde ein Gesetz über Patientenrechte verabschiedet, aber dieses bezieht sich nur auf ethische Themen, wie das Recht auf Information, das Recht auf freie Arztwahl, das Recht, die Behandlung zu verweigern – während der Zugang zur Gesundheitsversorgung von Gesetzen über das Management des Gesundheitswesens und von finanziellen Regulierungen bestimmt wird.

Seit den frühen 1990er-Jahren wurde die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung an lokale Behörden delegiert, jedoch ohne angemessene finanzielle Mittel zuzuweisen. Mit der Zeit führte dies zu Schuldenkrisen in öffentlichen Spitälern und medizinischen Zentren, welche Pflegedienstleistungen auf Bedürfnisbasis anboten und somit Budgetdefizite anhäuferten. Ein neuer lukrativer Markt für Spitalschulden entstand. Um ihre Schuldenprobleme zu lösen, reduzierten die Spitäler ihre Angebote und Leistungen und verringerten so die Kosten. Zuerst wurden die Reinigungsdienste, Verpflegung und Laboruntersuchungen an den privaten Sektor ausgelagert. Das Putz- und Hilfspersonal, zur Hauptsache Frauen, wurde als Erstes entlassen. Als Nächstes wollten die SpitalmanagerInnen die

Kosten für das medizinische Personal senken. Streikende ÄrztInnen und Pflegefachfrauen wurden zu einer ständigen Begleiterscheinung der Gesundheitsreformen. Wegen patriarchaler Stereotype, welche Pflege als einseitige Verpflichtung interpretieren, waren Pflegefachfrauen gegenüber den Managern im Gesundheitswesen in einer wesentlich nachteiligeren Position als der «männlich» konnotierte Berufsstand der Ärzte. Hinzu kam, dass die Lohnkosten des Pflegefachpersonals den grössten Budgetposten in Spitälern ausmachen, bedingt durch die Anzahl Angestellter. Den Spitälern fiel es leicht, finanzielle Probleme zu lösen: durch die Entlassung von Pflegepersonal, die Verlängerung der Arbeitszeit, die Umwandlung von festen Anstellungen in temporäre Arbeitsverträge oder durch Anstellungen auf Selbständigenbasis (nach Zivilrecht, ohne Arbeitsrechte). Um zu überleben, mussten Pflegefachfrauen zusätzliche Stellen in anderen Spitälern annehmen, während sich die Arbeit des verbleibenden Personals intensivierte (Kubisa 2009).

