

Anne Tittor

Privatisierungen und Sozialabbau als Teil Globaler Sozialpolitik? Zur Rolle Internationaler Organisationen in der Gesundheitspolitik El Salvadors

Sozialpolitische Initiativen im globalen Rahmen, vor allem Projekte Internationaler Organisationen, werden in den letzten Jahren als „Globale Sozialpolitik“ verstanden und gelten gemeinhin als positiv. Das Feld der Sozialpolitik wurde lange als genuin nationalstaatliches Terrain gesehen. Allerdings blicken Internationale Organisationen bereits auf eine längere Geschichte entwicklungspolitischer Zusammenarbeit und politischer Einmischung zurück, wobei sie die Handlungsspielräume und konkrete Ausgestaltung von Sozialpolitik in den lokalen Kontexten substanziell beeinflussten. Der vorliegende Beitrag untersucht die Rolle Internationaler Organisationen am Beispiel der Gesundheitspolitik in El Salvador¹, einem Land mit schwach ausgeprägtem Sozialstaat. Seit Jahrzehnten ist El Salvador durch eine extrem einflussreiche Oligarchie gekennzeichnet, die lange soziale Zugeständnisse vermied und jede Form der Interessenartikulation von Bauern- und Arbeiterschaft repressiv zu unterbinden versuchte.

Um die Frage nach der Rolle Internationaler Organisationen in einem solchen Kontext zu beantworten, sollte der Blick weniger auf ihre allgemeinen Programmatiken gerichtet werden, sondern vielmehr ihre konkreten Politiken und ihre Zusammenarbeit mit der Regierung vor Ort analysiert werden. In El Salvador sind auf dem Feld der Gesundheitspolitik die Weltbank, die Interamerikanische Entwicklungsbank (IADB), die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP, spanisch: PNUD) und einige bilaterale Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit (z.B. die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, GTZ) aktiv. Sie sind im Folgenden gemeint, wenn von Internationalen Organisationen gesprochen wird; globale Nichtregierungsorganisationen wie Oxfam o.ä. werden nicht berücksichtigt.

Der Beitrag greift eine Reihe von Fragen auf: Welchen Logiken folgen die Programme und Reformvorstellungen der Internationalen Organisationen? In

welcher Art und Weise sind sie mit der Regierungspolitik der von 1989 bis zum Mai 2009 regierenden, rechts-konservativen ARENA-Partei verzahnt? Lässt sich eine Veränderung der Politik im Gesundheitsbereich feststellen, und ist sie Ausdruck des „Post-Washington-Konsensus“ oder einer neuen sozialpolitischen Orientierung von Internationalen Organisationen?²

Diese Organisationen rieten in El Salvador sowie in allen lateinamerikanischen Ländern in den 1990er Jahren fast unisono zur Privatisierung des Gesundheitswesens. Nachdem die internationalen Reformvorschläge nahezu unverändert und ohne gesellschaftliche Diskussion als Gesetzesänderungen ins Parlament eingebracht wurden, regte sich Widerstand bei den Beschäftigten des Sektors. Da in El Salvador andere gesellschaftliche Interessen als die der Elite kaum Einfluss auf politische Willensbildung haben, formierte sich in den Jahren 2002 und 2003 die größte soziale Bewegung des Landes seit dem Ende des Bürgerkriegs 1992. Sie erreichte ein Abrücken von den Privatisierungsplänen. Gesundheitspolitik wurde damit stärker als in vielen anderen Ländern zum umkämpften Feld. Auch in anderen lateinamerikanischen Ländern wurden die Politikempfehlungen, nachdem sie gegebenenfalls an die Interessen der lokalen Eliten angepasst wurden, nicht widerstandslos übernommen, aber selten kam es zu so großen Mobilisierungen wie in El Salvador. Dort versuchten die Internationalen Organisationen in die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen moderierend, aber keineswegs neutral einzugreifen. Seither werden von ihnen zwar keine Vorschläge zur Strukturreform mehr gemacht, doch ihre konkrete Projektpolitik zielt noch immer auf die Förderung des Privatsektors im Gesundheitswesen.

Zwei Faktoren machen den „Fall“ El Salvador besonders interessant: Erstens wurde durch die Politisierung des Gesundheitsthemas die Rolle der Internationalen Organisationen durch gesellschaftliche Akteure kritisch hinterfragt. Zweitens liegt angesichts der niedrigen Priorität, die die ARENA-Partei der Sozialpolitik zubilligte, die Frage nahe, ob in einem solchen Kontext Globale Sozialpolitik eine progressive Wirkung entfalten kann.

Grundzüge der „Sozialstaatlichkeit“ in El Salvador im lateinamerikanischen Kontext

Zweifellos gehört El Salvador zu den Ländern, in denen relativ spät und nur in begrenztem Maße Grundzüge eines Sozialstaates aufgebaut wurden. Caramelo Mesa-Lago ordnet El Salvador, wie alle Länder Zentralamerikas (mit Ausnahme Costa Ricas), der „late-comer-low group“ zu, bei der erst in den 1960er und 1970er Jahren Programme der sozialen Absicherung eingeführt wurden und diese nur einen Teil der Bevölkerung umfassen

(Mesa-Lago 2008: 4f). Davon grenzt er die Gruppe der „pioneer-high group“ mit Argentinien, Uruguay, Chile, Kuba und Costa Rica ab, bei denen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts weite Teile der Bevölkerung in Regime sozialer Absicherung einbezogen wurden, die zwar stark stratifiziert, aber dennoch im kontinentalen Vergleich am weitesten entwickelt sind. Alle anderen Länder zählt er zur „intermediate group“.

Carlos und Fernando Filgueira (2002: 135ff) hingegen ordnen nur Uruguay, Argentinien und Chile der Gruppe zu, die in den 1970ern über der Hälfte ihrer Bevölkerung soziale Sicherungssysteme und eine Gesundheitsversorgung gewährleistet. Bildung wurde hier allen zugänglich gemacht, und es wurde ein hoher Grad an De-Kommodifizierung erreicht. Mit Hinweis auf die territoriale Heterogenität werden Brasilien und Mexiko im Unterschied zur ersten Gruppe des „stratified universalism“ als „dual regimes“ klassifiziert, in denen die Segmentierung der Systeme deutlich ist. Die Dominikanische Republik, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Bolivien und Ecuador bezeichnen sie als „exclusionary regimes“, weil sie lediglich etwa 20 % der Bevölkerung eine soziale Absicherung und Gesundheitsversorgung bieten. Es handelt sich um elitäre Systeme, in denen auch im Bildungsbereich keine Universalisierung zu finden ist. Die Sozialstrukturen sind durch hohe Ungleichheit und eine große Differenz zwischen Peripherien und Zentren gekennzeichnet. Soziale Sicherungssysteme kommen nur den öffentlichen Angestellten und den formal Beschäftigten in den Städten zugute, während sie auf dem Land ebenso fehlen wie grundlegende Infrastruktur (Filgueira & Filgueira 2002: 139f).

Juliana Martínez Franzoni bezieht in ihre Analyse die geschlechtliche Arbeitsteilung und die Bedeutung der Familie für die soziale Absicherungen ein und arbeitet in einer Cluster-Analyse anhand von Daten zu 18 lateinamerikanischen Ländern drei Wohlfahrtsstaatsregime heraus: (1) das staatlich-protektionistische (Brasilien, Costa Rica, Panama, Mexiko, Uruguay), in dem kollektive Finanzierung und Universalismus eine große Rolle spielen, (2) das staatlich-produktive (Chile, Argentinien), in dem individuelle Absicherung und kommodifizierte Leistungen wichtig sind und (3) das nichtstaatlich-familiäre, zu denen die Mehrheit der Länder, unter ihnen auch El Salvador gehört (Martínez Franzoni 2008b). In familiär strukturierten Sicherheitssystemen ist die Reichweite von Sozialpolitik niedrig, die Umverteilungsdimension zugunsten der sozial Schwächeren sowie Zugang und Umfang der Leistungen sind gering (Martínez Franzoni 2008b: 87f). Insgesamt sind die Sozialausgaben gerade in El Salvador sehr niedrig, und das relative Gewicht individueller bzw. familiärer Absicherungen, insbesondere aus Rücküberweisungen von MigrantInnen an ihre

Familien, ist sehr hoch. Die direkten Zahlungen von Haushalten z.B. für medizinische Leistungen liegen deutlich über den Staatsausgaben insgesamt. In der Gesundheitseinrichtungen fehlt es vor allem an Medikamenten und Verbrauchsartikeln (Martínez Franzoni 2008a: 12)

