

Deregulierung – Auswirkung auf die Gesundheit der Armen

Ausgewählt, zusammengestellt und bearbeitet von Rolf Köhler-Friedrichs (Adivasi-Tee-Projekt)

Gesundheit und der Zugang zu Gesundheitsdiensten und unentbehrlichen Arzneimitteln wird immer weniger als staatliche und gesellschaftliche Aufgabe verstanden. Eine weltweit festzustellende Abkehr vom Solidarprinzip und die damit zusammenhängende Deregulierung und Privatisierung des Gesundheitssektors bedrohen ohnehin marginalisierte Gruppen insbesondere in Ländern der Dritten Welt, aber auch mehr und mehr bei uns.

Mit dem Abkommen GATS (General Agreement on Trade in Services) sollen öffentliche Güter den Gesetzen des Marktes ausgeliefert werden. Insbesondere Gesundheitsversorgung, kommunale Dienstleistungen (Wasser & Energie) und Bildung sind hiervon betroffen. Öffentliche Güter werden so zu Waren, die auf dem Weltmarkt handelbar sind. Eine privatisierte öffentliche Daseinsfürsorge bedeutet, daß insbesondere die unteren Einkommensschichten sowie Arbeitslose und SozialhilfeempfängerInnen von diesen Gütern ausgeschlossen werden. Mit GATS geht eine massive Privatisierung von mit öffentlichen Mitteln aufgebauter Infrastruktur einher. Privatisierte öffentliche Dienstleistungen bedeuten aber auch einen Verlust an demokratischer Kontrolle und Kontrollierbarkeit. Sozial- und Demokratieabbau hängen hier ganz offensichtlich zusammen.

Der Prozeß der Liberalisierung, Deregulierung und Privatisierung ist ein globaler. Diese Globalisierung „von oben“ gibt sich den Anschein, als gäbe es keine Alternative. Doch auf ihrer „Rückseite“ quasi zeichnen sich eine Vielzahl von Alternativen ab, die in ihrer Vielfalt das bunte Bild einer „Globalisierung von unten“ entwerfen. Angesichts des Unwillens und der Unfähigkeit sowohl des Staates als auch des Marktes, die sozialen Probleme gerecht und global zu lösen, ein Grund zur Hoffnung! Als ein positives und erfolgreiches Beispiel unter vielen sei hier unsere Partnerorganisation ACCORD hervorgehoben, die es geschafft hat, indischen UreinwohnerInnen eine Perspektive für ein Leben in Würde zu eröffnen, jenseits von Staat und Markt, aber auf der Basis einer „Globalisierung von unten“.

„Eine andere Welt ist nicht nur möglich, sie ist schon im Entstehen. An einem ruhigen Tag kann ich sie atmen hören.“ (Arundhati Roy)

Rolf Köhler-Friedrichs

Statt einer Einführung:

Solidarität globalisieren statt global demontieren!

Auszüge aus einer Rede von Jutta Sundermann (medico international) bei der Attac-Aktionskonferenz „Gesundheit ist keine Ware“ am 20. April 2002 in Heidelberg. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Autorin.

Bis in die 80er Jahre war „**nachholende Entwicklung**“ das offizielle Ziel von „Entwicklungspolitik“: Am Modell der schon industrialisierten Staaten der nördlichen Hemisphäre sollten die ehemaligen Kolonien ihre eigene Modernisierung und ökonomische Entwicklung nachholen. Als Teil dieser „nachholenden Entwicklung“ galten auch die sozialen Sicherungen und Dienste für Bildung, Krankheit und Armut, die sich die arbeitende Bevölkerung in den Industriestaaten schon erstritten hatte. Diese sozialen Menschenrechte wurden auch international fixiert - die Weltgesundheitsversammlung deklarierte 1978 das „Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“. Es sind aber eher die Sonntagsreden der internationalen Gemeinschaft, die heute noch die Frage stellen: „**Wie ist das Recht auf bestmöglichen Zugang zu Gesundheit für alle zu gewährleisten?**“. In der Praxis des Privatisierungs-Zeitalters lautet die Frage längst: „Wieviel kann der Kunde Patient denn für die Gesundheit bezahlen?“

Die skandalöseste Folge dieser Ökonomisierung der Gesundheit stellt das eklatante „Marktversagen“ angesichts alter und neuer Epidemien wie Tuberkulose, Malaria, Schlafkrankheit oder HIV/AIDS dar: Immer mehr Menschen sterben an behandelbaren oder vermeidbaren Erkrankungen, weil sie keinen lohnenden Markt für Medikamente und andere Gesundheitsdienstleistungen darstellen, weil es sich nicht lohnt, für ihre Krankheiten neue Mittel zu erforschen oder schon bekannte kostengünstig zur Verfügung zu stellen!

Ideen, wie Gesundheit und Gesundheitsversorgung nicht nur in den reichen Ländern zugänglich sein könnten, wurden schon in der „Deklaration von Alma Ata“ 1978 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erarbeitet. Hier wird von „**primary health care**“ gesprochen, von Basisgesundheitsversorgung. Im Konzept einer solchen primary health care ist Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit akuter Krankheit. Vor jeder medizinischen Versorgung stehen ausreichende und gesunde Nahrung, Trinkwasserversorgung, Müll- und Abwasserbeseitigung, gesunde Wohnverhältnisse sowie die Möglichkeit der freien Teilhabe am gesellschaftlichen Leben - die Garantie sozialer und politischer Rechte. Das ist eine andere, sehr politische Beschreibung des Rechtes auf Gesundheit. Im engeren Sinn der Gesundheitsversorgung setzt primary health care neben bezahlbaren Medikamenten auf die Ausbildung von GesundheitspromotorInnen auf Gemeindeebene als erste Stufe eines solidarischen und partizipativen Gesundheitssystems. Die Betroffenen sollen selbst zu Akteuren werden, sollen mitbestimmen an der Gestalt und den Prioritäten der Maßnahmen und Angebote. Das Konzept droht im dritten Jahrzehnt neoliberaler Globalisierung in der Versenkung zu verschwinden: Das Geld war und ist knapp, und Partizipation roch und riecht nach Teilhabe an politischer Macht, die auch die Eliten der postkolonialen Länder nur selten bereit waren zu teilen.

Sieht man auf die neuesten Entwicklungen in den Staaten des Nordens, kommt man nicht umhin, hier **eine Ironie der Entwicklungspolitik** festzustellen: **Während kaum noch jemand an die Entwicklung der ärmsten Länder glaubt, soll nun im Norden nachgeholt werden, was im Süden längst gang und gäbe ist.**

Zum Musterland der umgekehrten nachholenden Entwicklung wurde **Chile**. Hier stürzte am 11. September 1973 ein Militärputsch die demokratisch gewählte Linkskoalition des Präsidenten Allende. Der Diktator Pinochet zwang dem Land ein „Entwicklungsmodell“ auf, das

weltweit zum Exportschlager wurde: Wie im Labor wurde in Chile der neoliberale Umbau einer ganzen Gesellschaft erprobt. So wurden dort schon 1981 kaum regulierte private Krankenkassen zugelassen - die Instituciones de Salud Previsional. Ungefähr 25% der ChilenInnen zahlen heute ihre Beiträge in solche Kassen. Alle 12 Monate dürfen diese Privatkassen ihre „Gesundheitspläne“ an die Marktbedingungen und an den individuellen Gesundheitszustand der Versicherten anpassen. Wer die Beitragserhöhung nicht hinnehmen will oder kann, muß gehen oder sich mit Minderversorgung abfinden. Mit steigendem Alter bleibt von der gepriesenen „Wahlfreiheit“ für immer mehr Versicherte nur die Rückkehr zur öffentlichen Kasse. Die kommt dann für die „Altlasten“ der Privatisierung und die Nöte der Armen auf. Mehr schlecht als recht, denn ihre Ressourcen sind schon seit Jahren um die Beiträge aller gekürzt, die (noch) privat versichert sind.

Vergessen dürfen wir nicht, daß in den meisten Ländern des Südens die Versicherungsfrage nur die Angehörigen der Ober- und Mittelklassen betrifft. Die Arbeiterinnen und Arbeiter des informellen Sektors und die Menschen, die auf dem Land leben, fallen sowieso aus jeder zureichenden Versorgung heraus. Dabei sind die Verhältnisse in Chile und anderen Ländern Lateinamerikas noch „hoffnungsvoll“ - verglichen mit den Überlebensbedingungen in Afrika und Asien. Hier gibt es außerhalb familiärer oder kommunitärer Solidarstrukturen meist überhaupt keine soziale Absicherung: Einmal krank zu werden ist für Millionen der endgültige Abstieg in die Armut. In Deutschland wird die Katze langsam aus dem Sack gelassen. Rieisters Rentenreform folgte neoliberalen Vorstellungen. Es ist zu befürchten, daß sich auch die angekündigte „Reform“ des Gesundheitswesens am chilenischen Modell orientiert. Die Herausforderung lautet für uns deshalb: **Stoppen wir die Globalisierung des Neoliberalismus durch eine Globalisierung des Solidarprinzips!**

„**Gesundheit ist keine Ware!**“ ist ein guter Slogan für die Kampagne, die sich der geplanten „Reform“ der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland in den Weg stellen will. Das Solidarprinzip muß verteidigt, die Privatisierung abgewehrt werden. Es ist nicht zynisch gemeint, wenn ich sage, diese Anstrengung ist verloren, wenn sie national begrenzt bleibt. Die Globalisierung läßt grüßen: Standortkonkurrenz orientiert sich stets am niedrigsten Niveau, welches die „nachholende Entwicklung“ gerade erreicht hat. Wer nur retten will, worüber er bis jetzt noch verfügt, wird sich demnächst schon zu den Verlierern zählen müssen. Jeder „Standortvorteil“ wird auf Kosten der anderen, und am eigenen Standort immer auf Kosten der jeweils „Minderbegünstigten“ errungen. Unter den Bedingungen der Globalisierung kann das Solidarprinzip deshalb nur global durchgesetzt werden - oder gar nicht. Gerade im Kampf für die scheinbar utopische Globalisierung des Solidarprinzips liegt für die soziale Opposition hier und anderswo eine große Chance. Es kann gelingen, das Bündnis von Standortnationalismus und Neoliberalismus aufzubrechen und damit von der Defensive in die Offensive zu kommen. Die Rede vom Zugang zu Gesundheit als einem Menschenrecht ist dann kein leeres Gerede, wenn unter Menschenrecht ein Recht verstanden wird, das weltweit und für alle gilt. Es gibt inzwischen Ermutigendes zu berichten von Menschen überall auf der Welt, die Gesundheit nicht dem Markt überlassen, die vor Ort die Initiative ergreifen und eine solidarische Basisgesundheitsversorgung auf Gemeindeebene realisieren. Und es gibt solche, die laut die gesellschaftliche Verantwortung für Gesundheit einfordern, die sich gar über Landesgrenzen hinaus vernetzen und nationale und internationale Gesundheitsbewegung initiieren. In Porto Alegre wurde z.B. im Rahmen des **World Social Forums** eine wegweisende Erklärung zu Gesundheit und Globalisierung diskutiert, auch die „**Weltgesundheitscharta der Menschen**“ aus dem Jahr 2000 ist ein solches Papier. Bringen wir die Kämpfe für Zugang zu Gesundheit und ein besseres Leben im Norden und im Süden zusammen, wird eine Perspektive einer Weltgesundheitsbewegung greifbar.

Krankheit – Heilung - Heil

1

Heilungen
„traten in der Jesusbewegung
an die Stelle,
die in der Widerstandsbewegung
terroristische Aktionen inne hatten“.
(Gerd Theißen)

Widerstand jedoch auch sie:
Befreiung (wenn schon punktuell erst)
zum aufrechten Gang
unterm Terror von Mächten,
der Menschen verkrümmt,
sie kleinmütig halten will.

Und so: Leuchtzeichen des Heils,
des großen Schalom!

2

Lahme, gehen,
Blinde sehen,
Tauben hören:
Sinne, wiedergewonnen,
schenken dem Dasein
wieder Sinn.

Und von neuem
nehmen Geheilte teil
an Gemeinschaft, Geselligkeit, Kampf.
Geheilt z.B. Maria aus Magdala:
Stütze danach des jesuanischen Kreises,
erste Zeugin des Auferweckten,
apostola apostolorum.

*Kurt Marti, Die gesellige Gottheit. Ein Diskurs,
Radius-Verlag. Stuttgart 1989*

Armut und Gesundheit/Krankheit in Deutschland

Gerhard Trabert

Die Armut nimmt in Deutschland kontinuierlich zu. Es gibt ca. 2,7 Millionen SozialhilfeempfängerInnen, ca. 1 Million obdachlose Menschen; 20 Prozent aller Familien in der BRD sind Ein-Eltern-Familien, in der Mehrzahl alleinerziehende Frauen, 40 Prozent davon leben an der Armutsgrenze. Die Zahl derer, die die ihnen rechtlich zustehenden Sozialhilfeleistungen nicht in Anspruch nehmen, wird als etwa doppelt so hoch geschätzt wie die Zahl derer, die Sozialhilfe beziehen. Die Umstrukturierung des Gesundheitssystems beinhaltet die Abkehr vom Solidarprinzip und eine zunehmende marktwirtschaftliche Orientierung, was u.a. eine Zunahme der Selbstbeteiligung der PatientInnen bedeutet. Eine adäquate medizinische Versorgung armer Menschen wird hierdurch erschwert und ist teilweise nicht mehr ausreichend möglich. Schon heute gilt auch für die BRD: Armut führt zu Krankheit und Krankheit führt zu Armut. Und: Wenn du arm bist, stirbst du früher! Dr. med. Dipl. Soz.päd. Gerhard Trabert ist Professor für Medizin und Sozialmedizin an der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg. Er gründete eine mobile Arztstation für die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen, bekannt unter dem Namen „Mainzer Modell“, und ist Vorsitzender des Vereins „Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.“. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors (leicht gekürzt; vollst. Version: http://home.main-rheiner.de/armut.gesundheit/armut_gesundheit.html, dort auch ein ausführliches Literaturverzeichnis).

Die gesellschaftliche Situation in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine deutliche Zunahme der Armut. [...] 1998 sind in Deutschland ca. 2,7 Mio. Menschen von Sozialhilfe abhängig, davon über 1 Mio. Kinder. Darüber hinaus leben ca. 2 Mio. Menschen, insbesondere Haushalte mit Kindern in den neuen Bundesländern, in verdeckter Armut, d.h. sie machen ihre berechtigten Ansprüche auf Sozialhilfe nicht geltend. Der Trend hat sich in den letzten Jahren von der Altersarmut zur Kinderarmut verlagert. Die stärksten Zunahmen sind bei den Kindern unter 7 Jahren zu verzeichnen. 1997 waren ca. 12 % der unter 7jährigen Kinder von Sozialhilfe abhängig. So wächst in Westdeutschland jedes 8. und in Ostdeutschland jedes 5. Kind in Haushalten auf, die von Armut betroffen sind. [...] Die Folgen der zunehmenden Armut in Deutschland für die Gesundheit werden in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion immer noch vernachlässigt.

Armutsdefinition

Spricht man von Armut und Gesundheit bzw. Krankheit in unserer Gesellschaft, ist es als erstes notwendig, Armut zu definieren. Es existiert jedoch keine eindeutige Armutsdefinition. Es wird generell zwischen absoluter Armut - die physische Existenz bedrohend - und relativer Armut unterschieden. Definitionsversuche relativer Armut in Deutschland orientieren sich schwerpunktmäßig an der finanziellen Ausstattung. Es wird daher von Einkommensarmut gesprochen, der wiederum in der Regel zwei Definitionen zugrunde liegen:

- Sozialhilfebedürftigkeit
- 50% oder weniger des durchschnittlichen Haushaltseinkommens eines Landes („soziokulturelles Existenzminimum“)
40% des Durchschnittseinkommens = strenge Armut
ca. 60% des Durchschnittseinkommens = „armutsnaher Bereich“, von Armut bedroht (Empfehlung der Europäischen Union)

Da eine formale Heranziehung des Einkommens, als bestimmende Determinante von Armut, die Komplexität dieses gesellschaftlichen Status nicht genügend wiedergibt, wurde das sogenannte *Lebenslagenkonzept* entwickelt. Es interpretiert Armut als ein mehrdimensionales Geschehen im Sinne einer Kumulation von Unterversorgungslagen, u.a. in den Bereichen Woh-

nen, Bildung, Arbeit, Arbeitsbedingungen, Einkommen und der Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, die besonders von Armut betroffen sind, wie z.B. Arbeitslose, Wohnungslose Alleinerziehende usw., haben ein signifikant erhöhtes Morbiditäts- sowie Mortalitätsrisiko. Daß es einen Zusammenhang zwischen Sozialer Lage und Krankheit gibt, haben zahlreiche sozial- und naturwissenschaftliche Untersuchungen belegt. So heißt es in einer Erklärung des Deutschen Ärztetages 1996:

„Über den Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage gibt es gesicherte Erkenntnisse. Kranke, Behinderte und sozial Schwache brauchen besonders den Schutz der Sozialversicherung. Weitere Einschnitte in das bewährte System der Krankenversicherung, ausufernde Selbstbeteiligung und weiteren Sozialabbau in anderen Bereichen lehnen wir deshalb ab.“

Es wird hierbei zwischen einer horizontalen (social inequality) und vertikalen Ungleichheit (social inequity) differenziert. Die social inequality untersucht Strukturen, die bei ähnlich verfügbaren sozialen Ressourcen und gesellschaftlichen Chancen, zu Benachteiligungen aufgrund unterschiedlicher Erkrankungsgefährdungen führen. Hier spielen z.B. der individuelle Lebensstil, die berufliche Tätigkeit und Umweltfaktoren eine wichtige Rolle. Die social inequity berücksichtigt ungleiche soziale Chancen und gesellschaftliche Ressourcen, wie z.B. den Zugang zu medizinischen Versorgungseinrichtungen. Des weiteren ist in diesem Kontext die Beantwortung der Frage, ob es sich um einen Selektionseffekt (*Kranke werden eher arm*) oder einen Kausationseffekt (*Arme werden eher krank*) handelt, bedeutend. Anhand einer Auswertung des seit 1984 durchgeführten Sozio-ökonomischen Panels (Repräsentativstichprobe) kamen Mueller und Heinzl-Gutenbrunner (1998) zu dem Ergebnis: *„Bei Erwachsenen liegt vorwiegend soziale Selektion vor: chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko Armut. Hinweise für einen Kausationseffekt ergeben sich für Kinder: Wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit.“*

Konkrete Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und Krankheit konnten u.a. für das Auftreten von koronaren Herzkrankheiten (Herzinfarkt 2-3fach erhöhtes Risiko), Schlaganfall (ebenfalls 2-3fach erhöhtes Risiko), Krebserkrankungen und Lebererkrankungen festgestellt werden. Eine Analyse und Auswertung der Mikrozensus-Daten von 1992 ergab, daß der Kranken- und Unfallverletztenanteil bei Sozialhilfeempfänger wesentlich höher ist als im Bevölkerungsdurchschnitt (Stat. Bundesamt 1992). Eine Untersuchung von Angestellten ergab bei einem jährlichen Einkommen von 30.000 DM eine ungefähr doppelt so hohe Sterblichkeit, wie bei einem Einkommen von 60.000 DM. [...]

Wohnungslosigkeit als Extremform von Armut

In ihrer Erklärung *„Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit“* durch den Rat der Evangelischen Kirche und der Deutschen Bischofskonferenz zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland heißt es: *„Armut hat viele Gesichter und viele Ursachen. Sie ist mehr als nur Einkommensarmut. Häufig kommen bei bedürftigen Menschen mehrere Belastungen zusammen, wie etwa geringes Einkommen, ungesicherte und zudem schlechte Wohnverhältnisse, hohe Verschuldung, chronische Erkrankungen, psychische Probleme, langandauernde Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung und unzureichende Hilfen. ... Eine der schlimmsten Auswirkungen von Armut ist der Verlust der eigenen Wohnung ...“*. [...] Wohnungslosigkeit ist die sichtbare Spitze des „Armutseisberges“ in unserer Gesellschaft. Armut wird hierdurch für viele Menschen oft erst sichtbar und konfrontiert mit deren existentiell bedrohlichen Kompo-

nente. *Obdachlose sind auch besonders benachteiligt, wenn es um die medizinische Versorgung geht.*

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe schätzt die Zahl der wohnungslosen Menschen in Deutschland 1998 auf ca. 700.000. Hiervon sind ca. 180.000 wohnungslose Einpersonenhaushalte, worunter die alleinstehend wohnungslosen Menschen, die sogenannten Nichtseßhaften, Berber oder Landstreicher, zu zählen sind. Diese heterogene Subpopulation stellt wiederum unter den obdachlosen Menschen die ärmste Gruppe dar. Der Frauenanteil beträgt ca. 21%. Der Anteil wohnungsloser Menschen in den neuen Bundesländern wird auf ca. 78.000 geschätzt. Während die Zahl wohnungsloser Menschen in den alten Bundesländern stagniert, steigt sie in den neuen Ländern um ca. 20 % im Vergleich zum Vorjahr. Ca. 31.000 Menschen leben ständig auf der Straße ohne jegliche Unterkunft, darunter ca. 3.100 Frauen. Erschreckend ist neben der Tatsache, daß der Frauenanteil steigt, auch die Feststellung, daß es immer mehr wohnungslose Kinder und Jugendliche gibt.

Eine der ersten wissenschaftlichen Untersuchungen zur Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen in Deutschland an der Universität in Mainz aus dem Jahre 1989 zeigte einen hohen Krankenstand (90% sind dringend behandlungsbedürftig) und eine unzureichende medizinische Versorgung auf. Haupterkrankungen waren:

- Erkrankungen der Atmungsorgane
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems und
- Hautkrankheiten.

Verletzungen aufgrund von Straßenverkehrs- oder Arbeitsunfällen sowie akute Infektionskrankheiten spielen ebenfalls eine dominierende Krankheitsrolle. Des weiteren sind psychiatrische Erkrankungen sowie die Alkoholkrankheit mit ihren Folgeerkrankungen hervorzuheben. Der Zahnstatus wird ebenfalls übereinstimmend oft als sanierungsbedürftig bezeichnet. [...] Insgesamt kann festgestellt werden, daß die Prävalenz mehrerer Erkrankungsarten unter den Wohnungslosen signifikant über der der normalen Wohnbevölkerung liegt. So liegt die Prävalenzrate für Tuberkuloseerkrankungen 100 x höher als in der Normalbevölkerung.

80 - 90% benötigen dringend eine ärztliche Behandlung!!

60 - 70% haben mindestens 2 Erkrankungen; ca. 40% haben 3 und mehr Erkrankungen!!

Gewalttätigkeiten gegenüber Wohnungslosen nehmen zu. Dies trifft besonders auf wohnungslose Frauen zu. Nach einer Münchner Studie berichten ca. 70% der wohnungslosen Frauen über Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt. Bei vielen wohnungslosen Menschen liegt eine Multimorbidität vor. Im Winter 1996/1997 erfroren mindestens 50 wohnungslose Menschen in Deutschland. Ähnlich wie innerhalb der Ursachenanalyse von Arbeitslosigkeit, so scheint auch der Krankheitsstatus als ein Mosaikstein, der zu Wohnungslosigkeit führt, eine bisher vernachlässigte Komponente einzunehmen. Weiteres Untersuchungsergebnis der Mainzer Studie war die Tatsache, daß wohnungslose Menschen seltener medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie Gesundheitsförderungsmaßnahmen bzw. generell medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Als Gründe für die Nichtinanspruchnahme ärztlicher Hilfe werden von den Betroffenen immer wieder folgende Punkte aufgeführt:

- Zu große Hemmschwelle, in die Praxis zu gehen (Scham, Angst vor Abweisung)
- „Kein Vertrauen zu Ärzten“, „nur Tabletten verschrieben“, generell negative Erfahrungen mit medizinischem Fachpersonal

- „Krankenscheinbeschaffung zu umständlich“, „Rezeptgebühren zu hoch“, zu umständliche Bürokratie
- „Weil ich gesund bin“, „keine Notwendigkeit“

Bei einer Analyse der vorliegenden Studienergebnisse zum Phänomen Armut in unserer Gesellschaft kristallisieren sich folgende „Armutsriskogruppen“, deren zahlenmäßige Bedeutung wesentlich größer ist als die der wohnungslosen Menschen, heraus: Arbeitslose, Alleinerziehende (Ein-Eltern-Haushalte) sowie kinderreiche Familien (ab drei Kinder) bzw. generell Kinder und ausländische Mitbürger.

Arbeitslose

Weiterhin sind über 4 Millionen Menschen in Deutschland arbeitslos. Verschiedene Studien belegen eindeutig, daß Arbeitslosigkeit mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko korreliert. Schon 1986 weist Kieselbach auf die erhöhte Erkrankungsquote von Arbeitslosen hin. Hierbei seien besonders psychische und psychosomatische Krankheiten hervorzuheben. Unter den psychosomatischen Beschwerden dominieren Ängste, Schlaflosigkeit, depressive Symptome. 1996 sind es ca. 20 - 60% aller Arbeitslosen die unter seelischen und körperlichen Erkrankungen leiden. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht besonders hinsichtlich Herz-Kreislauf-erkrankungen (50% erhöht) und Krebserkrankungen. Ein mehr als um das Doppelte erhöhtes Risiko besteht für das Auftreten von Unfällen sowie einen gewaltsamen Tod (z.T. suizidal

Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten

| |
|--|
| <p>Sterblichkeit erhöht um 20 - 90 % körperliche Erkrankung erhöht um 30 - 80 % psychische Leiden erhöht um ca. 100 % Gesundheitszufriedenheit negative Bewertung 3 x häufiger (Quelle: Rosenbrock, 1997)</p> |
|--|

verursacht). Erkrankungen der Verdauungsorgane z.B. Magen- und Duodenalgeschwüre treten signifikant häufiger auf. Eine Berliner Studie wies eine Zunahme von 63% an depressiven Erkrankungen bzw. Stimmungen bei Arbeitslosen nach. Langzeitarbeitslose sind besonders betroffen. Im Vergleich zu Kurzzeitarbeitslosen haben sie eine deutlich erhöhte Herz-Kreislauf-erkrankungs- sowie Atemwegserkrankungsquote. Des weiteren beschreiben Langzeitarbeitslose signifikant häufig suizidale Phasen. Die Suizidversuche sowie vollzogene Selbsttötungen sind generell erhöht bei arbeitslosen Menschen. Selbsttötungsversuche finden sich bis zu 20mal häufiger wie bei vergleichbaren Gruppen von Erwerbstätigen. [...] Arbeitslose nehmen seltener, im Vergleich zu Erwerbstätigen, medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie Gesundheitsförderungsmaßnahmen wahr. Dies trifft leider auch für ihre Kinder zu. [...] Krankheit ist allerdings auch umgekehrt ein bedeutender Faktor, der zu Arbeitslosigkeit führen kann. Ca. 1/3 aller Kündigungen erfolgen aus Krankheitsgründen.