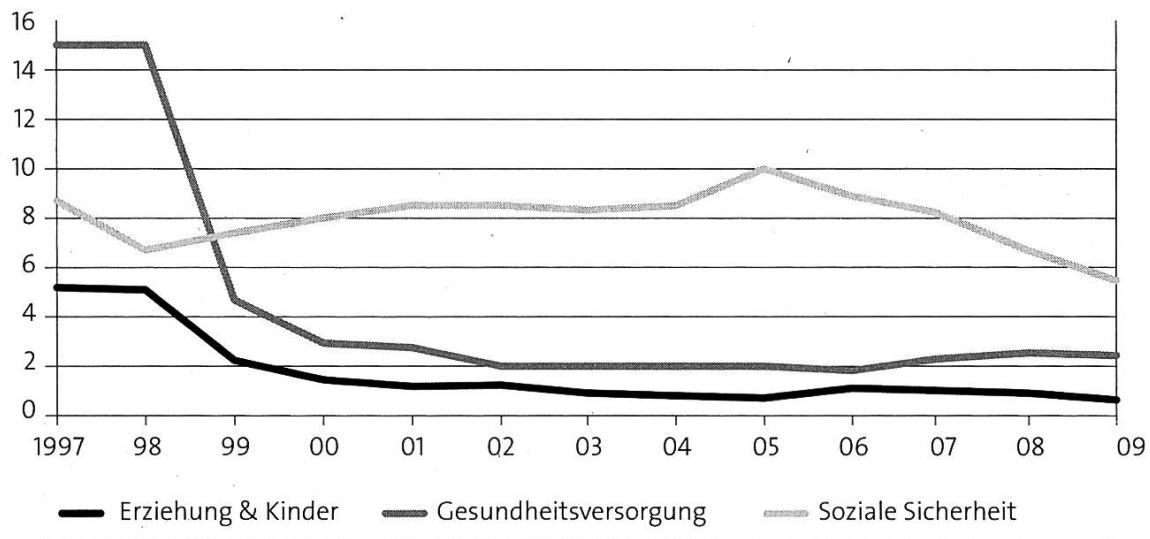
Eine andere Reaktion der Spitäler und der Ärzteschaft auf die Marktbindung und die ständige finanzielle Krise des Gesundheitswesens bestand darin, zusätzliches Einkommen durch Verträge mit Pharmakonzernen für klinische Versuche zu generieren. Im öffentlichen Diskurs wurden klinische Versuche als Wachstumsmarkt dargestellt – mit einem Wert von 215 Millionen Euro. Dadurch sollten wertvolle Direktinvestitionen aus dem Ausland angezogen werden, welche jährlich 54 Millionen Euro zum öffentlichen Haushalt beitragen würden, dies in Form von Gebühren und Steuern, alles gemäss dem Report von PriceWaterhouseCoopers von 2010, welcher für eine Senkung der administrativen und gesetzlichen Hürden für klinische Versuche lobbyierte.²

Für PatientInnen und medizinisches Personal verschlimmerte sich die Situation im Gesundheitswesen im Jahre 1997, als weitgehende soziale Reformen eingeführt wurden – die sogenannten Buzek-Reformen, benannt nach dem damaligen Premierminister, welcher später Präsident des Europäischen Parlaments wurde. Diese Reformen beinhalteten eine Neuregelung der Finanzierung des Gesundheitswesens, welche die öffentlichen Beiträge aus staatlichen und lokalen Verwaltungsbudgets reduzierte und unternehmerische Grundsätze in Gesundheitsinstitutionen einführte. Seither nimmt die Abhängigkeit von Lohnkostenbeiträgen zur Finanzierung des Gesundheitswesens ständig zu, von 54 Prozent im Jahr 2004 auf 87 Prozent im Jahr 2009. Heute betragen die Abgaben 9 Prozent des Bruttolohnes für Angestellte, während die Anteile für Unternehmer tiefer liegen. Die Finanzierung wird vom staatlichen Nationalen Gesundheitsfonds verwaltet.

Die Reformen sollten die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen reduzieren. Dahinter steht die Verpflichtung, Budgetdefizite zu verringern und die Kriterien der Eurozone und des Fiskalpakts zu erfüllen.

Dokumente wie der «Business Plan zur Stärkung des Euro» von Business Europe (Verband von Arbeitgebern in Europa)³ weisen darauf hin, dass die gemeinsame Währung das Projekt europäischer Industrieller ist. In ihren Dokumenten stellen sie fest, dass Sparmassnahmen und Reformen im sozialen Sektor nötig sind, um die Eurozone zu stärken. Die Annäherung an die Vorgaben der Eurozone ist seit 2004 eines der strategischen Ziele der polnischen Wirtschaftspolitik. Die Reduktion der Ausgaben im Gesundheitswesen ist für die Erreichung dieser Ziele unabdingbar.

