

Weltkultur am Werk?

Das globale Modell der Gesundheitspolitik und seine
Rezeption im nationalen Reformdiskurs am Beispiel Polens

von Monika Elisabeth Radek



UNIVERSITY OF
BAMBERG
PRESS

Schriften aus der Fakultät Sozial- und
Wirtschaftswissenschaften der
Otto-Friedrich-Universität Bamberg 4

Schriften aus der Fakultät Sozial- und
Wirtschaftswissenschaften der
Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Band 4



University of Bamberg Press 2011

Weltkultur am Werk?

Das globale Modell der Gesundheitspolitik und seine
Rezeption im nationalen Reformdiskurs
am Beispiel Polens

von Monika Elisabeth Radek



University of Bamberg Press 2011

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische
Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de/> abrufbar

Diese Arbeit hat der Fakultät Sozial- und Wirtschaftswissenschaften der Otto-Friedrich-Universität
als Dissertation vorgelegen

1. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. Richard Münch

2. Gutachter: Univ.-Prof. Mag. Dr. Alois Woldan

Beisitzer: Univ.-Prof. em. Dr. Peter Trenk-Hinterberger

Tag der mündlichen Prüfung: 28. Juni 2011

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über den Hochschulschriften-
Server (OPUS; <http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/>) der
Universitätsbibliothek Bamberg erreichbar. Kopien und Ausdrücke
dürfen nur zum privaten und sonstigen eigenen Gebrauch
angefertigt werden.

Herstellung und Druck: Digital Print Group, Nürnberg
Umschlaggestaltung: Dezernat Kommunikation und Alumni

© University of Bamberg Press Bamberg 2011

<http://www.uni-bamberg.de/ubp/>

ISSN: 1867-6197

ISBN: 978-3-86309-041-8 (Druckausgabe)

eISBN: 978-3-86309-042-5 (Online-Ausgabe)

URN: urn:nbn:de:bvb:473-opus-3742

Für Sara und Jakob

Danksagung

Für die vielfältige Unterstützung, die ich bei der Erstellung dieser Arbeit erfahren habe, bedanke ich mich zuallererst bei meinem Doktorvater, Prof. Dr. Richard Münch, der den Arbeitsfortschritt der Arbeit durch gezielte Fragen und Anmerkungen kontinuierlich vorangebracht hat. Meinem Zweitbetreuer, Prof. Mag. Dr. Alois Woldan, danke ich für die Übernahme des Zweitgutachtens und die interdisziplinäre Offenheit, für die ich auch Prof. em. Dr. Peter Trenk-Hinterberger zu Dank verpflichtet bin. Darüber hinaus sei allen Professoren und Kollegiaten des Graduiertenkollegs “Märkte und Sozialräume in Europa” für konstruktive Anmerkungen und hilfreiche Diskussionen gedankt, insbesondere meinen Kollegen Henrik Schillinger, Tomas Marttila, Christian Schmidt-Wellenburg und Stefan Bernhard. Der außerfachliche Dank gebührt meinen Eltern, meinem Mann und meinen Freunden, die diese Arbeit ebenfalls auf vielfältige Weise ermöglicht und unterstützt haben. Für die Finanzierung bedanke ich mich bei der Stiftung der Deutschen Wirtschaft.

Monika Radek

Inhaltsverzeichnis

Schlaglichter	xiii
Abbildungsverzeichnis	xv
Tabellenverzeichnis	xvii
Abkürzungsverzeichnis	xix
Vorwort	xxiii

I Problemstellung, Theorie und forschungspraktische Umsetzung	1
1 Problemstellung	5
1.1 Die anfängliche Debatte zum Wohlfahrtsstaat in der Transformation	6
1.2 Wende in Forschung und Praxis	9
1.3 Suche nach einem neuen Problemzugang	11
1.4 Zusammenfassung	21
2 Theoretische Perspektive	25
2.1 Begriffsbestimmung	26

2.2	Neo-Institutionalistische Weltkulturtheorie: Wohlfahrtsstaat als Modell der Weltkultur	29
2.3	Mehrwert und Implikationen einer weltkulturtheoretisch sensibilisierten Wohlfahrtsstaatsforschung	38
2.4	Defizite des Ansatzes	45
2.5	Kulturalistische Revision der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie	51
2.6	Zusammenfassung	65
3	Forschungspraktische Umsetzung	71
3.1	Forschungsdesign: Zur Doppelstruktur des Wohlfahrtsstaates	71
3.2	Empirischer Fokus: Gesundheitspolitik in der Welt und in Polen	74
3.3	Analyserahmen: Wohlfahrtsstaatliche Entwicklung als Diskurs	76
3.4	Materialauswahl und Methoden	80
3.5	Forschungsprozess und Ergebnispräsentation	88
3.6	Zusammenfassung	89
II	Weltkultur der Gesundheit	91
4	Gesundheitspolitik im globalen Diskurs	95
4.1	Emergenz und Entwicklung einer Weltkultur der Gesundheit	96
4.2	Diskursive Horizonte	99
4.3	Etappen der diskursiven Entwicklung	120
4.4	Fokus Europäische Union	167
4.5	Zusammenfassung und Zwischenreflexion	178

5	Das gesundheitspolitische Modell der Gegenwart im historischen Rückblick	191
III	Gesundheitspolitik in Polen	201
6	Der gesundheitspolitische Reformdiskurs in Polen	205
6.1	Das polnische Feld der Gesundheitspolitik	206
6.2	Diskursive Horizonte	227
6.3	Verlauf der parlamentarischen Reformdebatte	246
6.4	Zusammenfassung und Zwischenreflexion	275
7	Weltkultur im Spiegel der gesundheitspolitischen Parlamentsdebatte	285
7.1	Das gesundheitspolitische “Modell der Weltkultur” im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten	286
7.2	Bezugnahmen auf Weltkultur in der polnischen Gesundheitsreformdebatte	333
7.3	Zusammenfassung und Zwischenreflexion	358
IV	Abschließende Diskussion	367
8	Weltkultur am Werk?	369
8.1	Empirische Befunde	370
8.2	Theoretische Prämissen	371
8.3	Weltkultur am Werk?	375
9	Qualität der generierten Ergebnisse	379
	Zusammenfassung	385
	Literatur- und Quellenverzeichnis	403