Zusammenfassend lässt sich El Salvador als spät begründeter und relativ begrenzter „Sozialstaat“ mit ausschließendem Charakter beschreiben, bei dem familiäre Sicherungssysteme eine hohe Bedeutung einnehmen. Nur etwa 15 % der Bevölkerung – die formal Beschäftigten – haben überhaupt eine Krankenversicherung. Während sich die Wohlhabenden Behandlungen in Privatkliniken leisten können, sind über 80 % der Bevölkerung auf die Versorgung aus dem öffentlichen System angewiesen, in das allerdings zwischen 1998 und 2007 nur 1,5 bis 1,7 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) flossen; 54 % der Gesundheitsausgaben werden von den BürgerInnen aus der eigenen Tasche bezahlt (PNUD 2007: 80). Auch die Ausgaben für Sozialpolitik steigen zwar in absoluten Zahlen, bleiben jedoch auf niedrigem Niveau. 1981 wurde noch 7,7 % des BIP für Sozialpolitik verwendet; 1990 noch 3,2 % (Torres 1995: v). Im Jahr 1997 entsprachen den Sozialausgaben 4,8 % und für den Zeitraum 2002 bis 2004 über 7 %. Danach fällt der Wert wieder auf 5,8 % im Jahr 2007. Im Pro-Kopf-Einkommen liegt der Höchststand 2004 bei 174 US\$ (PNUD 2007: 76)³. Die größte Einkommensquelle des Landes sind die Rücküberweisungen der MigrantInnen, die im Jahr 2006 mehr als das 300-fache der Sozialausgaben ausmachten (PNUD 2007: 18). Noch immer gelten in El Salvador über 55 % der Bevölkerung nach der Anpassung der offiziellen Armutsquote an die Preissteigerungen als arm (PNUD 2007: 40). 52 % der Bevölkerung arbeiten in prekären Verhältnissen weit unterhalb des Minimallohnes, der wiederum deutlich niedriger als die Kosten des Warenkorb für den notwendigen Lebensunterhalt liegt. Im Jahr 2006 galten elf Prozent der Bevölkerung als unterernährt – ein Wert, der sich seit der Nahrungsmittelkrise 2008 drastisch erhöht haben dürfte. Die Einkommensverteilung des Landes ist extrem ungleich: Der Gini-Index liegt bei 0,54 (2002) und ist damit seit Ende des Bürgerkriegs leicht gestiegen (von 0,52 im Jahr 1992).

Diese Daten zeigen bereits, dass lediglich ein leichter Anstieg der Sozial- und Gesundheitsausgaben zu verzeichnen ist und viele strukturelle Probleme unangetastet bleiben. Was haben vor diesem Hintergrund in den letzten Jahrzehnten Internationale Organisationen im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik bewirkt? Könnte der Ausbau sozialer Sicherheit durch eine Globale Sozialpolitik vorangetrieben werden, oder wirkt sie eher auf den Abbau rudimentär vorhandener Strukturen sozialer Absicherung hin?

Was ist neu an Globaler Sozialpolitik?

In der Debatte um globale Sozialpolitik wird davon ausgegangen, dass diese in „eine Vielzahl von diversen Wohlfahrtswelten“ eingreift und dort verschiedene Effekte erzeugt (Deacon 2007: 13). So hat beispielsweise in Osteuropa die Globalisierung erst ein Nachdenken über Wohlfahrtsstaatlichkeit eingeleitet, in Ostasien trug sie gar dazu bei, dass sich die Wohlfahrtsstaaten mehr in Richtung Universalismus entwickeln (Kwon 2001). In Europa wurden liberale Wohlfahrtsstaaten weiter liberalisiert, sozial-demokratische und konservative gerieten unter Druck (Deacon 2007: 13). In Ländern mit niedrigen und mittleren Prokopfeinkommen in Lateinamerika, Afrika und Asien hingegen ist es durch den Washington-Konsens zur Zerstörung des embryonalen Wohlfahrtsstaates gekommen; stattdessen wurden kompensatorische Politiken eingeführt, die auf bestimmte Gruppen zugeschnitten sind.

In der Debatte um globale Sozialpolitik wird davon ausgegangen, dass eine Weltsozialpolitik bereits etabliert ist.⁴ Insbesondere herausgestrichen werden dabei die sozialpolitischen Bekenntnisse Internationaler Organisationen. Als solches gilt beispielsweise das Werben des Internationalen Währungsfonds (IWF) für das Modell der Sicherheitsnetze. Diese beinhalten die „bessere Verteilung von Basisgütern wie Medizin, temporäre Preiskontrollen für Basisgüter, Abfindungen und Umschulungen für entlassene Beschäftigte des öffentlichen Sektors, die Schaffung von Arbeitsplätzen durch öffentliche Aufträge und die Übernahme permanenter sozialer Sicherungsarrangements zum Schutz der Ärmsten“ (IMF 1995: 15, zit. nach Deacon 2007: 47). Allerdings wird bei einem solchen Ansatz die Politik der Internationalen Organisationen vorrangig anhand ihrer Dokumente analysiert, nicht jedoch an ihrem tatsächlichen Handeln gemessen.

Die von Bob Deacon etablierte Definition globaler Sozialpolitik besteht aus zwei Komponenten: (1) aus den „sozialpolitischen Vorgaben für die nationale Sozialpolitik, die von globalen Akteuren wie Internationalen Organisationen artikuliert wird; (2) aus den entstehenden supranationalen Sozialpolitiken und Mechanismen globaler Umverteilung, globaler sozialer Regulierung und globalen sozialen Rechten“ (Deacon 2007: xvii). So gelten die schon länger bestehenden und in den 1990ern intensivierten Eingriffe Internationaler Organisationen in die nationalstaatliche Sozialpolitik als globale Sozialpolitik. Als Akteure sieht Deacon neben den UN-Organisationen die Weltbank, den IWF, die WTO und die OECD. Nach dieser Definition stellen auch die Auflagen von Strukturanpassungsprogrammen oder Klauseln von WTO-Verträgen globale Sozialpolitik dar. Diese Eingriffe können folglich sowohl zur Ausweitung und zum Umbau wie auch zur Verhinderung

oder zum Rückbau von Sozialpolitik führen. Dass auch Letzteres gemeint ist, irritiert zunächst und wird oftmals nicht explizit herausgestrichen. Dadurch werden gerade diejenigen Institutionen, die die Kürzung der ohnehin begrenzten sozialpolitischen Institutionen und Sozialausgaben durch Strukturanpassungsprogramme durchgesetzt haben und eine Kreditpolitik mit starken Konditionalitäten verfolgten, zu sozialpolitischen Akteuren.

Auch die wenigen Versuche, auf supranationaler Ebene sozialpolitische Ziele festzulegen und Elemente globaler Umverteilung und Regulierung zugunsten der sozial Schwächeren einzuführen, sind für Deacon Aspekte globaler Sozialpolitik. Insofern könnten die *Millennium Development Goals* (MDGs) ein Versuch sein, Ziele im Weltmaßstab festzulegen und international wie national dafür Ressourcen bereitzustellen (vgl. dazu kritisch *PERIPHERIE*, Nr. 107). Zu nennen wären hier auch die in den letzten fünf Jahren in vielen Ländern, auch in El Salvador, eingeführten, konditionierten *Cash-Transfer-Programme*, bei denen arme Bevölkerungsgruppen monatliche Zahlungen erhalten, wenn sie bestimmte Auflagen wie den Schulbesuch und Impfungen der Kinder nachweisen können.

Die Bedeutung Internationaler Akteure in El Salvador während des Bürgerkriegs

Betrachtet man den Einfluss Internationaler Organisationen in El Salvador, lässt sich zunächst feststellen, dass die Rolle externer Akteure nie bedeutender war als zur Zeit des Bürgerkriegs (1980-1992), der wahrscheinlich ohne die massive Unterstützung der autoritären salvadorianischen Regierung durch Europa und die Vereinigten Staaten von Amerika einen anderen Ausgang genommen hätte.

Die systematische Weigerung der salvadorianischen Oligarchie, die linken Kräfte an die Regierung zu lassen oder an der Macht zu beteiligen, und ihr Wille, ein extrem repressives und ungleiches Regime aufrecht zu erhalten, wurde durch die US-amerikanische Unterstützung erst möglich. Dabei war offensichtlich, dass die herrschende Politik weder in der Lage (Christdemokraten) noch willens (Militärs) war, strukturelle Reformen durchzuführen und politische und soziale Menschenrechte zu achten (Krämer 1995: 64f). Seit Beginn des Krieges war die externe ökonomische Unterstützung überlebenswichtig und machte bisweilen die Hälfte des Staatshaushaltes aus (Murray & Barry 1995: 89). Dabei betrug die offizielle Hilfe über 4,5 Mrd. US\$ und weitere geschätzte 500 bis 800 Mio. US\$ an unkonditionierten Krediten (ebd.). Mit diesem Geld sollten drei miteinander verbundene Ziele erreicht

werden: die Stabilisierung der Wirtschaft, die „Schwächung der organisierten Opposition durch Pazifizierung“ und später auch die Modernisierung und Diversifizierung der Wirtschaft. Der größte Teil der Zahlungen wurde als ökonomische Hilfspakete verwendet, ein kleinerer Teil als Entwicklungshilfe und der kleinste als Nahrungsmittelhilfe (Murray & Barry 1995: 228f).

Derart mit zusätzlichen finanziellen Mitteln ausgestattet, führte der Staat einen brutalen Krieg gegen die linke Guerillabewegung, die sich 1980 zur größten Guerillabewegung Lateinamerikas, der *Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional* (FMLN) vereint hatte. Angesichts der extremen Armut, der Verschlechterung der Lebensverhältnisse durch stagnierende Löhne und zunehmende Bodenkonzentration sowie der Tatsache, dass eine von zivilen Großorganisationen, Gewerkschaften, Parteien und Bauernassoziationen getragene Veränderung der politischen und sozialen Verhältnisse durch systematischen Terror verhindert wurde, schlossen sich immer mehr Menschen der Guerillabewegung an (Krämer 1995: 27f). Allerdings gelang der FMLN 1980 nicht, die Macht im Staate zu erobern, mit der sie die Grundlage für eine Demokratisierung, eine Bodenreform und eine sozialistische oder sozial-revolutionäre Transformation des Landes schaffen wollten. Statt dessen begann mit der damaligen Offensive ein zwölfjähriger Bürgerkrieg, der durch ein militärisches Kräftegleichgewicht zwischen der FMLN und der staatlichen Armee gekennzeichnet war, die von der 1981 gegründeten halblegalen Partei ARENA unterstützt wurde. ARENA bestand aus Todesschwadronen und den schärfsten Gegnern der Agrarreform. Etwa 75.000 Menschen fielen diesem Krieg zum Opfer, die Mehrzahl von ihnen ZivilistInnen, die in den von Militär und Todesschwadronen verübten Massakern umgebracht wurden.