Ausgaben für Care-Leistungen in Prozenten der öffentlichen Ausgaben Polens 1997–2009



Quelle: Zachorowska-Mazurkiewicz 2010

Seit den 1990er-Jahren ist die Anzahl öffentlicher Spitäler und Kliniken für medizinische Grundversorgung zurückgegangen, während die Gesundheitsversorgung in Schulen und am Arbeitsplatz abgebaut wurde. In Schulen mit weniger als 500 Schülerinnen und Schülern liegt die Verantwortung für Prävention und Gesundheitschecks neu bei den Lehrpersonen. Zugleich entstand ein neuer Privatsektor für Grundversorgung und ambulante Behandlungen, gefolgt von Privatkliniken, welche Hightech-Diagnostik (z. B. Computer-Tomografie, MRI), spezialärztliche Konsultationen, Telechirurgie, Geburtshilfe und Fortpflanzungsmedizin anbieten.

Finanzielle und technische Steuerung durch staatliche Agenturen

Heute wird das öffentliche Gesundheitswesen vom Gesundheitsministerium (welches auch die Tarife für medizinische Leistungen festlegt) und zwei öffentlich-rechtlichen Unternehmen gesteuert: von der Agentur für die Bewertung medizinischer Verfahren (AHTA) und dem Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ), der auch regionale Kommissionen hat. Es über-

rascht nicht, dass der Vizeminister für Gesundheit, dem die Verantwortung für die Reformen obliegt, ein ehemaliger Investmentbanker ohne jegliche Erfahrung im Gesundheitswesen ist. Der Nationale Gesundheitsfonds muss alljährlich Finanzberichte ans Parlament abgeben. Überwachungsmechanismen verhindern, dass das Budget überschritten wird. Die Verantwortlichkeit ist auf Finanzprobleme reduziert, und es besteht weder bezüglich des Zugangs noch bezüglich der Qualität der Gesundheitsversorgung eine Rechenschaftspflicht gegenüber öffentlich gewählten Körperschaften.

Die AHTA ist als Organisation für technische Expertise ebenfalls keiner öffentlichen Körperschaft gegenüber Rechenschaft schuldig. Ursprünglich als beratendes Gremium für den Minister etabliert, fällt die AHTA heute Entscheide über Medikamentenrückvergütungen (ein kompliziertes System mit variierenden Kostenanteilen für verschiedene Patientengruppen) und über spezialisierte medizinische Behandlungen. Das Ministerium, die AHTA und der Nationale Gesundheitsfonds führen ständig neue Massnahmen zur Kosteneinsparung ein, welche die Komplexität des Finanzmanagements erhöhen. Dies wiederum treibt die Managementkosten in die Höhe und verringert die für eigentliche Behandlungen verfügbaren Zeitressourcen. Das finanziell gesteuerte Gesundheitswesen ist nicht nur sozial, sondern auch wirtschaftlich ineffizient, und es überwälzt Arbeitslast und Verantwortung auf die Care-Ökonomie und die Beschäftigten im Gesundheitswesen. In vielen Fällen werden lebensrettende Behandlungen nicht zugestanden; dies zeigen öffentliche Aufrufe zu Spenden, beispielsweise für Kinder mit Leukämie, und Anrufungen des Europäischen Gerichtshofs.

Seit der Einführung dieses Systems schlittern die Spitäler von einer Krise in die nächste. Einige wurden geschlossen, andere durch Bail-out gerettet, bis 2011 eine gesetzliche «Guillotine» eingeführt wurde. Nun werden lokale Behörden gezwungen, die Schulden der Spitäler und ambulanten Einrichtungen zu bezahlen oder andernfalls die Einrichtungen zu schließen oder an private Dienstleister zu verkaufen. Ein spezieller Fonds im Umfang von 450 Millionen Euro oder 24,2 Prozent der staatlichen und lokalen Behördenbeiträge zur Finanzierung des Gesundheitswesens wurde bereitgestellt, um Spitäler auf die Privatisierung vorzubereiten, während gleichzeitig die Schulden der privatisierten Spitäler gegenüber den staatlichen Sozialversicherungen und Pensionskassen getilgt wurden. Im selben Gesetz wurde auch die Eröffnung neuer öffentlicher Spitäler und Kliniken verboten, und die öffentlichen Spitäler und medizinischen Zentren erhielten neu den Status von Unternehmen. Die Kommerzialisierung des öffentlichen Gesundheitswesens führte zu keiner Qualitätssteigerung in der Pflege und in Spitälern und löste das Schuldenproblem nicht. Neue Schul-

den werden angehäuft, wie ein kürzlich erstellter Bericht der Obersten Kontrollkammer (NIK)⁴ zeigt. Der Umfang ausstehender Zahlungen beläuft sich auf 550 Millionen Euro, und die Summe aller Spitalschulden beträgt rund 2,4 Milliarden Euro.