Alleinerziehende (Ein-Eltern-Haushalte)

40% der von Einkommensarmut Betroffenen sind alleinerziehende Menschen. Signifikant häufig anzutreffende Beschwerden bei hauptsächlich alleinerziehenden Frauen sind: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit, Kreislaufprobleme, Menstruationsbeschwerden, Magenerkrankungen sowie Erkrankungen der Atmungsorgane und psychische Verhaltensauffälligkeiten besonders in Form von Depressionen. [...] Alleinerziehende Frauen würden nach einem Gesundheitsbericht des Landes Berlin gern mehr für ihre Gesundheit tun, was jedoch aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen, fehlender Koordinierung der Gesundheitsangebote und zu hohen Kosten nicht möglich sei. Um gesundheitsbezogenes Handeln zu er-

möglichen, müßten die medizinischen Versorgungsstrukturen, entsprechend der besonderen Lebenssituation Alleinerziehender modifiziert werden. So zeigen verschiedene Studien, daß alleinerziehende Frauen Krankheiten nicht rechtzeitig behandeln lassen. Sie nehmen häufiger als Vergleichsgruppen, rezeptfreie Medikamente zur Selbstbehandlung ein (insbesondere Schmerz- und Schlaf- sowie stimmungsaufhellende Medikamente, die teilweise ein erhebliches Suchtpotential beinhalten).

Kinder

Neben der Gruppe der Alleinerziehenden sind es insbesondere **kinderreiche Familien** (ab drei Kinder), die besonders von Armut und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind. 21% der in Armut lebenden Menschen in Deutschland sind zwischen 0-15 Jahre alt. Verschiedene Untersuchungen in Deutschland zeigen eindeutig, daß es einen signifikanten Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und kindlichen Erkrankungen gibt. Eine Untersuchung zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen von Hurrelmann und Klocke, kommt zu dem Ergebnis, daß sich der Gesundheitszustand, das Wohlbefinden sowie die psychische Gesundheit in sozialer Armut lebender Kinder in erschreckendem Maße verschlechtern. Hier spielen insbesondere Infektionskrankheiten, Asthma bronchiale, Zahnkrankheiten und Beschwerdekompexe (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen) eine wichtige Rolle. Klocke stellt fest: *„Es zeigte sich, daß die in Armut lebenden Kinder schlechter sozial integriert waren, ein geringeres Wohlbefinden mitteilten, weniger Selbstvertrauen besaßen und sich häufiger hilflos und einsam fühlten. Ferner gaben sie erheblich häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen und psychosomatische Beschwerden an.“* Die Wissenschaftler fassen schließlich resümierend zusammen: *„Schon für die Kinder gilt die Formel: Armut macht körperlich und seelisch krank.“* Bei über 30% der Kinder von arbeitslosen Eltern lag innerhalb einer Studie des Gesundheitsamtes Göttingen ein unzureichender Impfschutz vor, zudem wurden Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen. Bei Langzeitarbeitslosen trifft dies in verschärftem Maße zu. Die Perspektivlosigkeit von vielen arbeitslosen Menschen scheint sich in einer unzureichenden Gesundheitsfürsorge hinsichtlich der Kinder auszuwirken.

Ausländische MitbürgerInnen

30% von Einkommensarmut Betroffene sind ausländische Mitbürger. Haupterkrankungsarten sind: Psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen, Infektionskrankheiten (insbesondere Tbc), Erkrankungen der Verdauungsorgane und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates. Innerhalb der Infektionskrankheiten spielt die Tuberkulose eine bedeutende Rolle. So ist die Tuberkuloseinzidenz und -prävalenz deutlich erhöht. Der Migrantenanteil an der Neuerkrankungsrate ist mehr als dreimal so hoch wie der Anteil an der Gesamtbevölkerung (1993: 29,8%). Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung treten bei ausländischen Mitbürgern doppelt so häufig Symptomenkomplexe und Erkrankungen der Verdauungsorgane auf. Hier spielen insbesondere Ulcuserkrankungen eine wichtige Rolle. Die Müttersterblichkeit sowie die Beteiligung nicht-deutscher Kinder im Alter von 5-14 Jahren an Verkehrsunfällen (oft auch mit tödlichem Ausgang) ist deutlich erhöht. Generell ist der Ausländeranteil an Arbeits- und Verkehrsunfällen überdurchschnittlich hoch. Des weiteren treten früher und häufiger chronische Erkrankungen auf. Speziell bei MigrantInnen und AsylbewerberInnen stellen die physischen und psychischen Folgen von Verfolgung und Traumatisierung ein erhöhtes Erkan-

kungsrisiko dar. Aufgrund von Verständigungsproblemen und dem Umstand, daß nur selten ein Dolmetscher zur Anamnese hinzugezogen wird, kommt es häufig zu Fehldiagnosen bzw. einer verzögerten adäquaten Diagnosestellung mit entsprechender Therapie. [...]

Konsequenzen

Warum wird trotz dieser alarmierenden Fakten so wenig für die adäquate medizinische Versorgung der von Armut betroffenen Menschen getan? Neben einer zu lange andauernden Nichtberücksichtigung epochaler Einflüsse (wirtschaftliche Modernisierungsprozesse mit der Folge deutlich erhöhter Arbeitslosigkeit, sozialpolitische Umstrukturierung usw.) auf die Gesundheitssituation sozial benachteiligter Menschen, spielt die geringe gesellschaftspolitische Lobby von armen Menschen in unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle. All zu oft wird Armut mit individuellem persönlichen Versagen gleichgestellt. Die Gesundheitspolitik ignoriert die spezifische Gesundheits- bzw. Krankheitsbelastung armer Menschen - so müssen sie aufgrund der erhöhten Morbiditätsrate, trotz ihrer eingeschränkten finanziellen Ressourcen, mehr Geld für Zuzahlungen aufwenden, da sie in verstärktem Maße Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen müssen - und orientiert strukturelle Entscheidungen immer noch an Versicherten, die sich in einer stabilen bzw. ausreichenden ökonomischen Situation befinden. Das Prinzip des Solidarausgleiches im Gesundheitswesen wird immer stärker zugunsten eines wirtschaftsliberalen Modells nach US-amerikanischem Vorbild abgebaut. Individuelle, private risikobezogene Versicherungsmodelle werden mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit eines privatwirtschaftlichen Leistungsangebotes unter Berücksichtigung des Kapitaldeckungsprinzips propagiert und favorisiert. Wohl wissend, daß in Ländern mit dieser Form der Gesundheitspolitik und des Versicherungswesens die medizinische Versorgungssituation von sozial benachteiligten Menschen sich verschlechtert.

Die Zunahme von Armut, das hierdurch erhöhte Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko und das Wissen um strukturelle Barrieren und individuelle Hemmungen, etablierte Gesundheitseinrichtungen aufsuchen zu können bzw. aufzusuchen, erfordern die Entwicklung neuer Versorgungsstrategien und Behandlungsmöglichkeiten. [...] Innerhalb der mittlerweile 13 Jahre zurückliegenden Ottawa-Charta, ein elementares Grundsatzpapier der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zur Gesundheitsförderung, heißt es: ... „*die Gesundheit und ihre Erhaltung als wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten*“. In der Celler Erklärung zur Gesundheitsförderung vom Juni 1996 wird die Forderung aufgestellt: *Gesundheit für alle statt Privatisierung von Krankheitsrisiken!* Der Deutsche Ärztetag 1998 fordert schließlich: „*Die Solidargemeinschaft muß gewährleisten, daß die ärztliche Versorgung der sozial Benachteiligten auch unter sozialen Krisenerscheinungen erhalten bleibt*“. Wie weit sind wir von diesen Ansprüchen generell und insbesondere im Hinblick auf arme Menschen in unserer Gesellschaft entfernt?!

Das Mainzer Modell

Das Mainzer Modell ist eine private Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen. Es ist ein niederschwelliges und interdisziplinäres medizinisch-pflegerisches Versorgungsprojekt des Vereins „Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.“ in Zusammenarbeit mit der Pfarrerverbund-Hilfe e.V., dem Diakonisches Werk Mainz, der Evangelischen Sozialstation Mainz, der Sozialstation am Dom Mainz (Caritas) und dem Thaddäusheim – Mainz.

Die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen ist unzureichend; dies haben zahlreiche sozialmedizinische und sozialwissenschaftliche Untersuchungen ergeben. Das derzeitige Gesundheitsversorgungssystem wird den besonderen Bedürfnissen einer adäquaten medizinischen Versorgung von verschiedenen sozialen Randgruppen nicht gerecht. Die Gesundheitssituation vieler wohnungsloser Menschen ist besorgniserregend. Eine wissenschaftliche Untersuchung in Mainz zum Gesundheitszustand alleinstehender Wohnungsloser zeigte, daß bei über 90 Prozent der Untersuchten eine ärztliche Behandlung dringend erforderlich war. Herz- und Kreislauferkrankungen (52,5 %), Haut- und Infektionskrankheiten (jeweils 50 %) sowie Erkrankungen der Atmungsorgane (47,5%) stehen hierbei an oberster Stelle. Bedeutend ist aber auch die hohe Quote an Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie Leber- und Nierenerkrankungen. Neuere Erfahrungen zeigen, daß zunehmend auch maligne Erkrankungen in einem oft fortgeschrittenen Stadium festgestellt werden.

Die Zahl der wohnungslosen Menschen nimmt stetig zu, so daß ein patienten- bzw. klientenzentriertes Versorgungskonzept dringend notwendig ist. Das „Mainzer Modell“ sieht diesbezüglich u.a. vier niederschwellige medizinische interdisziplinäre Versorgungsansätze vor:

1. Ambulante medizinische Sprechstunde innerhalb einer stationären Einrichtung der Wohnungslosenhilfe.
2. Ambulante medizinische Sprechstunde, integriert in einer Fachberatungsstelle der Wohnungslosenhilfe.
3. Mobile medizinische Versorgung, die wohnungslosen Menschen vor Ort, d.h. auf der Straße aufsuchen und eine Erstversorgung vornehmen kann.
4. Medizinische und pflegerische Betreuung schwerstkranker, pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen.

Kontaktadresse und Spendenkonto

Karolingerstraße 7, 55130 Mainz, Tel.: 06131 / 870987, Fax.: 06131 / 883242
<http://home.main-rheiner.de/armut.gesundheit/>

Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.
Dresdner Bank Mainz
Konto-Nummer : 777 777 oder : 262155100
BLZ: 550 800 65

"Mainzer Modell"
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto-Nummer : 020 3655 954
BLZ: 550 608 31
Stichwort: Medizinische Wohnungslosenhilfe

Globalisierung und Gesundheit

Wenn aus Patienten Kunden werden: Wem nützt und wem schadet die Globalisierung der Gesundheit?

Andreas Wulf

Die Welthandelsorganisation (WTO) hat sich nicht nur dem weltweiten freien Handel mit Waren und Gütern verschrieben. Sie will auch mit dem Global Agreement on Trade in Services (GATS) das grenzüberschreitende Angebot und die Nutzung von Dienstleistungen fördern. Das betrifft insbesondere das Gesundheitswesen mit seinem drei Billionen Dollar schweren Markt in den OECD-Ländern, der bis zum Jahr 2005 noch auf vier Billionen Dollar wachsen soll. Schon lange existiert ein globalisierter Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen (z.B. philippinische Krankenschwestern in Europa, südafrikanische Ärzte in Kanada), jetzt sollen auch die PatientInnen mobil werden (Zahnersatz auf Mallorca, Herzoperationen in Beirut). Krankenhausgesellschaften eröffnen Dependancen in anderen Ländern und nutzen dort das niedrigere Lohnniveau, medizinische Spezialisten bieten ihre diagnostischen Dienste via Telemedizin weltweit und in Echtzeit an. Wer profitiert von dieser neuen Grenzenlosigkeit, wenn aus PatientInnen KundInnen werden? Und, gibt es auch Verlierer im Spiel um die lukrativen Märkte um Krankheit, Gesundheit und Wellness? Der (leicht gekürzte) Vortrag von Dr. Andreas Wulf (medico international¹) wirft einen kritischen Blick auf diese Entwicklung und deren Einfluß auf die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in verschiedenen Weltgegenden. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors.

Globalisierung ist in aller Munde – spätestens seit den großen Protesten anlässlich der WTO-Tagung in Seattle, USA, denen eine Reihe ähnlicher Zusammenstöße der bis dahin oft auch von den Regierungen gelobten Zivilgesellschaft mit den hochkarätigen Gesprächs- und Verhandlungsrunden von IWF, WTO, der G8 oder des Weltwirtschaftsgipfels in Davos folgten. Hinter dem griffigen Schlagwort verbergen sich eine ganze Reihe von Entwicklungen, die an sich nicht neu sind, aber vor allem in den letzten 10 Jahren in ihrer Dynamik enorm zugenommen haben.

Globalisierung im weiten Sinn ist der Fluß von Informationen, Waren, Kapital und Menschen über politische und ökonomische Grenzen hinweg. Schon daran wird deutlich, daß die Globalisierung keine Erfindung der letzten 10 Jahre ist. Europaweiter Handel im römischen Imperium und die historische Seidenstraße gehören ebenso zur Globalisierung wie der europäische Kolonialismus, der auch für die ersten globalisierten Seuchen verantwortlich war, nachdem die Kolonisten nicht nur mit Waffengewalt, sondern auch mit dem Import von Pocken, Märsen und Gelbfieber in die „Neue Welt“ zur fast vollständigen Vernichtung der dortigen Menschen und ihrer Gesellschaften beitrugen. Auch der weltweite Austausch von Ideen und Kulturen ist nicht neu, und dieser Aspekt war oftmals positiv und bereichernd: für die Überwindung eben dieser Kolonialisierung ebenso wie er der internationalen Arbeiterbewegung im 19. Jahrhundert Perspektiven jenseits eng begrenzter Verbesserungen von Arbeits- und Lebensbedingungen gab. Neu ist dagegen das Ausmaß und die Geschwindigkeit dieser Globalisierung. Die „Abschaffung der Entfernung“ wurde ausgerufen, dank Satelliten und moderner Telekommunikation scheint jeder Ort der Welt jederzeit erreichbar geworden zu sein – und auch die physische Bewegung hat in einem enormen Ausmaß zugenommen: gab es 1950 2 Millionen Flugpassagiere pro Jahr, so sind es heute jährlich 1,4 Milliarden. Auch die unfreiwillige Mobilität von Flüchtlingen hat enorm zugenommen – der UNHCR zählte im letzten Jahr mehr als 30 Millionen Flüchtlinge, die ihre Heimatländer verlassen mußten. Noch weitergehend globalisiert haben sich Ideen, Kulturen und Werte – so dominieren nicht nur us-amerikanische und brasilianische Soap-Operas die Unterhaltungskultur des Nord- und Süd-

¹ Kontakt: **medico international**, Obermainanlage 7, 60314 Frankfurt, Tel: 069/944 38 0, Fax: 069/43 60 02
eMail: info@medico.de
Internet: www.medico.de

amerikanischen Kontinents, sondern auch die entsprechenden ägyptischen Produktionen den gesamten arabischsprachigen Raum Nordafrikas und des Mittleren Ostens.

Globalisierung steht heutzutage vor allem für eine ökonomische Strategie, die das möglichst ungehinderte Wirken des freien Handels und der Marktkräfte weltweit propagierte, um ein größtmögliches Wirtschaftswachstum und zugleich eine möglichst effiziente Organisation der Märkte zu sichern. In diesen sollen die Interessen der einzelnen Bürger als selbstbewußte Konsumenten nach günstigen und qualitativen Produkten durch das Gesetz von Angebot und Nachfrage gesichert werden. Staatliche Kontrolle und Förderung der heimischen Märkte stehen dem ebenso entgegen wie Importzölle und Begrenzungen von Investitionen ausländischer Konzerne. Dieses sogenannte Neoliberale Wirtschaftsmodell wurde in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts zur Überwindung der langen Rezession in den reichen Industriestaaten vor allem in den anglophonen Staaten propagiert und als Reagonomics und Thatcherismus bekannt. Im Zuge der massiven Verschuldungskrise, in die die meisten Entwicklungs- und auch Schwellenländer in diesem Jahrzehnt gerieten, wurden ihnen vom Weltwährungsfonds (IWF) und der Weltbank Strukturanpassungsmaßnahmen auferlegt, die mit den gleichen Rezepten arbeiteten: Privatisierung, Deregulierung der eigenen Märkte und Handelsliberalisierungen sollten nicht nur ihre eigene Wirtschaft weltmarkttauglich machen, sondern auch ausländische Investitionen ermöglichen und so eine eigene kapitalistische Entwicklungsperspektive bieten. Mit dem Zusammenbruch der sozialistischen Planwirtschaften am Ende dieses Jahrzehnts schien sich die kapitalistische Marktwirtschaft als das überlegene Wirtschaftsprinzip endgültig bestätigt zu haben. Erst die durch kurzfristige Finanztransaktionen ausgelöste massive Wirtschaftskrise der asiatischen Tigerstaaten 1997-98, in deren Folge Malaysia, Südkorea, Thailand und Indonesien zwischen 20 und 35% ihres Bruttosozialproduktes einbüßten, ließ an der Stabilität des „Endes der Geschichte“, das schon ausgerufen worden war, zweifeln.

Welches sind die sozialen Folgen dieser Art von Globalisierung, die alle Bereiche der Gesellschaft in Märkte verwandeln will? Es darf ja nicht vergessen werden, daß die „Liberalisierung der Märkte“, die sich die Globalisierung auf die Fahne geschrieben hat, natürlich auch weiterhin die Machtverhältnisse in der Welt reflektiert – liberalisiert wird, was den schon Erfolgreichen nützt: In der WTO stehen die Abkommen zum Handel von Dienstleistungen, zu globalen Investitionen und Wettbewerbspolitik und das Abkommen zum Schutz der Intellektuellen Rechte an erster Stelle, während die Bereiche, die von den reichen Staaten selbst am meisten geschützt sind – vor allem die Agrarproduktion und der Textilmarkt – und in denen die Entwicklungsländer Exportchancen hätten, weiterhin hart umkämpft sind. Die Weltbank schätzt die staatliche Förderung der heimischen Agrarmärkte der EU und der anderen Industriestaaten auf einen Betrag von 1 Milliarde Dollar täglich – der sechsfache Betrag, der als Entwicklungshilfe von ihnen geleistet wird.

Wie also wirkt sich die Globalisierung auf die Gesundheit der Menschen und die Gesundheitssysteme der Staaten, die ja trotz aller Globalisierung immer noch eine zentrale politische Organisationsform sind, aus?

Die katastrophische Seite

Eine zentrale Frage ist die nach der Verteilung des Gewinns aus dem ökonomischen Wachstum, das die Globalisierung unzweifelhaft in einer ganzen Reihe von Staaten hat. Die Verteilung des Reichtums ist einer der stärksten Faktoren, der die Gesundheit nicht nur des Einzelnen, sondern der Bevölkerung als ganzes beeinflusst. Als drastisches Beispiel mag die durchschnittliche Lebenserwartung der männlichen Bewohner von Harlem, NYC gelten, die ebenso

hoch (oder so niedrig) ist wie die der Männer in Bangladesh, schätzungsweise 58 Jahre. Vor allem die Liberalisierung von Finanz- und Arbeitsmärkten hat einen negativen Einfluß auf die Verteilungsgerechtigkeit ebenso wie auf die Gesundheitsverhältnisse, weil in den entstehenden Sonderwirtschaftszonen gewerkschaftlich ausgehandelte Mindestlöhne und Höchstarbeitszeiten abgeschafft sind und Arbeitsschutzbestimmungen kaum noch eingehalten werden. Die Maquila-Industrien in Mittelamerika sind dafür ebenso charakteristisch wie die „Sweatshops“, die Schwitzbuden in den USA; in denen vielfach illegalisierte MigrantInnen für die Bekleidungsmultis schufteten.

Am massivsten sind die gesundheitlichen Folgen zu beobachten in den Staaten der früheren Sowjetunion, die in den 90er Jahren mit einem starken ökonomischen Einbruch, steigenden Arbeitslosenzahlen und Zunahme der sozialen Ungleichheit konfrontiert waren. Individuelle und gesellschaftliche Folgen wie Depressionen, Alkoholismus, häusliche Gewalt, streßbedingte Krankheiten und Tod durch Herzkreislaufkrankungen, Suizide und Gewalt trafen vor allem eine neu entstehende Schicht von „Transitions-Verlierern“ aus zumeist männlichen Arbeitern, Kollektivbauern und mittleren Partei-Funktionären ohne weitergehende Ausbildung und Migranten oder Angehörige ethnischer Minderheiten. Die Reprivatisierung der großen Staatsbetriebe brachte eine neue Elite hervor, deren Aneignungsstrategien oft mit Korruption und mafiösen Methoden einherging, was zusätzlich zu den realen materiellen Notlagen Gefühle von ohnmächtiger Wut, Hoffnungslosigkeit und Kränkung erzeugte, die an den sozialen und gesundheitlichen Verwerfungen mitbeteiligt sind. Die nüchternen statistischen Zahlen bilden das Ausmaß der gesundheitlichen Folgen nur unzureichend ab: Die Lebenserwartung fiel in Rußland, Weißrußland, Kasachstan und der Ukraine für Männer um 3 bis 4,5 Jahre in den zehn Jahren von 89 bis 99, bei Frauen war dieser Verlust geringer (1,5 bis 2,5 Jahre).

Auch in Ländern mit nur vorübergehenden ökonomischen Krisen in den „globalisierten“ 90er Jahren sind gesundheitliche Folgen des plötzlichen Einkommensverlustes vieler Haushalte noch lange nach der Erholung der makroökonomischen Ziffern zu spüren. Untersuchungen der Weltbank über die Folgen der Mexikanischen (1995) und Thailändischen (1997-98) Finanzkrisen zeigten langfristige Verschlechterungen des Gesundheitsstatus von Kindern, die während der Finanzkrise die Schule verlassen und in gesundheitsgefährlichen Arbeitsplätzen zum Familieneinkommen beitragen mußten oder sogar unmittelbar dauerhafte geistige Leistungseinbußen durch akute Unterernährung erlitten.

... und der „Normalzustand“

Im marktorientierten Kontext der „Globalisierung“ wurde der öffentliche Sektor als ineffizient angesehen, da es keine ökonomischen Anreize gab, sich effizient zu verhalten. Solche Anreize sollte vor allem der Wettbewerb schaffen, Privatisierung der vormals staatlichen Gesundheitssysteme war deshalb in den 80er und 90er Jahren weltweit das Patentrezept der Wirtschaftsstrategen. Der Staat sollte sich auf seine Rolle als Rahmensetzer zurückziehen, der Markt sollte eine größere Transparenz und bessere Kontrolle über das Leistungsangebot herstellen. Patienten sollten sich nicht mehr als dankbare Hilfsempfänger, sondern als Kunden verstehen, die kompetent Gesundheitsdienstleistungen am Markt einkaufen, Krankenversicherungen, ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegende als Anbieter solcher Leistungen. Am radikalsten wurden diese Rezepte den hochverschuldeten Entwicklungsländern verordnet, die durch die Reduktion oder kompletten Abbau der staatlich finanzierten öffentlichen Dienste wie Gesundheit und Bildung und weiteren öffentlichen Subventionen, etwa für Grundnahrungsmittel, ihre Ausgabenseite sanieren sollten. Aber auch in den Industriestaaten wurden die Konzepte von Wettbewerb und ökonomischen Anreizen zur Kosteneinsparung und Effi-

zuzunehmende Leistungssteigerung der Gesundheitssysteme favorisiert – die „health sector reform“ war das Schlagwort des Jahrzehnts, mit dem ein „kontrollierter Wettbewerb“ eingeführt wurde.

Darüber hinaus sollen die Dienstleistungsmärkte auch der internationalen Konkurrenz geöffnet werden. Dies ist Teil der WTO-Verhandlungen, genauer des GATS, des General Agreement on Trade in Services. Besonders die Gesundheitsmärkte in den OECD-Ländern, nach aktuellen Schätzungen mit einem Jahresumsatz von 3 Billionen US-\$, sind dabei von privatwirtschaftlichem Interesse. Wachstumsprognosen sehen eine Steigerung in den nächsten 5 Jahren noch auf 4 Billionen US-\$, ein ordentlicher Kuchen, um den es sich zu streiten lohnt. Neben den schon immer transnational arbeitenden Pharmaunternehmen sind die Interessenten große Krankenhauskonzerne, die eine Expansion über die jeweiligen Landesgrenzen hinaus suchen oder Versicherungsgesellschaften, die neue Kunden anwerben. Auch spezialisierte medizinische Dienstleistungsangebote lassen sich zunehmend über die Grenzen hinweg anbieten und wahrnehmen. Mit Hilfe der Telemedizin ist die physische Präsenz des Arztes beim Patienten für Diagnostik und Therapie nicht mehr erforderlich. Und auch Laborleistungen lassen sich, entsprechende Transportwege vorausgesetzt, globalisieren.

Welche Effekte haben diese Gesundheitsreformen? Wer profitiert davon und wer kommt dabei zu kurz? Ein Blick in die Entwicklungsländer kann dabei Tendenzen aufzeigen, die bei uns sich erst andeuten, aber unter ähnlichen Vorgaben ebenfalls Realität werden können

Public-Private Mix: Interner und externer Brain-Drain

Eine schon lange existierende Form der Globalisierung im Gesundheitswesen ist die Arbeitsmigration von GesundheitsarbeiterInnen. Der überwiegende Teil findet als Süd-Nord-Migration statt, von Entwicklungs- oder Schwellenländern in die reichen Zentren der Welt. Typische „Export-Länder“ sind Indien, Philippinen und Südafrika, von wo aus ÄrztInnen, Pflege- und technisches Personal in den Mittleren Osten, die USA, Großbritannien und Australien emigrieren. Dies kann dramatische Ausmaße annehmen. 70% aller philippinischen Krankenschwestern arbeiten außerhalb des Landes; in Südafrika verläßt ein Drittel bis die Hälfte aller Absolventen der medizinischen Fakultäten das Land kurz nach dem Examen, die südafrikanische Gesundheitsministerin verhandelte vor kurzem mit der kanadischen Regierung, um das offensive Anwerbungen durch kanadische Krankenhäuser einzuschränken. Mit sich verschlechternden Arbeitsperspektiven im eigenen Land, sinkenden Löhnen im öffentlichen Sektor verschärft sich diese Tendenz, die individuell verständlich und gerechtfertigt ist, für das Versorgungssystem als ganzes aber katastrophale Folgen hat, weil ein systematischer Abfluß von Fachwissen einsetzt, der in diesen Ländern dringend benötigt wird. Dieser externe Brain-Drain wird verstärkt durch einen internen vom öffentlichen zum privaten System, da viele GesundheitsarbeiterInnen nicht mehr allein von den öffentlichen Löhnen leben können. Wenn sie nicht komplett privat arbeiten können, verschieben sie doch die Gewichte in diese Richtung, Dazu zählen offizielle und nicht offizielle Bezahlungen für ihre Dienste, die Vernachlässigung der Arbeit im öffentlichen Sektor oder die Rekrutierung von Privatpatienten aus den öffentlichen Sprechstunden, die sie noch abhalten. Diese Überlebensstrategien der GesundheitsarbeiterInnen gefährden besonders den Zugang zu einer geregelten Gesundheitsversorgung für diejenigen, die nicht für solche teil- oder ganzprivatisierten Dienste aus der eigenen Tasche zahlen können, da vielfach staatliche Kompensationsmechanismen für Bedürftige nur unzureichend funktionieren. Auch verschärft sich die Diskrepanz in der Versorgung zwischen den Städten und den ländlichen Gebieten, da nur in den Städten Gesundheitsarbeiter genügend Gelegenheit zu solcher privater Praxis finden und diese deshalb ungern verlassen.