Bereits mit der sozialen und ökonomischen Krise Ende der 1970er Jahre war – etwas vor dem internationalen Trend – universale Sozialpolitik ganz aufgegeben worden. Die 1980 angekündigten, aber kaum umgesetzten strukturellen Reformen stellten sogar explizit ein Programm dar, das der sozialen Bewegung die Basis nehmen sollte; sie waren Teil der Aufstandsbekämpfung (Tolentino 1999: 15). In den 1980er Jahren wurde auf Kosten der Sozialausgaben in erster Linie in Rüstung investiert. Noch vor Ende des Krieges schrumpfte die US-amerikanische Hilfe, da als Folge des Endes des Ost-West-Konfliktes El Salvador seine strategische Bedeutung verlor. Während vor 1990 an erster Stelle stets die nordamerikanische Entwicklungsagentur USAID stand, gewannen mit dem Ende des Bürgerkriegs 1992 kurzfristig die Vereinten Nationen bei der Aushandlung des Friedensabkommens an Bedeutung (Rode 1995: 61).

Das Jahrzehnt der Strukturreformpolitik und der Privatisierungen in El Salvador (1990-2000)

Bereits zwei Jahre vor Ende des Bürgerkrieges war die ARENA-Partei an die Regierung gekommen und verfolgte eine Strategie neoliberaler Wirtschaftspolitik sowie die inhaltliche Unterordnung und intensive Zusammenarbeit mit den internationalen Finanzinstitutionen. Im August 1990 schloss sie unter Führung von Präsident Alfredo Cristiani ein Abkommen mit dem IWF, bei dem diesem die Aufsicht über die Wirtschaftspolitik übertragen wurde. Dies führte zu massivem Engagement von IADB und Weltbank, so dass Ende 1992 Schulden von über einer Mrd. US\$ aufgenommen wurden (Murray & Barry 1995: 83). Im Kern sollten die Strukturanpassungsprogramme die Zahlungsbilanz verbessern, indem mit allen Mitteln die Exportorientierung verstärkt wurde. Außerdem sollten die Staatsausgaben sowie das Lohnniveau gesenkt werden, um das Land wettbewerbsfähiger zu machen und stärker in den Weltmarkt einzugliedern (Castillo 1991: 3). Entsprechend wurden Subventionen gestrichen, Ausfuhrzölle abgeschafft und die 1980 verstaatlichten Banken zunächst auf Kosten der Staatskasse modernisiert, um sie dann zu verkaufen. Außerdem wurde der Außenhandel liberalisiert (d.h. die staatliche Kontrolle des Kaffee- und Zuckerexports aufgegeben), die Telefongesellschaft ANTEL, die Elektrizitätsverteilung, die staatliche Wasserkontrollbehörde ANDA, Flughafen, Straßen, Umspannungswerke und das Fernstraßennetz privatisiert (Alvarado u.a. 2003: 106). In El Salvador war der Privatisierungsprozess mit besonders starker Korruption und ausgeprägter Einkommenskonzentration verbunden; so haben sich die Eigentumsverhältnisse re-oligarchisiert. Die vierzehn Familien, die metaphorisch für die salvadorianische Oligarchie standen, sind auf nur noch fünf „Familien-Unternehmergruppen“ zusammengeschrumpft (Zinecker 2004: 118). Um die Folgen der Strukturanpassung für die Ärmsten abzuschwächen, wurde 1990 ein Sozialfonds (*Fondo de Inversion Social, FIS*) aufgelegt, der als kurzfristiges öffentliches Arbeitsbeschaffungsprogramm zum Bau und Ausbau von Schulen, Sanitäranlagen, Gesundheitsposten und kleinen Infrastrukturprojekten beitrug. Ursprünglich wurden 3,5 Mio. US\$ für den Fonds eingeplant; 1994 wurde das Budget aufgrund der Unterstützung durch die IADB, die Kinderhilfsorganisation UNICEF und bilaterale Entwicklungshilfe aus Deutschland und Japan auf 75 Mio. US\$ erhöht (Murray & Barry 1995: 83). Eine langfristige Finanzierung war allerdings ebenso wenig gesichert wie die Partizipation der Bevölkerung an den Maßnahmen oder eine wirkliche Lösung infrastruktureller und sozialer Probleme. Die Gelder dieses Wiederaufbauprogramms kamen zu 89 % aus internationalen Quellen, wobei

ARENA es schaffte, diese in die für ihre Wiederwahl wichtigen Regionen und an sie unterstützende NROs zu lenken (Zinecker 2004: 85f). Begleitet wurden die Aktivitäten des Fonds von großem Werbeaufwand, um die Regierung als sozial engagiert darzustellen (Krämer 1995: 161). Allerdings waren die Kompensationsmaßnahmen mitnichten in der Lage, die Folgen der Strukturanpassung auszugleichen (Cruz 1991: 16).

Zur Vielfalt Internationaler Organisationen und der relativen Einheitlichkeit ihrer Reformvorschläge in den 1990er Jahren

Während der 1990er Jahre vervielfältigte sich die Zahl der externen Akteure, die Einfluss auf die Politik des Landes hatten. Einerseits prägten internationale Kreditgeber wie IWF, Weltbank und die IADB maßgeblich die wirtschafts- und sozialpolitische Ausrichtung des Landes. Präsent waren aber ebenso UN-Organisationen wie die WHO, das UNDP und UNICEF, die im allgemein als Organisationen gelten, welche durch Studien Wissen generieren und konkrete Hilfsprogramme und technische Unterstützung anbieten. Außerdem waren zahlreiche nationalstaatliche Entwicklungsdienste, die in El Salvador eine territoriale Arbeitsteilung entwickelt haben, wie USAID, die GTZ und die spanische Entwicklungszusammenarbeit vor Ort.

Zweifellos handelt es sich hierbei um völlig unterschiedliche Organisationen, die sich – so überhaupt vorhanden – in ihren gesundheitspolitischen Vorstellungen stark unterschieden und sich über die Zeit maßgeblich verändern. Die 1948 gegründete WHO beispielsweise war zunächst eine pragmatische Organisation, die einen stark krankheitsbezogenen Zugang zu Gesundheit hatte und mit technischen Lösungen, vor allem Impfkampagnen, Malaria, Tuberkulose und Gelbfieber bekämpfte (Koivusalo & Ollila 1997: 11; Kohlmorgen 2007: 126). In der Zeit der Blockkonfrontation und des Erstarkens sozialer Bewegungen nach 1968, der relativ großen Macht der OPEC und einer Welle von Befreiungsbewegungen und sozialen Kämpfen veränderte sich der Charakter der WHO. Dies kommt 1978 in der Deklaration der WHO-Konferenz von Alma Ata zum Ausdruck, in der der Anspruch zu einem bestmöglichen Gesundheitszugang als fundamentales Menschenrecht erklärt wird.⁵ Um dies zu erreichen, sollten im Rahmen der Basisgesundheitsversorgung nicht nur die Institutionen der Gesundheitsversorgung verbessert, sondern unter Einbeziehung von Feldern wie Stadtplanung, Ausbau der Infrastruktur und Vermeidung oder Verhinderung gesundheitsschädlicher Arbeitsbedingungen ein integriertes Gesamtkonzept entwickelt werden. In den 1980er Jahren wurde innerhalb der WHO vor allem für effizientere und zielgerichtete Gesundheitsausgaben plädiert; auch die

Orientierung auf Basisgesundheitsversorgung wurde nicht nur als politisch wünschenswert, sondern auch als kostengünstige Strategie verstanden, um gerade im ländlichen Bereich die medizinische Infrastruktur zu verbessern (Lee & Goodman 2002: 99). Während der 1990er Jahre hingegen hat die WHO in einer Phase relativer Schwäche die von der Weltbank eingeforderten Reformen ausdrücklich unterstützt und sich in etlichen Berichten für eine Stärkung des Privatsektors ausgesprochen (Armada u.a. 2001: 744f). In der Evaluation der Gesundheitssysteme Lateinamerikas wurde den Ländern mit den deutlichsten Reformen zur Stärkung des Privatsektors, Chile und Kolumbien, gute Ergebnisse bescheinigt, auch bezüglich einer gerechten Finanzierungsweise. Die *Pan American Health Organization* (PAHO) als regionale Unterorganisation der WHO ist zahlreiche Kooperationen mit Weltbank, IADB und USAID zur Unterstützung der Gesundheitssektorreformen eingegangen. An manchen Stellen war die WHO in der Einschätzung der Chancen und Regulierbarkeit des Privatsektors, insbesondere in den am wenigsten entwickelten Ländern, etwas vorsichtiger als die Weltbank (Brugha & Zwi 2002: 66).