Der individuelle Zugang zur Grundversorgung und zu Gesundheitsprogrammen hängt von der Bezahlung von Prämien ab und davon, ob ein lokaler Anbieter einen Vertrag mit dem öffentlichen Geldgeber (NFZ) unterzeichnet hat. Die Verträge geben die Art und Anzahl der Behandlungen vor, ebenso den Preis. Durch diesen Managerialismus werden Behandlungen zur techno-finanziellen Ware, die auf den Märkten für medizinische Dienstleistungen gehandelt wird. Wo es früher keinen Markt gab, schafft die staatliche Intervention einen, indem sie einerseits private Dienstleister privilegiert, andererseits den Geldfluss in diesen Markt steuert, der durch private Lohnbeiträge an die Gesundheitsversorgung gespiesen wird. Bedürfnisse und Rechte bleiben dabei auf der Strecke. Die Leute müssen die Selbstbestimmung über ihren Körper und ihr Geld abgeben zugunsten des neuen, zentralistisch gesteuerten Marktes.

Da die Spitäler Leben retten sollen und die finanziellen Mittel nicht ausreichen, sind sie gezwungen, entweder «kreative Buchhaltung» zu betreiben oder Behandlungen über die vertraglichen Verpflichtungen hinaus anzubieten, was zu neuen Schulden führt. Im Jahr 2009 erfolgten 4,8 Prozent der medizinischen Behandlungen ausservertraglich, inklusive Wochenbett, pränataler Versorgung und Anästhesiologie. Öffentliche und private Anbieter konkurrieren um Verträge mit dem öffentlichen Geldgeber (NFZ), indem sie die Lohnkosten senken. Dies wiederum erschwert den Zugang zur Gesundheitsversorgung und verschlechtert die Qualität der Pflege, während die riesige Menge von Finanzvorschriften, ihre Komplexität und häufige Änderungen Unsicherheit und Chaos erzeugen. Pflegeinstitutionen und das Pflegepersonal werden aufgerieben im andauernden Konflikt zwischen der Notwendigkeit, Gesundheitsleistungen zu erbringen, und der Forderung, sich an unternehmerische Vorgaben und finanzielle Vorschriften zu halten.

Durch die Reformen erhielten die Gesundheitsökonomien eine hegemoniale Vormachtstellung und ökonomische Rationalität wurde zur herrschenden Norm in allen Pflegeinstitutionen. Um die Erlaubnis für die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten zu erhalten, muss die Ärztin bzw. der Arzt eine Einzelanfrage an die AHTA richten und dazu alle medizinischen Unterlagen einreichen. Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachleute verbringen immer mehr Zeit mit Berichteschreiben und mit der Einhaltung der Finanzvorgaben. Die Spitäler stellen mehr Verwaltungspersonal ein und ernennen Oberärztinnen und -ärzte zu Bevollmächtigten für Rationalisierungsmassnahmen. Ärztinnen und Ärzte, welche Behandlungen

oder Medikamente verschreiben, die über die vertraglichen Vereinbarungen mit dem NFZ hinausgehen, werden diszipliniert und finanziell für die «unautorisierte» Rettung von Leben verantwortlich gemacht.