Die Kombination aus ökonomischer Notwendigkeit und Marktideologie, nach der sich jeder selbst der Nächste ist, führt nicht nur zu einer radikalen Beschädigung des professionellen Ethos, das einer „catch as catch can“-Haltung weicht, sondern verstärkt auch die **Entwicklung eines zweigeteilten Gesundheitssystem in ein schäbiges öffentliches mit unmotivierten, überarbeiteten und schlechter qualifiziertem Personal und einen Privatsektor, der qualifizierte Leistungen nur gegen Bezahlung bereitstellt und der keine Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der ökonomisch Schwachen übernimmt.**

Sind dies auch Verhältnisse, wie sie hier kaum in Kürze zu erwarten sind, so liegen ihnen doch Strategien zugrunde, die auch in unserem Gesundheitssystem Wirkung zeigen. Die Verwandlung des Arzt-Patienten-Verhältnisses in eine Geschäftsbeziehung nach der Logik der Dienstleistungsmärkte macht aus Patienten Kunden, die Leistungen nachfragen und von ÄrztInnen, TherapeutInnen bzw. Pflegenden angeboten werden.

Konsumentenkonzept – mangelnde Nachfragemacht

Gegen das Patient-als-Konsumenten-Konzept sind wichtige Einschränkungen anzumerken: Der Informationsvorsprung der medizinischen Experten – und besonders in seiner schichtspezifischen Wirkung - ist prinzipiell uneinholbar. Die Nachfrage des Patienten erfolgt in der Regel unspezifisch und wird erst durch die Fachkompetenz des Anbieters (Arztes) zu einem Angebot konkreter Dienstleistungen. Auch ist Patient-Sein mit Ängsten, Schmerzen und Hilfsbedürftigkeit verbunden und macht eine vertrauensvolle Haltung gegenüber dem Helfer erforderlich, die die Rolle des „souveränen Konsumenten“ schwächt. Schließlich tendiert das Marktmodell zur Ausweitung der durchgeführten Maßnahmen, unabhängig von ihrem Nutzen. Denn auch der Medizinbetrieb unterliegt wie die Patienten der für Warengesellschaften verständlichen Einschätzung, wonach „mehr Medizin“ automatisch besser für die Gesundheit ist und „teurere Medizin“ besser als „billige Medizin“ ist. Somit wird auch der finanziell gutgestellte Patient vielleicht wie ein „königlicher Kunde“ *bedient*, aber nicht wie ein kranker Mensch *behandelt*.

Wichtig bleibt daher nicht nur, die Seite der Patienten zu stärken, wie es im Bereich der chronischen Erkrankungen durch Selbsthilfegruppen geschieht, in denen Patienten zu Experten „in eigener Sache“ werden, sondern generell ist das Konsumentenkonzept in Frage zu stellen, weil es die Eigenleistung des Patienten bei der Herstellung seiner eigenen Gesundheit systematisch ausblendet. Dies ist der wesentliche Unterschied zwischen dem kranken Menschen und dem kaputten Auto, das man in die Reparatur gibt. Zudem verdeckt das Konsumentenkonzept auch die soziale Schichtspezifik dieser Abhängigkeit von den medizinischen Experten: Bessere Bildung ermöglicht mehr Handlungsspielräume gegenüber den Experten und so gewinnen Mittel- und Oberklasse-Angehörige von Wahlmöglichkeiten nach dem Konsumentenkonzept mehr als die niedrigeren Schichten.

Kommerzielle Präsenz über Grenzen hinweg

Verschärft wird diese Tendenz durch eine weitere Form des Handels mit Gesundheitsdienstleistungen, der kommerziellen Präsenz von großen Krankenhauskonzernen, die mit Joint Ventures zusätzliche private Einrichtungen in anderen Ländern aufbauen, zum Teil um die niedrigeren Lohnkosten für einen „Behandlungstourismus“ zu nutzen, aber auch, um das kaufkräftige Segment des jeweiligen Sektors abzuschöpfen – cream skinning ist der passende Aus-

druck dafür, denn mit der Konzentration auf High-Tech-Medizin im Gegensatz zu breiteren Dienstleistungen werden Ressourcen speziell auf diejenigen konzentriert, die dafür bezahlen können. Thailand ist ein Beispiel für eine solche Dynamik im Gesundheitsbereich. Ein interner Brain Drain setzte nach der Eröffnung solcher Joint-Venture-Krankenhäuser ein, der die höher qualifizierten Kräfte in den privaten Bereich zog und die Versorgung im öffentlichen Sektor und besonders in den ländlichen Gebieten weiter beeinträchtigte.

Auch in Indien werden solche Joint Ventures benutzt, um kostengünstige Behandlungen im Vergleich zu den westlichen Industriestaaten anzubieten. So kosten dort Bypass-Operationen ein Zehntel des üblichen Preises in den USA. Sind es auch vor allem bisher regionale Schwerpunkte, die sich in diesem grenzüberschreitenden Handel mit Gesundheitsdiensten ausdrücken – so verzehnfachte sich der Betrag, den Patienten aus Bangladesch in Indien für spezialisierte Gesundheitsversorgung, zumeist für Krebs-, Herz- und Nierenerkrankungen ausgaben, von 1993/94 bis 1998/99. Eine ähnliche Rolle als regionale Zentren für High-Tech-Medizin spielen für den Mittleren Osten Jordanien und der Libanon.

In der Tendenz sind solche Entwicklungen, die zu einer Vergrößerung der Kluft zwischen den attraktiven Patienten, an denen sich verdienen läßt und den lästigen Armen, deren Gesundheitsprobleme sich nicht betriebswirtschaftlich lohnen, auch in den Strategien erkennbar, die aktuell in der Umgestaltung der Krankenhäuser in Deutschland wirksam sind

Krankenhausversorgung – Profitcenter

Die Kosten für die stationäre Versorgung sind der größte Einzelposten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dementsprechend groß war und ist das Interesse, hier durch verstärktes betriebswirtschaftliches Management Kosten einzusparen. Dazu gehören auf der Tagesordnung marktliberaler Gesundheitspolitik neben der Privatisierung von Krankenhäusern vor allem interne Umstrukturierungen, die aus Verwaltungseinheiten, Service-Bereichen wie Wäscherei oder Küche und klinischen Fach-Abteilungen sog. „Profit-Center“ machen, die im Rahmen der Krankenhausgesamtplanung eigenständig wirtschaften. Sie orientieren ihre Angebote direkt an dem Bedarf ihrer „Kunden“ und nutzen Gewinne auch in gewissem Rahmen selbst zur Reinvestition oder Umsatzbeteiligung der MitarbeiterInnen. Mögliche Vorteile dieser Konzepte liegen neben der größeren Transparenz und Optimierung von Abläufen innerhalb der „Profit-Center“ in der stärkeren Motivation und Eigenverantwortlichkeit der MitarbeiterInnen. Diese können ohne Zweifel zu wichtigen und längst überfälligen Verbesserungen im Bereich der Arbeitsbedingungen und der Patienten-Freundlichkeit der Institution Krankenhaus führen.

Dem stehen gewichtige Risiken gegenüber. Gesundheitspolitische Zielvorstellungen, die einen „Versorgungsauftrag“ formulieren, also an einer gesicherten Krankenhausversorgung für die Bevölkerung festhalten, lassen sich mit Profit-Center-Strukturen schwerlich vereinbaren. Durch die Bildung eigenverantwortlicher Substrukturen innerhalb des Krankenhauses (und auch durch das neue Finanzierungsinstrument der DRG's², mit der nicht mehr Krankenhaustagesätze von den Kassen finanziert werden, sondern festgelegte Entgelte für standardisierte Behandlungsfälle) fallen wichtige Möglichkeiten der Quersubventionierung weg. Schon wenige, besonders teure Behandlungsfälle können die betriebswirtschaftliche Rechnung des Profitcenters aus der Bahn werfen. Systematisch wird so eine Vermeidung der Behandlung kostenintensiver Patienten gefördert. Schon jetzt zeigt sich die Tendenz in betriebswirtschaft-

² Diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups)

lich streng geführten Krankenhäusern, solche Patienten trotz offiziellem Versorgungsauftrag abzuwehren. Verdeckter findet eine solche Risikoabwehr statt, wenn bestimmte Behandlungen, die sich nicht ausreichend standardisieren lassen, nicht mehr angeboten werden. Am deutlichsten zu sehen ist das schon in den USA³. [...]

Medikamente für die Armen?

Ein wichtiger Teil des Gesundheitswesens ist die Arzneimittelproduktion. Auch dieses Thema wurde in der WTO heiß debattiert, da sich die Transnationalen Pharmamultis ihre Erfindungen und Entdeckungen (oftmals auch nur die Entwicklung zur Marktfähigkeit oder die Vermarktung von Substanzen, die mit öffentlichen Forschungsgeldern entwickelt wurden) mit einem 20jährigen Patentschutz weltweit absichern lassen wollen und dabei vor allem von ihren Heimatländern, allen voran den USA unterstützt werden. Dieses Patentrecht sichert die Profite der Hersteller und verhindert für diesen langen Zeitraum eine effektive Produktkonkurrenz durch Nachahmerpräparate (Generika). Die enormen Preisdifferenzen wurden in den beiden letzten Jahren vor allem am Beispiel der virushemmenden Medikamente zur Behandlung von AIDS diskutiert und führten zu einem unerwartet erfolgreichen Druck auf die Hersteller, relevante Nachlässe zuzulassen. Dabei ist die Tatsache, daß es eine medikamentöse Therapieoption überhaupt gibt für diese neue Gesundheitskatastrophe in den Entwicklungsländern eher ein „glücklicher Zufall“ zu nennen, wenn es sich angesichts des Ausmaßes nicht verbieten würde, von Glück zu sprechen. Denn die meisten der Gesundheitsprobleme der Habenichtse in diesen Ländern, soweit eine medikamentöse Therapie sinnvoll erscheint, sind in der Logik der Pharmakonzerne, ihrer Manager und Aktionäre im wahrsten Sinne des Wortes nichts wert, weil sie über keine Kaufkraft verfügen, die das Engagement für neue Medikamente oder Impfstoffe gegen Malaria, Tuberkulose oder Schlafkrankheit rentabel erscheinen lassen⁴.

Auf der Suche nach „Blockbustern“, den großen Gewinnern im Kampf um die Marktprozente konzentrieren sie sich auf die Probleme und Bedürfnisse der wohlhabenden Staaten – das nächste Antidepressivum, der neueste Blutdruck- oder Blutfettsenker, auch Viagra für Frauen ist in der Forschungspipeline. Kürzlich fand ich die Meldung aus den Gentech-Labors, daß jetzt endlich der Genort des männlichen Haarausfalls gefunden worden sei, so daß wir wahrscheinlich in Kürze mit dem ultimativen Medikament gegen diese vorletzte Hürde auf dem Weg zur ewigen Jugend rechnen können. Selbst ein Mittel gegen Heimweh von Haustieren ist in der Entwicklung bei einem Pharmamulti.

Konkurrenz der Versicherer

Eine begrenzte Konkurrenz der gesetzlichen Krankenkassen um Versicherte wurde 1992 mit der Gesundheitsreform eingeführt, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und mit zur Beitragsstabilität, mithin der Lohnnebenkosten, das goldene Kalb der aktuellen Bundesregierung, beizutragen. Zwar wurden interne Umverteilungsmechanismen zwischen den Versiche-

³ Vgl. die Untersuchungen der US-amerikanischen Konsumentenorganisation Public Citizen, Public Citizen Report: Questionable Hospitals: Patient Dumping Report (2001), www.citizen.org/questionablehospitals

⁴ Verschiedene Organisationen arbeiten zur Zeit zu diesem Thema; neben Health Action International (HAI; www.haiweb.org), dem Consumer Project on Technology (www.cptech.org) und dem Third World Network (www.twinside.org.sg) sind in den letzten Jahren die großen Nothilfe- und Entwicklungshilfeorganisationen Ärzte ohne Grenzen (accessmed-msf.org), OXFAM (www.oxfam.org.uk/cutthecost) und VSO (www.vso.org.uk) dazugekommen

rungen eingeführt, aber der Wettbewerb um die „besseren“ gegen die „schlechteren Risiken“, also um diejenigen, die weniger Kosten verursachen als Beiträge zahlen, ist der wesentliche Mechanismus, der im Wettbewerb Erfolg verspricht. Dies richtet sich nicht nur gegen chronisch Kranke, sondern enthält eine spezifische Vergrößerung der sozialen Gräben, weil bekanntermaßen Angehörige der unteren Schichten aufgrund ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen stärker von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod bedroht sind und entsprechend häufiger von solchen Entwicklungen betroffen sein werden.

Man muß nicht so weit wie nach Chile blicken, wo unter der Diktatur bereits vor über 20 Jahren begonnen wurde, systematisch eine private Krankenkassenkonkurrenz zur allgemeinen Sozialversicherung gemäß den wirtschaftsliberalen Vorgaben der Chicagoer Ökonomen zu fördern. Aber in diesem Extrem wird das Prinzip besonders deutlich: Gezielt werben die privaten, profitorientierten Krankenversicherungen junge, gutverdienende Kunden an, denen sie für ihre Einkommensklasse günstige Einstiegsprämien anbieten können, während ärmere, besonders kinderreiche Familien kaum bezahlbare Policen bei den Privaten finden und weiterhin auf die öffentliche Grundversicherung angewiesen sind, die wie die deutsche GKV⁵ lohnabhängige Beiträge kennt. Damit bedienen sie sich der Technik der „Rosinenpickerei“, da sie gezielt den sozial besser gestellten Teil der Gesellschaft versorgen, der auch im Durchschnitt geringere Erkrankungsrisiken trägt, die wie überall sozial ungleich verteilt sind. Aber auch die Besserverdienenden werden allzuoft durch hohe Zuzahlungsregelungen bei schwerwiegenden und vor allem langdauernden, chronischen Krankheitsverläufen in ihrer vermeintlichen besseren Absicherung enttäuscht. Die wenigsten Versicherten wissen genau über ihren Versicherungsschutz Bescheid, den sie zudem in „gesunden Zeiten“ abschließen, wenn eine umfassende Einschätzung möglicher Erkrankungssituationen für den Versicherten schwierig einzuschätzen ist.

Die von den Ökonomen erwünschte „Markttransparenz“ stellt sich so nicht her, mit der Folge, daß insbesondere mit steigendem Alter, wenn die Versicherungsprämien auch für Besser- und Gutverdienende oft unbezahlbar werden, die Versicherten wieder auf die öffentliche Sozialversicherung angewiesen sind, just dann, wenn sich erfahrungsgemäß chronische Beschwerden und Erkrankungen zunehmen. So entlastet sich die private Versicherungsbranche zusätzlich von Kosten und schiebt die Einkommensschwächsten, die Kränksten und Ältesten, die mit den höchsten Gesundheitsrisiken, dem öffentlichen Sektor zu. Die Diskussionen rund um die Reform der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland enthüllen ähnliche Strategien, insbesondere die Teilprivatisierung der Rentenversicherung. Auch die Diskussionen um Rückerstattungen von Krankenkassenbeiträgen für kostengünstige Versicherte (ähnlich wie beim unfallfreien Autofahren) zeigen bereits die Richtung an, in die gedacht wird.

Noch ist das gesundheitspolitische Solidarprinzip nicht aufgegeben und ermöglicht Umverteilungen zwischen Jungen und Älteren, Familien und Singles, Männern und Frauen, Menschen mit höheren und niedrigeren Gesundheitsrisiken und Besser- und Schlechterverdienenden. Aber der Wettbewerb um die „guten Risiken“ findet verdeckt schon statt. Gezielt werden zusätzliche Angebote gemacht, die neue Mitglieder anwerben sollen, die ein günstiges Risikoprofil aufweisen. Besonders die flexible, moderne, gutverdienende und gesundheitsbewußte Mittelschicht ist umworben. Sie wandert aus den großen Kassen ab zu neuen, flexiblen nur noch per Telefon und Email erreichbaren „virtuellen Betriebskrankenkassen“. Diese zeigen sich im Gegenzug für den verringerten personalintensiven Service dann besonders großzügig bei der Bewilligung alternativer Therapieformen wie Akupunktur und Naturheilkunde. Die Umverteilungspotentiale werden so in den großen Kassen geringer, die bereits durch verrin-

⁵ Gesetzliche Krankenversicherung

gerte Einnahmen infolge der hohen Zahl von Arbeitslosen belastet sind, für die die staatlichen Stellen nur reduzierte Beiträge bezahlen.

Das Recht auf Gesundheit

Mit den vorliegenden Beispielen habe ich darzustellen versucht, wie durch die Einführung von Wettbewerb, Privatisierung und Konkurrenz die Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung vorangetrieben wird, und wie dadurch wichtige Ziele in der Gesundheitspolitik, wie Solidarität und gleicher Zugang zu einer qualitativen Gesundheitsversorgung, gefährdet werden können. Die Profitinteressen, die das treibende Moment hinter den Anbietern in einem kommerzialisierten System darstellen, seien es private ÄrztInnen, Krankenhäuser, Pharmafirmen oder Krankenkassen, nutzen nicht nur den Anbietern selbst, sondern bevorzugen auch die, denen es schon besser geht. Andere, die mehr angewiesen sind auf Umverteilungsmechanismen, auf gesellschaftliche Solidarität in sozialen Systemen, werden systematisch ausgeschlossen und weiter marginalisiert. Für eine solche Orientierung auf einen gerechten, gesicherten Zugang zu Gesundheitsdiensten und darüber hinaus auf eine Perspektive, die die sozialen Ungleichheiten im Blick auf Krankheit und Tod verringern will, steht die Forderung nach dem Menschenrecht auf Gesundheit.

Natürlich ist mit dem Zugang zum Gesundheitssystem noch nicht Gesundheit hergestellt. Vielfach sind es viel grundlegendere Dinge als das Gesundheitswesen, die dazu beitragen, daß Menschen besser, gesünder und länger leben können. So banale Dinge wie gute, ausreichende Nahrung, sauberes Wasser, Sanitäre Einrichtungen, gute Wohnmöglichkeiten, ein sicheres Einkommen, stabile soziale Beziehungen, die Abwesenheit von Krieg, Gewalt und Ausbeutung. Für diese Perspektive stand und steht die alte Strategie der Primären Gesundheitsfürsorge – Primary Health Care (PHC) – von der Weltgesundheitsorganisation 1978 verabschiedet⁶, und bald darauf in den meisten Ländern unter die Räder der beginnenden marktwirtschaftlichen Orientierung der Strukturanpassungsmaßnahmen und des neoliberalen Mißtrauens gegenüber staatlichen Gesundheitssystemen gekommen. Vergessen wurde es aber nicht – vor allem nicht von den Betroffenen selbst, denn das PHC-Konzept betonte nicht nur die Verantwortung des Staates zur Gewährleistung dieser Grundversorgung aller mit den notwendigen Diensten, sondern stellte die aktive Beteiligung der Menschen an der Planung und Durchführung „ihrer“ Gesundheitsdienste heraus, so wie es des aktiven Beitrags jedes einzelnen an seiner/ihrer Gesundheit selbst bedarf.

Das „Recht auf Gesundheit“ entsteht aus beidem: dem formulierten Rechtsanspruch und dem Aktivwerden der Menschen, ihn umzusetzen. Exemplarisch für diese Gesundheitsbewegung von unten ist in den letzten Monaten besonders die südafrikanische Treatment Action Campaign bekannt geworden, die sich aktiv für die Rechte der AIDS-Kranken auf Behandlung einsetzt und zugleich ein treibender Faktor in der Bekämpfung der Epidemie in diesem Land ist⁷. Viele andere solcher Initiativen sind seit langem aktiv – einige hat medico international unterstützt, eine 20jährige Zusammenarbeit gibt es beispielsweise mit dem Netzwerk Health Action International, in dem die beteiligten Gruppen und Einzelpersonen den Focus auf die Arzneimittelversorgung gelegt haben als ein wichtiger Baustein des PHC-Konzeptes. Die kritische Beobachtung der Medikamentenhersteller und der lokalen und internationalen Pharma-

⁶ WHO/UNICEF: Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978

⁷ Die Arbeit von TAC ist einsehbar auf der Website www.tac.org.za, ihr elektronischer Newsletter kann abonniert werden über subscribe@tac.org.za

geschäfte gehört ebenso dazu wie die Förderung des sinnvollen Einsatzes der bunten Pillen durch die VerschreiberInnen und der AnwenderInnen⁸.

Die Idee einer ganzen Weltgesundheitsversammlung von unten, wie sie schon lange von den GesundheitsaktivistInnen geplant war als Gegenstück zur jährlich stattfindenden Weltgesundheitsversammlung der staatlichen VertreterInnen, konnte im Dezember 2000 in Bangladesch verwirklicht werden, nachdem ein ganzes Jahr lang Aktivitäten zur Vorbereitung in allen Teilen der Welt stattgefunden hatten. Die dabei vertieften Kontakte werden in den jeweiligen Kontinenten fortgeführt⁹. Im Zusammenhang mit den WTO-Verhandlungen ist vor allem das Abkommen über die Intellektuellen Rechte, das Patentschutzabkommen, und seine Folgen auf den Zugang zu Arzneimitteln, aber auch zu Saatgut, das die Begehrlichkeit der multinationalen Agrarkonzerne weckt, in die Kritik geraten. Aber auch die grundsätzlichere Frage nach der neoliberalen Logik, die jeden Lebensbereich in eine Warenwelt verwandeln will, ist wieder zurückgekehrt. Wenn Gesundheit für alle mit Solidarität, Umverteilung und gemeinsamen Engagement zusammenhängt, dann ist das Marktmodell vielleicht wirklich nicht die beste aller möglichen Lösungen dafür. Welche anderen möglich wären und dafür in Frage kommen, sollten wir nicht Experten überlassen – wie die People's Health Assembly sagte, ist es wichtig, von Opfern zu Protagonisten zu werden¹⁰.

⁸ Website: www.haiweb.org , Email: hai@hai.antenna.nl

⁹ Website der People's Health Assembly: www.phamovement.org, hier finden sich auch weitere Materialien und Aufsätze zum Thema Globalisierung und Gesundheit.

¹⁰ People's Health Assembly: Health in the Era of Globalisation. From Victims to Protagonists. A discussion paper, prepared by the PHA drafting group, 2000, verfügbar auf www.phamovement.org

"Die 10 Globalisierungslügen" (Harald Klimenta, attac)

Lüge 1: "Die Globalisierung ist nicht steuerbar"

Politiker beschließen Zollsenkungen, gemeinsame Währungen und erlauben den Transfer großer Geldsummen; die Globalisierung ist so gewollt und gesteuert und nicht schicksalhaft über uns hereingebrochen. In internationalen Organisationen wie der World Trade Organisation (WTO) oder der OECD wird erst der Weg bereitet, der den Staaten Schritt für Schritt ihre Souveränität raubt und sie an allein dem Profit verpflichtete multinationale Konzerne überantwortet. Wäre der politische Wille vorhanden, könnte natürlich auch anders als nur zum Vorteil der Unternehmen gehandelt werden.

Lüge 2: "Der Sozialstaat ist zu teuer"

Der Anteil der Sozialausgaben am Bruttonettoprodukt beträgt seit 23 Jahren nahezu konstant 33%. Einzig die Belastung der Arbeitnehmer-einkommen durch Sozialabgaben steigt. Begründung: Hohe Arbeitslosigkeit (deshalb wenig Beitragszahler), Überfrachtung der Sozialversicherung mit versicherungsfremden Leistungen, 620-DM-Jobs, zu niedrige Unternehmenssteuern und zu geringe Lohnsteigerungen der Versicherungspflichtigen.

Lüge 3: "Die Globalisierung ist eine Chance zur Überwindung der Arbeitslosigkeit"

Durch die international verschärfte Konkurrenz entsteht der Zwang, immer noch billiger zu produzieren. Deshalb muß die Produktivität durch den Einsatz von Robotik und moderner Informationstechnologie verbessert werden. Folge: Rationalisierung und Entlassungen. 1997 lag das Produktivitätswachstum bei 3,7%. Über das Versprechen eines durch die Globalisierung erhöhten Wirtschaftswachstums wird sich die Arbeitslosigkeit deshalb nie bekämpfen lassen, denn dazu wären utopische Wachstumsraten nötig, die auch ökologisch fatal wären.

Lüge 4: "Die Löhne in Deutschland sind zu hoch"

Dann dürfte ja in Deutschland überhaupt nicht mehr produziert werden. Eben weil die Produktivität in Deutschland so hoch ist, ist das Lohnniveau gerechtfertigt. Die Exportüberschüsse zeigen, daß Deutschland wettbewerbsfähig ist. Die Löhne könnten sogar noch höher sein.

Lüge 5: "Der Staat mischt sich zuviel in die Wirtschaft ein"

Die Staatsquote beträgt seit 23 Jahren etwa konstant 50%, obwohl die Aufgaben des Staates stark angestiegen sind (z. B.: Arbeitslosenunterstützung). Im Vergleich mit den anderen Industriestaaten liegt sie im Mittelfeld. Die "Magersucht" des Staates zeigt in der Privatisierung von Post und Bahn ihre unsoziale Gesichts: Bis zum Jahr 2000 gehen hier etwa 200000 Arbeitsplätze verloren.

Lüge 6: "Die Auslandsinvestitionen der deutschen Industrie zeigen, wie unattraktiv der Standort Deutschland ist."

Die deutsche Industrie investiert im Ausland, um neue Märkte zu erschließen, Wechselkursrisiken zu vermeiden, vor Ort präsent zu sein und nicht zuletzt, um sich ausländische Firmen einzuverleiben. Zudem hört man immer häufiger von Betrieben, die aus Kostengründen ins Ausland gegangen waren, daß sie wieder zurückkehrt sind. Dazu gehören unter anderem Varta und Schneider Rundfunkwerke. Der Grund liegt z.B. in der Qualität der Produkte, im Bildungsniveau der Arbeiter und in der wesentlich höheren Zuverlässigkeit in Deutschland.

Lüge 7: "Der Euro nützt uns allen"

Der Euro wird die Kosten für Unternehmen beim europäischen Handel senken. Dadurch wird der Konkurrenzdruck noch weiter steigen. Folge: Rationalisierung, Entlassungen und ein weiterer Anstieg der Arbeitslosigkeit. Der Druck auf die Löhne wird - vor allem aufgrund ihrer besseren europaweiten Vergleichbarkeit - weiter steigen.

Lüge 8: "Großbritannien und die USA sind Vorbilder bei der Schaffung von Arbeitsplätzen und Wohlstand"

In den USA sitzen 2% der männlichen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter im Gefängnis. Die verdeckte Arbeitslosigkeit ist in beiden Ländern wesentlich höher als in Deutschland, in England wurde das Statistikgesetz zur Ermittlung der Arbeitslosenquote 32 Mal geändert, ohne Änderungen läge die Quote bei 14%. Amerikanische Arbeiter arbeiten im Schnitt 430 Stunden mehr im Jahr als deutsche.