Die Weltbank hat sich erst seit Ende der 1980er Jahre mit dem Thema auseinandergesetzt, sich aber bereits in den 1990er Jahren zur wichtigsten Finanzorganisation für internationale Gesundheitsfragen entwickelt. Sie setzte sich zusammen mit der IADB stets für die Trennung von Finanzierung und Leistungserbringung ein, die zum Ausbau des privaten Sektors führte – oftmals allerdings durch staatliche Zahlungen und Einkommenstransfers subventioniert (Armada u.a. 2001: 737). Viele Darlehen erhielten Elemente zur „Kostendeckung“, die meist die Einführung von Nutzergebühren nach sich zogen, sowie die Dezentralisierung der Verwaltung – meist unter dem Stichwort der Krankenhausautonomie –, die Privatisierung öffentlicher und die Einführung privater Krankenversicherungen und deren staatlicher Subventionierung (ebd.). Beide Institutionen führten in den 1990er Jahren in mindestens dreizehn Ländern Lateinamerikas Reformprojekte im Gesundheitssektor durch. Auch UNICEF wandte sich Ende der 1980er Jahren der besseren Finanzierung des Gesundheitswesens zu, indem das Hilfswerk insbesondere in Afrika Medikamentenvorräte etablierte und zugleich deren Entgeltlichkeit einführte; dies entspricht ebenso einer Marktlogik (Lee & Goodman 2002: 100). Sehr aktiv hat ferner USAID seit Mitte der 1980er Privatsektorinitiativen im Gesundheitsbereich unterstützt. Zwei Großprojekte sollten „Modelle des Privatsektors, die auf einer soliden Finanzbasis stehen, d.h. überwiegend oder vollständig sich selbst finanzieren, identifizieren, entwickeln und testen, um damit dessen Fähigkeiten im Bereich der Familienplanung aufzuzeigen“ (Brugha & Zwi 2002: 65f). Auch UNDP

stimmte in den Tenor der 1990er Jahre ein. So fällt auf, dass das UN-Entwicklungsprogramm für die Bereiche Armutsbekämpfung und soziale Entwicklung die Positionen derjenigen WissenschaftlerInnen ignoriert, die neoliberale Ansätze kritisieren (Armada u.a. 2001: 744).

In den 1990er Jahren wurden zur Reform des Gesundheitssektors von vielen Internationalen Organisationen umfangreiche Vorschläge entwickelt, denen Bennett u.a. (1997: 2f) eine „bemerkenswerte internationale Mobilisierung für eine schwächere Rolle der Regierungen in der Gesundheitsversorgung“ bescheinigen.⁶ Bis ungefähr 1980 zählte eine öffentlich finanzierte und organisierte Gesundheitsversorgung zu den Kernaufgaben des Staates. Der Staat galt als primärer Akteur auf diesem Feld. Ab Mitte der 1980er Jahre sollten Marktmechanismen und private Akteure gestärkt werden und neue Felder für sie erschlossen werden (Budowski 2005: 157f). Die internationalen Finanzinstitutionen rieten in vielen Ländern explizit zur Privatisierung des Sektors.

Insofern lässt sich zumindest für die 1990er Jahre von einer relativen Einheitlichkeit der Positionen ganz unterschiedlicher Internationaler Organisationen sprechen. Für El Salvador zeigt sich dies in der intensiven Zusammenarbeit der verschiedenen Organisationen. So gab es über Jahre hinweg regelmäßige Treffen der Zuständigen für den Gesundheitsbereich bei Weltbank, IADB, USAID, WHO und bilateralen Entwicklungsorganisationen, die nach eigenen Aussagen von wenigen Konflikten und sehr ähnlichen Positionen geprägt waren. Berichte und Projekte wurden meist gemeinsam erstellt.

Neoliberale Gesundheitspolitik: Internationale Organisationen und ihre Reformvorschläge für den Gesundheitssektor El Salvadors

Die Veränderung in der Gesundheitspolitik auf internationaler Ebene schlägt sich in El Salvador dergestalt nieder, dass von internationaler Seite der Vorschlag einer umfassenden Gesundheitsreform neoliberaler Prägung gemacht wurde.⁷ Die Grundlage für die Reformvorschläge legte der ANSAL-Bericht (*Análisis del Sector Salud de El Salvador*) (ANSAL 1994). Finanziert wurde die Arbeit der Kommission von USAID, PAHO/WHO, Weltbank und IADB. Sie alle sandten eineN VertreterIn in die Kommission, in der auch drei RegierungsvertreterInnen, zwei NRO-MitarbeiterInnen und der salvadorianische Ärzteverband vertreten waren. Der analytische Teil des Dokuments, der den Aufbau des Gesundheitssektors, Ressourcen und Probleme beschreibt, hatte einen erheblichen Einfluss auf andere Analysen⁸ und wird

als Problembeschreibung weithin geteilt. Die politischen Konsequenzen, die Reformvorschläge, hingegen sind umstritten. Der ANSAL-Bericht schlägt vor, das staatliche Gesundheitsbudget aufzustocken und zugleich einen größeren finanziellen Beitrag von den NutzerInnen zu verlangen. Zwar solle der Staat weiterhin die größere Verantwortung für die Finanzierung des Gesundheitswesens übernehmen, zugleich aber die Subventionierung von Spezialbehandlungen und aller Krankenhausaufenthalte für diejenigen NutzerInnen wegfallen, die nicht als arm gelten. Allerdings wird noch nicht einmal dieser Anspruch in der Konkretisierung des Vorschlags gewährt. Während das Dokument bei der Beschreibung des ökonomischen und sozialen Kontexts von einer (1994 ohnehin niedrig angesetzten) Armutsquote von 50 % ausgeht (ANSAL 1994: 2), wird bei der Kostenaufstellung lediglich den extrem Armen – einem Bevölkerungsteil von zwölf Prozent – kostenlose Behandlung zugesichert. Außerdem werden eine Flexibilisierung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Dezentralisierung der Grundversorgung auf die Gemeindeebene sowie die Überführung der öffentlichen Krankenhäuser in den privaten Sektor angestrebt (ANSAL 1994: 108ff). Nach Veröffentlichung dieser Vorschläge wurde noch im selben Jahr eine Arbeitsgruppe zur Gesundheitsreform eingerichtet, deren Vorschlag nahezu deckungsgleich mit den ANSAL-Empfehlungen ist; nur dass darin noch stärker die Privatisierung des öffentlichen Sektors vorgeschlagen wird, um die öffentliche Verwaltung zu „entlasten“ (FESPAD 2007: 1f).

Die Privatisierungen wurden zwar von externen Akteuren angeregt, aber gingen mit den Interessen der Eliten El Salvadors konform. Das Land wurde jahrzehntelang von neoliberal-konservativen Regierungen regiert, die zu keiner Zeit den Ausbau der schwach entwickelten sozialpolitischen Absicherungen anstrebten.

Als 1998 dann die Umsetzung der Vorschläge anstand, trafen sie auf den Widerstand der Ärzteschaft und zivilgesellschaftlicher Gruppen. Genau zu diesem Zeitpunkt gab die IADB ihren bis dato mit Abstand größten Kredit in Höhe von 20,7 Mio. US\$ an ein „Projekt zur Unterstützung der Modernisierung der Einrichtungen des Gesundheitsministeriums“. Dieses Projekt zielte darauf, private Anbieter und betriebswirtschaftliche Rechnungslegung in den öffentlichen Krankenhäusern einzuführen (Hall & Motte 2004: 20). Es wurden Basisgesundheitsleistungen für die Armen für Anbieter des öffentlichen wie privaten Sektors ausgeschrieben. Zwei Krankenhäuser sollten zudem in Teilautonomie überführt werden. Außerdem leistete das Projekt einen Beitrag zur „Reorganisation und Dezentralisierung“ der Gesundheitsprogramme und ihrer Finanzierung, um damit die Grundlage für weitere Strukturreformen zu legen. Noch bevor die entsprechenden Gesetze

beschlossen wurden, haben Internationale Organisationen durch Großprojekte bereits die Weichen gestellt. Viele Akteure gelangten deshalb zu der Einschätzung, dass die Weltbank und vor allem die IADB den Anstoß der Privatisierung im Gesundheitsbereich gegeben haben.⁹ Sie betonten jedoch genauso, dass die Regierung, der Unternehmerverband FUSADES und die Internationalen Organisationen eine „geteilte neoliberale Weltsicht“ besitzen und eng bei der schrittweisen Privatisierung des Gesundheitswesens zusammenarbeiteten.

Das Ausbremsen der Privatisierungspolitik: Der Gesundheitsstreik 2002/2003 und die Veränderungen in der Zielsetzung Internationaler Organisationen

In wenig transparenten und viel kritisierten Verfahren wurden ab 1998 Konzessionierungen von nicht-medizinischen Dienstleistungen, vor allem in den Bereichen Reinigung, Essensversorgung und Sicherheit an Unternehmen aus dem Umfeld der Regierung vergeben (Jacito Montoya 2002: 85ff). Von November 1999 bis März 2000 streikten mehrere tausend Ärzte und MitarbeiterInnen der Gesundheitsinstitutionen des Sozialversicherungsinstituts ISSS gegen das Vorhaben der Regierung, zwei Kliniken zu privatisieren, die gerade erst mit öffentlichen Geldern renoviert worden waren (Weiss 2000: 14). Im Rahmen des Notprogramms nach dem schweren Erdbeben 2001 wurden private Kliniken unter Vertrag genommen, da die öffentlichen Krankenhäuser beschädigt waren. Das Erdbeben diente zur Legitimation der Stärkung des Privatsektors, und in der Notsituation wurde dies kaum kritisiert. Teilweise wurden ganz normale Geburten oder Prostataoperationen in den Privatkliniken durchgeführt.