Medizinische Behandlungen sind in weitreichende und komplexe Kostenkalkulationssysteme eingebunden. Medizinische Fachleute, die Ärzteschaft und Hebammen mussten ein Training durchlaufen, um sich neu als GesundheitsunternehmerInnen zu definieren. Mit politischem Druck und Zuschüssen von NGOs wurden Pflegefachfrauen dazu bewegt, sich selbständig zu machen – im Namen individueller Wahlfreiheit und besserer Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf. Zugleich hat die Unternehmensform (privat oder öffentlich) die Reorganisation der Pflege vorangetrieben. Eine neue Kräftekonstellation von Macht und Wissen im Gesundheitswesen entsteht: Wirtschaftliche Rationalität wird auf den Pflegesektor ausgedehnt, unternehmerische Vorgaben werden durchgesetzt, unterstützt durch allgegenwärtige Diskurse über Kosten und die Ausbreitung des Finanzmanagements und minutiöse Anwendung seiner Kriterien bis in die kleinste medizinische Entscheidung. Dies verwandelt das Gesundheitswesen in einen hochregulierten Markt für kommerzialisierte und/oder privatisierte medizinische Dienstleistungen.

Neue Deutungshoheit: Technokratie und Konservatismus contra demokratische Rechte

Der Diskurs über medizinische Versorgung als ein Recht wurde durch massive Investition in eine neue gesundheitspolitische Deutungshoheit zum Verstummen gebracht. Das öffentliche Gesundheitswesen wurde mit Krise, Kollaps, Ineffizienz, medizinischen Irrtümern, Bestechungsgeldern, aufgeblasenen Budgets und verschwendeten Ressourcen in Verbindung gebracht. Die Reformen, welche eine Privatisierung anstrebten, wurden als Lösung zur Behebung dieses beklagenswerten Zustands präsentiert. In der politischen Überzeugungsarbeit kombinierte man wissenschaftliche Expertise und politisches Marketing. Alles basierte auf Annahmen, da im Vorfeld der Reformen keine Untersuchungen gemacht wurden, um die Bedürfnisse und Kapazitäten des Gesundheitswesens zu ermitteln, und auch heute wird nicht erforscht, welche sozialen Kosten die Unterordnung des Gesundheitswesens unter die Finanzdisziplin mit sich bringt. Um die Bürgerinnen und Bürger für die Reformen zu gewinnen, versprach man ihnen, dass sie als Klienten und Klientinnen ermächtigt würden, ihre Ansprüche auf hochwertige Pflege durchzusetzen. Man verschwieg, dass die wirtschaftlichen und sozialen Unterschiede im Zugang zum Gesundheitswesen sich vergrössern würden. In der Zwischenzeit ist es so weit, die Finanzhoheit liegt anderswo und wird genutzt, um die Gesundheitskosten zu drücken zulasten von Zugang und Qualität.

Mittlerweile sind finanzielle Massregelungen und lange Wartelisten zwar Gegenstand öffentlicher Kritik geworden. Die Medien konzentrieren sich jedoch auf Einzelfälle und beschränken sich aufs Moralisieren. Der Ernüchterung über die Reformen im Gesundheitswesen folgt keine systematische Kritik an der neoliberalen Gesundheitspolitik, welche das Bewusstsein über die Vorgänge schärfen würde. Einzig die Pflegefachfrauen, organisiert in der polnischen Pflegefachfrauen- und Hebammengewerkschaft, engagieren sich zur Verteidigung des öffentlichen Gesundheitswesens (Kubisa 2009).

Die Reformen haben die Kosten und die Sorgeverantwortung auf die Haushalte überwältzt, sie haben dabei die Ungleichheit der Lasten zwischen den sozialen Klassen, den Geschlechtern und ethnischen Gruppen verschärft und auch den Zugang von Frauen zur Reproduktionsmedizin verändert. In krampfhaften Sparbemühungen werden Wochenbettverträge durch Quoten, finanzielle Kontingente und andere Verträge eingeschränkt. Wenn am Jahresende die Kostenkontingente für Geburten aufgebraucht sind, wird mitunter schwangeren Frauen ein Platz im Spital verweigert.