Schlaglichter

1	Wohlfahrtskulturforschung	43
2	World Health Organization	100
3	United Nations International Children's Emergency Fund	125
4	World Bank	127
5	Organization for Economic Cooperation and Develop- ment	142
6	McKinsey Global Institute	143
7	People's Health Assembly	153
8	Semashko-Modell	212
9	Die polnischen Liberalen	219
10	Władysław Sidorowicz und die NSZZ Solidarność	249
11	Die post-kommunistischen Parteien SLD und PSL . . .	252
12	Die Intelligenz-Partei UW und ihre Nachfolgerin PO . .	254
13	AWS und das zersplitterte Post-Solidarność-Lager . . .	258
14	Sieg und Zusammenbruch der SLD	262
15	Der erstarkende Populismus der 2000er Jahre	264

Abbildungsverzeichnis

1.1	Problemstellung.	21
2.1	Suche nach einem neuen Problemzugang.	27
2.2	Weltkultur und die Konstitution moderner Akteure. . .	50
3.1	Forschungsdesign: Doppelstruktur des Wohlfahrtsstaates.	73
4.1	Gründungen universalistischer und regionaler Interna- tionaler NROs, 1875-1975.	97
4.2	Dynamik des globalen Felds der Gesundheit.	97
4.3	Gründungen ökonomischer Vereinigungen nach Welt- region.	112
4.4	Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung.	145
4.5	Entwicklung des globalen Diskurses der Gesundheitspo- litik.	180
6.1	Das polnische Feld der Gesundheitspolitik seit der "Sys- temtransformation".	208

Tabellenverzeichnis

3.1	Zusammenstellung von Textkorpus 1.	82
3.2	Zusammenstellung von Textkorpus 2.	84
4.1	Anfängliche Diskursopposition.	131
4.2	Das neue PHC-Konzept.	163
5.1	300 Jahre Gesundheitspolitik.	197
6.1	Gesundheitsminister in Polen seit 1989.	221
7.1	Deutungsmuster des Staates.	310
7.2	Deutungsmuster der Gesellschaft.	313
7.3	Deutungsmuster des Gesundheitssystems.	332

Abkürzungsverzeichnis

AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
Anm. d. Verf.	Anmerkung der Verfasserin
Art.	Artikel
AWS	Akcja Wyborcza Solidarność / Wahlbündnis Solidarität
BBC	British Broadcasting Company
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
DALY	Disability-Adjusted Life Years
Dez.	Dezember
d.h.	das heißt
Ebd.	ebenda
EG	Europäische Gemeinschaft
EGV	Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GEGA	Global Equity Gauge Alliance
HSPA	Health Systems Performance Assessment
ILO	International Labour Organization
IWF	Internationaler Währungsfonds
Jan.	Januar

KLD	Kongres Liberalno-Demokratyczny / Liberal-Demokratischer Kongress
KOR	Komitet Ochrony Robotników / Komitee zur Verteidigung der Arbeiter
LPR	Liga Polskich Rodzin / Liga der Polnischen Familien
MOE	Mittelosteuropa
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia / Nationaler Gesundheitsfonds
NGO/NRO	non-governmental organization / Nichtregierungsorganisation
Nov.	November
NSZZ	Niezależny Samorządny Związek Zawodowy / Unabhängige Selbstverwaltete Gewerkschaft
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OMK	Offene Methode der Koordinierung
Okt.	Oktober
PHARE	Poland Hungary Assistance to Restructuring of the Economy
PHA	People's Health Assembly
PHC	Primary Health Care / Primäre Gesundheitsversorgung
PIS	Prawo i Sprawiedliwość / Recht und Gerechtigkeit
PO	Platforma Obywatelska / Bürgerplattform
PSL	Polskie Stronnictwo Ludowe / Polnische Bauernpartei
PZPR	Polska Zjednoczona Partia Robotnicza / Polnische Vereinigte Arbeiterpartei
Sept.	September
SLD	Sojusz Lewicy Demokratycznej / Allianz der Demokratischen Linken
SO	Samoobrona / Selbstverteidigung
SPZOZ	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej / selbständiger öffentlicher Gesundheitsbetrieb
u.a.	und andere

UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UP	Unia Pracy / Arbeiterunion
USAID	United States Agency for International Development
UW	Unia Wolności / Freiheitsunion
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization
zoz/ZOZ	zakład opieki zdrowotnej / Gesundheitsbetrieb

Vorwort

Die vorliegende Untersuchung zielte ursprünglich auf die Rekonstruktion des post-kommunistischen Paradigmas der Wohlfahrtsstaatlichkeit ab. Mit einem solchen Erkenntnisinteresse werden allerdings bereits sehr viele Vorannahmen getroffen: *Dass* es beispielsweise so etwas wie ein post-kommunistisches Wohlfahrtsparadigma gibt, das durch die Kommunismuserfahrung geprägt ist, oder *dass* die post-kommunistischen Länder ähnliche Strukturen der Wohlfahrtspolitik entwickeln. Die Forschung der letzten zwanzig Jahre hat jedoch gezeigt, daß solche Vorannahmen irreführend sind. Das heißt nicht, dass die Wohlfahrtspolitik im post-kommunistischen Mittelosteuropa nicht auch durch das kommunistische Erbe geprägt ist. Wie Kutter und Trappmann (2006) zeigen, ist das “Erbe des Beitritts” in die Strukturen der Europäischen Union jedoch nicht minder relevant. Das heißt auch nicht, dass die post-kommunistischen Wohlfahrtspolitiken sich nicht ähneln. Diese Ähnlichkeit lässt sich jedoch kaum als ein post-kommunistisches Spezifikum bezeichnen. Gegenwärtig sind weltweit ähnliche Trends der Sozialpolitik zu verzeichnen, die auf einen starken Einfluss globaler Diskurse - die Emergenz einer “Global Social Policy” - zurückgeführt werden.