Im Jahr 2002 startete die Regierung eine neue Offensive zur Privatisierung des ISSS sowie der Ausweitung der Konzessionsvergabe weiterer Leistungen, auch im medizinischen Bereich, an private Anbieter. Der zunächst vor allem vom Ärzteverband getragene Protest entwickelte sich zur größten Bewegung des Landes seit Beendigung des Bürgerkrieges – insgesamt neun Monate streikte die Mehrzahl der ÄrztInnen. Es gelang ihnen, wesentliche Teile der urbanen Mittelschicht und einen großen Teil der Krankenhausbeschäftigten zur Teilnahme an den „weißen Märschen“ (in Anspielung auf die Farbe der Krankenhausbekleidung) zu mobilisieren, mehrmals waren über 100.000 Menschen auf der Straße. Außerdem streikten die Krankenhausangestellten für die Ausbezahlung ihrer zurückgehaltenen Löhne, für die Angleichung der Löhne an das gestiegene Preisniveau und später auch für Arbeitsgarantien für die aufgrund der Streikaktivitäten Entlassenen.

Erstaunlich war insbesondere die starke Solidarität vieler gesellschaftlicher Gruppen, die zum Anwachsen der Mobilisierung beitrug: „Die Bewegung zur Verteidigung der öffentlichen Gesundheitsversorgung findet täglich größere Unterstützung durch Organisationen auf kommunaler Ebene, Bauern-, Frauen-, Gesundheits-, Umwelt-, Verbraucher- und Menschenrechtsorganisationen, Gewerkschaften und der Bevölkerung insgesamt“, schreibt der Direktor des Zentrums für Verbraucherschutz im Oktober 2002 „mit solidarischen Grüßen aus der Zivilgesellschaft“.¹⁰ Viele Menschen erkannten in der Privatisierung des Sozialversicherungsinstitutes ISSS, das den formell Beschäftigten, etwa 15 % der Bevölkerung, eine bessere Gesundheitsversorgung als das staatliche System anbietet, einen weiteren Schritt in der Privatisierung essenzieller Leistungen.

Es lassen sich verschiedene Gründe anführen, warum die Bewegung gegen die Privatisierung des Gesundheitswesens in El Salvador zur größten Mobilisierung seit Kriegsende werden konnte:

1. die Frustration über nicht eingelöste Versprechen (bessere Qualität, geringere Preise) bei anderen Privatisierungen. Dies wurde verstärkt durch die Empörung über einige tragische Fälle von unterlassener Hilfeleistung mit Todesfolge infolge des Erdbebens, die in teilprivatisierten Krankenhäusern geschehen waren;
2. die Nähe zum Jahr 2001, das sich für viele SalvadorianerInnen durch das Erdbeben und den massiven Preisanstieg infolge der Dollarisierung schwierig gestaltete;
3. das gesellschaftliche Prestige der protestierenden Ärzteschaft, die im Gegensatz zu vielen anderen sozialen Protestbewegungen auf Achtung und Solidarisierung der Mittelschicht zählen konnte und eine erhebliche Medienpräsenz erreichte;
4. die relative Schwierigkeit für Regierung und Medien, die Bewegung angesichts der (anfänglichen bzw. offiziellen) Distanz der Ärzteschaft zur FMLN und des lange ausgebliebenen Versuchs der Vereinnahmung für parteipolitische Ziele als FMLN-abhängigen politischen Protest darzustellen;
5. der hohe Organisationsgrad der Ärzteschaft, wobei der Ärzteverband in dieser Phase eine überraschend fortschrittliche Positionierung und hohes Engagement an den Tag legte – nicht zuletzt, weil wesentliche, auch ökonomische Interessen seiner Mitglieder auf dem Spiel standen;
6. ein hoher Grad gesellschaftlicher Empörung, als die Polizeieinheiten zur Aufstandsbekämpfung zum Jahreswechsel 2002 unter Einsatz von Tränengas und Wasserwerfern bestreikte Krankenhäuser stürmten, wobei auch PatientInnen zu Schaden kamen.

Schließlich einigten sich der Ärztesverband, die Regierung und die Weltbank auf die Aufgabe der Pläne zur Privatisierung von öffentlichen Kliniken, die bereits Teil eines neuen Weltbankprojekts waren (CIS 2003, 20. 6. 2003). Wieder wird eine Kommission eingesetzt, die Reformvorschläge erarbeiten soll.

Nachdem sich so massiv der gesellschaftliche Unmut artikuliert hatte, begannen sich die Internationalen Organisationen mit der Durchführung von Diskussionsforen und Tagungen in die öffentliche Debatte einzuklinken. CEPAL, PAHO und verschiedene ausländische Stiftungen veranstalteten und/oder finanzierten Konferenzen und Workshops, bei denen die unterschiedlichen Vorschläge zur Gesundheitsreform verglichen wurden. USAID, IADB und GTZ unterstützten die Veröffentlichung von zahlreichen zivilgesellschaftlichen Positionen. Die GTZ veranstaltete außerdem gemeinsame Reisen für Abgeordnete verschiedener politischer Parteien aus der Gesundheitskommission sowie der Reformkommission nach Argentinien, Chile und Kolumbien. Jede Reisegruppe bestand aus fünf bis sechs Personen, Abgeordnete, Regierungsbeamte und MitarbeiterInnen des Ministeriums. Eine GTZ-Mitarbeiterin erläutert deren Effekt:

„Kurzfristig haben sie den Mitreisenden eine breitere Vorstellung davon vermittelt, wie das Gesundheitswesen in anderen Ländern organisiert ist. In öffentlichen Foren erzählten die Abgeordneten von ihren Eindrücken aus anderen Ländern. Für diejenigen, die in der ersten und zweiten Kommission waren, hat das auch sehr dazu beigetragen, die Reform der Ärztesverbände zu verstehen. Auch für die Lokalregierungen war das sehr hilfreich, denn sie hatten bis dato keinerlei Zugriff auf andere Erfahrungen“ (Interview, geführt am 9. 5. 2008 in San Salvador).

Eine Parlamentarierin der linken Oppositionspartei FMLN hingegen betont, dass man bei den Reisen nur einen Ausschnitt zu sehen bekam:

„Bei diesen sehr kurzen Reisen von zwei Tagen, sollten andere Erfahrungen kennengelernt werden. Den Teilnehmenden wurden von geschultem Personal Modellprojekte vorgeführt. Allerdings bekam man nie das Umfeld der Projekte zu sehen. Außerdem wurde uns stolz erklärt, wie andere Länder es geschafft haben, ihre Ärztesvertreter aus den Reformprozessen auszuschließen – und das obwohl die Beschäftigten eine fundamental wichtige Gruppe sind“ (Interview, geführt am 9. 5. 2008 in San Salvador).

Sie resümiert, dass der Beitrag der Internationalen Organisationen zur Gesundheitsreform vor allem darin bestand, eine Auswahl zu treffen, welche Optionen überhaupt diskutiert und analysiert wurden. Die GTZ-Reisen gingen in Länder mit weitreichenden Privatisierungsprozessen im Gesundheitsbereich, nicht etwa nach Nicaragua, Costa Rica oder Kuba.

„Erstens begleiten die internationalen Organisationen die Vorstellung der Regierungen, einen umfassenden Reformprozess im Gesundheitsbereich einzuleiten. Sie fördern die Aufteilung des Systems in Sektoren mit Mechanismen, die teilweise akzeptabel sind, aber nicht mit Nachdruck verfolgt werden. Ich rede beispielsweise vom Prinzip der Solidarität und der Gleichheit, das auch internationale Organisationen aufgreifen, ohne es wirklich ernst zu nehmen. Bei der konkreten Umsetzung und Übertragung der Prinzipien in die Praxis schließen sie oftmals Optionen aus, die tatsächlich bedeuten würden, dass die Besserverdienenden mehr bezahlen, (...) so dass alle Menschen schließlich die gleiche Behandlung erhalten. Über solche Systeme, bei denen das Solidaritätsprinzip wirklich umgesetzt ist und die ganze Bevölkerung einbezogen ist, die es durchaus in anderen Ländern gibt, wird hier nicht geredet. Stattdessen sind hier Gesundheitspakete im Gespräch, bei denen man zu vielen Leistungen keinen Zugang hat und die ausschließlich gegen Zahlung erhältlich sind“ (Interview, geführt am 9. 5. 2008 in San Salvador).