Und nicht zuletzt wurden die Reformen durch das Zusammenwirken von konservativen und neoliberalen politischen Projekten beeinflusst. Seit Jahren findet beispielsweise ein anhaltender Kampf um die Rückerstattung von Anästhesiekosten bei Geburten statt. Der Chefberater des Gesundheitsministers argumentiert, es sei natürlich, dass Frauen bei der Geburt Schmerzen erleiden, und empfiehlt finanzielle Restriktionen, um Spitäler an der Durchführung von Kaiserschnitten zu hindern.⁵ Der Zugang zu Abtreibung wurde schon zu Beginn der Transition – des Übergangs vom sozialistischen ins kapitalistische System – eingeschränkt, dies ein Tribut an die katholische Kirche. Als Antwort auf das eigentliche Abtreibungsverbot in öffentlichen Spitälern entstand ein neuer Schwarzmarkt für solche Dienstleistungen, welcher, wie Agata Chelstowska (2011) schreibt, Sünde in Gold verwandelt. Ab und zu führe derselbe Arzt, der eine Abtreibung in einem öffentlichen Spital verweigert, diese für eine happige Gebühr in einer Privatklinik durch – sofern die Klientinnen das nötige Geld mitbringen. Die Absprache zwischen neoliberalen und konservativen Projekten beschränkt sich nicht nur auf die Abtreibungspolitik, sie ist weit verbreitet und wirft Fragen zu Demokratie und BürgerInnenrechten auf.

Die wirtschaftlichen und sozialen Reformen verfolgen die Strategie, bestehende Institutionen und Organisationen zu zerstören, um einem neuen Gesellschaftskonzept Platz zu verschaffen. Zwangsverschuldung von Spitälern, Management ihrer Schuldenkrise und Privatisierung gehören zu den Instrumenten dieser Politik. Diese Reformen, welche der Mehrheit der

Bevölkerung das universelle Recht auf Gesundheitsversorgung entzogen haben, wären ohne Schritte der Entdemokratisierung nicht möglich gewesen. Demokratie wurde im Transitionsprozess als Kopie ohne Original aufrechterhalten, oder, wie Guy Debord sagt, als Spektakel, als eine Inszenierung von Bildern und Vorstellungen, welche von der Öffentlichkeit konsumiert werden, während die Weichenstellungen anderswo stattfinden, im öffentlichen Diskurs unerwähnt bleiben oder an Expertengremien delegiert werden (Debord 1992).

Gegen die Kolonisierung und Enteignung des Gemeinguts Gesundheit

Die erwähnte neue Deutungspolitik lieferte das Drehbuch zum Spektakel der Reformen des Gesundheitswesens. Seine Inszenierung hat nichts mit der Wirklichkeit zu tun. Die Kolonisierung des gesunden Menschenverstandes sicherte die Akzeptanz des Marktmodells als Lösung für die Probleme im öffentlichen Gesundheitswesen und erwies sich wirtschaftlich als nützlich. Die Finanzialisierung erhielt dadurch ein günstiges Umfeld, sie blieb im Wesentlichen unbestritten und wurde nicht Gegenstand einer grundsätzlichen Debatte über Reformen im Gesundheitswesen. Für die Implementierung der Reformen bedurfte es zusätzlich zur neoliberalen Deutungspolitik auch der Macht des Gesetzes. Die neue technisch-finanzielle Vorstellung einer medizinischen Behandlung, die als Dienstleistungsprodukt an hochregulierten Märkten gehandelt wird, wurde von neoliberalen GesundheitsökonomInnen entworfen und per Gesetz durchgesetzt. Foucault beschreibt in seinem Werk *Die Geburt der Klinik* den medizinischen Blick, welcher den Begriff Krankheit im Europa des 18. Jahrhunderts erkenntnistheoretisch neu verortete (Feministinnen würden berichtigen, dass dies unter gewaltsamer Unterdrückung des Wissens von Frauen und ihrer Rollen als Hebammen und Heilerinnen geschah). Krankheit und Leiden werden hier durch die Art definiert, wie sie medizinisch behandelt werden können. Neoliberale Gesundheitssysteme können eine Krankheit nur dann erkennen, wenn sie durch monetäre Größen gekennzeichnet ist. Die Anwendung moderner medizinischer Erkenntnisse wurde daher finanziellen Massregelungen untergeordnet. Was nicht in monetären Größen ausgedrückt wird, ist für das Gesundheitswesen nicht existent. Die Macht zu entscheiden, wer lebt und wer stirbt, ging von der Ärzteschaft zu den Finanzmanagern über.