Angesichts dieser Befunde musste das Ausgangsinteresse neu formuliert, vor allem aber auch theoretisch neu verortet werden. Die ver-

tiefe Auseinandersetzung mit den für das Thema relevanten Forschungsbereichen - Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung - hat mich bald über ihre fließenden Grenzen hinweg zunächst zur Europäisierungs- und Globalisierungsforschung und von da aus zur Wissens- und Kulturosoziologie geführt. Sowohl in der Wohlfahrtsstaats- als auch in der Transformationsforschung setzen sich nämlich - wenn auch nur am Rande des Mainstreams - Erkenntnisse des "constructionist" und des "cultural turn" durch. Auf der einen Seite lassen sich zunehmend konstruktivistische Ansätze beobachten, die wohlfahrtsstaatliche Institutionen als soziale Konstrukte begreifen und methodisch mit qualitativen Ansätzen der Deutungsmuster- und Diskursanalyse arbeiten. Auf der anderen Seite machen die Arbeiten der soziologischen Neo-Institutionalisten und der "Global Social Policy"-Forschung auf den starken Einfluss globaler sozialpolitischer Modelle für die nationale Politikgestaltung aufmerksam. Damit liefern sie zahlreiche Belege für den *konstitutiven* Charakter von Kultur - den der "cultural turn" betont - für die soziale *Konstruktion* von Gesellschaft.

Ausgehend von den aktuellen theoretischen Trends in der Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung geht die vorliegende Arbeit also von einer Doppelstruktur des Wohlfahrtsstaates aus: Wohlfahrtspolitische Institutionen werden auf der einen Seite mit dem "constructionist turn" als sozial konstruiert verstanden. Der theoretische Fokus richtet sich hier auf die soziale Konstruktion von Gesellschaft.

Auf der anderen Seite bleibt die Arbeit mit dem "cultural turn" jedoch für den konstitutiven Charakter kultureller Modelle der Wohlfahrtspolitik - also die emergierende "Global Social Policy" - sensibilisiert. Für die forschungspraktische Umsetzung werden beide Perspektiven im Diskursbegriff verknüpft, mit dem sich sowohl die soziale Konstruktion gesellschaftlicher Wirklichkeit, als auch der Kulturbegriff operationalisieren lassen. Eine solche Operationalisierung bringt sowohl theoreti-

sche als auch methodische Vorteile mit sich. In methodischer Hinsicht wird es möglich, die Interpenetranz zwischen Kultur und Gesellschaft mit Rückgriff auf die qualitative Sozialforschung zu erforschen, ohne jedoch theoretisch determiniert zu sein. Die Frage nach dem Zusammenspiel der zwei Ebenen bleibt nämlich bei einer Operationalisierung mit Hilfe des Diskursbegriffs weitgehend offen, der konkrete Einfluss der Kultur auf die Konstruktion wohlfahrtspolitischer Arrangements eine Frage der Empirie. In der vorliegenden Arbeit wird ihr am Beispiel der Gesundheitspolitik in Polen nachgegangen.

Teil I

Problemstellung, Theorie und forschungspraktische Umsetzung

Das Ziel des ersten Teils der Arbeit ist es, ausgehend vom gegenwärtigen Forschungsstand den Untersuchungsgegenstand zu skizzieren, die gewählte theoretische Großperspektive zu erläutern und die methodische Umsetzung vorzustellen. In Kapitel 1 werden die Diskussionen in der Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung zum Ausgangspunkt genommen, um den in der Arbeit verfolgten Untersuchungsgegenstand zu formulieren. Kapitel 2 dient der Erläuterung und Begründung der theoretischen Großperspektive. Im dritten Kapitel wird die Übersetzung der theoretischen Prämissen in ein Forschungsdesign vorgestellt, an dem sich die in Teil II und III anschließende empirische Studie orientiert. Des Weiteren werden der empirische Fokus, das der Arbeit zugrundeliegende Material und die gewählten Methoden vorgestellt. Zum Schluss folgen noch einige Bemerkungen zum Forschungsprozess und der davon abweichenden Ergebnispräsentation.

Kapitel 1

Problemstellung

[...], [I]t can be claimed that no theory alone can explain fully the changes in the post-communist societies. The social policy is shaped by the diversity of forces, in particular, in such countries as the transitional ones. Consequently, it should be studied as if it was embedded in various aspects of a given society (Aidukaite 2009: 33).

Die Rahmenbedingungen der europäischen Wohlfahrtsstaaten haben sich wesentlich geändert. Diverse Anstöße exogener und endogener Natur haben einen Wandel im Selbstverständnis, in den Zielsetzungen, Steuerungsinstrumenten und der Architektur europäischer Wohlfahrtsstaaten initiiert (Lütz 2004). Im post-kommunistischen Mitteleuropa wird die Frage nach den sozialen Aufgaben des Staates während der “Systemtransformation” (Merkel 1999) zunächst hintangestellt. Der Übergang zur Demokratie und Marktwirtschaft geht mit hohen sozialen Kosten einher, so dass in den Anfangsjahren der wirtschaftlichen und politischen Reformen eine “Kompensationsstrategie” (Rymsza 2004) gefahren wird. Sozialpolitische Reformen werden kaum durchgeführt (Götting 1998). Der Veränderungsdruck ist jedoch nicht minder groß als in Westeuropa. Ganz im Gegenteil, gerade aufgrund des beschlossenen Übergangs zur Demokratie und Marktwirtschaft wird die Rolle des Staates,

der Zivilgesellschaft und des Marktes einer umfassenden Umdeutung unterzogen. Für das Verhältnis zwischen diesen drei Sphären der Gesellschaft sind die Institutionen der Wohlfahrtspolitik von großer Bedeutung. Es ist also nur eine Frage der Zeit, bis sich die Frage des Wohlfahrtsstaates mit neuer Dringlichkeit stellt.