Seit dem Streik haben sich die meisten Internationalen Organisationen aus dem Bereich der Strukturreform mit klarer Privatisierungstendenz zurückgezogen. Viele Projekte bringen auf wenige Jahre angelegte NROen hervor, die eine Basisversorgung in unterversorgten Gebieten sicherstellen. Zugleich treiben die Internationalen Organisationen auf verschiedenen Ebenen die Teilprivatisierung und Kommodifizierung des Gesundheitswesens weiter – wenn auch nicht mehr in der gleichen Deutlichkeit wie in den 1990er Jahren. Keine hat ihre Privatisierungsvorschläge der 1990er Jahre explizit zurückgenommen. Eher aus der Unzufriedenheit heraus, dass Reformvorhaben erst finanziert, dann aber nicht umgesetzt werden, haben sie sich wieder Alltagsprojekten zugewandt. Dennoch wird beispielsweise von der bereits zitierten GTZ-Mitarbeiterin weiterhin vertreten, dass eine kostenlose Gesundheitsversorgung ein Ding der Unmöglichkeit ist:

„Es ist klar, dass auch die Gesundheitsdienste in einem Land, in dem es sonst nichts umsonst gibt, nicht kostenlos sein können. Man hat einfach Zugang zu allen Leistungen und zahlt keinerlei Beitrag. Das kann so nicht sein“ (Interview, geführt am 9. 5. 2008 in San Salvador).

So zeigt sich, dass die Internationalen Organisationen in dem Moment, in dem die Gesundheitspolitik zum umkämpften Feld wurde, zwar einerseits versuchen vermittelnd aufzutreten, aber im Rahmen ihrer vermeintlich neutralen Rolle als Konfliktmoderatorinnen weiterhin die Privatisierungsoption präferieren.

Neues Millennium und Globale Sozialpolitik: Eine Abkehr von der Privatisierungstendenz?

Für den Zeitraum seit 2000 lassen sich insgesamt ein deutlicher Diskurswandel und ein leichter Politikwandel bei den Internationalen Organisationen feststellen. Privatisierung wird nicht mehr offensiv gefordert, vom Konzept der Nutzergebühren ist man abgekommen, und es soll wieder das öffentliche Gesundheitswesen gestärkt werden. Während der 1990er Jahre ließ sich der Begriff des sozialen Rechts auf Gesundheit in den wichtigen Dokumenten nicht finden; jetzt ist er überall präsent. Dies ist auch ein Ergebnis des *Peoples Health Movement*, das sich 2000 in Bangladesch bei einer „Weltgesundheitsversammlung von unten“ gegründet hat, für ein Recht auf Gesundheitsversorgung eintritt und AktivistInnen weltweit vernetzt.¹¹ Bei der WHO lässt sich eine Abkehr von marktliberalen Positionen beobachten, insbesondere seit die sozialen Determinanten von Gesundheit zum Arbeitsschwerpunkt wurden; das *Peoples Health Movement* entsandte offiziell ein/e VertreterIn in die entsprechende Kommission. Im Fall El Salvador jedoch scheinen weder dessen Forderungen noch die lokale Bewegung gegen die Privatisierung des Gesundheitswesens bei der WHO vor Ort Gehör oder Sympathie zu finden; im Gegenteil gilt die WHO vielen (während der Arena-Administration) als sehr regierungsnah.

Was die argentinische Soziologin Yamila Comes für den Wandel der Rolle der Internationalen Organisationen für die Gesundheitspolitik in Argentinien feststellt, lässt sich durchaus auf El Salvador übertragen: Während die Gesundheitspolitik der 1990er Jahre stark von den Prinzipien des Washingtoner Konsens geprägt war, findet sich seit der Jahrtausendwende ein starker Bezug auf die MDGs. Diese beschreibt Comes als den „neuen globalen Kompromiss, der neue Ziele für die gleiche Politik festschreibt“ (Comes 2005: 1). Der mangelnde und ungleiche Zugang zu Gesundheit wird kritisiert und den Ländern wird angeraten, diese Ungleichheiten abzubauen. Dafür werden ihnen extern finanzierte Programme vorgeschlagen, die letztlich „mit Hilfe eines progressiven Diskurses zur Bekämpfung der Armut in der Welt neue Marktnischen für das internationale Finanzkapital öffnen“ (Comes 2005: 1f). Das neue Motiv der Kreditvergabe lautet nun Armutsbekämpfung und Abbau der Ungleichheit, deren Ursachen jedoch nicht analysiert werden. In den 1990ern wurden die korrupten und ineffizienten Staaten kritisiert und marktbasierende Gesundheitssysteme vorgeschlagen, denen eine Vorstellung der individuellen Verantwortung für den eigenen Gesundheitszustand zugrunde liegt. Nun wird diese Logik keineswegs durchbrochen, sondern die privaten Akteure spielen weiterhin eine wichtige Rolle in den Programmen

internationaler Geber. Das neue Prinzip ist lediglich, dass der Staat (wahlweise der nationale oder die internationale Staatengemeinschaft) an die privaten Träger für diejenigen Gruppen Geld überweist, die er als extrem arm definiert. Die privaten Institutionen sind dann für die Erfüllung eines bestimmten, genau definierten Leistungskatalogs an Grundbedürfnissen zuständig (Comes 2005). Der Ausbau des privaten Sektors durch öffentliche Mittel (sowohl durch internationale Kredite, wie auch durch staatliche Gesundheitsausgaben) lässt sich möglicherweise als neue Leitlinie in der Projektförderung deuten. Dabei bleibt auch das Problem bestehen, dass es sich weiterhin um kreditfinanzierte Programme handelt – mit all den Schwierigkeiten der langfristigen Verschuldung und der zeitlichen Begrenzung bis zum Ende der Laufzeit.

Die von Yamila Comes beschriebene Tendenz bestätigt sich beim Blick auf die jüngsten Projekte der Internationalen Organisationen, wobei in El Salvador zunächst NROen mit Aufträgen überschüttet werden. Auf dieses Pferd setzt auch die IADB im Gesundheitsbereich. Acht NROen, die ihr allesamt von der Weltbank empfohlen wurden, sollten zwischen Juli 2003 und Dezember 2006 im Gebiet Sonsonate und Ahuachapán regelmäßig einmal die Woche an immer dem gleichen Ort der Bevölkerung für kostenlose Konsultationen zur Verfügung stehen. Das Programm kam laut Angaben der Bank 50.000 Menschen zugute – allerdings existierte die Struktur nur bis zu dem Tag, an dem der Kredit auslief. Diese NRO-Arbeit begann 2003 im Rahmen der Strategie *Grundlegende Gesundheitsdienste und Ernährung* (SESYN) und war eine Schwerpunktverschiebung innerhalb des bereits erwähnten Projekts der IADB zur „Unterstützung der Modernisierung der Institutionen des Gesundheitsministeriums“ (1999-2006).

Die Weltbank arbeitet im Rahmen des Projekts *Reconstrucción de Emergencias por Terremotos y Extensión de Servicios de Salud* (RHESSA)¹² (2001/03-2008) nach dem gleichen Prinzip: Zehn NROen (die vorher bei USAID unter Vertrag waren) erhalten 16 US\$ pro Person, um deren Gesundheitsversorgung in Form von Basispaketen abzudecken. Dies soll 250.000 Menschen den Zugang zu Gesundheitsversorgung ermöglicht haben. Bisher ist unklar, was am Ende der Kreditlaufzeit passieren wird. Weiteren 200.000 Menschen soll die Stärkung der öffentlichen Gesundheitsinstitutionen in bestimmten Gebieten zugute kommen. Bei der Umsetzung gab es massive Verzögerungen und Korruptionsvorwürfe.¹³ Unabhängig davon wird kritisiert, dass innerhalb des Projektteils der „institutionellen Modernisierung“ private Firmen in der öffentlichen Versorgung im Bereich der Gerätewartung, der Beobachtung von Krankheitsübertragungsketten, der HIV/AIDS-Prävention, der Personalauswahl, der Informations- und Kommunikationstechnik

bevorzugt und damit genau die Veränderungen angestrebt wurden, mit denen die Regierung schließlich das Dekret vom Oktober 2007 (*Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud*; Decreto 442¹⁴) begründete. Faktisch ebnet das Projekt nach Meinung der Stiftung *Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho* (FESPAD) den Weg für einen weiteren Rückzug aus der Finanzierung des öffentlichen Systems und trägt zur Etablierung eines Mischsystems aus öffentlich und privat bei, das langfristig zur Übernahme aller rentablen Bereiche durch private Anbieter führt (FESPAD 2007: 3ff).

Darüber hinaus geben sowohl Weltbank als auch IADB neben zahlreichen bilateralen Gebern hohe Kredite für das konditionierte *Cash-Transfer-Programm* Solidarisches Netz (*Red solidaria. Programa social de atención a la pobreza*), das auch eine – wenn auch schwach ausgeprägte – Komponente des Ausbaus öffentlicher Gesundheitsstrukturen besitzt (Ávalos 2007). Von 2005 bis 2009 sollte es in den hundert ärmsten Gemeinden El Salvadors, „durch konditionalisierte Unterstützung kurzfristig die Indikatoren von Ernährung und Gesundheit der Kinder und Mütter sowie die Indikatoren der Grundbildung verbessern. (...) Außerdem sollen Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung sowie andere Basisinfrastruktur ausgebaut werden“ (zit. in Ávalos 2007: 143). Im Jahr 2005 begann das Programm in 15 der 32 Gemeinden mit extrem hoher Armut; bis 2008 erfolgte die Ausweitung auf 77 Gemeinden mit 48.659 Familien.¹⁵ *Red solidaria* verfolgt eine doppelte Zielrichtung: Erstens werden im geografischen Sinne die schwächsten Gemeinden unterstützt, in denen auch die Basisinfrastruktur am schlechtesten ist; innerhalb dieser Gemeinden werden zweitens gezielt einzelne Haushalte unterstützt, die zwischen 15 und 20 US\$ im Monat erhalten (Ávalos 2007: 7f).