In ihrer Analyse von Reformen des Gesundheitswesens in Chile beschreibt Christina Ewig die Re-Konfiguration der staatlichen Verantwortung für das Gesundheitswesen: Sie wird an nicht gewählte Gremien abgetreten und den Haushalten und Frauen überbürdet (Ewig 2008). Gemäss meiner Analyse der polnischen Reformen wurden diese Prozesse durch massive Investitionen des Staates in die finanzielle Steuerung unterstützt,

was zu neuen Konstellationen von Macht und Wissen im Gesundheitswesen führte. Für den neoliberalen, von Bilanzen bestimmten Staat, der die wirtschaftliche Unternehmensführung nicht nur auf Spitäler und Universitäten anwendet, sondern auch auf sich selber, ist das politische Subjekt nicht mehr die Bürgerin oder der Bürger, sondern ein Investor.

Analog zur gewaltsamen Enteignung der Bauern, die im Übergang von der feudalen Periode zum Kapitalismus (im Stadium der primären oder primitiven Akkumulation, wie von Adam Smith und Karl Marx beschrieben) der Gemeingüter beraubt wurden, werden auch heute die Subjekte des sozialistischen oder liberalen Wohlfahrtsstaates der Gemeingüter (Commons) öffentliches Gesundheitswesen, Bildung und soziale Sicherheit beraubt. Neoliberale Deutungspolitik und die Macht des Gesetzes grenzten die öffentliche Care-Ökonomie ein, um sie für Kapitalakkumulation zugänglich zu machen, oder um den Staat zu zwingen, seine Bilanzen zu bereinigen und seine Verpflichtungen, etwa für Care, zu reduzieren, um Vermögenswerte zu maximieren, welche zur Kapitalakkumulation beitragen. Die Reformen im Gesundheitswesen verleihen dieser Politik der Eingrenzung und Aneignung erweiterte Gesetzeskraft.

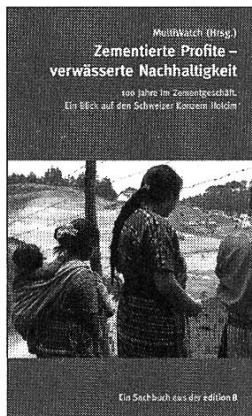
Alle diese Änderungen geschahen nicht ohne Widerstand. In Polen organisieren sich die Pflegefachfrauen, die Hebammen und die Ärzteschaft sowie die Patientinnen und Patienten (wenn auch getrennt), um gegen die Reformen zu protestieren und/oder einen besseren Deal für sich selber herauszuholen. Die polnische Pflegefachfrauen- und Hebammengewerkschaft war die einzige Organisation, welche die Vermarktung und Privatisierung der Gesundheitsversorgung kritisierte. Feminismus, verstanden als Gesellschaftskritik, muss von diesem Protest ausgehen, ihn unterstützen und ihn mit anderen Schauplätzen des Widerstands vernetzen, um den Staat zurückzufordern und ihn gegen diese neue Runde der Einschränkung und Aneignung zu verteidigen.