Lüge 9: "Die Entwicklungsländer profitieren von der Globalisierung"

80% der Menschheit sind arm, 1,3 Mrd. Menschen haben weniger als 1 \$ pro Tag zur Verfügung. 1962 hatten die 46 ärmsten Länder der Welt (etwa 500 Mio. Menschen) einen Anteil von 1,4% am Weltwarenhandel, 1995 betrug er nur noch vernachlässigbare 0,4%. Um Kapital ins Land zu locken, prostituieren sich die Entwicklungsländer für die Konzerne, Gewerkschaften werden verboten, Arbeitsschutz ist nicht existent.

Lüge 10: "Globalisierung bringt Vielfalt überall auf der Welt"

Ob die Anzahl der Apfelsorten zurückgeht oder fast jeder Kinofilm amerikanischer Herkunft ist oder die einzige Politikalternative der Neoliberalismus sein soll - im Zeitalter der Globalisierung zählt der Profit, und nur Großkonzerne und große Stückzahlen können mithalten. Echte Vielfalt ist unwirtschaftlich. Was uns verkauft wird, ist keine wirkliche Vielfalt (20 verschiedene Zahnpastasorten).

Realistische Alternativen

Die Mobilität des Kapitals kann mit einer Tobin-Tax (Devisenumsatzsteuer) begrenzt werden, über eine sozial-ökologische Steuerreform können die Transportkosten schrittweise erhöht werden, um wieder zu einer regionaleren und ökologischeren Wirtschaftsstruktur zu gelangen. Eine Erhöhung der Nachfrage durch steigende Nettogehälter würde vor allem bei sinkender Arbeitszeit die Arbeitslosigkeit spürbar verringern. EU-Recht widerspricht dem nicht - nur der Wille der Industrie. Die Industrie wird nicht abwandern, wenn es günstiger ist, vor Ort zu produzieren, als beispielsweise eine Kiste Wein von Kalifornien nach Baden-Württemberg zu transportieren.

KRITIK DES WETTBEWERBS

Die Ideologie des Wirtschaftskrieges und des sozialen Überlebens der Besten im Lichte des 11. Septembers

Riccardo Petrella

Riccardo Petrella ist Professor an der Katholischen Universität von Louvain (Belgien) und war Berater der Europäischen Kommission (Brüssel). Der Wirtschaftsprofessor, der 16 Jahre lang in der EU-Kommission für die Abschätzung von Technologiefolgen zuständig war, gehört mit achtzehn anderen Wissenschaftlern zur „Gruppe von Lissabon“. Leicht gekürzter Text, vollst. Version auf der Website der attac-AG Soziale Sicherungssysteme¹¹.

Vom Mittel zum Zweck

Es gibt Wörter, die zu einem bestimmten Zeitpunkt alles beherrschen. Zu Recht oder zu Unrecht. Dies trifft auch auf das Wort „Wettbewerb“ zu. Die Ideologie und die Praktiken, die von diesem Begriff ausgehen und in Zusammenhang damit stehen, zeigen verheerende Auswirkungen. In der Wirtschaftstheorie ist der Wettbewerb im Prinzip nur ein Verhaltensmodus derjenigen, die in einem der miteinander konkurrierenden Märkte tätig sind, wobei jeder der Beteiligten, besonders das Unternehmen, danach strebt, sich – unter Einhaltung der vorgegebenen Regeln und unter den vermeintlich gleichen Bedingungen für alle – vorteilhafte Positionen in diesem Wettbewerb zu sichern. Tatsächlich aber ist der Wettbewerb von nun an weit mehr als nur ein Verhaltensmodus. Er ist mittlerweile kein „Mittel zur Existenz“ mehr. Er ist zum obersten Ziel aufgestiegen, und das nicht nur bei den Unternehmen, sondern auch beim Staat und der gesamten Gesellschaft. Für Industrielle und Financiers ist die Wettbewerbsfähigkeit zum kurz- und mittelfristigen Ziel geworden; langfristiges Ziel und „Raison d'être“ eines Unternehmens ist immer noch die Rentabilität. Bei den staatlichen Behörden hat man die Wettbewerbsfähigkeit des Landes zum strategischen nationalen Ziel ersten Ranges erhoben, mit dem Souveränität, Unabhängigkeit und Autonomie des Landes, seine internationale Position gegenüber dem Weltkapital, Beschäftigungspolitik, Zugang zur Welttechnologie, Finanzierung der nationalen Solidarität und Erhaltung des sozialen Friedens gesichert werden soll. Das Gebot des Wettbewerbs zwischen den Unternehmen und den Nationen hat das Denken, die Strategien und die Entscheidungen der Bildungsminister, der Universitätsleiter, der Gewerkschaftsführer, Parlamentarier und Bürgermeister, der TV-Produzenten und Journalisten stark geprägt und bestimmt sie auch weiterhin. Kurz, die Wettbewerbsfähigkeit ist zu einem Glaubensbekenntnis geworden, zum neuen Evangelium jener Bevölkerungsgruppen, die heute über die Welt herrschen.

Die Ideologie des Wettbewerbs vor dem 11. September 2001

Die Ideologie des Wettbewerbs vor dem 11. September läßt sich auf einige wenige, sehr simple Vorstellungen reduzieren: Wir alle stecken, so behauptet man, in einem unerbittlichen technologischen, industriellen und wirtschaftlichen Krieg auf globaler Ebene. Ziel ist es, zu überleben und nicht „unter die Räder zu kommen“. Das Überleben erfolgt über den Wettbewerb; ohne ihn gibt es kurz- oder langfristig kein Heil, kein Wachstum, kein wirtschaftliches und soziales Wohlergehen, keine Autonomie, keine politische Unabhängigkeit. Die wichtigste Aufgabe des Staates, der Schule, der Gewerkschaften, der Städte usw. ist es, für Unternehmen die günstigsten Bedingungen zu schaffen, um in diesem globalen Krieg wettbewerbsfähig zu sein (zu werden oder auch zu bleiben).

¹¹ <http://www.attac-freising.de/cgi-tdb/basics/sozsich/basics.prg>

Der Wettbewerb hat bereits seine Evangelisten, Theologen, Priester und, wohlgemerkt, auch seine Gemeinde gehabt: Die weichgepredigte öffentliche Meinung.

Die wichtigsten **Evangelisten** waren einige Dutzend Wirtschaftswissenschaftler und international renommierte Experten, die in den USA, in Europa und in Japan behaupteten, die „natürlichen Gesetze“ der modernen Wirtschaft – der so genannten „Marktwirtschaft“ – entdeckt zu haben, und alle möglichen von philosophischen und wissenschaftlichen Theorien entlehnten Zutaten darunter mischten, die zu Recht oder zu Unrecht mit Hobbes („Der Mensch ist des Menschen Wolf“), Darwin („die natürliche Auslese“), Spencer („die Auslese nach den Geeignetsten“), Nietzsche („die Bedeutung des Helden“) in Verbindung gebracht wurden.

Die Zahl der **Theologen** stieg in den 80er Jahren stark an: Ihnen verdanken wir jede Menge Werke und Aufsätze, die Organisation von Hunderten von Konferenzen und Seminaren, die Erklärungen auf die Frage geben, warum der Wettbewerb nicht nur Unternehmen (Mikro-Wettbewerb), sondern die Welt und ihr gesamtes System (Makro-Wettbewerb) betreffe. Und wieder stammt der Großteil der Theologen aus den Vereinigten Staaten. Zu den großen „Kirchenfürsten“ zum Beispiel zählt man Michael Porter, einen der Verfasser der „Summa theologica“ über die Wettbewerbsfähigkeit (The Competitive Advantages of Nations, 1992). Denen zufolge verhält es sich mit der Wettbewerbsfähigkeit wie mit der Gnade: Man hat sie oder man hat sie nicht. Sie ist nicht teilbar. Wer sie besitzt, wird gerettet. Wer die Sünde begangen hat, nicht wettbewerbsfähig zu sein, ist zum Scheitern verurteilt.

Die **Priester** des neuen Kultes sind weltweit zu mehreren Zehntausend vertreten. Man findet sie überall: in den Universitäten wie in den Parlamenten, in der Londoner City wie im Internationalen Währungsfonds und in Sao Paolo, bei Europäischen Kommission sowie in Industrie- und Handelskammern in Lyon, Valencia, Mailand, ja sogar innerhalb der Gewerkschaften. Die Unternehmens- und Managementberater gehören zu jener Kategorie des Heeres der Priester, die am besten für die Überzeugungsarbeit ausgebildet wurden, was auch ihren rasanten Zuwachs an Zahl und „politischer“ Glaubwürdigkeit innerhalb der letzten zwanzig Jahre erklärt.

Das kollektive Betreiben des Wettbewerbskultes wollte sich auf ein „wissenschaftliches“ Werkzeug gestützt sehen: dem World Competitiveness Index (WCI). Der WCI wird seit einigen Jahren von einer privaten Schweizer Institution erstellt, dem World Economic Forum (Weltwirtschaftsforum), mit Hilfe des Institute for Management Development (Institut für die Management-Entwicklung) in Lausanne. Der WCI hat bisher die gleiche Funktion erfüllt wie die ATP-Reihung der Tennisspieler: Jedes Jahr werden die Spieler nach ihrer Wettbewerbsfähigkeit aufgelistet; sie erhalten Pluspunkte und Minuspunkte. Zahlreiche Regierungen haben dem WCI sehr große Bedeutung beigemessen. [...]

Die Litaneien der Heiligen Dreifaltigkeit LI-DE-PRI

Als die westlichen Wirtschaftssysteme immer mehr in die strukturelle Krise der Arbeitslosigkeit schlitterten und die als „sozialistisch“ bezeichneten Länder mit Riesenschritten in Richtung Marktwirtschaft marschierten, begann eine lange Litanei von immer „heiligeren“ Worten die Rhetorik des Wettbewerbsevangeliums zu festigen und zu bereichern. Privatisierung, Deregulierung, Liberalisierung, Produktivität, Flexibilität, Leistungsstärke, Mobilität ... Begriffe, die um den Gott Wettbewerb auf dem Altar der großen Kirche der Wirtschaft aufgereiht wurden, wo jeden Tag, zu jeder Stunde, die Wunder des Wettbewerbs gefeiert und erfleht werden.

Im Verlauf der 90er Jahre ist die Welt zu einer Bühne geworden, auf der die Religion der kapitalistischen Wirtschaft im Namen der Heiligen Dreifaltigkeit LI-DE-PRI (Liberalisierung, Deregulierung und Privatisierung) gepriesen wird.

Trotz alledem ist es traurig zu beobachten, wie einfalls- und phantasielos die von den westlichen Regierungen und den großen internationalen, zwischenstaatlichen Organisationen versprochenen Wachstumspläne und beschäftigungspolitische Strategien sind, deren Ergebnisse praktisch null waren. Durch das ständige Anrufen des Gottes Wettbewerb und der Heiligen Dreifaltigkeit LI-DE-PRI ist der Chorgesang nur mehr von Monotonie gekennzeichnet und Orientierungssinn und Kreativität sind vollständig verloren gegangen. Die stumpfe Wiederholung der aktuellen Litaneien hat sämtliche Innovationsquellen in den reichsten, mächtigsten und „am höchsten entwickelten“ Gesellschaften der Welt versiegen lassen und zu wachsender Verarmung und Unterwerfung der so genannten „unterentwickelten“ Länder beigetragen.

Und so kam es, daß die „entwickelten“ Länder so sehr in ihre monotone Partitur vertieft waren, daß sie nicht mehr mit dem Rest der Welt zu kommunizieren vermochten. Sie wußten ebenso nicht mehr, was sie der Jugend, den Langzeitarbeitslosen, den Arbeitslosen über 50 Jahren in ihrem eigenen Land sagen sollten, ebenso wenig wie den Hunderten Millionen Menschen ohne Arbeit in Afrika, in Asien und in Lateinamerika. Das einzige, was sie besonders den armen, wirtschaftlich schwachen und „unterentwickelten“ Ländern mitzuteilen vermochten, war: „Werdet wettbewerbsfähig“, und: „Fügt euch den Regeln der Marktwirtschaft“. Dann widmeten sie sich wieder ihren eigenen Angelegenheiten, ihren eigenen Märkten und ihrer eigenen Wettbewerbsfähigkeit.

Die Folgen einer Wettbewerbs-Ideologie und -Politik

Eine erste Folge war die Tatsache, daß **die Beziehungen zwischen Unternehmen**, wirtschaftlichen Akteuren, Städten und Staaten **immer mehr in kriegerischen Begriffen definiert** wurden. Der Blickwinkel der globalen Wirtschaft, die eine solche Ideologie förderte und aufdrängte, war ausgesprochen beschränkt: Die Unternehmen wurden als Armeen gesehen, die im Kampf um die Eroberung der Märkte und für die Verteidigung der erreichten Position aufeinander treffen. Ihre Führungskräfte wurden in den Rang von Generälen und Strategen gehoben. Alle Mittel waren in diesem Kampf recht: Forschung und Entwicklung, Patente, staatliche Hilfen, Finanzspekulation, Preisdumping, Verlagerung von Produktionseinheiten, Fusionen und Käufe. Dieses Kriegsdenken hat sich sogar die Begriffe einer Partnerschaft einverleibt: Die Kooperation ist zu einem Instrument der Wettbewerbsfähigkeit geworden. Das ist der Sinn der großen Wellen von Allianzen und „strategischen“ Übereinkünften zwischen europäischen, japanischen und amerikanischen Unternehmen, die den Internationalisierungs- und Globalisierungsprozeß der Unternehmen und Volkswirtschaften ebenso wie die interne Organisation der Unternehmen und die Beziehungen zwischen globalen Unternehmensnetzwerken und „lokalen“ Staaten erschütterten. In diesem kriegerischen Klima war der Druck, der auf die „Ressource Mensch“ ausgeübt wurde, enorm: Jeder Angestellte, jeder Arbeiter steckt – um den Preis eines beachtlichen Stresses – in einem permanenten Überlebenskampf, der dem Zwang von Umsätzen oder Profitraten, die das Unternehmen festlegte, untergeordnet ist.

„DIE NEUE WIRTSCHAFT“ als NEUE („katholische“) UNIVERSALTHEORIE

| | |
|---|---|
| DAS FUNDAMENT | GOTT = DAS KAPITAL DER SOHN = DAS UNTERNEHMEN DER HEILIGE GEIST = DER MARKT |
| DIE NEUE ARCHE NOAH | DER GLOBALE MARKT |
| DIE SECHS GEBOTE DER NEUEN ALLIANZ | Du sollst die Globalisierung nicht stoppen; sie ist Unabwendbar. Du sollst alle Märkte liberalisieren. Die Geschichte schreitet unaufhaltsam auf die Entstehung eines einzigen weltweiten Marktes zu. Du sollst dem Staat nicht mehr die „politische“ Regelung des Marktes überlassen. Es gilt, die Weltherrschaft zu unterstützen. Du sollst alles privatisieren, was privatisierbar ist. Du sollst ein ständiger Erneuerer der Technologie sein. Wissenschaft und Technologie sind aller Dinge Anfang. Du sollst der Beste sein, der Gewinner, der Wettbewerbsfähigste. Wettbewerbsfähigkeit ist der Schlüssel zu Deinem Heil. |
| DIE HEILIGE DREIFALTIGKEIT | LIBERALISIERUNG DEREGULIERUNG PRIVATISIERUNG |
| PFINGSTEN | DIE TECHNOLOGIE (der universelle Logos) |
| DIE GNADE | DIE RENTABILITÄT |
| DAS HEIL | WETTBEWERBSFÄHIGKEIT |
| DIE SÜNDE | SICH DEM OLIGOPOLISTISCHEN WELTMARKT NICHT UNTERZUORDNEN |
| DIE GROSSEN THEOLOGEN | A. SMITH, D. RICCARDO (von den am häufigsten zitierten) |
| DIE NEUEN EVANGELISTEN | DIE GURUS DER GROSSEN UNIVERSITÄTEN UND UNTERNEHMENSDIENSTLEISTER DER USA, EUROPAS UND JAPANS (die „Berater“ genannt) |
| DIE AUSBILDUNGS STÄTTEN FÜR PRIESTER | DIE SCHULEN FÜR MANAGEMENT, BUSINESS UND VERWALTUNG |
| DIE ORTE, AN DENEN TÄGLICH DIE NEUE LEHREVERKÜNDET WIRD | FINANCIAL TIMES, THE WALL STREET JOURNAL, MUNDO, THE ECONOMIST, IL SOLE 24 ORE, LE FIGARO, FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG; CNN, O GLOBO, THE GLOBE AND MALL, THE INDIAN ECONOMIC TIMES |

Eine zweite Folge war eine Reduzierung der Rolle des Staates. Die Rolle des Staates wurde in den Gedanken und Visionen der Akteure in Wirtschaft und Politik und der breiten Öffentlichkeit auf ein riesiges juristisches, bürokratisches und finanzpolitisches System reduziert, das in den Dienst der Unternehmensperformance gestellt wurde. Der Staat ist nicht mehr die politische Verkörperung des gemeinsamen öffentlichen Interesses. Er wurde auf das Niveau eines Beteiligten unter vielen deklassiert, dessen Auftrag darin besteht, die für die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen vorteilhaftesten Bedingungen zu schaffen. Der Staat ist nicht mehr der Förderer und Garant des Gemeinwohls. Letzteres wurde im übrigen im Vergleich zu den riesigen Firmen abgewertet, welche von der politischen Klasse selbst als Hauptakteure

und -verantwortliche für den wirtschaftlichen und sozialen Wohlstand der Bevölkerung angesehen werden.

Die dritte Folge ist die direkte Konsequenz aus den zwei ersten: es ist die beträchtliche **Schwächung der Demokratie**. Indem die Führungsschicht das Prinzip akzeptierte, daß es die Unternehmen sind, die im Zusammenhang mit der Globalisierung der Finanzmärkte, der Produktion, der Unternehmen und des Konsumverhaltens die Prioritäten festlegen müssen und können in Sachen Investitionen, Auswahl der Produkte und Dienstleistung, Optimierung der Produktionsstandorte usw., hat sie **die Macht der Regierungen über die globale Wirtschaft den privaten Wirtschaftskräften übergeben** und dadurch den staatlichen politischen Subjekten jede reelle autonome Macht genommen. Natürlich bleibt immer noch beträchtliche Macht in der Hand der nationalen, regionalen und lokalen politischen Institutionen, aber sie ist nunmehr im Vergleich zur politischen Macht der privaten Subjekte untergeordneter Natur. Die Globalisierung der heiligen Dreifaltigkeit LI-DE-PRI hat die Privatisierung des Politischen geheiligt und die formellen Strukturen der repräsentativen Demokratie (nationale Parlamente, regionale Parlamente, Gemeinderäte) zu Diskussionszirkeln reduziert, deren regulative Macht rein formellen Charakter hat.

Die vierte Folge hängt mit dem Verlust der Macht des Staates zusammen, die Politik zu regulieren und das Allgemeinwohl zu definieren und zu fördern. Es handelt sich um die **Legitimierung des durch das Evangelium der Wettbewerbsfähigkeit herbeigeführten Ausschlußprinzips**. Im Prinzip sind alle zur Mahlzeit eingeladen, aber das Gesetz des Wettbewerbs bewirkt, daß nur eine Hand voll Individuen, Gruppen, Regionen oder Länder – nämlich diejenigen, die in der Lage waren, diese Gnade zu erreichen, weil sie wettbewerbsfähiger waren als die anderen – an der Tafel Platz nehmen dürfen. Daher also eines der Paradoxa eines auf wettbewerbsfähige Märkte ausgerichteten Kapitalismus: Je mehr die Wettbewerbsfähigkeit die Ausgrenzung steigert, indem sie die Zahl der Marktteilnehmer senkt, um so mehr verlieren die Märkte ihren Wettbewerbscharakter und hindern die Wettbewerbsfähigkeit daran, eine der möglichen Verhaltensweisen der politisch Handelnden zu sein. Daher auch die Falle, in die man die Bildung eingesperrt hat. Diese wurde zu einem Instrument zur Selektierung der Besten und damit zur Legitimierung sozioökonomischer Ungleichheiten, die mit ungleichem Leistungsvermögen im (Aus-)Bildungsweg verbunden sind.

Das Phänomen der Ausgrenzung betraf und betrifft ganze Länder, ja sogar Kontinente (wie Afrika), sei es, weil letztere keine großen Märkte darstellen, sei es weil sie „kulturell“ nicht in der Lage sind, der Entwicklung zu folgen. Die Wettbewerbsfähigkeit machte so die Tatsache gesellschaftsfähig, daß die „Wahrheit“ auf der Seite des technologisch, industriell und wirtschaftlich Stärkeren ist. Indem sie der Leistungsstärke den absoluten Vorrang gab, legitimierte sie die Beibehaltung struktureller Ungleichheiten zwischen Individuen, sozialen Gruppen, Regionen und Ländern. Die Idee, daß der Bruch zwischen den entwickelten Länder im Norden (und der wenigen nördlichen Enklaven im Süden) und dem Rest der Welt unvermeidlich war und bleibt, hat im Rahmen der kapitalistischen, auf Wettbewerb ausgerichteten Globalisierung seine völlige Rechtfertigung und Legitimation gefunden. Das strukturelle Anwachsen der Arbeitslosigkeit stellt die bedeutsamste und eklatanteste Form des Ausgrenzungsprinzips dar. Es führte zu einem Abbau des Sozialstaates (Welfare State), der die Grundlage der wirtschaftlichen, sozialen und politischen Entwicklung der europäischen und westlichen Gesellschaften nach dem Zweiten Weltkrieg bis zu den 70er Jahren war. Seitdem war in unseren Ländern die massenhafte Rückkehr von neuen Formen der Armut nur „logisch“.

Die Krise der Vollbeschäftigung, Explosion von Armut und sozialer Ausgrenzung, zunehmende Bereicherung einer Minderheit, Abbau des Sozialstaats: Hier finden wir die großen gesellschaftlichen Veränderungen, die ihre „Gründe“ und ihre „Legitimität“ im Rah-

men des wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeitskrieges der kapitalistischen, deregulierten und privatisierten Marktwirtschaft gefunden haben. [...] Bei allen, nur mit kleinen, durch lokale Eigenheiten bedingten Nuancen, ging es in Predigten und Maßnahmen in den letzten zehn Jahren um:

- Senkung der Lohnkosten,
- Nicht-Besteuerung von Niedriglöhnen,
- Senkung der Staatsausgaben, insbesondere der für sozialen Schutz und soziale Sicherheit bestimmten Ausgaben,
- weitere Privatisierung und Deregulierung der Wirtschaft,
- Reduzierung der Rolle des Staates auf die Finanzierung infrastruktureller Arbeiten und auf die Schaffung eines für die Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der privaten Unternehmen günstigeren Umfelds,
- weitere Liberalisierung der nationalen Märkte,
- Ankurbeln und Unterstützen privater Investitionen.

Die **fünfte Folge** der Litanei der Wettbewerbsfähigkeit und der „Heiligen Dreifaltigkeit LI-DE-PRI“ war, daß **man das Leben zu einer Ware machte**. Die Geschichte des XIX. und XX. Jahrhunderts war die Geschichte der Reduzierung, ja sogar des Verschwindens der pervertierten Exzesse des Kapitalismus und seines Anspruchs, die Gesellschaft zu regieren. Gegen die Tendenzen des Kapitalismus, oligopolistische und/oder monopolistische Strukturen zu schaffen, wurden Anti-Trust-Gesetze eingeführt, die Konzentrationen im Finanz- oder Industriesektor begrenzten. Gegen seine Neigung, die menschliche Arbeit auszubeuten, ließ man Gesetze verabschieden, die Kinderarbeit verbieten, eine Arbeitszeitbegrenzung festlegen und einen lebensnotwendigen Mindestlohn garantieren usw. Gegen die Neigung des Kapitalismus, alles in handelbare Werte zu verwandeln, führte man die Prinzipien von Gleichheit, sozialer Gerechtigkeit und Solidarität ein, und man bestätigte den Vorrang der Politik und, sogar noch mehr, der Ethik. Die Globalisierung der letzten dreißig Jahre „befreite“ den Kapitalismus von all diesen Regeln, Prozeduren und Institutionen. In dem Moment, in dem der globale Kapitalismus das gemischte Wirtschaftssystem und den nationalen Sozialvertrag anfrißt – auch dank einer hemmungslosen Unterwerfung des Wissens und der Technologien unter die Ziele des Wettbewerbs –, versucht er, in globalem Maßstab riesige Konzentrationen finanzieller, wirtschaftlicher und politischer Macht wiederherzustellen, die sich außerhalb jeglicher sozialer und politischer Verantwortung sehen (daher das Interesse an Deregulierung und Liberalisierung) und aufs neue die menschliche Arbeit (daher das Augenmerk auf Flexibilisierung des Arbeitsmarktes) da auszubeuten, wo ihre Kosten am niedrigsten sind (daher der verstärkte Einsatz der klassischen Standortverlagerung). Er versucht auch, alles, was es gibt, alle materiellen und immateriellen Güter und Dienstleistungen, einschließlich des Lebens (unter anderem die menschlichen Gene ...) und der menschlichen Kreativität, in Waren zu verwandeln. Eines der Instrumente, dank derer die privaten Kräfte des globalen Kapitalismus sich die materielle und immaterielle „Welt“ angeeignet haben, war und bleibt das Recht auf geistiges Eigentum, dessen Legitimität und Reichweite die Konferenz der WHO in Doha (November 2001) bekräftigte.

Die **sechste Folge** betrifft schließlich die auf der ganzen Welt verbreitete **Gewalt an der Kultur**. Diese hat zwei Hauptformen angenommen. Auf der einen Seite handelt es sich um die beträchtliche Verarmung der Gedanken und Debatten über die Wissenschaft, das Wissen, Technologien, Reichtum, Wohlstand, Fortschritt, Ethik, Nord-Süd-Beziehungen, Krieg und Frieden und Umwelt, die die auf Wettbewerb ausgerichtete Globalisierung mit sich brachte. All diese grundlegenden Themen finden sich in Schlagwörtern, die sich ausschließlich auf die

Denkweise der Unternehmen und des Marktes, auf Verwaltungszwänge und auf eine Kultur der Innovation beziehen. Auf der anderen Seite handelt es sich darum, den Wert von Kulturen und Lebensformen, die sich nicht in den „Triumphmarsch“ der „Vermacdonaldisierung“ der Welt und den Eroberungszug der westlichen Technikgläubigkeit einreihen konnten und wollten, zu marginalisieren oder sogar zu negieren.

Die Wettbewerbsfähigkeit kann Wirtschaft und Gesellschaft nicht regieren

Eingedenk des vorab Geschilderten ist es völlig klar, daß die Ideologie der Wettbewerbsfähigkeit nicht behaupten kann, das wirtschaftliche, politische und soziale Leben unserer Länder lenken zu können. Die Wettbewerbsfähigkeit kann nicht der Grundwert unseres Zusammenlebens sein. Die uneingeschränkte Marktwirtschaft ist ein Instrument zur Organisation der Wirtschaft mit perversen und verheerenden Folgen. [...]