Die Finanzierung der Programme erfolgt zu erheblichen Teilen über die Neuaufnahme von Krediten bei IADB und Weltbank. Allerdings verwendet El Salvador 2005 bereits 34,6 % des Staatshaushalts zur Schuldentilgung (davon 67 % ausländischer Schulden). Die bisherige Bewertung fällt sehr unterschiedlich aus: Während bei der offiziellen Evaluierung (Castaneda 2008, PNUD u.a. 2004) eine sehr positive Bilanz gezogen wurde, sehen KritikerInnen aufs Neue eine hohe Korruption und wahlpolitische Vereinnahmung durch die Strukturen der ARENA-Partei (Herrera 2007).

Fazit

Stellvertretend für Länder des globalen Südens zeigt sich bei genauerer Betrachtung der konkreten Politiken Internationaler Organisationen in El Salvador, dass diese von Prozessen globaler Umverteilung zugunsten der

sozial Schwächeren – die allerdings nicht auf Schuldenbasis geschehen kann – und einem Beitrag zur Durchsetzung sozialer Rechte weit entfernt sind. Internationale Organisationen sind nicht erst seit dem Kopenhagener Weltsozialgipfel in sozialpolitischen Bereichen aktiv. Sie haben in den letzten dreißig Jahren jedoch anscheinend mehr zum Abbau denn zum Ausbau sozialer Absicherung beigetragen.

Auch wenn Privatisierung nicht mehr als das Allheilmittel gegen staatliche Defizite gesehen wird, folgen auch die gegenwärtigen Programme Internationaler Organisationen wie *Public Private Partnerships*, *Conditional Cash Transfers* und selbst der Ausbau der Grundversorgung weiterhin neoliberalen Mustern. Von ernsthafter Umverteilung zugunsten der sozial Schwächeren oder vom Ausbau sozialer Rechte ist dieser modifizierte Neoliberalismus weit entfernt. Sowohl die Kräfteverhältnisse in und zwischen Internationalen Organisationen wie auch die Art ihrer Politik sprechen nicht dafür, dass eine progressive Globale Sozialpolitik, die auf individuellen und einklagbaren Rechten und Ansprüchen fußt, Wirklichkeit wird.

Eher ist eine solche Orientierung in El Salvador durch interne Veränderungen zu erwarten: Der neunmonatiger Streik der Ärzteschaft 2002/2003 und die begleitende starke zivilgesellschaftliche Mobilisierung haben die Privatisierungstendenzen gestoppt bzw. verlangsamt und eine Diskussion über eine gute Gesundheitspolitik ins Rollen gebracht. Auch in anderen lateinamerikanischen Ländern gab es Proteste der Ärzteschaft und eine zivilgesellschaftliche Debatte über die Ausrichtung von Gesundheitspolitik, aber in keinem anderen Land wurde wie in El Salvador die Bewegung so groß und bedeutend. Eine universalistische, solidarisch finanzierte Gesundheitspolitik ist also weniger durch Internationale Organisationen als durch den Regierungswechsel zu erwarten, da seit Juni 2009 zum ersten Mal in der Geschichte des Landes mit der FMLN eine linke Partei die Regierung stellt. Das Wahlprogramm, bei deren Ausarbeitung für den Gesundheitsbereich auch Gewerkschaften, NROen und andere Akteure der Protestbewegung gegen die Privatisierung des Gesundheitssektors mitgewirkt haben, verspricht einige grundlegende Reformen. Ob diese umgesetzt werden, wird auch davon abhängen, ob der innergesellschaftliche Druck seitens sozialer Bewegungen aufrechterhalten wird.

Anmerkungen

- 1 Die empirische Basis des Beitrags sind Dokumente sowie ExpertInneninterviews, die während eines zweimonatigen Forschungsaufenthaltes in El Salvador im April/Mai 2008, geführt wurden.

- 2 In diesem Beitrag wird der Schwerpunkt auf die Art der konkreten Empfehlungen Internationaler Organisationen und ihrer Projekte in El Salvador gelegt. Auf die Abschätzung der Folgen ihres Wirkens auf Kapazitäten und Selektivitäten im Gesundheitssektor wird verzichtet, weil eine sinnvolle Analyse nicht nur die Zahl der Krankenhäuser und Gesundheitsposten auflisten müsste, sondern z.B. auch Ausstattung, Versorgungsqualität und Zugangschancen zu den Einrichtungen.
- 3 Die Zahlen der CEPAL weichen davon leicht ab: für 2006 5,6 % des BIP bzw. 120 US\$ pro Kopf (CEPAL 2008: 142); UNDP 6,2 % und 157 US\$ pro Kopf.
- 4 Deacon u.a. 1997, 2007; ähnlich Kohlmorgen 2004: 58, Hall 2007: 151ff
- 5 Nimmt man die Definition von Deacon mit den Kriterien globaler Umverteilung, sozialer Regulierung und sozialen Rechten zum Ausgangspunkt, müsste man als Geburtsstunde globaler Sozialpolitik diese Konferenz nennen. Die damit verbundene *Health-for-All*-Strategie war auch für Industrieländer konzipiert. Zeitgleich ist es Ländern der Dritten Welt gelungen, in den Vereinten Nationen eine Debatte über eine gerechte Weltwirtschaftsordnung anzustoßen – übrigens eine Frage, die bei den Weltkonferenzen der 1990er Jahre konsequent ausgeblendet wurde (Küblböck 2005).
- 6 Eine ähnliche Formulierung wählen Buse u.a. 2007: 47.
- 7 Selbstverständlich soll hier nicht der Anschein erweckt werden, jeder Vorschlag einer Gesundheitsreform sei mit Privatisierungen im Gesundheitsbereich gleichzusetzen. Fest steht jedoch, dass viele Reformvorschläge der 1990er Jahre eine Privatisierungstendenz beinhalten. Das Gesundheitssystem El Salvadors weist eine Vielzahl von Problemen auf und bedarf ohne Zweifel einer grundlegenden Reform, die allerdings nur Ergebnis einer breiten gesellschaftlichen Debatte sein kann. Reformvorschläge ohne Privatisierungstendenz wurden beispielsweise von der „*Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos*“ (PDDH 2004), von der Ärztegewerkschaft SIMETRISS (2000) und vom Dekan für Öffentliche Gesundheit an der Universität Jose Simon Cañas (Selva Sutter 2003) eingebracht.
- 8 So liest sich z.B. die Problemanalyse von José Tolentino, der darüber hinaus auch die Mängel in lokalen Gesundheitsstrukturen hervorhebt, sehr ähnlich (1998: 101ff; siehe auch Bitrán 2005: 2).
- 9 Das geht aus bislang unveröffentlichten Interviews mit Abgeordneten, AktivistInnen der Bewegung gegen die Privatisierung der Gesundheitsversorgung und ÄrztInnen hervor, die die Autorin im April und Mai 2009 geführt hat.
- 10 <http://www.labournet.de/internationales/sv/streik4.html>, letzter Aufruf 24. 6. 2009.
- 11 Vgl. zu Zielen und Aktivitäten www.phmovement.org/cms, letzter Aufruf 24. 6. 2009.
- 12 Das Projekt dient dem (Wieder-)Aufbau der durch Erdbeben zerstörten Gesundheitseinrichtungen. Es wurde bereits 2001 beschlossen, nahm die Arbeit aber erst 2003 auf, da die FMLN-Fraktion zunächst die Zustimmung zu dem Kredit verweigerte.
- 13 Vgl. Das Interview mit Projektleiter Rafael Cortez in *la prensa grafica*, 4. 3. 2007.
- 14 Im Oktober 2007 wurde das „Gesetz zur Schaffung eines integralen Systems des Gesundheitswesens“ verabschiedet, das zutiefst widersprüchlich ist. Es soll das Gesundheitssystem vereinheitlichen ohne dabei jedoch die Fragmentierung aufzugeben. Wegen Uneinigkeit wurde der Teil zur Finanzierung aus dem Gesetz gestrichen, weiterhin ist die Möglichkeit von Konzessionierungen nicht verwehrt. Das Gesetz lässt sich nur so deuten, dass ARENA sowie die konservative Opposition, die es mit verabschiedete, verhindern wollten, dass aus dem Gesundheitsthema wieder ein sozialer Konflikt wird – schon gar nicht in der Phase des Wahlkampfs.
- 15 <http://www.redsolidaria.gob.sv/>, letzter Aufruf: 5. 11. 2008.