Der Umbruch der Wohlfahrtsstaaten (Lütz 2004) ist weder in West- noch in Mitteleuropa vollendet. Das Thema ist von höchster Aktualität und Relevanz nicht nur für die Forschung, sondern für jeden einzelnen Bürger Europas. Seine Erforschung im post-kommunistischen Mitteleuropa ist dabei aus dreierlei Gründen interessant: Erstens setzt die nach dem anfänglichen Reformstau beschleunigte Reformgeschwindigkeit (vgl. Fink 2006) der post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten die westlichen Wohlfahrtsstaatsreformer unter Druck. Der post-kommunistische Wohlfahrtsstaat ist somit nicht nur für die Forschung interessant, sondern auch von unmittelbarer Relevanz für die Ebene der politischen Praxis. Zweitens ist der Kontrast zwischen der neuen Wohlfahrtspolitik und dem alten Modell im Post-Kommunismus so evident, dass sich das Antlitz des "Neuen" besser herausarbeiten lässt. Drittens ist aufgrund der großen Dynamik auch bei einer Begrenzung des untersuchten Zeitraums - die im Rahmen eines Forschungsvorhabens mit begrenzten Ressourcen zwangsläufig erfolgen muss - der Prozesscharakter wohlfahrtspolitischer Entwicklung deutlicher erkennbar.

1.1 Die anfängliche Debatte zum Wohlfahrtsstaat in der Transformation

Für die Untersuchung der Transformation¹ der Wohlfahrtspolitik in Mitteleuropa liegt es nahe, nicht nur an die Erkenntnisse der jungen Transformationsforschung, sondern auch an die Wissensbestände der klassischen

¹Streng genommen bezeichnet der Transformationsbegriff lediglich die Periode unmittelbar nach dem Zusammenbruch der kommunistischen Regime. Hier wird jedoch eine breitere Definition in Anlehnung an Kutter und Trappmann zugrunde gelegt, die auch den "durch diese Reformen eingeleiteten, aber andauernden Wandel" umfasst (Kutter und Trappmann 2006: 15).

westlichen Wohlfahrtsstaatsforschung anzuknüpfen, auch wenn in beiden Forschungsbereichen den post-sozialistischen Wohlfahrtsstaaten in den ersten Jahren der Transformation vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird (Götting 1998: 17; Rüb 2004: 11). In der Forschung gilt das Hauptaugenmerk in dieser Anfangszeit der Etablierung von Marktwirtschaft und Demokratie. Die Konsolidierungsforschung begründet diese Fokussierung im Nachhinein damit, dass die Staats- und Nationenbildung auch in der Politik Priorität gehabt habe (Rüb 2004: 11). Die systemischen Reformen in Politik und Ökonomie werden in der Tat relativ zügig durchgeführt, so dass bereits Mitte der 1990er Jahre von der Konsolidierung der Demokratie und der erfolgreichen, wenngleich nicht abgeschlossenen, Einführung der Basisinstitutionen des westlichen Kapitalismus die Rede ist. Anders verhält es sich mit der Systemtransformation des Wohlfahrtsstaates, wie Götting Ende der 1990er Jahre beobachtet:

Alles in allem scheint im Bereich der Sozialpolitik 1995/1996 die Summe des politisch Nicht-Erreichten größer zu sein als in den meisten anderen Feldern der Transformationspolitik. [...] Gemessen an den radikalen Veränderungen, die in anderen Bereichen initiiert worden sind, wie auch verglichen mit den ambitionierten sozialpolitischen Reformplänen der Akteure selbst, muss man sagen, dass sich das alte wohlfahrtsstaatliche Institutionensystem in den Ländern Mittel- und Osteuropas bislang als unerwartet stabil erwiesen hat (Götting 1998: 14f.)

Die relativ wenigen Studien, die die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung in Mitteleuropa Anfang der 1990er Jahre thematisieren (vgl. etwa die Sammelbände von Deacon und Szalai 1990 sowie Deacon 1992a; 1992b, 1993; Ferge 1992), knüpfen an die Erkenntnisse der westlichen Wohlfahrtsstaatsforschung an.

Die in der westlichen Wohlfahrtsstaatsforschung² zu der Zeit prominente Regimetypologie Esping-Andersens (1990) übt auch auf die post-

²Das Thema der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung im post-kommunistischen Mitteleuropa gehörte lange Zeit zu den eher vernachlässigten Themen der westlichen Wohlfahrtsstaatsforschung. Nur wenige Arbeiten hatten die Sozialpolitik im

kommunistische Wohlfahrtsstaatsforschung einen starken Einfluss aus. Von zentraler Bedeutung scheint auch hier die Frage zu sein, welchem Typ der westlichen Wohlfahrtsregime sich die neuen post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten zuordnen lassen. Angesichts ihrer ähnlichen Ausgangsposition - dem sozialistischen Staatspaternalismus (Götting 1998) - und der ähnlichen globalen Rahmenbedingungen der "Systemtransformation" (Merkel 1999) wird angenommen, dass die post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten einander in Form und Funktion ähneln werden (vgl. Bunce 2000: 123).