Man sollte sich daran erinnern, daß es nicht das höchste Ziel der Wirtschaft (aus dem Griechischen *oikos nomos*, was „die Regeln des Hauses“ bedeutet) ist, die einen gewinnen zu lassen oder die anderen zu schlagen, sondern die bestmöglichen materiellen und immateriellen Lebensbedingungen für **alle** Mitglieder – Einwohner des „Hauses“ – zu schaffen. In diesem Sinne hat die Wirtschaft auch eine Verpflichtung, nämlich die, zu überprüfen, ob sie jedem Menschen den Zugang zum Leben garantieren und die kollektive Sicherheit fördern kann. Da sie jedoch unter anderem deren Ursache ist, kann die Wettbewerbsfähigkeit nicht:

- die sozioökonomischen Ungleichheiten, die innerhalb der Länder und zwischen den Ländern existieren und das zu beobachtende Phänomen, daß zahlreiche Regionen der Erde marginalisiert werden, beseitigen;
- die Zerstörung der Umwelt (Verwüstung, Bodenerosion, Aussterben von Tier- und Pflanzenarten, Meeres- und Trinkwasserverschmutzung) anhalten;
- die Konzentration von Macht in den Händen von Privatunternehmen, die hauptsächlich gegenüber ihren Eigentümern und nicht gegenüber der angestellten Bevölkerung und der Gesellschaft im allgemeinen verantwortlich sind, reduzieren.

Die Wettbewerbsfähigkeit ist nicht imstande, eine wirkliche Antwort auf langfristige Probleme zu geben, denen unser Planet gegenüber steht. Der Markt kann die Zukunft nicht voraussehen. Er ist kurzsichtig.

Was tun nach dem 11. September? Einige Vorschläge

Gerade der 11 September hat klar gezeigt, daß die Welt, so wie sie in den letzten 30 Jahren unter dem Vorzeichen der Wettbewerbsfähigkeit und der Heiligen Dreifaltigkeit von „LI-DE-PRI“ geformt wurde, in mehrerer Hinsicht von Gewalt geprägt ist: Gewalt wurde wirtschaftlich, politisch-sozial und kulturell ausgeübt.

Die Standortverlagerungen von Unternehmen, die allein deshalb vorgenommen wurden, um die von der Börse geforderte Rentabilitätsquote des Kapitals zu gewährleisten, sind eine sehr krasse Spielart der **wirtschaftlichen Gewalt**, die auf Menschen („Ressource Mensch“) ausgeübt wird, und zwar sowohl in den Ländern des „Nordens“ wie auch die des „Südens“. Das gleiche gilt für öffentliche Verkaufsausschreibungen von Firmen, die, besonders nach der Liberalisierung der Kapitalmärkte 1975 und der Deregulierung des Bank- und Versicherungswesens der 80er Jahre, mit ihren Fusionen, Akquisitionen und Übernahmen – meist

feindlicher Natur – die ökonomische, industrielle und kommerzielle Bühne in ein Blutbad verwandelt haben: Eine Art „Kannibalismus unter Unternehmen“, der ausschließlich dem Zweck diene, am größten, stärksten, mächtigsten zu sein.

Die politisch-soziale Gewalt ist, insbesondere da, wo sie in globalem Maßstab ausgeübt wird, sehr gesetzeskonform und nach außen hin „friedlich“ dahergekommen. Ich denke dabei vor allem an die Verpflichtung zur Privatisierung bestimmter Bereiche, wie sie Weltbank und IWF jenen Staaten abverlangten, die Kredite für Investitionen zu Infrastruktur erhalten haben. Je mehr Kredite die „armen“ Länder in Afrika, Lateinamerika und Asien in Anspruch nehmen, um die für das Leben der Bevölkerung unerläßliche Infrastruktur zu schaffen, um so stärker bindet man sie daran, die Entscheidungs- und Kontrollbefugnisse über ihre Ressourcen und vor allem über die Gewinne aus ihren Investitionen den privaten Unternehmen und dem privaten Kapital der „reichen“ Länder des „Nordens“ zu überlassen. Es erübrigt sich fast, explizit auf jene politisch-soziale Gewalt hinzuweisen, die von den mächtigen industriellen und finanziellen Lobbys des Westens auf die Regierenden und die Völker der „armen“ und bedürftigsten Länder ausgeübt wird.

Und dann gibt es noch **die kulturelle Gewalt**. Wie sonst sollte man all diese Prinzipien, Dogmen, Meinungen und Verhaltensweisen nennen, die von den Regierungen und Völkern des „Nordens“ ausgehen, diese Selbstsicherheit, diesen „Größenwahnsinn“, die Überzeugung, daß wir „die Welt sind, die zählt“, und daß wir es sind, die die neue Welt aufbauen, diese Gleichgültigkeit, ja sogar Verachtung, gegenüber dem Rest der Welt?

Die Reaktion der Herrschenden auf die Tragödie des 11. September hat auch gezeigt, daß die Herren der abendländischen Welt nicht in der Lage gewesen sind, die notwendigen Lehren aus dieser großen Niederlage der Menschheit, als die der inhumane und inakzeptable terroristische Akt der Zerstörung der Türme des WTC in New York angesehen werden muß, zu ziehen. Diese Herren behaupten, mit dem 11. September sei die Welt eine völlig andere geworden und von nun an bestünde die größte Herausforderung für die Menschheit darin, im Verlauf der nächsten Jahre den globalen Terrorismus zu bekämpfen – und zu besiegen. Denn – so sagen sie – der 11. September habe die Spaltung der Welt in zwei Lager ans Tageslicht gebracht: das Lager des Guten (wir) und das Lager des Bösen (die Terroristen). Ihnen zufolge war der 11. September die Bestätigung dafür, wie unumgänglich und dringlich die Globalisierung der Wirtschaft gemäß den Prinzipien der Freiheit des Handels, der Freiheit des Unternehmens und der Freiheit des Kapitals ist. Weit davon entfernt, über eine Korrektur der Weichenstellungen der letzten zwanzig Jahre nachzudenken, behaupten sie, der 11. September habe nur noch deutlicher gezeigt, daß es unabdingbar und gerechtfertigt sei, die Politik der Liberalisierung, Deregulierung und Privatisierung fortzusetzen. Die Legitimität und Unantastbarkeit des Kultes der Heiligen Dreifaltigkeit sei daher – für unsere Herren – nur noch unterstrichen worden. [...]

Was mich betrifft, so bin ich der Ansicht, daß der 11. September für unsere Gesellschaften Anlaß sein muß, mit der Ideologie und der Politik der Wettbewerbsfähigkeit Schluß zu machen und ebenso mit einer Globalisierung, die unter dem Diktat der Prinzipien der kapitalistischen Marktwirtschaft steht. Deshalb muß eine lange Zeit der politischen und sozialen Innovation anbrechen, und zwar in drei wesentlichen Bereichen: auf der Ebene der Menschheit, im Bereich der kollektiven Güter sowie in Bildung und Demokratie.

1. Die Ebene der Menschheit

Der erste Bereich bezieht sich auf die Menschheit selbst. Es ist an der Zeit, **die Menschheit als politisches und als juristisches Subjekt anzuerkennen**, was zur Zeit nicht der Fall ist: ein Paradox in einer Epoche, in der so lauthals die Globalisierung verkündet wird.

Die Menschheit existiert. Ein solches Faktum bedarf keines Beweises. Doch bislang hat es keine Anerkennung der Menschheit als solcher im Sinne eines politischen Subjektes gegeben, das die menschlichen Lebewesen in ihrer Gesamtheit repräsentiert, und ebenso wenig im Sinne eines juristischen Subjektes, das Träger von Rechten und Pflichten ist. Unsere Gesellschaften haben auf der Grundlage des Prinzips/Rechts einer Selbstbestimmung der „Völker“ die „Nationen“ anerkannt – daher die Nationalstaaten. Ebenso haben unsere Gesellschaften das Individuum anerkannt, den Bürger auf der Grundlage des Prinzips/Rechts, daß jede Gesellschaft sich aus Individuen/Bürgern zusammensetzt. Sie haben schließlich auch juristische Personen anerkannt: Unternehmen, Vereine, Kirchen, politische Parteien, Gewerkschaften ..., und zwar sowohl auf der Ebene des nationalen öffentlichen und privaten Rechtes wie auch auf der Ebene des internationalen öffentlichen und privaten Rechtes. So repräsentieren die Vereinigten Nationen nicht die Menschheit, sondern die Nationalstaaten, die ihre Mitglieder sind, und vor allem, wenn nicht ausschließlich, die Interessen der mächtigsten Mitgliedstaaten. [...] Die einzige wirkliche politische internationale Autorität, die es heute gibt, nämlich die Welt Handelsorganisation, besitzt zwar, besonders dank ihres „Organs eines Schiedsgerichtes“, tatsächlich eine Befugnis zur Regulierung, Rechtssprechung und Sanktionierung ohne Berufungsinstanz, kann aber ebenso wenig den Anspruch erheben, die Menschheit zu repräsentieren. Sie repräsentiert ausschließlich die ökonomischen (und politischen) Interessen jener Staaten, welche die Handelsvereinbarungen unterzeichnet haben. Kurzum: Kein Vertrag (bzw. Konvention oder Übereinkunft oder Vereinbarung) zwischen Nationen oder zwischen Regierungen hat bislang auf politischer und juristischer Ebene „die Menschheit“ entstehen lassen. Unter diesem Aspekt bleibt die Menschheit ein abstrakter Begriff.

Wie ist das möglich, wo doch gleichzeitig die Oberhäupter der Welt seit mehr als zwanzig Jahren die Ära (wie sie sagen) der Globalisierung beschwören und seit etwa zehn Jahren die Notwendigkeit einer „global governance“ verkünden? Der Widerspruch ist nur scheinbar einer. Denn in Wirklichkeit ist die Globalisierung, von der sie sprechen, keine echte Globalisierung des „Zusammenlebens“ der menschlichen Gemeinschaften, die derzeit Bestandteile der Welt sind. Die heutige Globalisierung ist nichts anderes als die Ausdehnung der Entscheidungs- und Kontrollbefugnisse der mit der kapitalistischen Marktwirtschaft verbundenen Kräfte auf internationaler Ebene, allerdings unter der militärischen, politischen und kulturellen Vorherrschaft der Vereinigten Staaten und des „Westens“ [...]

Ich vertrete die These, daß selbst dann, wenn es keine tatsächliche Globalisierung der Ökonomie gäbe, die Menschheit als Subjekt anerkannt werden müßte. Denn die Menschheit bedarf nicht der ökonomischen Globalisierung, um zu bestehen und sich auf politischer und juristischer Ebene zu organisieren. Die Notwendigkeit eines Übergangs von der **nationalen** (und internationalen) **Politik** zur **globalen Politik**, wie auch der vom **nationalen und internationalen zum globalen Recht**, drängt sich bereits seit einiger Zeit auf.

Etwas bescheidener und konkreter vertrete ich die Ansicht, daß ein Bekenntnis zu einer „globalen Politik“ und einem „globalen Recht“ seit der „Eroberung“ des Atoms und seiner militärischen Nutzung in der Atombombe notwendig geworden ist. Darüber hinaus hat 1969 die Einsicht in die Begrenztheit und Winzigkeit unseres Planeten Erde, den wir auf unseren Bildschirmen dank des Raumschiffes Apollo wie ein kleines, im leeren Raum aufgehängtes blaues Kügelchen sehen konnten, lediglich verdeutlicht, wie notwendig und dringend es ist, eine glo-

bale Politik und ein globales Recht zu schaffen. Dieser erste Bereich beinhaltet darüber hinaus auch die Einrichtung eines „**Welt-Strafgerichtshofes für Verbrechen gegen die Menschheit**“ und eines „**Weltgerichtes für das Leben und Zusammenleben**“.

2. Der Bereich der gemeinsamen Güter

Der zweite Bereich bezieht sich auf **die Festlegung und Förderung eines gemeinsamen Erbes von Weltkulturgütern und globaler öffentlicher Dienstleistungen**, deren Besitz und Verwaltung auf keinen Fall und in keiner Weise, auch nicht indirekt, Gegenstand der Aneignung durch private Subjekte sein darf, denen die Verantwortung dafür obläge. Unter diesen öffentlichen Gütern, die notwendig sind, um allen Menschen gegen 2020 bis 2025 das Recht auf Leben zu gewährleisten, sind aufzuzählen: **Wasser, Basisgesundheitsvorsorge, Unterkunft und Bildung**. Diese Güter haben im Eigentum des Kollektivs zu bleiben und/oder sind wieder in kollektiven Besitz zurückzuführen. Die entsprechenden Dienstleistungen sind von öffentlichen Institutionen zu erbringen und sicherzustellen, müssen demokratischer Kontrolle unterstehen und dem Geist der fundamentalen Prinzipien des Gemeinwesens und der Solidarität entsprechen. Das Recht auf geistiges Eigentum kann hier also nicht gelten und ebenso wenig in Bereichen, die für die hier erwähnten öffentlichen Güter von entscheidender Bedeutung sind. Gleiches gilt für kommerzielle Verhandlungen. Ganz im Gegensatz zu den politischen und wirtschaftlichen Entscheidungsträgern der OECD-Länder, die darauf gedrängt haben, daß in Doha sämtliche öffentlichen Dienste auf die Tagesordnung der neuen Verhandlungsrunde der Welthandelsorganisation gesetzt werden, müssen sich die Bürger für die Verteidigung der grundlegenden Bestandteile der **res publica** mobilisieren. Dies ist als zentrale Bedingung anzusehen, um das „Zusammenleben“ und den Willen, „gemeinsame Sache zu machen“, erfolgreich absichern zu können. Es ist wichtig, diesbezüglich daran zu erinnern, daß der Begriff „**Daseinsvorsorge**“ und der Umgang mit ihm es nicht verhindern konnten, bisher gewährleistete Güter und Dienstleistungen zu privatisieren und zu vermarkten. Die Vermarktung der Gesundheitsvorsorge, der Bildung, des Wassers, um nur einige Beispiele zu nennen, ist heute einer der effizientesten Mechanismen zur Demontage des Gemeinwesens und der solidarischen Beziehungen innerhalb der und zwischen den einzelnen Ländern.

Wenn Alternativen geschaffen werden sollen, müßte deshalb ihr Ziel sein, „**eine globale Wohlfahrtspolitik**“ zu begründen, mit deren Umsetzung eine **Weltorganisation für soziale Entwicklung** (WOSE), die die Funktionen und Befugnisse von Internationalem Währungsfonds, Weltbank, WHO, FAO, ILO vereint, betraut würde, und ebenso müßte eine **globale Steuer** (von der die Tobin-Steuer nur ein kleiner, erster Schritt wäre) erhoben und verteilt werden. Um zu vermeiden, daß man auf nationalstaatliche, oligarchische und technokratische Systeme zurückfällt, die für die multilaterale und überstaatliche Funktionsweise der Vereinten Nationen und deren Vorliebe für Bürokratie und Kompetenz- und Aufgabenerstückelung charakteristisch gewesen sind, gilt es, neue Formen der repräsentativen Demokratie im weltweiten Maßstab zu schaffen. Dabei hilft uns die weltweit erste Erfahrung in repräsentativer Demokratie auf internationaler Ebene: das Europäische Parlament, das auf dem allgemeinen direkten Wahlrecht begründet ist.

Dies ist die Quintessenz des Vorschlages, der auf die Schaffung eines Weltparlamentes des Lebens und der Sicherheit gerichtet ist. Ich bin der Meinung, daß zu Beginn das „Parlament“ auf der Initiative einer Selbstorganisation begründet sein sollte, die von den nationalen Parlamentariern selbst ausgeht. Keine Macht, so scheint mir, könnte heute rechtmäßig 500 derzeitige Parlamentarier an der Entscheidung hindern, sich in einem „globalen Parlament“ zu vereinen und damit zu beginnen, Prinzipien, Regeln und Normen auszuarbeiten. Das Problem

liegt im politischen Willen und den Machtverhältnissen zwischen der „Gruppe der 500 Parlamentarier“ und dem Rest der derzeit sehr einflußreichen Gewalten, die sich zwangsläufig einer solchen Initiative entgegen stellen würden, sie vielleicht als „recht sympathisch“, aber völlig „wirklichkeitsfremd“ und willkürlich bezeichnen würden. Die WOSE, das Parlament des Lebens und der Sicherheit und die globale Steuer sind die Säulen der neuen Architektur der Weltpolitik, die es im Verlauf der nächsten 20–30 Jahre zu errichten gilt.

3. Der Bereich der Bildung und der Information/Kommunikation

Der dritte Bereich betrifft die Bildung und die Informations- und Kommunikationssysteme. Es ist dringend nötig, den Bereich der Bildung neu zu erfinden, **um eine Bildung hervorzu- bringen, die darauf ausgerichtet ist, dem Zusammenleben und dem gemeinsamen Wohl** in der Achtung des und der Solidarität mit dem „anderen“ zu dienen, wobei hier auch die „Natur“ miteingeschlossen ist. [...] Die Gestaltung dieses neuen Bildungsbereichs gehört (mit dem Zugang zu sauberem Trinkwasser) zu den dringlichsten **Notwendigkeiten** bei der Schaffung von Alternativen.

Globalisierung von unten, Widerstand und neue Perspektiven

Maria Mies

Maria Mies ist emeritierte Professorin für Soziologie an der FH Köln. Sie nennt sich selbst Ökofeministin und wurde bekannt durch ihre Arbeiten über Subsistenzproduktion in den Ländern der Dritten Welt. Dieser (leicht gekürzte) Text war ein Beitrag zum Deutschen Evangelischen Kirchentag 2001 in Frankfurt/Main bei einer Veranstaltung des Hochschulzentrums im Rahmen des Themenbereichs 3: „In Freiheit bestehen“ zum Thema: „Vision impossible? – Hochschule und Sozialutopie“. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Autorin.

Die Visionen des globalisierten Kapitals

Wenn wir keine anderen Visionen haben, bleibt uns nichts anderes übrig, als uns den Visionen der unendlichen Warenproduktion und Kapitalvermehrung zu unterwerfen. Diese Vision habe ich vor einigen Jahren in einem Gedicht/Lied festgehalten:

LASSEN SIE SICH PATENTIEREN

1. Lassen Sie sich patentieren,
Denn Sie sind ein Kapital.
Ihre Leber, Ihre Nieren
Ihre Gene allzumal
Lassen Sie sich patentieren,
Denn es gibt Sie nur einmal
Eh die Multis Sie sezieren,
haben Sie die erste Wahl.
2. Gene, Gene und Patente,
Ja, das ist der neuste Hit.
Ja, das bringt die beste Rente.
Machen Sie beim Reibach mit.
Was da kreucht und fleucht auf Erden,
Was da blüht auf dieser Welt -
Alles muß zur Ware werden.
Alle Ware wird zu Geld.
3. Merck, Monsanto, Ciba Geigy
Hoechst und Bayer machen mit,
Bei der Jagd auf die Patente,
bei dem Run auf den Profit.
Diese großen neuen Mütter
Schaffen Nahrung, heilen Schmerz.
Wenn nur die Bilanzen stimmen,
Brauchen sie kein Menschenherz.
4. Dieses schöne neue Leben
Bringt nicht die Natur hervor.
Kinder schaffen nicht mehr Frauen,
Die entstehen im Labor
Die Natur wird überflüssig
Hier in diesem Jammertal.
Unsre Mutter ist die Technik
Vater ist Herr Kapital.
5. Denn was ist denn schon ein Leben
In dem ewgen Einerlei.
Doch Ihr Gen das lebt ja ewig,
Ist es erst vom Körper frei.
Freiheit, die das Gen bescheret,
Frisch auf Ihrer Samenbank,
Wo es dann den Fortschritt mehret
Sagen wir den Multis Dank.

Maria Mies, Köln 1996

(c) Common Intellectual Property of People with Resistance Genes (CIPPRG).

Zu singen auf die Melodie: Freude schöner Götterfunken

Der Gott unserer Zeit ist das Kapital, genauer, das patriarchale Kapital. Dieser Gott ist (angeblich) allmächtig, unsterblich, allwissend und omnipotent, allgegenwärtig und muß immer wachsen. Er ist die Quelle allen Lebens. Das ist noch nie so deutlich gewesen wie heute im Zeitalter der konzerngesteuerten, neoliberalen Globalisierung. Dieser Gott hat nicht nur seine Kirchen, die Banken und Konzernzentralen, sondern auch seine Priesterschaft und seine Theologen. Dies sind die Wirtschafts- und Naturwissenschaftler und die Technokraten. Sie machen alles, was machbar ist und Geld bringt. Wie jede Religion basiert auch die der unendlichen Geldvermehrung auf einem Credo, an das man glauben muß, selbst dann, wenn unsere ganze Erfahrung uns sagt, daß das nicht stimmt. Das Credo des Neoliberalismus - auch Washington Consensus genannt - läßt sich kurz so zusammenfassen: Globaler Freihandel schafft

Wachstum. Wachstum schafft Arbeitsplätze und Wohlstand für alle, die Voraussetzung für Gleichheit, Freiheit, Demokratie und Frieden. [...]

Was heißt Globalisierung?

Die Bevölkerung in Deutschland wußte so gut wie nichts über die zentralen Abkommen und Institutionen, die doch seit mindestens Anfang der neunziger Jahren unsere Wirtschaftspolitik bestimmen: das Allgemeine Zoll- und Handelsabkommen (GATT), das 1995 in der Welthandelsorganisation (WTO) verankert wurde, die Folgen der Strukturanpassungsprogramme der Weltbank und des Internationalen Währungsfonds und anderer Freihandelsabkommen wie z.B. NAFTA oder EU. Die Medien befassen und befaßten sich monatelang, ja jahrelang mit verschiedenen Skandalfällen einzelner PolitikerInnen. Und die Hochschullehrer? Die sogenannten Achtundsechziger unter ihnen [...] sind in Deutschland (anders als in Kanada, den USA, Frankreich) unter den AktivistInnen der internationalen Protestbewegung gegen die neoliberale Globalisierung **nicht** zu finden. Es hat hier bis heute keine offene, breite Diskussion im Parlament und in der Öffentlichkeit über diese Freihandelspolitik stattgefunden. Was dagegen herrscht, ist ein völlig nebulöser Begriff der Globalisierung.

Wenn Sie heute fragen, was denn Globalisierung eigentlich bedeutet, bekommen Sie die abenteuerlichsten Erklärungen zu hören: globale Vernetzung durch das Internet, die zu einem „globalen Dorf“ führe, Begegnung der Kulturen, Verbreitung von Demokratie, Freiheit, Gleichheit und schließlich Ewiger Friede. Die multinationalen Konzerne werden nicht müde, diese neue Sozialutopie als Resultat ihrer FREIHANDELSPOLITIK zu predigen. Doch die kürzeste und meiner Meinung nach korrekteste Definition des Begriffes Globalisierung wurde von dem Verwaltungspräsidenten einer der größten transnationalen Firmengruppen, der ASEA BROWN BOVERY (ABB) Gruppe, Percy N. Barnevik gegeben:

„Ich würde Globalisierung als die Freiheit für meine Gruppe von Unternehmen definieren, zu investieren, wo und wann sie will, zu produzieren, was sie will, zu kaufen und zu verkaufen, wo sie will, und die möglichst geringsten Restriktionen zu unterstützen, die aus Arbeitsgesetzen und sozialen Übereinkünften resultieren“ (TAGESANZEIGER, 15.1.2001).

Dieser Definition ist eigentlich nichts mehr hinzuzufügen. Die Regierungen fast aller Länder der Welt, gleichgültig, ob sie sich als konservativ/liberal oder sozialistisch/sozialdemokratisch oder grün/sozialdemokratisch verstehen, haben die Wirtschaftspolitik ihrer Länder wie auf einem Tablett den Transnationalen Konzernen, den sog. Global Players überreicht, damit diese im Sinne der obigen Definition ungehindert durch nationale oder internationale Gesetze und Übereinkünfte ihr Wachstum und ihren Profit fördern können.

Viele Leute fragen immer wieder, mit welchen Begründungen denn die gewählten Volksvertreter vor etwa 10-15 Jahren diese neoliberale, konzerngesteuerte Globalisierungspolitik ohne Wenn und Aber und ohne eine öffentliche Diskussion durchgesetzt haben. [...] Die oberflächlichsten Erklärungen kommen von den Global Players selbst. So sagte Frau Thatcher 1979, als sie die englische Wirtschaftspolitik nach den Lehren des Neoliberalismus umstrukturierte - das war noch vor dem Fall der Berliner Mauer -: THERE IS NO ALTERNATIVE - TINA. Seither leiden die meisten Regierungen und auch die meisten BürgerInnen unserer Länder unter dem TINA-Syndrom: Es gibt keine Alternative. Dieser Glaube wurde nach dem Zusammenbruch des Sowjetsystems noch verstärkt. Herr Henkel, ehemaliger Vorsitzender des BDI, schrieb in einem Streitgespräch des GREENPEACE MAGAZINS (Mai 2001): „Der Widerstand gegen die Globalisierung ist zwecklos und kontraproduktiv. Zwecklos, weil man

sie nicht aufhalten kann. Wenn es draußen heiß ist, gehe ich ja auch nicht trotzig mit Schal und Wollmütze vor die Tür und beschwere mich über die Hitze.“

Also, die Globalisierung ist wie das Wetter. Sie ist da und wird bleiben. Andere sagen, die Globalisierung sei wie die Schwerkraft. Hier einige der gebräuchlichsten Metaphern: Der ungehinderte globale Freihandel schafft ein „ebenes Spielfeld“. Wenn große und kleine Firmen ungehindert durch staatliche Regelungen überall miteinander konkurrieren können, dann entsteht, im Sinne des Vaters des Liberalismus, Adam Smith, das größte Wohl für alle. Oder, in Abwandlung des bekannten Trickle-Down Arguments: Wenn die Flut steigt, dann steigen nicht nur die Luxusjachten, sondern auch die kleinen Fischerboote. Die Vision des globalisierten Kapitalismus ist demnach, daß es keine Vision mehr gibt, daß man sich - pragmatisch - den gegebenen Sachzwängen wie der Schwerkraft unterwerfen müsse. TINA. Doch TINA beruht nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern stellt in Wirklichkeit ein Glaubenssystem dar. Das hat niemand deutlicher formuliert als Herr Maucher, der Chef von Nestlé und Präsident des Internationalen Handelstages. Er sagte: „Tatsächlich kann man ja keinem normalen Menschen mehr erklären, daß jeden Tag die Aktienkurse steigen und gleichzeitig mehr Leute auf die Strasse gesetzt werden. Nur, wahr bleibt auch: Wettbewerbsfähigkeit ist am Ende die sicherste Methode, Arbeitsplätze zu schaffen - auch wenn der Weg dahin manchmal rauh ist.“ (zit. In Mies/v. Werlhof 1998 S. 166).

Es geht also um Glauben: ohne Wettbewerb keine Investition, ohne Investitionen keine Arbeitsplätze. Obwohl die tägliche Erfahrung uns zeigt, daß diese Behauptungen nicht stimmen, sollen wir daran glauben.