Literatur

- Alvarado, Jeannette; Rosarlin Hernández; Gloria Guzmán & Mario Antonio Paniagua (2003): „El Salvador: Privatisation: A process with cracks“. In: *Social Watch*, S. 106-107.
- ANSAL (1994): *Análisis del Sector Salud de El Salvador. Informe Final*. San Salvador.
- Armada, Francisco; Carles Muntaner & Vicente Navarro (2001): „Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of the World Health Organization, The World Bank and Transnational Corporations“. In: *International Journal of Health Services*, Jg. 31, Nr. 4, S. 729-768.
- Ávalos, Carolina (2007): *Programa social de atención integral a las familias en extrema pobreza en El Salvador: documento técnico red solidaria*. San Salvador.
- Bennett, Sara; Barbara McPake & Anne Mills (1997): „The public/private mix debate in health care“. In: Dies. (Hg.): *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the public interest?* London/New Jersey, S. 1-18.
- Bitrán, Ricardo (2005): *Reflexiones sobre la reforma al sector salud en El Salvador*. Republica de El Salvador. Programa de Modernización y Fortalecimiento de la Asamblea Legislativa. Comisión de Medio Ambiente y Salud. San Salvador.
- Brugha, Ruairí, & Anthony Zwi (2002): „Global approaches to private sector provision: where is the evidence?“ In: Lee u.a. 2002, S. 63-77.
- Budowski, Monica (2005): „‘Policies matter’: Gesundheit und Entwicklung“. In: Kolland, Franz, & August Gächter (Hg.): *Einführung in die Entwicklungssoziologie. Themen, Methoden, Analysen*. Wien, S. 141-170.
- Buse, Kent; Nicholas Mays & Gill Walt (2007): *Making Health Policy*. Maidenhead.
- Castaneda, Tarsicio (2008): *Red Solidaria de El Salvador: Avances y Retos para el Futuro*. Gobierno de El Salvador. San Salvador.
- Castillo, Erick (1991): „El Salvador: Crisis económica, ajuste estructural y necesidad de nuevas estrategias de desarrollo“. In: *Conyuntura Económica. Boletín informativo y análisis económico* Jg. 6, Nr. 39, S. 2-11.
- CEPAL (2008): *Panorama Social de America Latina*. Santiago de Chile.
- CIS, El Salvador (2003): „Huelga medica de nueve meses termina con victoria para los trabajadores, medicos y el movimiento social contra la privatizacion“. In: *Pressemittellung vom 19. 6. 2003*.
- Comes, Yamila (2005): „Políticas en Salud en la Argentina: Despues de la Reforma ¿Hemos cambiado el Rumbo?“ In: *Ficha bibliográfica de la Cátedra de Salud Pública/Salud Mental II Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires.
- Cruz, José Alfredo (1991): „Neoliberalismo y política social en El Salvador“. In: *Conyuntura Económica. Boletín informativo y análisis económico*, Jg. 6, Nr. 39, S. 12-26.
- Deacon, Bob (2007): *Global Social Policy and Governance*. Los Angeles.
- Deacon, Bob; Michelle Hulse & Paul Stubbs (1997): *Global Social Policy. International organizations and the future of welfare*. London u.a.
- FESPAD, El Observatorio de las Políticas Publicas y los DESC (2007): „Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. un nuevo impulso a la privatización de los servicios de salud“. In: *Políticas Públicas HOY*, Jg. 11, Nr. 31.
- Filgueira, Carlos, & Fernando Filgueira (2002): „Models of welfare and modes of capitalism. The limits of transferability“. In: Huber, Evelyne (Hg.): *Modes of capitalism. Lessons for Latin America*. Pennsylvania, S. 127-157.
- Hall, Anthony (2007): „Social Policies in the World Bank“. In: *Global Social Policy*, Jg. 7, Nr. 2, S. 151-175.

- Hall, David, & Robin de la Motte (2004): *Dogmatic Development: Privatization and conditionalities in six countries*. London, <http://www.psiru.org/reports/2004-02-u-conds.pdf>, letzter Zugriff: 1. 6. 2009
- Herrera, Alicia Ernesto (2007): „Red Solidaria en Nueva Granada: impacto en la reducción de la pobreza“. In: *ECA. Estudios Centroamericanos*, Jg. 62, Nr. 705, S. 571-582.
- Jacito Montoya, Tito A. (2002): *Modernización neoliberal del estado salvadoreño, conflicto social y cultura de paz*. San Salvador.
- Kohlmorgen, Lars (2004): „Globalisierung, Global Governance und globale Sozialpolitik“. In: Betz, Joachim, & Wolfgang Hein (Hg.): *Neues Jahrbuch Dritte Welt. Soziale Sicherung in Entwicklungsländern*. Opladen, S. 57-79.
- Kohlmorgen, Lars (2007): „International Governmental Organizations and Global Health Governance: the Role of the World Health Organization, World Bank and UNAIDS“. In: Hein, Wolfgang; Lars Kohlmorgen & Sonja Bartsch (Hg.): *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS*. Palgrave, S. 119-145.
- Koivusalo, Meri, & Eeva Ollila (1997): *Making a Healthy World. Agencies, Actors & Policies in International Health*. London & New York.
- Krämer, Michael (1995): *El Salvador. Vom Krieg zum Frieden niedriger Intensität*. Köln.
- Küblbock, Karin (2005): „Der Weg ist noch nicht das Ziel“. In: *Südwind. Magazin für internationale Politik, Kultur und Entwicklung*, Nr. 1, S. 6.
- Kwon, Huck-Ju (2001): „Globalisation, Unemployment and Policy Responses in Korea: Re-positioning the State“. In: *Global Social Policy*, Jg.1, Nr.1, S. 213-234.
- Lee, Kelley, & Hilary Goodman (2002): „Global Policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s“. In: Lee u.a. 2002, S. 97-119.
- Lee, Kelley; Kent Buse & Suzanne Fustukian (2002) (Hg.): *Health Policy in a Globalizing World*. Cambridge.
- Martínez Franzoni, Juliana (2008a): *Three welfare regimes, three critical paths to strengthen redistribution*. XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, 4.-7. November 2008. Manuskript.
- Martínez Franzoni, Juliana (2008b): „Welfare Regimes in Latin America: Capturing Constellations of Markets, Families and Policies“. In: *Latin American Politics and Society*, Jg. 50, Nr. 2, S. 67-100.
- Mesa-Lago, Carmelo (2008): *Reassembling Social Security. A Survey of Pension and Health Reforms in Latin America*. Oxford.
- Murray, Kevin, & Tom Barry (1995): *El Salvador. The Essential Guide to its Politics, Economy, Society and Environment*. Albuquerque, New Mexico.
- PDDH, Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (2004): *Fundamentos del proceso de Reforma del Sector Salud en el Salvador*. El Salvador.
- PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2007): *Trayectorias hacia el cumplimiento de los ODM en El Salvador*. San Salvador.
- PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2004): *El Salvador. Primer Informe de País. Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. San Salvador.
- Rode, Clemens (1995): „Lektionen aus Krieg und Frieden in Zentralamerika. Notizen eines teilnehmenden Beobachters“. In: Sevilla, Rafael, & Edelberto Torres Rivas: *Mittelamerika. Abschied von der Revolution?* Bad Honnef, S. 45-63.
- Selva Sutter, Ernesto (2003): „Reforma de salud reivindicativa, democrática y con enfoque público“. In: *ECA. Estudios Centroamericanos*, Jg. 58, Nr. 651-652, S. 21-41.
- SIMETRIS, Sindicato de Médicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (2000): *Propuesta: Modelo de Modernización Hospitalaria basado en la Participación del/la Derechohabiente y del/la Trabajador/a*. San Salvador.

- Tolentino, José Angel (1998): „Que problema debe resolver una Reforma de Salud?“. In: Universidad Nacional de El Salvador, Facultad de Medicina (Hg.): *Con que pluma se está escribiendo la Refoma de Salud?* San Salvador S. 101-120.
- Tolentino, José Angel (1999): „Reforma económica y política social en El Salvador“. In: *Alternativas para el Desarrollo. FUNDE*, Nr. 59, S. 14-23.
- Torres, Luis Antonio (1995): *Existe una política social en El Salvador? Los casos de Salud, Vivienda y Educación*. San Salvador.
- Weiss, Franco (2000): „Von Streiks und Wahlen. Ein Streik im Gesundheitswesen bestimmt den Wahlkampf in El Salvador“. In: *Lateinamerika Nachrichten*, Nr. 309, S. 12-14.
- Zinecker, Heidrun (2004): *El Salvador nach dem Bürgerkrieg. Ambivalenzen eines schwierigen Friedens*. Frankfurt a.M.

Anschrift der Autorin:

Anne Tittor

a.tittor@gmx.de

DAS ARGUMENT ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

281 Elemente eines neuen linken Feminismus

F.HAUG: Feministische Initiative zurückgewinnen - Diskussion mit N.Fraser

T.SOILAND: Gender oder Von der Passförmigkeit der Subversion

L.SEGAL: Erneuerungen des Feminismus

J.BUTLER: In Prozesse von Prekarisierung eingreifen

T.SEDDON: An einer »Politik des Wir« arbeiten

R.ULLRICH: Feuchtgebiete und Neue deutsche Mädchen

R.DANNEMANN: Ágnes Heller zum achtzigsten Geburtstag

F.JAMESON: Marx und Montage. Zu Alexander Kluge

D.McNALLY: Von der Finanzkrise zur Weltwirtschaftskrise (2. Teil)

L.WACQUANT: Die neoliberale Staatskunst. »Workfare«, »Prisonfare« und soziale Unsicherheit (Debatte: Bestrafte Armut, Teil 1)

M.MAYER: Schwierigkeiten einer Theorisierung des neoliberalen Staates

Einzelheft 12 € ; Abo: 6 Hefte/Jahr 59 € (ermäßigt 45 €) zzgl. Versand

Abo & Versand · versand-argument@t-online.de

Reichenberger Str. 150 · 10999 Berlin

Tel: +49-(0)30-611-3983 · Fax: -4270

Redaktion DAS ARGUMENT · c/o Elske Bechthold

Kanalweg 60 · 76149 Karlsruhe

Tel: +49-(0)721-7501-438 · argument@inkrit.org