Nicht nur die Ausgangsposition und die Rahmenbedingungen der Transformation gelten als vergleichbar, auch das Ziel scheint das Gleiche zu sein: Da die Reform des Sozialismus als gescheitert gilt (Müller 2001), lautet die Alternative: "Die Anpassung an die Institutionen moderner Gesellschaften mit Konkurrenzdemokratie, Marktwirtschaft und Wohlfahrtsstaat" (Delhey 2001: 7). So wird gemeinhin angenommen, dass sich die post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten entsprechend einer "Logik der Transformation" in Wohlfahrtsstaatstypen transformieren werden, die mit Demokratie und Marktwirtschaft kompatibel sind, sprich, dass sie den westlichen Modellen weitgehend ähneln werden (Rymysza 2004). Dass die wohlfahrtsstaatlichen Arrangements eine Zeit lang noch post-kommunistische Versatzstücke aufweisen werden, wird zwar erwartet, aber für eine vorübergehende Entwicklung gehalten. Folglich konzentriert sich die Literatur vor allem darauf, den entstehenden Regimetyp zu erfassen. Die unterschiedlichen Versuche, die neuen Entwicklungen mit Hilfe der herkömmlichen Begrifflichkeiten der westlichen Wohlfahrtsstaatsforschung zu klassifizieren, führen dann zu Einschätzungen wie "liberal" bzw. "residual" (vgl. Standing 1996; Aidukaite 2004; Götting 1998) oder "postsozialistisch-konservativ-korporatistisch" (Deacon 1993).

Retrospektiv kann man sagen, dass sich diese in Anlehnung an die Wohlfahrtsstaatstypologie von Esping-Andersen (1990) aufgestellten Prognosen zur sozialpolitischen Entwicklung in Mitteleuropa nicht bestätigten. Weder haben sich die mitteleuropäischen Wohlfahrtssysteme an "das resi-

sozialistischen Mitteleuropa zum Gegenstand (vgl. Götting 1998: 16; Aidukaite 2004). Götting (1998) verweist insbesondere auf die Strukturanalysen von Madison (1968), Ferge (1979), und Deacon (1983).

duale US-amerikanische Wohlfahrtsmodell” angenähert (Tomka 2004: 132) - was u.a. anderem Esping-Andersen (1996) und Ferge (1992) erwarteten - noch sind sie als “enge Verwandte der westeuropäischen Wohlfahrtssysteme” zu bezeichnen (Tomka 2004: 132) - eine Entwicklung, die Deacon (1993) prognostizierte. Vielmehr lässt sich die Dynamik der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung mit Tomka (2004: 132) als “eigenartig”, die entstehenden Regime mit den Worten einer anderen, von Tomka zitierten “Expertin”, als “gesichtslos” bezeichnen (Lelkes 2000, zitiert nach Tomka 2004: 132). Auch jüngere Arbeiten zum post-kommunistischen Wohlfahrtsstaat machen immer stärker deutlich: Die herkömmlichen Begrifflichkeiten der Wohlfahrtsstaatsforschung stoßen bei der Erfassung der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung im post-kommunistischen Mitteleuropa an ihre Grenzen (Götting 1998; Cerami 2005).

1.2 Wende in Forschung und Praxis

Mitte der 1990er Jahre ändert sich die oben skizzierte Debatte grundlegend, als die post-kommunistische Sozialpolitik zu einem prominenten Thema der evaluativ und beratend angelegten Forschung insbesondere ökonomischer Provenienz wird (Götting 1998). Laut Orenstein und Haas (2005) rückt Sozialpolitik ab etwa 1995 an die Spitze der internationalen Agenda. Die auf eine grundsätzliche Umgestaltung des Wohlfahrtsstaates abzielenden Stellungnahmen der internationalen Experten erweisen sich als sehr erfolgreich. Innerhalb kürzester Zeit gelten die post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten als extern “gemacht” (Deacon und Hulse 1997) und Mitteleuropa als ein “laboratory for economic knowledge” (Bockman und Eyal 2002; Aligica 2003):

At that time, a variety of international organizations began to implement and further develop a social policy agenda that pushed east-central European countries more consistently toward a single model of welfare state reform (Orenstein und Haas 2005: 144).

Zur Erklärung dieses Phänomens wendet sich die Literatur von der bis dahin verbreiteten "Logik der Transformation" nunmehr einer "Logik der Globalisierung" (Rymsza 2004) zu, die den Wandel der post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten zum einen auf die mit der Globalisierung verbundenen Sachzwänge, vor allem aber auf den starken Einfluss internationaler Organisationen und Experten zurückführt (Deacon 2000; Orenstein 2005; Orenstein und Haas 2005; Kapstein und Milanovic 2001). Ausgehend von ihren Arbeiten zum wohlfahrtsstaatlichen Wandel im Kommunismus und Post-Kommunismus formulieren Deacon und Kollegen (Deacon, Hulse und Stubbs 1997) das Postulat von der Emergenz einer "Global Social Policy", gründen eine gleichnamige Fachzeitschrift und rufen damit im Grunde genommen ein neues Forschungsfeld ins Leben.³ Zentraler Untersuchungsgegenstand ist dabei zum einen der globale sozialpolitische Diskurs, d.h. der in und zwischen internationalen Organisationen und internationalen Nichtregierungsorganisationen geführte Dialog über die bestmögliche Gestaltung wohlfahrtsstaatlicher Institutionen und zwar nicht nur auf nationaler, sondern auch auf supranationaler Ebene. Daneben gilt das Forschungsinteresse dem Einfluss internationaler Organisationen auf nationalstaatliche Sozialpolitiken. Der wohlfahrtsstaatliche Wandel im Post-Kommunismus gilt dabei als Paradebeispiel (Deacon und Hulse 1997; Orenstein 2005; Orenstein und Haas 2005).⁴

Seit dem Beitritt der mittelosteuropäischen Länder in die Europäische Union verschiebt sich der Erklärungsfokus der Transformationsforschung erneut in Richtung einer "Logik der Europäisierung" (Rymsza 2004). Für die Darstellung und Erklärung der sozialpolitischen Entwicklung in Mitteleuropa wird in diesem Sinne immer öfter auf das Europäische Sozialmodell zurückgegriffen (Taschowsky 2004; Klammer und Leiber 2004; Guillen und Palier 2004; Kovács 2002; Ferge 2001; Aidukaite 2004; Bönker 2006).