Der Washington Consensus

Das Credo des Neoliberalismus wurde 1989 von dem amerikanischen Ökonomen Williamson in 10 Glaubenssätzen niedergeschrieben, die als WASHINGTON CONSENSUS bekannt wurden. Dieser Washington Consensus versprach allen Regierungen, vor allen denen der armen Länder, daß alle ihre Probleme gelöst werden würden, wenn sie als zentrales Ziel der Wirtschaft die Regeln des globalen Freihandels akzeptieren würden, nämlich:

1. Wichtigstes Ziel der Wirtschaft ist Wachstum. Wachstum schafft Arbeitsplätze, Reichtum, Entwicklung, Gleichheit, Demokratie
2. Ökonomische Globalisierung: Alle Grenzen müssen für den globalen Verkehr von Waren, Dienstleistungen, Kapital, Investitionen geöffnet werden
3. Privatisierung
4. Deregulierung (Liberalisierung): Regeln und Gesetze, die diesen Freihandel behindern, müssen dereguliert werden
5. Globaler Freihandel; nicht lokale Produktion ist die Quelle des Reichtums
6. Einschränkung der Rolle des Staates, vor allem in der Wirtschaft
7. Senkung der Steuern für Unternehmer
8. Einschränkung der Staatsausgaben, z.B. für Gesundheit, Bildung, Soziales usw.
9. Ungehinderte Konkurrenz aller gegen alle zur Ankurbelung der Leistung
10. Liberalisierung des globalen Freihandels

Nicht nur die Regierungen der armen Länder haben diesen Washington Consensus akzeptiert. Die meisten von ihnen wurden dazu allerdings durch die Weltbank und den IWF und seine Strukturanpassungsprogramme (SAP's) gezwungen. Wer Kredite der Weltbank haben wollte,

mußte die Wirtschaft nach den obigen Regeln umstrukturieren. Doch auch die Regierungen der reichen Länder, ihre Medien und ihre Universitäten haben den Washington Consensus wie ein Naturgesetz akzeptiert - TINA. Warum? Ein Grund: Viele unserer Konsumgüter wurden billiger. Ein zweiter: Immer mehr Menschen wurden in die Logik der Kapitalakkumulation durch Aktienbesitz eingebunden, selbst StudentInnen. Wo soll in dieser versteinerten TINA-Situation in den Hochschulen eine andere Sozialutopie entstehen, wenn der einzige Wert der Shareholder Value ist?

Der Abfall vom Glauben an das neoliberale Credo

Ehe es wieder zu anderen Visionen kommen kann, müssen zunächst viele Menschen in vielen Ländern vom Glauben an die Verheißungen des globalen Freihandels abfallen. Dieser Abfall vom Glauben ereignet sich jedoch, wie wir inzwischen wissen, nicht zuerst in den Elfenbeintürmen der Hochschulen. Nicht einmal jetzt, wo doch die WTO - im Rahmen des globalen Abkommens über den Handel mit Dienstleistungen (GATS) - dabei ist, den gesamten Bildungssektor von den Grundschulen bis zu den Universitäten in ihren Mitgliedsländern zu deregulieren, zu globalisieren und vor allem zu privatisieren, hören wir etwas von Aufstand und Widerstand gegen diese Politik in den deutschen Hochschulen. Nicht Visionen sind „impossible“, sondern Visionen ausgehend von akademischen Einrichtungen, die sich dem Credo des Neoliberalismus unterworfen haben.

VISIONEN ERWACHSEN AUS WIDERSTAND

Der Abfall vom Glauben und die Entwicklung einer neuen Vision und Hoffnung entstehen nicht in wissenschaftlichen Diskursen im geschützten Raum von Hochschulen und akademischen Zeitschriften. Diese Umkehr ereignet sich im Protest auf den Straßen gegen die angeblich so übermächtigen Global Players, ihre Institutionen und Abkommen. Der Widerstand richtet sich auch direkt gegen die Großkonzerne und Großbanken selbst, die die Gewinner dieser neoliberalen Politik sind. Er richtet sich auch gegen die Regierungen, die ihr Mandat nicht mehr zum Wohl des Volkes ausüben, sondern zu Lakaien der Global Players geworden sind. Nirgendwo wird das deutlicher als bei den Versuchen, die vom GATS geforderte Privatisierung und Liberalisierung der öffentlichen Dienstleistungsbereiche (Bildung, Gesundheit, Wasser, Verkehr, Banken, Versicherungen u.a.) voranzutreiben.

Maude Barlow vom Council of Canadians sagte bei der Protestveranstaltung gegen das Weltwirtschaftsforum in Porto Allegre im Januar 2001, das eigentliche Ziel von GATS sei es, die Fähigkeit der Regierungen überall dramatisch oder ganz zu beschneiden, irgendwelche Gesetze im Interesse der Bürger zu erlassen, übrig bliebe nur noch die polizeiliche Kontrolle der Bürger. Bei den Protestveranstaltungen seit Seattle (1999) in Washington, Prag, Nizza, Davos ... konnte dieser Prozeß der Kriminalisierung des internationalen Widerstandes schon beobachtet werden. Immer mehr Polizisten und selbst Streitkräfte mußten die Regierungsvertreter und Global Players vor dem Protest des Volkes schützen. Und immer mehr Menschen beginnen zu fragen, wogegen sich denn dieser wachsende Protest richtet. Es ist heute nicht mehr möglich, ihn lediglich einer Handvoll von jungen Randalierern zuzuschreiben.

Der Washington Consensus ist zusammengebrochen

Spätestens im November 1999 wurde bei der dritten Ministerrunde der WTO in Seattle klar, daß viele Bürgerinnen den Versprechungen der neoliberalen Globalisierer nicht mehr glauben, sondern sie für Betrug hielten. [...] Die Kluft zwischen Arm und Reich war zwischen den

Ländern und innerhalb der Länder größer als je zuvor. Nach zehn Jahren globaler Freihandelspolitik hat sich herausgestellt, daß die unbeschränkte Freiheit und extrem gestiegener Reichtum einiger Personen und Konzerne erkauft wurde mit zunehmender Unfreiheit und wachsender Armut der meisten Menschen in der Welt. Diese Kluft ist seit den achtziger Jahren nicht nur zwischen reichen und armen Ländern wie nie zuvor gewachsen, sondern auch innerhalb der reichsten Länder der Welt: USA, England, Deutschland. Inzwischen geben selbst UNO-Organisationen und gar die Weltbank zu, daß die Kluft zwischen Reich und Arm durch die weltweite Freihandelspolitik in den vergangenen Jahren enorm gewachsen ist. [...]

Das amerikanische Institute for Policy Studies hat nachgewiesen, daß die Durchschnittslöhne in den USA seit 25 Jahren um 10 Prozent gesunken sind. Der Reichtum der 475 Milliardäre der Welt ist gleich dem Einkommen von 50 % der Weltbevölkerung. Von den 100 größten Ökonomien der Welt sind 52 Konzerne. Nur 48 sind Länder. Ähnlich sieht die Entwicklung in England und auch in Deutschland aus, wie der kürzlich veröffentlichte Armuts-/Reichtumsbericht nachweist. In der Dritten Welt ist die Kluft zwischen den Globalisierungsgewinnern und den Globalisierungsverlierern natürlich noch dramatischer. Denn hier bedeutet Globalisierung für viele Menschen einfach, daß ihr Überleben bedroht ist. Das Eindringen großer multinationaler Konzerne in die Landwirtschaft dieser Länder konkurriert die Kleinbauern zugrunde. Die Lieferung von Agrarüberschüssen aus den USA und der EU in diese Länder zu Schleuderpreisen vernichtet Millionen von Kleinbauernexistenzen, die aber dann auch keinen alternativen Arbeitsplatz in der Industrie finden. Die Gentechnik, gekoppelt mit den WTO-Bestimmungen über den Schutz des Intellektuellen Eigentums (TRIPS), und die neuen Patentrechte enteignen die Menschen in der Dritten Welt ihres traditionellen Wissens, machen dieses Wissen zum Privateigentum einiger Konzerne, die dann neue Produkte auf den Markt bringen und Riesenprofite machen. Gleichzeitig wird die biologische Vielfalt dieser Länder durch die Monokultur zerstört, die diese Agrarmultis in diese Länder einführen.

Die ökologischen und sozialen Folgen der Globalisierung der Wirtschaft haben in Indien zu ganzen Epidemien von Selbstmorden von Bauern geführt, die zunächst den Versprechungen des Agrobusiness geglaubt haben, z.B., daß gentechnisch manipulierte Baumwolle produktiver sei. Der Anbau dieser Baumwolle war eine einzige Katastrophe, viele Bauern machten Bankrott und sahen nur noch einen Ausweg im Selbstmord. Es sind jedoch nicht nur die Regeln des durch die WTO geschützten Freihandels, der Millionen von Bauern weltweit in den Ruin, in die Verzweiflung und in den Selbstmord treiben. Auch die Strukturanpassungsprogramme der Weltbank und des IWF, die den verschuldeten Ländern aufgezwungen werden, haben ähnliche Folgen. Die Regierungen dieser Länder müssen ihre öffentlichen Ausgaben für Schulen, das Gesundheitswesen und andere soziale Aufgaben reduzieren. Sie müssen ihre Tore für Importe und Investoren aus den reichen Ländern öffnen, was meist zum Ruin kleiner einheimischer Betriebe führt. Sie müssen oft ihre Währung abwerten, die Löhne der Arbeiter müssen gesenkt werden, staatliche oder halbstaatliche Betriebe müssen privatisiert werden, die Landwirtschaft muß auf Exportproduktion umgestellt werden. [...]

Das Ende der Demokratie, weitere Zerstörung der Umwelt, Bedrohung der Gesundheit, Erodierung der Arbeiter-, Sozial- und Menschenrechte und einer Wirtschaftspolitik im Dienste der Menschen.

Den Menschen, die in Seattle, Prag, Washington, Nizza und Davos auf die Straße gingen, war klar, daß Globalisierung, Liberalisierung, Privatisierung (GLP) nicht nur die Kluft zwischen den Reichen und Mächtigen innerhalb und zwischen den Ländern verbreitert hat, sondern daß auch die in mehreren Jahrhunderten erstrittenen Arbeiter-, Sozial- und Menschenrechte auf der Strecke blieben, daß der Schutz und die Bewahrung der Schöpfung dem ungehinderten

Profitstreben nachgeordnet würde, daß alles und jedes auf dieser Erde nur noch als Ware gesehen würde, Ware die nur der weiteren Akkumulation von Kapital dienen soll und vor allem, daß das, was wir bisher noch unter Demokratie verstehen, mit dem globalen Freihandel nicht zu vereinbaren ist. [...] Transnationale Konzerne können sich nicht global und „frei“ entfalten, wenn die Gefahr besteht, daß die Wirtschaftspolitik der Länder, in denen sie operieren, eventuell alle 4 Jahre durch die Wahlentscheidung der Bürger geändert wird. Dies und nichts anderes ist der Grund für die Schaffung von Institutionen wie die WTO und von vielen anderen Freihandelsabkommen. Einmal geschaffen sind sie quasi immun gegen demokratische, parlamentarische Veränderungen. Die Zerstörung demokratischer Grundlagen war und ist darum einer der Hauptkritikpunkte der Protestierer auf den Straßen von Seattle, Prag, Nizza, Davos, Quebec und in Genua. Die Geheimhaltungspolitik, die die Verhandlungen aller dieser Abkommen umgibt, ihr Mangel an Transparenz und Bürgerpartizipation sind darum nicht „Fehler“, die durch gewisse Reformen behoben werden können, sondern gehören zu den Strukturelementen der globalen, konzerngesteuerten Freihandelspolitik. Wer das eine will (Demokratie) kann das andere nicht haben (globalen Freihandel).

DIE NEUE VISION: EINE ANDERE WELT IST MÖGLICH.

Die Erkenntnis, daß die Versprechungen des neoliberalen Globalismus Betrug sind, erwuchs in lokalen, nationalen und internationalen Widerstandsaktionen, in dem, was ich die GLOBALISIERUNG VON UNTEN genannt habe (Mies 2001). Den GlobalisierungsgegnerInnen wird jedoch fast immer die Frage gestellt: Wenn ihr gegen den globalen Freihandel seid, welche andere Wirtschaft und Gesellschaft schlägt ihr dann als Alternative vor? Womit wir bei den Visionen sind. Die Antwort auf diese Frage fängt überall damit an, daß die Menschen das TINA-Syndrom zurückweisen, daß sie aufhören, zu glauben, daß es keine Alternative gibt. Viele der Slogans in Seattle, Prag und den anderen Gegengipfeln machen diese Zurückweisung deutlich: „People and the Planet over Profit“, oder: „Die Welt ist keine Ware“, oder: „EINE ANDERE WELT IST MÖGLICH“ (Porto Allegre 2001). Die Via Campesina, das internationale Netzwerk oppositioneller Bauernbewegungen, formulierte den Slogan: „Globalise Resistance, Globalise Hope“ (Mies 2001).

Genau darum geht es, die weltweite Protestbewegung gegen eine Wirtschaftspolitik, die Wachstum und Profit über alles stellt, ist gleichzeitig der Anfang der Hoffnung, daß eine andere Welt möglich ist. Ohne Hoffnung keine Vision. Obwohl sich die neue weltweite soziale Bewegung gegen die Globalisierung aus verschiedenen Initiativen, Interessensgruppen, Traditionen und Kulturen zusammensetzt, obwohl sie keiner einheitlichen Ideologie folgt, hat sie doch so etwas so etwas wie eine gemeinsame Vision. Diese Vision fängt überall damit an, daß die Menschen die Kontrolle über ihre unmittelbaren Lebensbedingungen wieder zurückfordern. Sie akzeptieren nicht mehr, daß über ihr Essen, ihre Luft, ihr Wasser, die Krankenversorgung, die Schulen, die Umwelt, den Personennahverkehr, und viele andere Bereiche ihres unmittelbaren Lebens in irgendwelchen Chefetagen ferner multinationaler Konzerne oder von Bürokraten in Brüssel oder in Genf im Namen von Abkommen, die sie nicht kennen, entschieden wird.

Diese Vision ist jedoch nicht, wie einige akademische Kritiker meinen, nur ein „Pfeifen im Walde“ oder eine hilflose und konzeptionslose Selbstüberschätzung. Sie basiert auf einer genauen Kritik der Zustände, die von den Globalisierern wie eine Naturgewalt hingestellt werden. Sie weist an vielen Beispielen nach, daß diese Zustände „gemacht“ wurden, an bestimmten Orten, zu bestimmten Zeiten und von bestimmten Akteuren. Sie sind weder Zufall, noch notwendig. Und was von Menschen gemacht wurde, kann auch von Menschen geändert werden. Das ist die wesentlichste Einsicht für jede Vision einer anderen Gesellschaft.

Das zweite, was zu dieser Vision zu sagen ist, ist, daß es nicht DIE Alternative zu der herrschenden Weltunordnung gibt, sondern daß sich viele Menschen in vielen Initiativen und Organisationen in den verschiedenen Ländern der Welt Gedanken über eine andere Wirtschaft, Gesellschaft und Politik machen. Und das ist gut so. In meinem Buch GLOBALISIERUNG VON UNTEN habe ich im Schlußkapitel mehrere dieser Alternativvorstellungen oder Perspektiven vorgestellt.

Das dritte, was diese neuen Perspektiven auszeichnet, ist, daß sie nicht bloße Utopien im Sinne von Wunschbildern sind, sondern daß sie schon überall auf der Welt in die Praxis umgesetzt werden, in größeren oder kleineren polit-ökonomischen und sozialen Projekten und Bewegungen. Das wurde vor allem in Porto Allegre (Südbrasilien) deutlich, wo sich im Januar 2001 die GegnerInnen der konzerngesteuerten Globalisierung auf dem Weltsozialgipfel gegen das Weltwirtschaftsforum in Davos trafen. In Davos trafen sich die Global Players und ihre Lakaien. In Porto Allegre trafen sich die KritikerInnen der neoliberalen Globalisierung. Ihr Slogan war und ist: „Eine andere Welt ist möglich“. Doch warum Porto Allegre? Weil Porto Allegre in den Augen all derer, die eine andere Welt für möglich halten, seit einigen Jahren als emblematische Stadt gilt: Seit zwölf Jahren wird Porto Allegre von einer Linkskoalition unter Führung der Arbeiterpartei (PT) regiert. Die Stadt hat in vielen Bereichen - Wohnungswesen, Personennahverkehr, Straßenreinigung, Müllabfuhr, ambulante und stationäre Krankenversorgung, Kanalisation, Umwelt, sozialer Wohnungsbau, Alphabetisierung, Schulbau, Kultur, öffentliche Sicherheit und vieles mehr - spektakuläre Fortschritte vorzuweisen. Das Geheimnis dieses Erfolgs ist das Mitbestimmungsbudget, das heißt, die BewohnerInnen der verschiedenen Stadtviertel können konkret und demokratisch über die Verwendung der Gemeindegelder bestimmen. In ihrer Hand liegt die Entscheidung darüber, welche Bereiche der Infrastruktur geschaffen oder verbessert werden. Und sie haben die Möglichkeit, den Fortgang der Arbeiten und die Finanzierung aus nächster Nähe zu beobachten. Weil damit die Veruntreuung öffentlicher Gelder oder Amtsmissbrauch unmöglich gemacht werden, entsprechen die Investitionen ziemlich genau den mehrheitlichen Wünschen der Stadtbevölkerung.

[...] Ein entscheidender Punkt mehrerer dieser Perspektiven ist die Konzentration auf die lokale oder regionale Ökonomie. Die KritikerInnen des Globalismus sind sich klar darüber, daß eine ökonomische und politische Kontrolle über unsere unmittelbaren Lebensbedingungen nur in kleineren Wirtschaftsräumen möglich ist, in denen die Menschen noch, wie in Porto Allegre tatsächliche demokratische Mitwirkung bei der Gestaltung der öffentlichen Dinge haben können. Auch diese Perspektive ist keine bloße Utopie, sondern wird z.B. von den Grünen in England, zusammen mit einigen Nichtregierungsorganisationen (NRO's) bereits ausprobiert. Ausgelöst wurde diese Bewegung dort vor allem durch den BSE-Skandal. Die Menschen wollen wissen, was sie essen, sie verlangen Nahrungssouveränität. Die englischen Grünen haben eine breitere Kampagne gestartet, die den Titel hat: „PROTECT THE LOCAL GLOBALLY“ (SCHÜTZEN WIR DIE LOKALE WIRTSCHAFT, ÜBERALL, Colin Hines).

Die Subsistenzperspektive

Als Ökofeministin bin ich mit vielem, was Colin Hines und seine FreundInnen in England propagieren und praktizieren, einverstanden: Regionalisierung, Ökologisierung, Lokalisierung, neuer Internationalismus, neue, partizipative Demokratie usw. Doch bei fast allen neuen Alternativentwürfen gegen den neoliberalen Globalismus fehlt ein Punkt, der für uns Feministinnen entscheidend ist. Wir können keine Vision einer anderen, besseren Welt akzeptieren, bei der das patriarchalische Mann-Frau-Verhältnis nicht revolutioniert wird. Wir sehen dieses Verhältnis nicht nur als Analogie zu dem Verhältnis Mensch-Natur, sondern als strukturelle Grundbedingung für das Funktionieren des neoliberalen, wachstumsbesessenen Kapitalismus.

Ohne Patriarchat keine unendliche Kapitalakkumulation! Dieses Verhältnis ist durch bloße Gleichstellungspolitik nicht zu verändern, denn es nützt nichts, wenn Frauen „gleichberechtigt“ das machen, was Männer heute in diesem System machen. Das System als Ganzes muß geändert werden.

Wir schlagen für diese notwendige Veränderung das vor, was wir die Subsistenzperspektive nennen: Sie bedeutet als erstes, daß Menschen einen anderen Begriff von „GUTEM LEBEN“ zurückgewinnen als den, den das Kapital ihnen anbietet: nämlich viel Geld und volle Supermärkte, daß nicht mehr die Warenproduktion und die unendliche Geldvermehrung im Mittelpunkt aller gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Aktivitäten stehen, sondern die unmittelbare LEBENSPRODUKTION bzw. die SUBSISTENZPRODUKTION. An dieser Subsistenzproduktion müssen sich Männer wie Frauen zu gleichen Teilen beteiligen. Wie bei den anderen Perspektiven hat auch die Subsistenzperspektive schon begonnen. In Ländern des Südens, wie des Nordens, in der Stadt wie auf dem Land. [...] Denn die Subsistenzperspektive ist nicht nur wünschenswert, sie ist notwendig. Das gilt nicht nur für Länder und Gesellschaften, die Opfer der neoliberalen Raubzüge wurden, (die Länder des Südens und des ehemaligen Sowjetblocks) sondern auch für die Zentren des globalen Kapitalismus. Die BSE-Krise hat mehr als alles andere deutlich gemacht, daß wir in nur kleineren, ökologisch orientierten Wirtschaften so etwas wie Nahrungssouveränität haben können. Doch dies ist sozialverträglich nur dann möglich, wenn die Kosten nicht auf Frauen und andere „Minderheiten“ abgeschoben, „externalisiert“ werden.

Subsistenz bedeutet „Freiheit IN der Notwendigkeit“, nicht Überwindung (Transzendenz) des Reiches der Notwendigkeit. Dies setzt ein anderes Naturverhältnis voraus als das uns bekannte Herrschaftsmodell. Es bedeutet Frieden mit und in der Natur. [...] Subsistenz bedeutet vor allem Frieden zwischen den Geschlechtern. Aber dieser Friede setzt die Überwindung patriarchaler und kapitalistischer Herrschaft voraus. Er kann nicht durch die Anpassung der Frauen „nach oben“ (Gleichstellung, heute: Gender Mainstreaming) erreicht werden, sondern nur durch die Umorientierung von Männern und Frauen nach einem anderen Modell des „guten Lebens“. Subsistenz bedeutet nicht Armut und Rückschritt, sondern Fülle und einen neuen Internationalismus, der auf Gegenseitigkeit, neuen Gemeinschaften und neuen gesellschaftlichen Verhältnissen beruht. Als Slogan für diese Perspektive haben wir das Motto brasilianischer Landarbeiterinnen gewählt, die 1992, vor dem Rio-Gipfel während eines Workshops feststellten, daß sie und die Natur es waren/sind, die all den Reichtum schufen und nicht die ausländischen Konzerne: „ES LEBE DIE FÜLLE!“

LITERATUR:

- Bennholdt-Thomsen, Veronika/Maria Mies: Eine Kuh für Hillary. Die Subsistenzperspektive, Frauenoffensive, München 1998
- Bennholdt-Thomsen, Veronika, Nicholas Faraclas, Claudia v. Werlhof (eds.): There is a Alternative. Subsistence and worldwide resistance to corporate Globalisation, Zed Books, London 2001
- Gray, John: False Dawn. The delusions of global Capitalism, Granta Books, London 1998
- Mies, Maria/Claudia von Werlhof 1998: Lizenz zum Plündern. Das Multilaterale Abkommen über Investitionen (MAI), Globalisierung der Konzernherrschaft und was wir dagegen tun können, EVA/Rotbuch, Hamburg 1998
- Mies, Maria/Vandana Shiva: Ökofeminismus. Beiträge zur Praxis und Theorie, Rotpunkt, Zürich 1995
- Mies, Maria: Globalisierung von unten. Der neue Kampf gegen die wirtschaftliche Ungleichheit, Rotbuch, Hamburg 2001

ACTION FOR COMMUNITY ORGANISATION, REHABILITATION AND DEVELOPMENT (ACCORD)

Auszüge aus der Doktorarbeit von Dr. med. Christiane Fischer, Mitbegründerin des Adivasi-Tee-Projektes (atp) und Mitarbeiterin der BUKO-Pharma-Kampagne, über die Effektivität der Dorfgesundheitsarbeiterinnen unserer indischen Partnerorganisation ACCORD. In diesem Abschnitt stellt sie ACCORD und insbesondere das Gesundheitsprogramm von ACCORD vor, im darauf folgenden Artikel die Ergebnisse ihrer „partizipatorischen Aktionsforschung“.

ACCORD (**AC**tion for **CO**munity **O**rganisation, **R**ehabilitation and **D**evelopment) ist eine NGO (Non Governmental Organisation) und versteht sich als integriertes Entwicklungsprogramm gegen die Armut der Adivasi-Bevölkerung des Gudalurtales in Tamil Nadu. Es arbeiten bei ACCORD z.Z. ca. 150 Menschen, davon 15 Nicht-Adivasis; diese sind ausnahmslos InderInnen. Alle Entscheidungen werden - der eigenen Kultur entsprechend - demokratisch und nach dem Konsensprinzip getroffen, d.h., Entscheidungen werden so lange diskutiert, bis alle sie mittragen können. Für jeden Arbeitsbereich finden wöchentliche bis monatliche Treffen statt, die Vollversammlung (All-Team Meeting), das oberste beschlußfassende Organ tagt monatlich.

Landrecht

Der erste Schwerpunkt der Arbeit von ACCORD war die Frage des **Landrechts**, die die Analyse der Lebensgrundlage der Adivasis als zentralsten und wichtigsten Punkt ergab. 1986, vor der Gründung von ACCORD, waren nur 12 % der Familien in dem Besitz von Land. Die entsprechende soziale Bewegung fand ihren Höhepunkt 1988 in Gudalur mit der ersten Adivasi-Demonstration in der Geschichte Indiens. Aufgrund der Erkenntnis, daß Land nicht das einzige Problem war, entstanden dann nach und nach alle anderen Arbeitsbereiche von ACCORD:

Adivasi Munutram Sangham (AMS)

Sanghams: Alle in ACCORD organisierten Dörfer sind auf Dorfebene in Sanghams, Dorfversammlungen, organisiert, die alle Entscheidungen bezüglich des Dorfes treffen. Dazu bildet ACCORD **Animatoren** aus, die die Sanghamarbeit in den Dörfern der jeweiligen Bezirke koordinieren. In jedem Dorf wählt der Sangham einen Sanghamleiter. Alle Sanghams zusammen bilden den **Adivasi Munutram Sangham (AMS)**, in dem die Animatoren auf der Bezirksebene zusammen mit den Gesundheitsarbeiterinnen (GA)¹² und den LehrerInnen das Area-Team bilden, das das Entscheidungsorgan für den Bezirk ist und sich wöchentlich trifft. **Der Gudalurkreis ist in acht Bezirke unterteilt.** Die Area-Teams entsenden jeweils VertreterInnen zu den monatlichen Delegiertentreffen aller Areas, dem Hospital Committee Meeting und allen anderen Treffen nach Gudalur. Diese Doppelstruktur von AMS und ACCORD ist deswegen sehr interessant, weil sie neben ACCORD, der Organisation, in der auch Nicht-Adivasis an entscheidenden Stellen mitarbeiten, eine reine Adivasi- Organisationsform darstellt. Da ACCORD plant, sich nach einigen Jahre wieder aus dem Gebiet zurückzuziehen, um die eigenständige, selbstbestimmte Entwicklung der Adivasikultur zu ermöglichen, ist diese Doppelstruktur unabdingbar für die Erfolgchancen des Konzepts. Immer mehr wichtige Funktionen werden in die Hände von AMS gelegt (z.B. die organisatorische Leitung des Krankenhauses oder die Organisation des Teeanbauprogramms).

¹² Die Gesundheitsarbeiterinnen bei ACCORD sind ausschließlich Frauen.

Teeanbau

Da sich die Gegend in einem Teeanbaugebiet befindet, erscheint Tee als eine ideale Erwerbsmöglichkeit. Inzwischen bauen ca. 400 Familien auf kleinen Flächen Tee an, wobei ½ Acre¹³ ca. ein Monateinkommen von 600 Rp.¹⁴ gewährleistet. Außer dem finanziellen Profit ist die Steigerung des Selbstwertgefühls hierbei sehr wichtig. Neben der individuellen Förderung des Teeanbaus von einigen Familien auf deren eigenem Land besteht ein neues Konzept von AMS im genossenschaftlichen Erwerb einer Teeplantage. [...] Durch den wirtschaftlichen Gewinn der Teeplantage soll die Finanzierung der Institutionen der Organisation (Krankenhaus, Schule, Hausbauprogramm etc.) auf Dauer gewährleistet sein.