Anmerkung

- 1 Ministry of Health/Public Health Institute: National Health Care Strategy 2006–2015, preliminary draft (Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006–2015). www.bpz.gov.pl/dokumenty/proj_npz_2006_15_11102005.pdf.
- 2 www.cmkp.edu.pl/osrodek/Badania%20kliniczne%20w%20Polsce%202010.pdf.
- 3 Business Europe: Businesses' plan for reinforcing the euro. Warsaw, 15.12.2011. http://vbo-feb.be/media/uploads/public/_custom/press/Declaration_Economic_Governance_final_-_05_12_2011.pdf; Ministry of Finance: Plan of convergence with eurozone, 2004. www.mf.gov.pl/_files_/raporty_analzy_statystyki/program_konwergencji/cep_2004_pl.pdf, mit jährlichen Aktualisierungen.
- 4 NIK: Information on privatization in hospital care 2006–2010 (in Polish), Dezember 2011. www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf.
- 5 Prof. Bogdan Chazan, zit. in: Mizerski, Polityka, 13.10.2009. www.polityka.pl/spoleczenstwo/felietony/223928,1,naturalnie-nie-ciacy.read.

Literatur

- Brown, Wendy, 2006: Sovereignty and the Return of the Repressed. Workshop in Law, Philosophy and Political Theory, School of Law, UCLA
- Charkiewicz, Ewa, 2007: You are a capitulation. Feminist critique of health care reforms. Feminist Think Tank Report (In Polish)
- Charkiewicz, Ewa/Zachorowska, Anna (eds.), 2009: Gender and Care Economy. Fundacja Tomka Byry Ekologia i Sztuka (In Polish)
- Chełstowska, Agata, 2011: Stigmatization and commercialization of abortion services in Poland: turning sin into gold. In: Reproductive Health Matters, May, 19 (37), 98–106
- Debord, Guy, 1992: La société du spectacle. Paris: Editions Gallimard
- Ewig, Christina (2008): Reproduction, re-reform, and the reconfigured state: feminists and neoliberal health reforms in Chile. In: Bakker, Isabella/Silvey, Rachel (eds.), Beyond States and Markets. The Challenges of Social Reproduction. New York, 143–158
- Federici, Sylvia (2004): Caliban and the Witch. Women, the Body and Primitive Accumulation. New York: Autonomedia
- Foucault, Michel, 1963: Naissance de la clinique. Paris: Presses Universitaires de France
- Kubisa, Julia, 2009: Nurses. Protests of nurses and midwives in the contexts of health care reforms. Feminist Think Tank Report (in Polish)
- Zachorowska-Mazurkiewicz, Anna, 2010: Reclaiming citizenship. Macroeconomic analysis of the situation of women in Poland. Feminist Think Tank Report (in Polish)



Ein Blick auf den Schweizer Konzern Holcim

MultiWatch (Hrsg): **Zementierte Profite – verwässerte Nachhaltigkeit.** 100 Jahre im Zementgeschäft.

112 S., Broschur, Fr. 19.–, ISBN 978-3-85990-176-6

Holcim ist einer der grössten Zement- und Baustoffkonzerne weltweit. Der Konzern stellt sich als nachhaltig wirtschaftendes Unternehmen mit einem hohen Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Menschenrechten und der Umwelt dar. Doch in Holcim-Produktionsstätten weltweit kommt es immer wieder zu Verstössen gegen Arbeits- und Gewerkschaftsrechte, im Umfeld von Holcim-Betrieben sind Gesundheitsprobleme bei ArbeiterInnen und AnwohnerInnen sowie Umweltzerstörung zu beobachten, Entscheidungen indigener, von Produktionsstätten betroffener Gemeinschaften werden missachtet. Holcim gehört zu den traditionsreichsten Industriekonzernen der Schweiz und feierte im April 2012 seinen 100. Geburtstag. Anlässlich des Jubiläums wirft MultiWatch einen Blick hinter die Kulissen des Zementimperiums der Schmidheiny-Familie.