³Zentral ist hier die Gründung der Fachzeitschrift "Global Social Policy" im Jahre 2000, in der die Emergenz einer globalen Sozialpolitik nicht mehr nur in Bezug auf die post-kommunistischen Staaten Mitteleuropas, sondern mit Bezug auf andere Länder, die europäische und vor allem auch die globale Ebene diskutiert wird.

⁴In diesem Zusammenhang wird gern auf die Rentenreform in Polen und Ungarn Ende der 1990er Jahre verwiesen, die als eine nahezu vollständige Übernahme des Weltbank-Modells gilt (Orenstein und Haas 2005; Orenstein 2005).

1.3 Suche nach einem neuen Problemzugang

Die Befunde der eben skizzierten empirischen Forschung sind relativ einstimmig: Die gegenwärtige Transformation der Wohlfahrtsstaaten - und das nicht nur im post-kommunistischen Mitteleuropa - wird stark von globalen Einflüssen geprägt. Die theoretische Reflexion scheint dieser empirischen Entwicklung jedoch noch hinterherzuhinken. Aktuellere Arbeiten zur wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung im Post-Kommunismus lassen sich in drei Kategorien einteilen:

1. Die eben erwähnten Arbeiten ökonomischer Provenienz haben weitgehend evaluativen Charakter und werden aufgrund ihres starken Einflusses auf die politische Praxis somit zum potentiellen Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit.
2. Die in der weit gefassten Wohlfahrtsstaatsforschung verankerten Arbeiten interessieren sich für die klassischen Fragestellungen der Wohlfahrtsstaatsforschung und nehmen die externen Einflüsse internationaler Experten kaum zur Kenntnis.⁵

⁵Neben großen, ländervergleichend angelegten Überblicksdarstellungen werden zunehmend einzelne sozialpolitische Sektoren aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven untersucht (Vanhuysse 2004; Matthes 2004; Müller 2002; Aidukaite 2004). Darüber hinaus versucht man Parallelen zu neueren Trends der westlichen Wohlfahrtsstaaten, so beispielsweise den zunehmend individualisierenden Charakter oder die "Gendering-Effekte" (vgl. Aidukaite 2004) aufzuzeigen. Auch klassische Fragestellungen behalten ihre Relevanz: So plädiert beispielsweise Aidukaite (2009: 35) für eine Erweiterung der Regimetypologie von Esping-Andersen (1990) um ein post-kommunistisches Wohlfahrtsparadigma. Aspalter und seine KollegInnen versuchen wiederum aufzuzeigen, dass sich die post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten zum Idealtypus des kontinentaleuropäischen, christdemokratischen Wohlfahrtsregimes zählen lassen (Aspalter, Jinsoo und Sojeung 2009: 170). Hacker hingegen vertritt die These, dass die post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten zu heterogen sind, um sich einem Regime-Cluster zuordnen zu lassen und in der post-kommunistischen Wohlfahrtspolitik vielmehr Prozesse der Hybridisierung zu beobachten sind (Hacker 2009: 165).

3. Die in der Global Social Policy-Forschung verankerten Arbeiten haben in erster Linie einen deskriptiven Charakter. Sie liefern zwar wichtige Belege für den Einfluss des internationalen Umfelds und zeugen von einer wachsenden Erkenntnisnahme von Mechanismen, deren Wirkung gemeinhin als "soft" - folglich vernachlässigungswürdig - gegolten hat, sind jedoch selten theoretisch fundiert.

Für die vorliegende Arbeit stellt sich also das Problem, nach einem neuen Problemzugang zum empirischen Phänomen starker "externer Einflüsse" auf nationalstaatliche Wohlfahrtspolitik zu suchen. Dabei werden zunächst die Wissensbestände der Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung nach einem fruchtbaren Ausgangspunkt gesichtet.

1.3.1 "Externe Einflüsse" in der Wohlfahrtsstaatsforschung

Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Diskussion zu "externen Einflüssen" in der Wohlfahrtsstaatsforschung bringt zum Vorschein: Das Thema "externer Einflüsse" wird hier weitgehend unter dem Begriff der Globalisierung oder Europäisierung geführt. Die bisherige sozialwissenschaftliche Diskussion zum Thema "Wohlfahrtsstaat und Globalisierung" macht jedoch auf drei kritische Punkte aufmerksam:

1. das Verständnis wohlfahrtsstaatlichen Wandels,
2. das Verständnis der Globalisierungs- und Europäisierungsprozesse,
3. die Konzeptionalisierung der Zusammenwirkung der zwei.⁶

⁶Wie Vobruba (2003) in seinem Appell an die Logik herausarbeitet, resultiert die Komplexität des Themas Globalisierung, Europäisierung und wohlfahrtsstaatlicher Wandel aus der unterschiedlichen Konzeptionalisierung dieser drei Elemente und ihrer Beziehungen zueinander. Nicht nur die Anzahl der definitorischen Ausprägungen der drei Faktoren, sondern auch die Art und Weise, wie man ihr Zusammenwirken konzeptionalisiert, können zu unzähligen unterschiedlichen Hypothesen führen. Vobruba reduziert diese Komplexität, indem er die Definition von Globalisierung auf die ökonomischen Prozesse beschränkt. Mit der Weltkulturtheorie von John W.