Landwirtschafts- und Veterinärprogramm

Um die Unterernährung und Fehlernährung zu bekämpfen, wurde in den Dörfern der Anbau landwirtschaftlicher Nutzpflanzen sowie die Tier- und Fischzucht gefördert.

Hausbauprogramm

Ein junges ArchitektInnenehepaar versucht mit einer Gruppe Adivasis, lebensgerechte Häuser in den Dörfern zu bauen, deren Kosten bezahlbar bleiben. Unterstützt wird dieses Programm seit 1995 von der Welthungerhilfe sowie vom indischen Ministerium für Technik.

Bildungsprogramm

Einige Adivasis wurden zu LehrerInnen ausgebildet und diese in Zusammenarbeit mit der Regierung Tamil Nadus in den staatlichen Schulen eingesetzt. Daneben wurden auch eigene Schulen aufgebaut und Ausbildungsplätze in verschiedenen handwerklichen Berufen geschaffen. Seit April 1996 gibt es auch eine „English Medium School“, in Indien eine unabdingbare Voraussetzung für die Chance auf einen akademischen Beruf. Besonders hervorzuheben ist noch die Tatsache, daß im Verlauf des Jahres 1995 ein Team indischer LinguistInnen gemeinsam mit einer Gruppe Adivasis eine eigene Schrift für die Adivasi-Sprachen zu entwickeln begonnen hat und das erste eigene Schulbuch in Panya gedruckt wurde und zum Einsatz kam. An der Gestaltung dieses Buches haben zwei Adivasis mitgewirkt, die selbst nicht lesen und schreiben können. [...]

Stan Thekaekara, Initiator von ACCORD, über die Anfänge des Teeprojekts:

Als wir 1986 mit dem Teeprojekt anfangen, mußte ich von Feld zu Feld gehen und buchstäblich darum betteln, daß die Leute sich daran beteiligen. Immer wieder bekam ich zur Antwort: „Das geht doch nicht, wie können wir als Adivasi Teeplanzer werden!“ So tief saß das Gefühl der eigenen Minderwertigkeit ... Nun, wir konnten dann doch einige von ihnen überzeugen, es wenigstens zu versuchen, und die Erfahrungen waren gut. Heute sind 1.200 Familien mit 175 ha Land am Teeprojekt beteiligt, und jedes Jahr kommen viele neue Familien dazu. Durch den Tee haben sie ein regelmäßiges Einkommen. Und was noch wichtiger ist: Diese Menschen werden sich ihr Land nicht wieder abschwatzen lassen, denn sie wissen nun, daß es einen Wert für sie hat. Gar nicht zu überschätzen ist auch der Prestigegewinn, denn Tee gilt traditionell als „rich man's crop“, als Produkt der Reichen und Mächtigen. Die Adivasi haben an Selbstbewußtsein gewonnen. Um nicht als einzelne in die Abhängigkeit von Aufkäufern zu geraten, haben sie eine eigene Vermarktungskoooperative gegründet, die ihre gesamte Ernte an eine lokale Teefabrik verkauft. Das hört sich einfacher an als es ist, denn die Pflanzungen sind weit voneinander entfernt. Ein hohes Maß an Organisation ist nötig, um den Tee am gleichen Tag zu ernten, zur Sammelstelle und weiter zur Fabrik zu bringen.

¹³ 1 Acre = 2,47 ha

¹⁴ Bezüglich der Kaufkraft kann man davon ausgehen, daß die Kaufkraft einer DM in der BRD ca. der Kaufkraft von ein bis zwei Rp in Indien entspricht..

Die Teeplantage „Madhuvana“

Nach jahrelanger Planung konnte ACCORD im Juni 1998 mittels eines Kredites des Charities Advisory Trusts (UK) für die Adivasi des Gudalur-Tales die Teeplantage „Madhuvana“ (d.h. „Honigwald“) für 23 Millionen Rupies (rund 1,2 Millionen DM) erwerben. Die Plantage hat eine Gesamtfläche von 176 Acre (71,2 Hektar). Ihre Nutzung verteilt sich folgendermaßen:

- Der größte Teil der Plantage dient dem Tee- (rund 80 Acre) bzw. Kaffeeanbau (ca. 20 Acre) Ein weiteres Produkt ist Pfeffer, der an den Schattenbäumen für die Tee- und Kaffeesträucher emporwächst.
- 50 Acre (20,2 Hektar) bleiben als relativ unberührter primärer Urwald erhalten. Dort leben verschiedenste Tiere wie z.B. Elefanten, Leoparden, Pythons und wohl auch eine Königskobra.
- Die verbleibende Fläche wird z.Z. nicht genutzt und ist als Brachland mit älteren Teesträuchern bewachsen.

Mit der Plantage verfolgt ACCORD fünf Ziele zugunsten der Adivasi:

- Die Plantage dient – wie schon die Teepflanzenzucht – der Steigerung von Ansehen und Selbstbewußtsein der Adivasi, da der Besitz einer Teeplantage einen hohen sozialen Status verleiht.
- Durch die Plantage entstehen Arbeitsplätze mit menschenwürdigen Arbeitsbedingungen für die Adivasi; Arbeitsbedingungen, die in der Region nicht überall Normalität sind.
- MitarbeiterInnen von ACCORD bilden Adivasi in Plantagen-Management und Tee-Vermarktung aus, so daß diese die Leitung der Plantage sowie den Vertrieb des Tees und der anderen Produkte übernehmen können.
- Entsprechend ihrer Tradition bewirtschaften die Adivasi die Plantage gemeinschaftlich und nutzen sie als Kollektiveigentum. Ein Teil der Gewinne wird zur Finanzierung ihrer Sozialeinrichtungen (v.a. Krankenhaus und Schulen) verwendet, welche der gesamten Adivasi-Gemeinschaft im Gudalur-Tal zur Verfügung stehen (und auch offen sind für Nicht-Adivasi).
- Jener Plantagenteil, der von relativ unberührtem primärem Urwald bewachsen ist, soll es den Adivasi ermöglichen, ihr traditionelles Wissen über Heilpflanzen zu erhalten bzw. wiederzufinden und an kommende Generationen weiterzugeben.

Auf der Plantage arbeiten ca. 70 Frauen als Pflückerinnen. Der von der Adivasi-Plantage produzierte Tee wird zu rund 90% in Indien vermarktet, z.T. in direktem Austausch mit anderen Selbsthilfeprojekten (z.B. Saris gegen Tee). Die restlichen 10% werden – vor allem, um das Projekt bekannt zu machen – auch in Europa v.a. durch Direktvertrieb angeboten.

Das Adivasi-Tee-Projekt hat sich – neben der Bildungsarbeit über die Situation der Adivasi – zum Ziel gesetzt, den Adivasi bei der Abzahlung ihres Plantagenkredites zu helfen. Damit wollen wir sicherzustellen, daß die Gewinne aus dem Teeverkauf alsbald vollständig zur unabhängigen und dauerhaften Finanzierung ihres Krankenhauses und ihrer Schulen eingesetzt werden können.

Gesundheit

Der Gesundheitssektor ist in zwei Unterbereiche aufgeteilt, die hier zwecks Übersichtlichkeit getrennt aufgliedert werden.

Dorfgesundheitsprogramm

Die Basis dieses Programms war die Ausbildung von **Dorfgesundheitsarbeiterinnen (GA)**, was v.a. zwischen 1987 und 1993 geschah. Die Ausbildung erfolgte in einem vierwöchigen Intensivkurs. Die GA arbeiten in ihren eigenen Dörfern, und können dadurch dazu beitragen, die westliche Medizin zu demystifizieren. Die GA hat im einzelnen folgende Aufgaben:

- Vermitteln der Keimtheorie
- Mittlerin zwischen Dorfkultur und westlicher Medizin

- Behandlung einfacher Erkrankungen (Diarrhöe, fieberiger Infekt, Bronchitis) - die Ausbildung der GA erlaubt das Diagnostizieren der häufigsten Erkrankungen
- Unterstützung von unkomplizierten Geburten
- regelmäßige Untersuchung der Schwangeren
- Erkennen von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (z.B. Steißlage)
- Erkennen schwerwiegender Erkrankungen und Symptome (TBC, Dehydratation, Pneumonie) und Überweisung zu den entsprechenden Einrichtungen
- Unterweisung der Frauen des Dorfes in einfachen präventiven Gesundheitsmaßnahmen (Abkochen von Trinkwasser, Individualhygiene, Haushaltshygiene)

Die Einschätzung der Arbeit der GA seitens des ÄrztInnenteams ist, daß es eine positive Entwicklung bezüglich Impfungen und Schwangerenvorsorge gibt, ebenso einen großen Effekt auf das gesamte Gesundheitsbewußtsein, dagegen wird die Kosten-Nutzen-Rechnung und die dauerhafte Finanzierbarkeit der GA sehr kritisch gesehen, und es besteht die Frage, ob deren Aufgaben nicht von den Subcentern (SC) übernommen werden können. In den SC arbeiten jeweils einE für den gesamten Bezirk zuständigeR Health Animator, wogegen die GA jeweils nur ihr Dorf und die umliegenden Dörfer betreuen.

Die nächste Einheit im Dorfgesundheitssystem ist das **Subcenter** (SC), wobei für jeden der acht Bezirke des Gudalur-Blocks ein Subcenter existieren soll, das von einer/einem Health Animator (HA) geleitet wird, der/die in einem einjährigen Kurs im Krankenhaus ausgebildet wird. Die Subcenter wurden 1994 und 1995 aufgebaut. [...] Die Weiterbildung der Health Animatoren erfolgt durch 14-tägige Besuche der ÄrztInnen, bei denen sowohl der Fortgang der Subcenters überprüft wie auch die Health Animatoren weitergebildet werden. Außerdem finden jährliche Intensivfortbildungen in Gudalur statt - von jeweils einer Woche über den Zeitraum von drei Monaten. Für die GA werden jährliche ein- bis zweiwöchige Fortbildungen in Gudalur abgehalten, außerdem obliegt den Health Animatoren die Aufgabe, die GA in den Subcentern weitergehend zu unterrichten.

Die **mobile Klinik** (MC) ist ein Jeep, der bisher im zweiwöchigen Turnus alle Sangham-Dörfer anfuhr, doch seit 1994 in den Bezirken mit einem Subcenter nicht mehr eingesetzt wird, da die Ansicht des Health Teams besteht, die Subcenter würden die Rolle der mobilen Klinik übernehmen.

Krankenhaus

1990 wurde das **Gudalur Adivasi Hospital** (GAH) gegründet. Der Hauptgrund für seine Gründung bestand in der ungenügenden Behandlung der Adivasis in den staatlichen Krankenhäusern. In diesen wurden die Adivasis als Mittel- und Kastenlose unzureichend oder gar nicht behandelt. Die Folge dieses Versagens war eine sehr hohe Letalität an mütterlichen und kindlichen Erkrankungen. Durch das damals seit drei Jahren bestehende Dorfgesundheitsprogramm hatten die Adivasis begonnen, die medizinischen Möglichkeiten wahrzunehmen und kamen mit schwerwiegenden medizinischen Problemen zu den ÄrztInnen in die Geschäftsstelle von ACCORD. Da es für diese meist nicht möglich war, die PatientInnen dort zu behandeln, überwiesen sie sie weiter zu den staatlichen Krankenhäusern. Durch die Insuffizienz der staatlichen Krankenhäuser kam es aber immer noch zu vielen unnötigen Todesfällen. Das Hauptargument gegen die Gründung eines eigenen Krankenhauses lautete, daß ein Krankenhaus als Teil einer entwicklungspolitischen Organisation immer von Geldgebern außerhalb der Organisation abhängig ist und somit einer Philosophie einer entwicklungspolitischen Arbeit widerspricht, die die finanzielle Unabhängigkeit der Organisation zum Ziel hat. Ein weiteres Gegenargument bestand darin, daß das Krankenhaus die Arbeit der GA dominieren würde. Die Gegenargumente wurden dadurch teilweise ausgeräumt, daß eine Krankenversiche-

rung für alle Sanghammitglieder abgeschlossen werden konnte, die die laufenden Kosten des Krankenhausaufenthaltes außer den Mahlzeiten trägt. Die restlichen Kosten sollen in Zukunft durch den Gewinn getragen werden, den die Teeplantage - im genossenschaftlichen Besitz von AMS - erwirtschaftet. Momentan werden diese von Cebemo, einer niederländischen Hil-
sorganisation, übernommen.

Im Krankenhaus wurden inzwischen 14 Adivasis zu Schwestern und Pflegern ausgebildet, und das gesamte Team außer den vier ÄrztInnen (Chirurg, Gynäkologin, Arzt für Public Health, praktische Ärztin) besteht ausnahmslos aus Adivasis. Ihnen obliegt auch die organisatorische Leitung des Krankenhauses. Das Krankenhaus besteht aus einer täglichen Ambulanz (mit ca. 100-200 PatientInnen) und einem stationären Teil mit 20 Betten bzw. Matten auf dem Boden, da das Schlafen auf Betten den Adivasis fremd ist. Die Besonderheit des Krankenhauses liegt darin, daß für die PatientInnen neben der medizinischen Betreuung der Vorteil in dem Gefühl besteht, daß es ihr eigenes Krankenhaus ist, in dem Angehörige ihrer Kultur arbeiten und in dem ihre Stammsprachen gesprochen werden.

Die Krankenversicherung

ACCORD hat 1992 alle Sanghammitglieder (4.926) für eine Jahresprämie von 16 Rp.¹⁵ versichert. Dabei wurde mit der New India Insurance Company ein Tarif ausgehandelt, der auf die Bedürfnisse der Adivasis zugeschnitten ist. Die Versicherung übernimmt die Kosten außer den Mahlzeiten, die im Zusammenhang mit den Krankenhausaufenthalten im Adivasi-Hospital entstehen (Aufenthalt, Medikamente, Untersuchungen, Operationen). Außerdem übernimmt sie Schäden an den Häusern der Adivasis in Höhe von 1.500 Rp. und zahlt in Todesfällen oder bei dauerhafter Behinderung durch Unfälle eine Prämie von 2.500 Rp. Außerdem können neue Sanghammitglieder sofort versichert werden, so daß sich die Anzahl der versicherten Sanghammitglieder zum Zeitpunkt der Studie auf 8.754 Einzelpersonen (2187 Familien) beläuft. Die Unkosten der Subcenter und der mobilen Klinik werden nicht durch die Versicherung abgedeckt.

ACCORD hat 1992 für die Versicherung der 4.926 Sanghammitglieder 310.030 Rp bezahlt, und diese Summe erhöhte sich durch die Nachversicherung der neuen Sanghammitglieder bis 1996 auf 485.526 Rp. Von den Adivasis wurde eine substituierte Rückzahlung der Versicherungsprämie der Krankenversicherung verlangt: 1992 2 Rp., 1993 4 Rp., 1994 6 Rp., 1995 8 Rp. und 1996 10 Rp. Die restlichen Zahlungen der Krankenversicherung sowie die Zahlung der Zusatzversicherungen werden von ACCORD übernommen. Alle, die diese Versicherungsprämie zurückerstatten, erhalten sämtliche Kosten außer den Mahlzeiten (Medikamente, Untersuchungen, Operationen, Geburten, Aufenthalt) frei, ebenso alle Möglichkeiten der Subcenter und der mobilen Klinik (die von der Versicherung nicht übernommen werden). Sie entrichten eine Bearbeitungsgebühr von zwei Rp. pro Aufenthalt. Die Sanghammitglieder, die die Prämie nicht zurückerstatten, sowie alle Adivasis, die keine Sanghammitglieder sind, bezahlen die Kosten der Medikamente. Die Kosten für Untersuchungen, Operationen, Geburten und Aufenthalt sind auch für sie frei. Alle Nichtadivasis, die in das Krankenhaus kommen, bezahlen alles. Dadurch wird ein Teil der Kosten für die Subcenter und die mobile Klinik gedeckt. 1996 bezahlten 53 % der Sanghammitglieder, d.h. 4640 Personen (1159 Familien), die Versicherungsprämie. Die Versicherungsprämie für die nächsten fünf Jahre wurde 1996 von ACCORD bezahlt.¹⁶

¹⁵ Der Umrechnungskurs beträgt z.Z. 1 DM zu ca. 23 Rp. Diese Rechnung ist allerdings trügerisch, da die Kaufkraft von ein bis zwei Rp. in Indien ungefähr der einer DM in Deutschland entspricht. Das Gehalt eines/r indischen LehrerIn ist ca. 3000 Rp. im Monat.

¹⁶ Weitere Informationen über das Gesundheitsprogramm von ACCORD auf der Website von ASHWINI (Association for Health Welfare in the Nilgiris): <http://www.ashwini.org>

3 Möglichkeiten, die Adivasi in Gudalur zu unterstützen

1.) Durch den Kauf des Tees von der Adivasi-Plantage.

Bezug über:



Chameleon Schüler-GmbH

Melanchthon-Gymnasium
Weißhoferstr. 48
75015 Bretten

Tel.: 07203-57 80 (B.Hitzel)

Fax: 01212-5 14 76 08 14 (12 Cent/Min)

E-Mail: info@tee-link.de

<http://www.tee-link.de/>

oder:

Hammer Kommune

Christiane Fischer
Fangstraße 118
59077 Hamm

Tel.: 02381-404253

E-Mail: dosch.fischer@hammkomm.de

2.) Erwerb von „Shares in Justice“ (symbolische Anteilsscheine an der Teeplantage) bzw. Spenden für ACCORD und/oder das Adivasi-Tee-Projekt (atp)

Spenden für die Teeplantage der Adivasi

Konto-Nr. 395 162 012

Volksbank Chemnitz (BLZ 870 962 14)

Empfänger: Adivasi-Kooperationsprojekt e.V.

Spenden für die inländische entwicklungspolitische Bildungsarbeit des atp

Konto-Nr. 395 162 004

Stichwort: Spende

Volksbank Chemnitz (BLZ 870 962 14)

Empfänger: Adivasi-Kooperationsprojekt e.V.

Für Spenden mit Absenderangabe stellt das Adivasi-Kooperationsprojekt e.V. jeweils zu Beginn des folgenden Jahres Quittungen aus.

3.) Mitarbeit im Adivasi-Tee-Projekt (AG Indien der ESG)



Kontakt: Kurt Bühner

Friedrich.-Ebert-Str. 111/Zi. 125

35039 Marburg

06421-942200

E-Mail: kurt.m.buehner@web.de

<http://www.adivasi-tee-projekt.de>

Basisgesundheitsversorgung bei den Adivasis

Christiane Fischer

Christiane Fischer berichtet über das Gesundheitsprojekt unserer Partnerorganisation ACCORD in Gudalur/Südindien und die Forschung, die sie dort durchgeführt hat. Doch zunächst läßt sie die Gesundheitsarbeiterin Badiji zu Wort kommen:

„Früher, das war vor 15 Jahren, haben wir uns nur hingelegt, wenn wir krank waren und auf die Genesung oder den Tod gewartet. Die Priester haben die Geister unserer Vorfahren angerufen und sie um Rat gefragt. Einige der Alten kannten noch Heilkräuter oder Gegengifte gegen Schlangenbisse. Aber seit der Wald durch die Abholzungen der Reichen zerstört ist, wachsen keine Heilkräuter mehr, und das Wissen gerät in Vergessenheit. Manche können noch Knochenbrüche richten und einige Frauen sind Hebammen. Doch viele sind gestorben, weil sie Angst vor Fremden und vor der westlichen Medizin hatten. Sie sind nicht zu den ÄrztInnen gegangen. Und wenn sie doch in die staatlichen Kliniken gegangen sind, wurden sie nicht behandelt. Man sah uns als Abschaum der Gesellschaft, wir hatten keine Würde und wir hatten kein Geld, die ÄrztInnen zu bestechen. Also sind wir gestorben. Doch das hat sich geändert. Jetzt haben wir unser eigenes Krankenhaus, auf den Dörfern arbeiten wir als Gesundheitsarbeiterinnen. Wir haben das beste Krankenhaus im Kreis, die Schwestern sind Adivasis. Jetzt kommen Nichtadivasis, um sich von uns behandeln zu lassen. Jetzt respektieren sie uns als Menschen. Jetzt haben wir weniger Angst und können mit Fremden reden.“

Selbstorganisation

Badiji ist eine Gesundheitsarbeiterin von ACCORD, einer Selbsthilfeorganisation indischer UreinwohnerInnen (Adivasis) im Gudalurtal in Tamil Nadu/Südindien. Gegründet wurde die Organisation 1986 als Landrechtbewegung, denn – wie viele UreinwohnerInnen überall auf der Welt – waren auch die Adivasis erst von den (britischen) Kolonialherren und später von der einheimischen Oberschicht enteignet worden. Die Landrechtbewegung hatte Erfolg. 1988 kam es in Gudalur zur größten Adivasidemonstration der indischen Geschichte. Sogar die nationale Presse wurde darauf aufmerksam. Rajiv Gandhi versprach jeder Familie in diesem Bezirk 6 ha Land. Das Versprechen wurde nur zu kleinen Teilen eingelöst.

Dennoch konnten nach wie vor die meisten Kinder weder lesen noch schreiben, Frauen starben im Kindbett, viele Kinder an Durchfall, Masern und einfachsten Infektionserkrankungen. Das Konzept von ACCORD besteht darin, ein integratives Programm zur Armutsbekämpfung aufzubauen. Auch Gesundheit und Bildung mußten gewährleistet werden, sollte eine echte Chance zu einer dauerhaften Veränderung der gesellschaftlichen Stellung der Adivasis bestehen. So wurden neben der Landrechtbewegung ein Hausbauprogramm, ein Kulturprogramm mehrere Schulen und der Gesundheitsbereich aufgebaut. Um die finanzielle Selbständigkeit der Organisation zu gewährleisten, wurde eine Teeplantage als Gemeinschaftsbesitz erworben.

Der Gesundheitsbereich besteht aus dem Dorfgesundheitsprogramm und dem Krankenhaus. In den Dörfern versorgen Gesundheitsarbeiterinnen die Bevölkerung mit einfacher präventiver und kurativer Medizin, in den Subcentern betreuen Health Animators den Unterbezirk als „BarfußärztInnen“. Ihnen stehen alle unentbehrlichen Medikamente zur Verfügung. Das Krankenhaus ist von Adivasis für Adivasis. Alle MitarbeiterInnen außer den ÄrztInnen sind Adivasis. Kommen Nichtadivasis als PatientInnen, müssen sie hier den Regeln der Adivasis folgen, so sind z.B. die gemischtgeschlechtlichen PatientInnenzimmer in der übrigen indischen Gesellschaft undenkbar.

Partizipatorische Aktionsforschung

Die Studie „Über die Effektivität der Gesundheitsarbeiterinnen innerhalb der NGO ACCORD“ evaluiert das Dorfgesundheitsprogramm von ACCORD. Als Methode wurde partizipatorische Aktionsforschung angewandt. D.h. die Themenstellung geht vom Gesundheitsteam aus, die Durchführung und Auswertung geschieht gemeinsam mit dem Team, die Forscherin wird als Werkzeug verstanden. Aktionsforschung geht davon aus, daß Forschung über und mit Menschen nicht objektiv sein kann, sondern immer subjektiv bleiben muß. Die Intervention, die während der Forschung geschieht, ist dann nicht mehr ein zu vermeidendes Nebenprodukt, sondern als solche gewollt und wird in der Analyse reflektiert.

Dörfer mit und ohne Gesundheitsarbeiterinnen wurden in der Studie verglichen. Dabei wurden vier Gesundheitsindikatoren bei Kindern und Müttern untersucht (Durchfallhäufigkeit, Schwangerenvorsorge, Impfstatus und Ernährungsstand der Kinder). In einem zweiten Teil wurden Interviews mit Dorfbevölkerung, Gesundheitsarbeiterinnen, Health Animators, politischen KoordinatorInnen und KrankenhausmitarbeiterInnen geführt. Die Studie ergab, daß die Arbeit der Gesundheitsarbeiterinnen in folgenden Bereichen nachweislich effektiv ist:

- In der Wissensvermittlung und Gesundheitserziehung: Die Mütter kennen jetzt die Therapie und Prävention des Durchfalls (orale Rehydratation, Abkochen des Trinkwassers für die Kleinkinder).
- Der Anteil der geimpften Kinder ist deutlich gestiegen (Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern).
- Die Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft sowie das Erkennen von Schwangerschaftskomplikationen hat zugenommen; ebenso das Wissen über eine ausgewogene und gesunde Ernährung der Kinder.
- Durch die Arbeit der Gesundheitsarbeiterinnen haben sich die Ängste vor Fremden, Krankenhäusern und westlicher Medizin verringert.
- Durch die Gesundheitsarbeiterinnen wird sofortige medizinische Hilfe in den Dörfern sowie ein verbesserter Zugang zu den Gesundheitsdiensten gewährleistet.
- Die Gesundheitsarbeiterinnen werden als integraler Bestandteil der Gesamtarbeit aufgefaßt, nur dadurch wird ihre Arbeit als effektiv gesehen.

Folgende Probleme bestehen noch:

- Die Häufigkeit des Durchfalls hat sich trotz verbesserter Trinkwasserhygiene im Vergleich zu den Dörfern ohne Gesundheitsarbeiterinnen ebensowenig verbessert wie das (Unter-)Gewicht der Kinder.
- Es gibt nach wie vor ein massives Alkoholproblem bei den Männern.

Aufgrund der Studienergebnisse wurde gemeinsam mit dem Gesundheitsteam von ACCORD diskutiert: Was hat sich verändert und was nicht? Welche Probleme sind als nächstes anzugehen? Was sind die Stärken und Schwächen des Programms? Folgende Änderungen wurden beschlossen:

- Der positive Effekt der Gesundheitsarbeiterinnen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung soll durch Ausbildung des übrigen Teams im Gesundheitsbereich gesteigert werden.
- Die Trinkwasserhygiene muß weiter verbessert werden.
- Der Alkoholmißbrauch wird nächster Arbeitsschwerpunkt.
- Die dauerhafte, unabhängige Finanzierbarkeit des Gesundheitsprogramms muß gewährleistet werden.

Ein Modell für Alle?

Innerhalb von ACCORD ist eine Basisgesundheitsversorgung realisiert worden, den Adivasis stehen damit ausreichend Gesundheitsdienste zur Verfügung. Es bleibt die Frage, wie diese Erfolge auf andere Organisationen übertragen werden können und nicht ein erfreulicher Einzelfall bleiben. Eine mögliche Antwort darauf lautet: Ein Gesundheitssystem muß sich als integraler Bestandteil eines Programms zur Armutsbekämpfung verstehen. Es muß zur kulturellen und politischen Selbständigkeit der Menschen beitragen, für die und mit denen die Programme entwickelt werden. Und es muß einen Weg zur dauerhaften finanziellen und kulturellen Selbständigkeit einschließen. So ist zwar nicht das Gesundheitssystem direkt auf andere Organisationen übertragbar, aber das zugrundeliegende Konzept.

Quelle: BUKO Pharma-Brief Nr. 4, Juni 1998

Christian Fels: Shanti ist krank

Shanti ist eine Paniya-Frau von 18 Jahren, hat 2 Kinder und lebt im Dorf Moochikunnu. Seit drei Tagen hat sie schreckliche Bauchschmerzen, die immer schlimmer werden. Auch die Medizinfrau ihres Dorfes, die sie um Hilfe gefragt hatte, kann ihr nicht wirklich helfen; das Vertreiben der bösen Geister brachte keinen Erfolg und die alten Heilpflanzen aus dem Wald sind seit der Ausweitung der Teeplantagen so selten geworden, daß die Medizinfrau sie kaum noch findet.

Shanti überlegt, am nächsten Tag das Krankenhaus in Gudalur aufzusuchen, welches 40 km entfernt ist. Dort wird man sie kostenlos behandeln, denn es ist ein staatliches Krankenhaus. Aber ihre Nachbarn raten ihr von dieser Reise ab: der Weg in die Stadt ist weit, anstrengend und kostet viel Geld, die Menschen in der Stadt sind unfreundlich, mögen die Adivasi nicht und selbst im Krankenhaus wird man sie nur ungern behandeln. Da ihre Bauchschmerzen aber immer schlimmer werden, beschließt Shanti dennoch, nach Gudalur zu fahren.

Am nächsten Morgen steht Shanti kurz vor Sonnenaufgang auf, wäscht sich besonders gründlich, zieht ihre beste Kleidung an und macht sich auf den langen Weg zum Krankenhaus in Gudalur. Ihr Weg führt sie zunächst auf einem rutschigen, von Schlingpflanzen und Wasserlöchern gesäumten Trampelpfad durch den Urwald. Nach 2 km Weg und 200 m Höhenunterschied erreicht sie nach einer 1 Stunde eine Dschungelpiste, auf der manchmal auch Jeeps vorbeikommen. Doch ausgerechnet heute hat sie Pech und so muß sie weitere 4 km laufen, bis sie nach noch 1 Stunde die Siedlung Devala zu erreicht. Nachdem sie 30 Minuten gewartet hat, kommt endlich der Bus nach Gudalur, in welchem sogar noch 2 Plätze frei sind. Doch als Shanti sich setzen will, deuten ihr die Leute, daß die beiden Plätze – obwohl sonst niemand mehr zu sehen ist – schon besetzt seien. Also muß Shanti trotz der Bauchschmerzen während der ganzen einstündigen Fahrt nach Gudalur im rumpelnden und dröhnenden Bus stehen.

Gegen Mittag erreicht sie endlich Gudalur und nun sind es nur noch 2 km bis zum staatlichen Krankenhaus. Da sie schon für den Bus 15 Rupien – ein Viertel ihres üblichen Tagesverdienstes – ausgegeben hat, entschließt sie sich, die halbe Stunde bis zum Krankenhaus zu laufen. Als sie dort um 12 Uhr ankommt, hat sie großes Glück, denn die Mittagspause zwischen 12 und 15 Uhr, während der keine Kranken angenommen werden, hat noch nicht begonnen. Hoffnungsvoll wendet sich Shanti an die Rezeption. „Krankheit?“ fragt eine Sekretärin mit unfreundlichem Blick. „Seit Tagen heftige Bauchschmerzen“, antwortet Shanti freundlich in ihrem besten Tamil. „Name?“ – „Shanti“. „Nachname?“ – „Äh“, Shanti beginnt zu stammeln. Wieso Nachname, sie hat doch einen Namen. „Wohnort“ fragt die Sekretärin genervt. „Moochikunnu“. Das Gesicht der Sekretärin verfinstert sich endgültig „Adivasi, hä?“. Jetzt hat die Sekretärin es doch gemerkt. „Ich werde mal fragen, ob wir noch einen Termin frei haben“, sagt sie, geht in das Arztzimmer und kommt erstaunlich schnell wieder zurück. „Heute ist nichts mehr frei, morgen auch nicht und übermorgen sowieso nicht, tut uns leid – auf Wiedersehen“. Shanti ahnt, daß dies eine Lüge ist. Sie wußte zwar, daß die Leute in der Stadt die Adivasi für unsaubere Waldbewohner halten, die angeblich alles essen, was sie finden können. Aber daß selbst die Ärzte mit den Adivasi nichts zu tun haben wollen, hätte sie nicht erwartet. Doch was soll sie machen? Eine Beschwerde *schreiben*? – Sie hat nie schreiben gelernt. Zur Polizei gehen und eine Beschwerde schreiben *lassen*? – Auch die Polizei will mit den Adivasi nichts zu tun haben. Wenn dort überhaupt jemand für sie schriebe, flöge das Papier in den Müll, sobald sie die Station verlassen hätte.

Shantis Bauchschmerzen sind noch schlimmer geworden. Da ihr in der Stadt niemand helfen will, bleibt ihr nichts anderes übrig, als in ihr Dorf zurück zu reisen. Mit Schmerzen geht sie die 2 km vom Krankenhaus zur Busstation zurück, wartet dort 45 Minuten auf den nächsten Bus, in dem sie wieder 1 Stunde stehen muß, läuft dann 4 km von Devala auf der Dschungelpiste bis zur Urwaldgrenze und erreicht nach einer weiteren Stunde – es wird schon dunkel – endlich ihr Dorf. Von der langen Reise fühlt sich Shanti noch viel kranker als schon am Morgen. Eigentlich sollte sie jetzt etwas gesünderes als schlichten, weißen Reis essen, aber dafür reicht das Geld nicht mehr, denn sie hat heute nicht gearbeitet. Schlimmer noch. Sie hat außerdem einen ganzen Tageslohn für die Fahrtkosten ausgegeben. Aber das ist jetzt auch egal. Sie legt sich schlafen, denn sie ist schrecklich müde und ihr Bauch schmerzt immer stärker. Was morgen ist, darüber mag sie gar nicht nachdenken. In der Stadt will und im Dorf kann ihr niemand helfen. Wahrscheinlich wird sie morgen gar nicht erst aufstehen – entweder sie wird von alleine gesund oder sie stirbt.

frei nach der Situation um 1980

Die Adivasi angesichts der Bedrohung durch AIDS

P.G.Premila

P.G.Premila ist emeritierte Pädiatrieprofessorin und hat die pädiatrische Abteilung der Universität Trivandrum geleitet. Sie arbeitet seit ihrer Emeritierung ehrenamtlich bei ACCORD und anderen NGO's in Indien. Der folgende Text war ein Beitrag für die Konferenz „Patents, Profits and AIDS“, veranstaltet von der BUKO Pharma-Kampagne und der Evangelischen Akademie Bad Boll (3.-5. Oktober 2002).

Ich arbeite für ACCORD (Action for Community Organization, Rehabilitation and Development), einer kleinen NGO, in der Stadt Gudalur im Süden Indiens. ACCORD arbeitet mit und für eine indigene Bevölkerung (Adivasi) von ca. 30.000 Menschen. Adivasi bedeutet „erste SiedlerInnen“. Diese Menschen leben seit Menschengedenken in den Wäldern um Gudalur im Einklang mit der Natur und den Lebewesen des Waldes. Heute hat die Regierung die Wälder der Adivasi als „Naturschutzreservat“ übernommen, und mächtige TeeplantagenbesitzerInnen haben sich die kleinen Ansiedlungen angeeignet. Physisch und sozial an den Rand gedrängt, arbeiten die Adivasi jetzt als ArbeiterInnen auf diesen Teeplantagen.

ACCORD, 1986 gegründet, hilft der Adivasi-Bevölkerung dabei, dem neuen Zeitalter und seinen unvermeidlichen Veränderungen mit eigenem Rhythmus, zu ihren eigenen Bedingungen und mit Würde zu begegnen. Die nachhaltigste Art, dies zu tun, bestand darin, ihnen Fähigkeiten zur politischen Organisation, Einkommensbildung, Gesundheit und Bildung zu vermitteln. Mit Hilfe von Adivasi-Freiwilligen, den „Animators“, hat ACCORD AMS gegründet (Adivasi Munnetra Sangham, eine Gesellschaft für den Fortschritt der Adivasi). Während der letzten fünfzehn Jahre ist der AMS zahlenmäßig gewachsen. Die Organisation hat sich weiterer Ausbeutung widersetzt, einen Teil des verlorenen Landes zurück erlangt und neue Möglichkeiten der Einkommensbildung ausgelotet. Sie hat außerdem dafür gesorgt, daß ihre Mitglieder durch Krankenversicherungen in den Genuß von Basisgesundheitsmaßnahmen, Krankenhaus und Gesundheitsvorsorgemaßnahmen kommen und daß die Kinder eine Schulbildung erhalten.

Zugang zu Qualitätsgesundheitsversorgung

ACCORD hat ein offenes System der Gesundheitsversorgung geschaffen, das einzigartig ist, weil die Adivasi selbst das Personal stellen, es verwalten und weil es ihnen gehört. Dorfgesundheitsarbeiterinnen wurden in den Grundlagen der Gesundheitsversorgung geschult, die die traditionellen Heilmethoden ergänzen. Sie beteiligen sich an Gesundheitsaufklärung und einfachen Therapien. Adivasi mit weiterführenden Ausbildungen arbeiten in den Regionalzentren als „Gesundheits-Animators“, man kann sie als BarfußärztInnen bezeichnen. Jedes der lokalen Zentren ist für ca. 25 Dörfer zuständig und bildet nicht nur einen Ort der Gesundheitsversorgung, sondern auch für Gespräche über gesellschaftliche und politische Themen. Der/die GesundheitsanimatörIn fungiert auch als AusbilderIn für Jugendgruppen und Schulkinder in den Dörfern.

ACCORD hat darüber hinaus das Adivasi-Hospital in Gudalur eingerichtet, das mit seinen 20 Betten Adivasi aus den Dörfern und Zentren aufnimmt, ebenso aber auch Menschen aus anderen armen Bevölkerungsgruppen, die keine Adivasi sind. Mit der weitergehenden Ausbildung entstand auch eine Steigerung der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, so daß sich mittlerweile langjährige Animators und Gesundheitsanimators regelmäßig mit den Menschen in den Dörfern treffen, um Strategien zu planen, Vorgehensweisen zu verfolgen und ihre eigene Arbeit zu analysieren. Falls Befähigung der Schlüssel dazu ist, daß eine Gemeinschaft die Verantwortung für ihr eigenes Wohl übernimmt, dann hat diese Bewegung bereits vieles bei den Adivasi bewirkt.

Eingebettet in die alten Traditionen

Auch wenn es während der Übergangszeit zu einer Aushöhlung mancher altbewährter Traditionen gekommen ist, gibt es doch Adivasi-Werte, die unverändert geblieben sind. Die ökologische Triade von Mensch, Wald und Erde ist nach wie vor der Mittelpunkt des Lebens der Adivasi. Die Adivasi „berühren das Land mit leichter Hand“, da ihre Vorfahren in der Erde ruhen. Ein Kind, das eine Knolle aus der Erde gräbt, wird die „Augen“ vorsichtig heraus-schneiden und sie zurückpflanzen, damit Geben und Nehmen sich zu einem Kreis verbindet. Teilen ist der Kern der Beziehung der Adivasi zu ihrer Gemeinschaft und den Wäldern um sie herum.

AIDS-Prävention – eine Erfolgsgeschichte

Bis zu heutigen Zeitpunkt ist die Adivasi-Gemeinschaft kaum mit AIDS in Berührung gekommen. Wir haben lediglich eine HIV-positive Patientin, die in einer weit entfernten Stadt gelebt hat und in ihr Dorf zurückgekehrt ist, um hier in Würde zu sterben. Was hat die Gemeinschaft geschützt, wenn AIDS in der gesamten Umgebung auftritt? AnthropologInnen werden vielleicht auf die Jahrhunderte lange Isolation der Adivasi hinweisen. Es geht aber auch um kulturelle Vorschriften und Verhaltensrichtlinien. Man heiratet jung und in der Regel innerhalb der Gemeinschaft. Es gab in der Region keine Industrialisierung, und die Adivasi gehören auch nicht zu denjenigen, die ihre Heimat auf der Suche nach Lebensunterhalt oder auf der Jagd nach Reichtum verlassen. Ein weiterer möglicher Grund ist die unter den Adivasi herrschende Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen, auf Grund derer das Gleichgewicht der Macht innerhalb sexueller Beziehungen ausgewogener ist, als dies in vielen anderen Gesellschaften in Indien der Fall ist.

ACCORD hat ebenfalls seinen Teil dazu beigetragen, die Gemeinschaft vor der Epidemie zu schützen. Um AIDS zu entmystifizieren, haben wir Informationsveranstaltungen für AusbilderInnen (Animators, Gesundheitsanimators und LehrerInnen) und für die Dorfgesundheitsarbeiterinnen durchgeführt, aber auch für die Bevölkerung außerhalb der Adivasi-Gemeinschaft, da diese am ehesten mit den Adivasi in Berührung kommt. Über einen längeren Zeitraum haben wir den Bereich der Sexualität und „safer sex“ thematisiert. Die Sicherheit von Bluttransfusionen ist gewährleistet, und allgemeine Vorsichtsmaßnahmen werden im Rahmen unseres Gesundheitssystems durchgeführt. Am wichtigsten ist aber, daß wir ein offenes und nicht einschüchterndes Gesundheitssystem geschaffen haben, das das Gespräch fördert, so daß die Krankheit in einem frühen Stadium entdeckt werden kann.

[...] Meine Erfahrungen haben mich in meiner Überzeugung gestärkt, daß im Zusammenhang mit der Krankheit Unwissenheit und Kurzsichtigkeit zu einer Angst besessenen, engen Denkweise führen können, während Bewußtseinsbildung sicherlich die soziale Einstellung zu dieser verzehrenden Krankheit verändern kann. Hilffsysteme haben darüber hinaus viel dazu beigetragen, die Hoffnungslosigkeit derjenigen, die von HIV/AIDS betroffen sind, zu verringern. [...] Ich glaube, daß Bewußtseinsbildung zu Veränderungen des Sozialverhaltens führen kann: Wenn sämtliche medizinischen Bereiche gründlich nach Heilungsmethoden durchforstet werden, wenn die EntscheidungsträgerInnen Einfühlungsvermögen und Mitgefühl anstelle der Rhetorik anwenden, wenn es genügend Menschen gibt, die sich kümmern – dann gibt es Licht am Ende des langen, dunklen Tunnels!

Der Reichtum der Adivasi

Mari Marcel Thekaekara

Mari Marcel Thekaekara ist Mitbegründerin von ACCORD, Journalistin und Autorin des New Internationalist. Sie lebt und arbeitet mit Adivasi in Gudalur (Indien). Die nicht-materielle Seite der Armut wird in der öffentlichen Diskussion oft übersehen. Mari Marcel Thekaekara hat in Südindien, Glasgow und Deutschland danach gesucht. Der Text ist ein Gedankenanstoß, neu nachzudenken über das vertröstende und überhebliche „Argument“ gegenüber den Armen bei uns, daß es ihnen doch im Vergleich zu den Armen im Süden verhältnismäßig gut ginge ...

„Bist du arm oder reich?“ wurde meine 11jährige Tochter Tahira von ihrer englischen Cousine Leila gefragt. „Wir sind nicht richtig arm“, antwortete sie zögernd, „aber reich sind wir auch nicht.“ „Das ist dumm“, beharrte Leila, „du mußt das eine oder das andere sein.“ „Im Vergleich zu den Adivasi-Kindern zu Hause sind wir reich“, erklärte Tahira, „aber im Vergleich zu unseren Cousins in Amerika sind wir arm“.

Das nächste Gespräch war nicht minder aufschlußreich. „Habt ihr ein Auto?“ „Nein, aber wir können jederzeit den Projekt-Jeep nehmen, wenn wir eines brauchen.“ „Habt ihr einen Fernseher?“ „Nein, aber meine Oma hat einen. Wir schauen bei ihr.“ „Hast du Calvin-Klein-Jeans?“ Tahira wußte damals so gut wie nichts über Jeans, aber sie hatte einige ganz schicke Erbstücke von ihren amerikanischen Cousins. Für die kleine Leila war die ganze Sache verwirrend. In ihrer Vorstellung gab es eine klare Trennung zwischen arm und reich und keinen Platz für einen Mittelweg. Während unseres Aufenthalts in Großbritannien wurden unsere Konzepte von Reichtum und Armut laufend auf die Probe gestellt, insbesondere, da wir die letzten zehn Jahre unserer Arbeit mit Adivasi in den Nilgiri-Bergen in der Provinz Tamil Nadu verbracht hatten.

„Arm möchte ich lieber in Indien sein“, hat vor Jahren einmal ein Franzose zu mir gesagt. „Was für ein ausgemachter Unsinn, wieder einer, der Indien mit seiner Armut und allem romantisiert“, dachte ich damals. Im Jahr 1994 hatten mein Mann Stan und ich im Rahmen eines Nord-Süd-Austausches dann Gelegenheit, innerstädtische Wohnanlagen in England und Schottland zu besuchen. Von der Easterhouse-Siedlung in Glasgow hatte man uns zuvor gesagt, sie gelte als schlimmste Slumgegend Europas. „Lächerlich“, dachten wir. Diese Leute haben ein sicheres Dach über dem Kopf, Strom, Kalt- und Warmwasser, Kühlschränke und Gas- oder Elektroherde. Nach indischem Standard bedeutet das Mittelklasse-Luxus. Bilder von blutarmen, ausgezehrten indischen Frauen, die Wasser mühsam in Behältern nach Hause schleppen, tauchten in meinem Kopf auf. Hütten ohne Elektrizität. Frauen, die Tag für Tag nach Feuerholz suchen, dankbar für jedes Kilo Reis, um ihre Familien am Abend satt zu kriegen. Aber dann begannen wir plötzlich zu verstehen. Die meisten der Männer von Easterhouse hatten seit 20 Jahren keinen Job. Sie waren entmutigt und deprimiert, häufig Alkoholiker, ohne jedes Selbstwertgefühl. Auch wenn die physische Belastung der Armut für sie vergleichsweise nicht so spürbar war, so ging es diesen Menschen zumindest geistig und emotional bedeutend schlechter als den Armen in Indien. Wir waren in die Falle getappt, Armut nur von ihrem materiellen Aspekt her zu betrachten. Äußerlich gesehen scheint es den Easterhouse-Leuten besser zu gehen als den Armen in Asien, doch in Wirklichkeit müssen sie die gleiche soziale Ausgrenzung erdulden.

Wir begegneten jungen Menschen, die auf ihrer Arbeitsuche ständig die Erfahrung machen mußten, daß ihnen ihre Wohnadresse und ihr Akzent die Chancen auf einen Job erschwerten. In Dudley erlebten wir, wie eine Sozialarbeiterin einem Jugendlichen eine ordentliche Jacke besorgte, weil er nichts Entsprechendes besaß, um überhaupt zu einem Vorstellungsgespräch gehen zu können. Es war herzerwärmend zu sehen, wie er den Job daraufhin tatsächlich be-

kam. Gleichzeitig fühlten wir uns aber an jene Adivasi-Kinder zu Hause erinnert, denen die Lehrer zuerst Kleider geben müssen, damit sie zur Schule kommen können. Unser Gastgeber in Easterhouse, der Sozialarbeiter und Autor Bob Holman, zeigte uns unterentwickelte schottische Kinder. Eine ganze Generation war in ihrem Wachstum einen Kopf kleiner als ihre Eltern und Großeltern geblieben. Unterernährung in Großbritannien - das hat selbst uns verblüfft, denn Proteinmangel kannten wir bis dahin nur als Dritte-Welt-Problem.

Es fiel uns auch auf, daß selbst die in der Entwicklungszusammenarbeit tätigen Menschen arm und reich nur von einem sehr engen Standpunkt her definieren. Geld bleibt dabei der einzige Maßstab. In zahlreichen Artikeln las ich, daß man notleidend sei, wenn man nur einen Dollar pro Tag verdient. In Indien (und ich bin überzeugt, auch in anderen Teilen der Welt) ist ein Dollar pro Tag für einen armen Menschen ein anständiger Lohn. Für einen Europäer oder Nordamerikaner hingegen ist es schockierend wenig. Die meisten von uns begehen den Fehler, in der Erleichterung der physischen Auswirkungen von Armut bereits die Lösung allen Übels zu sehen. Höhere Löhne und materieller Wohlstand werden als Ideale angestrebt. Und trotzdem kritisieren wir - auf einer völlig anderen Ebene - den Konsumismus, der heute arm und reich gleichermaßen überrollt.

Anläßlich einer Rückschau auf die Ergebnisse von zehn Jahren Zusammenarbeit mit den Adivasi formulierten diese 1995 erstmals ihre eigene Auffassung von Reichtum: „unsere Gemeinschaft, unsere Kinder, unsere Einigkeit, unsere Kultur, unser Wald“. Geld kam darin überhaupt nicht vor. Wir Nicht-Adivasi im Team waren perplex. Je länger wir mit ihnen ihre Vorstellungen von Armut diskutierten, um so mehr wurde uns klar, daß sich die Adivasi selbst überhaupt nicht für arm hielten. Sie betrachteten sich als Leute ohne Geld.

Auf Anregung der Hilfsorganisation „Community Aid Abroad“ luden wir eine Gruppe australischer Aborigines ein, uns zu besuchen. Einige berichteten von ihrem persönlichen Schicksal, wie sie als Kinder von ihren Eltern getrennt und entweder von weißen Familien in Obhut genommen oder in Heime gesteckt worden waren. Noch Monate nach ihrer Abreise redeten die Adivasi über die BesucherInnen. „Wieviel Leid diese armen Menschen erdulden mußten“, sagten sie, „unsere Probleme sind nichts im Vergleich zu dem, was sie durchgemacht haben.“ Für einen außenstehenden Beobachter mag es vielleicht ironisch klingen, wenn ein von Armut gebeuteltes Kind einen Australier bemitleidet, aber unsere diesbezüglichen Erfahrungen wurden bei unserem Deutschland-Besuch erst recht surreal. Zwischen unserem Projekt und einer Gruppe von deutschen StudentInnen hatte bereits ein sechsjähriger Kontakt bestanden, als wir von dort eine Einladung bekamen. Dies war eine völlig neue Herausforderung für sie, ein Riesensprung heraus aus ihrer Welt der Dörfer, Wälder und Berge hinein in das superzivilisierte Deutschland. Auch wir fragten uns, wie sie wohl auf die plötzliche Konfrontation mit so viel materiellem Wohlstand reagieren würden.

Ihre Reaktionen aber waren für mich mehr als überraschend. Erst später verstand ich, was ihre Wahrnehmung so besonders machte. Sie betrachteten den Westen nicht als jenes gelobte Land der unbegrenzten Möglichkeiten, wie es die Einwanderer und TouristInnen mit ihren Einkaufslisten üblicherweise tun. Die Adivasi waren nicht auf der Jagd nach deutschen Qualitätsartikeln. „Es ist sehr schön hier“, sagte Cathi, eine der sechs, „aber ich könnte niemals hier leben. Das ist kein Platz für mich. Man braucht seine Familie, seine Gemeinschaft, seine eigenen Leute um sich. Geld allein macht noch kein Leben. Dabei würde ich verkümmern und sterben.“ Beim Anblick eines Altersheims waren sie sprachlos. So etwas war ihnen völlig fremd. „Wie können nur Kinder ihre alten Eltern fortschicken, um alleine zu leben?“, wunderten sie sich. Die Adivasi waren schockiert über die Allgegenwart des Themas Arbeitslosigkeit, das einige unserer jungen Freunde bedrückte. Als ihr Gastgeber Karl eines Tages nach Hause kam und die Befürchtung äußerte, er könnte schon bald seine Anstellung verlieren, nahmen sie ganz besonders daran Anteil. Bomman sorgte sich die ganze Nacht, was er tun könnte, um seinem Freund zu helfen. Am nächsten Morgen erklärte er: „Ich werde in Gudalur

Bambusflöten machen und Karl kann sie hier verkaufen, solange er keine Arbeit hat.“ Karl behielt letztendlich seinen Job, doch es war für alle bewegend zu sehen, welche Sorgen sich Bomman gemacht hatte. Dabei wurde spürbar, daß er sich selbst nicht als arm empfand, obwohl er es gemessen an den Maßstäben von Karls Familie ganz offensichtlich war.

Die deutschen Freunde überreichten der Gruppe warme Kleidungsstücke und Geschenke für ihre Familien. Sie waren glücklich, etwas für ihre Kinder mitbringen zu können. Doch das Geschenk, das Bomman und die Adivasi am meisten schätzten, waren der Respekt und die Würde, mit der sie in Deutschland als gleichwertige Menschen behandelt wurden. Darin lag eine fürchterliche Anklage gegen die indische Gesellschaft. Ich war tief beschämt angesichts der Erkenntnis, daß diese Menschen in diesem einen Monat in Deutschland mehr Achtung und Gleichwertigkeit erlebt haben als in ihrem ganzen Leben in Indien.

Quelle: http://www.oneworld.at/suedwind.magazin/9905/s_aktivasi.htm

Weitere Informationen

Kontaktadressen:

Adivasi-Tee-Projekt

Christiane Dohrn
Pfarrstr. 4
09366 Stollberg / Erzgebirge
Tel: 037296-70715
www.adivasi-tee-projekt.de

BUKO-Pharma-Kampagne

August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld
Telefon 0521 6 05 50
Telefax 0521 6 37 89
email: info@bukopharma.de
<http://www.bukopharma.de>

Attac

Münchener Straße 48
60329 Frankfurt
T: +49 (0)69/900281-10
info@attac.de
<http://www.attac.de>

Medico international

Obermainanlage 7
60314 Frankfurt
Tel: 069/944 38 0
Fax: 069/43 60 02
eMail: info@medico.de
<http://www.medico.de>

Frauennetz attac

Eva K. Hack
Frauenhaus Kassel,
Postfach 101103
34011 Kassel
email: FrauenNetzAttac@attac-netzwerk.de

Literatur:

Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marktorientierung, Sondermemorandum 2002, www.memo.uni-bremen.de

BUKO Pharma-Kampagne, Gesundheit für alle oder Globalisierung für Wenige?, Bielefeld 2000

Dies., Gesundheit für alle oder nur für die Pharmaindustrie?, Bielefeld 2000

Dies., Von sinnvoll bis gefährlich: Deutsche Arzneimittel in der Dritten Welt, Bielefeld 1999

Christian Christen, Gefährliche Illusionen über den Reichtum für alle,
www.attac.de/archiv/0012pension.php

Die Gesundheitscharta der Menschen, BUKO Pharma-Brief Spezial 1/2001 (auch im Web)

Die Seattle Deklaration der indigenen Völker, verabschiedet aus Anlaß der Dritten Ministerkonferenz der Welthandelsorganisation WTO (30.11.-3.12.1999),
www.gfbv.it/3dossier/seattle.html

Maria Mies, Den kapitalistisch-patriarchalen Eisberg abschmelzen, Subsistenz-Lebenswelten aufbauen, 2 Teile, in: Infobrief (des Netzwerkes gegen Konzernherrschaft und neoliberale Politik; <http://come.to/netzwerk-gegen-neoliberalismus>) Nr. 10, Oktober 2002 und Nr. 11, Januar 2003