Bereits zum ersten Punkt gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Erklärungsansätzen. Die drei grundlegenden Fragestellungen der herkömmlichen Wohlfahrtsstaatsforschung - nach der Entstehung, Expansion und Stabilisierung der modernen Wohlfahrtsstaaten - haben mit der Zeit drei zentrale Erklärungsperspektiven hervorgebracht: strukturfunktionalistische, konflikt-theoretische und institutionalistische (für zusammenfassende Überblicksdarstellungen vgl. Ullrich 2005; Lessenich 2000; Myles und Quadagno 2001; Skocpol und Amenta 1986). Vereinfacht gesagt wird die Entstehung und Entwicklung von Wohlfahrtspolitik hier auf (1) sozioökonomische Parameter wie Wirtschaftswachstum und Produktivitätsentwicklung, (2) auf gesellschaftliche Faktoren wie demografischer Wandel, (3) auf Veränderungen der politischen Verhältnisse sowie (4) auf institutionelle Faktoren, z.B. die bereits etablierten institutionellen Arrangements, zurückgeführt. An diesen Arbeiten werden in der neueren Literatur zunächst zwei Punkte kritisiert:

1. die Dominanz interner Erklärungsansätze, die aufgrund ihrer Fixierung auf nationalstaatliche Parameter externe Einflussfaktoren nicht oder nur unzureichend und unsystematisch berücksichtigen (Kern und Theobald 2004: 291; ähnlich Leisering 2004 und Deacon, Hulse und Stubbs 1997),
2. die fehlende systematische Berücksichtigung von "Wissens- und Kulturrelementen" (Ullrich 2003).

Der Mainstream der Wohlfahrtsstaatsforschung hat sich in den letzten Jahren vor allem dem ersten Kritikpunkt, nämlich der stärkeren Berücksichtigung externer Einflüsse auf den wohlfahrtsstaatlichen Wandel, gewidmet.⁷ In diesem Zusammenhang interessierte zunächst die Frage, ob die externen Prozesse die Krise des Wohlfahrtsstaates verursacht haben und sogar das Ende der

Meyer wird in der vorliegenden Arbeit ein kulturalistischer Globalisierungsbegriff zu Grunde gelegt, Globalisierung als die weltweite Diffusion kultureller Schemata begriffen.

⁷Ausgehend von dem zweiten Punkt wurde kürzlich das Konzept einer Wohlfahrtskulturforschung formuliert, das die Bedeutung wissens- und kultursoziologischer Ansätze für die Sozialpolitikanalyse hervorhebt (Ullrich 2003), das in der weiteren Diskussion ausführlicher aufgegriffen wird.

Sozialpolitik zur Folge haben werden (z.B. Rieger und Leibfried 2001). Eine Zeit lang wurde diskutiert, inwieweit hier die Prozesse der Europäisierung als eine Antwort oder als Teil der Globalisierung betrachtet werden könnten (u.a. Ziltener 1999: 199). Ein weiterhin relevantes Thema ist die Frage nach der Konvergenz oder Divergenz nationaler Politikmuster im Kontext von Globalisierung und Europäisierung (Kern und Theobald 2004; Seeleib-Kaiser 2001; Hasse 2003). In jüngsten Publikationen wird das Augenmerk schließlich auf die Frage nach der Entstehung eines europäischen Sozialmodells (Kaelble und Schmid 2004; Baum-Ceisig und Faber 2005) oder gar einer Globalen Sozialpolitik (Deacon, Hulse und Stubbs 1997; Yeates 2005) gelenkt.

Bei der Konzeptionalisierung der externen Einflüsse auf den Wohlfahrtsstaat wird oft auf die Prozesse der Globalisierung verwiesen, wobei es unterschiedliche Lesarten des Globalisierungsbegriffs gibt.⁸ So kann Globalisierung als (1) zunehmende militärische und politische Interdependenz, (2) ökonomische Interdependenz, (3) Zunahme weltweiter Menschenbewegungen, (4) intensivierte globale Kommunikation, (5) die Verbreitung gemeinsamer, in unterschiedlichen sozialen Settings legitimer Vorstellungen von sozialer Ordnung, verstanden werden (Meyer 2000: 233).

In der wohlfahrtsstaatlichen Literatur stehen im Zusammenhang mit Globalisierung meist ökonomische Prozesse (Rieger und Leibfried 2001; Vobruba 2003; vgl. Leisering 2004: 2) im Vordergrund. Die Diskussion der Europäisierung der Sozialpolitik berücksichtigt eher den Faktor der politischen Interdependenz (Ziltener 1999; Vobruba 1997; Delhey 2003; Pierson und Leibfried 1998; Bach 2000). Die letzten drei der Begriffsvarianten werden in der wohlfahrtsstaatlichen Forschung kaum berücksichtigt. Neuerdings wird dieser Umstand jedoch mit Verweis auf die Bedeutung globaler Transfer- und Lernprozesse sowie der Diffusion von Wissen stark in Frage gestellt (Kern und Theobald 2004: 291f.; Leisering 2004; Hasse 2003).

⁸Einen guten Überblick über unterschiedliche Definitionen des Phänomens 'Globalisierung' und seiner Wirkungen auf Sozialpolitik bietet z.B. Eero (2003). Eine weitere Übersicht über die fünf zentralen Globalisierungsdebatten in den Sozialwissenschaften liefert Guillén (2001). Die Beziehungen zwischen Globalisierung, Europäischer Integration und Wohlfahrtsstaat systematisiert z.B. Vobruba (2003).

Wie die empirischen Befunde im post-kommunistischen Mitteleuropa zeigen, gibt es Grund zu der Annahme, dass die wohlfahrtspolitische Entwicklung zumindest in dieser Region nicht ausschließlich mit Verweis auf die ökonomische Globalisierung zu erklären ist. Von den Ansätzen der herkömmlichen Wohlfahrtsstaatsforschung sind somit nur die neo-institutionalistischen Arbeiten von etwa Collier und Messick (1975), Thomas und Lauderdale (1988) oder Strang und Chang (1993) an die neuesten Erkenntnisse der "Global Social Policy"-Forschung anschlussfähig. In ihren Arbeiten beschäftigen sie sich mit dem Einfluss des internationalen Umfelds auf nationalstaatliche Wohlfahrtspolitik. Ihr Problem ist allerdings ähnlich gelagert wie das der Arbeiten der "Global Social Policy"-Forschung: Sie liefern zwar empirische Belege für starke internationale Einflüsse auf nationale Wohlfahrtspolitik, untersuchen jedoch nicht weiter, welche Prozesse dahinter stecken. Dabei erscheint es im wahrsten Sinne des Wortes fragwürdig, wie die internationale Arena einen so großen Einfluss auf nationalstaatliche Politik ausüben kann, obwohl sie weder über gesetzliche noch wesentliche finanzielle Sanktionen und Anreizmechanismen verfügt. Warum nehmen die MOE-Länder "Transitionsangebote" der westlichen Experten an, die nicht an ihre lokalen Bedingungen angepasst und nicht aus ihren lokalen Traditionen heraus zu erklären sind (vgl. Giordano 2005)? Wie können diese im nationalen Kontext sinnvoll gemacht werden? Die herkömmliche Wohlfahrtsstaatsforschung bietet darauf keine Antworten. Die Auseinandersetzung mit neueren Trends in der Wohlfahrtsstaatsforschung deutet auf globale Transfer- und Lernprozesse hin. Die neo-institutionalistischen Arbeiten zum Wohlfahrtsstaat wiederum lenken den Blick in Richtung des Neo-Institutionalismus. Wie werden die genannten Fragen und Probleme nun im Rahmen der Transformationsforschung verarbeitet?

1.3.2 "Externe Einflüsse" in der Transformationsforschung

Die in Abschnitt 1.2 skizzierten Veränderungen in der Praxis haben zum Wandel der sie begleitenden Erklärungsansätze geführt. Von einer anfangs

populären "Logik der Transformation" verschob sich der Erklärungsfokus zunächst auf eine "Logik der Globalisierung" und spätestens seit Mitte der 2000er Jahre auf eine "Logik der Europäisierung" hin (vgl. Rymcza 2004). In diametralem Gegensatz zur westlichen Wohlfahrtsstaatsforschung hat die Transformationsforschung ihren Blick derart intensiv auf "externe Einflüsse" gelenkt, dass kaum noch von einer Transformationsforschung gesprochen werden kann, die nur die Perspektive des Nationalstaats einnimmt und den gesellschaftlichen und politischen Wandel ausschließlich als post-kommunistische Transformation begreift. Zwar ist das Spezifische des gesellschaftlichen Wandels im post-kommunistischen Mitteleuropa in der Tat die "Hinterlassenschaft[...] eines systemisch-ideologisch integrierten Systems" (Kutter und Trappmann 2006: 14). Viele seiner Aspekte sind jedoch nicht nur für post-kommunistische Länder spezifisch, "etwa die Restrukturierung fordristischer Produktion oder die Transition von autoritären zu demokratischen Regierungsformen" (Ebd.: 16). Ein starkes Gegengewicht zum kommunistischen Erbe bildet gerade die "historisch-geopolitische Konstellation" (Ebd.), in der der gesellschaftliche Wandel in Mitteleuropa abläuft und die gemeinhin unter dem Begriff der Europäisierung und Globalisierung erforscht wird. Für eine sinnvolle Systematisierung der interdisziplinären Erklärungsansätze, die sich mit diesen "externen Einflüssen" beschäftigen, erscheint jedoch weniger die regionale oder disziplinäre Verortung der Arbeiten ausschlaggebend, sondern vielmehr das ihnen jeweils zugrundeliegende wissenschafts-, handlungs- und gesellschaftstheoretische Paradigma. Es geht also um die Konkurrenz zwischen Rationalismus und Konstruktivismus.

Der in rationalistischen Theorien dominierende Erklärungsansatz führt die Einflüsse des internationalen Umfelds auf nutzenmaximierende Transfermechanismen wie beispielsweise das *lesson drawing* der nationalstaatlichen Akteure zurück (Sissenich 2007: 30; Leisering 2004; Kutter und Trappmann 2006: 25). Vereinfacht gesagt wird Lernen hier als ein rational gesteuerter Prozess verstanden. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Nationalstaaten bewusst und freiwillig Modelle von anderen Staaten kopieren, die sie als die bestgeeigneten zur Lösung ihrer eigenen Probleme halten. Dabei wird - im Sinne des Rationalismus - unterstellt, dass sowohl Probleme als auch die

ihnen entsprechenden nationalen Interessen objektiv gegeben sind, von den politischen Eliten identifiziert und gezielt umgesetzt werden können.

Diesen Gedanken findet man auch in der Europäisierungsforschung relativ häufig vor. Ihr Fokus liegt jedoch nicht auf dem Einfluss internationaler Organisationen oder des Staatensystems allgemein, sondern auf den Politikprozessen, die weitgehend im Rahmen der Europäischen Union (EU) stattfinden, auf der Ebene der EU zunächst konstruiert und konsolidiert werden, um dann in die nationalstaatlichen Diskurse, Formalstrukturen oder Politikprozesse übernommen zu werden (vgl. Sammelband von Featherstone und Radaelli 2003). Der Europäisierungsansatz begreift die EU als "institutionalisierte Gelegenheitsstruktur und Ideenbörse, die sich Akteure auf nationaler und regionaler Ebene je nach ihrer Disposition zunutze machen" (Kutter und Trappmann 2006: 24).

Doch wie lassen sich Übernahmen nicht rationaler bzw. nicht unbedingt den funktionalen Bedürfnissen eines Staates entsprechender Politikmodelle erklären? Diese Frage beschäftigt die in der Transformationsforschung gern rezipierten Theoretiker der Internationalen Beziehungen (etwa Checkel 1998; Finnemore und Sikkink 1998; Adler 1997) seit langem. Stark in Frage gestellt wird in diesem theoretischen Lager die Annahme, ein Staat würde seine Politik einem rationalistischen Kalkül entsprechend betreiben. Dieser These zufolge müssten Staaten, die sich in unterschiedlichen sozio-ökonomischen Lagen befinden, unterschiedliche - ihren jeweiligen Situationen entsprechende - Politiken verfolgen. Wie einige der bereits zitierten Arbeiten belegen, ist dem jedoch nicht so.

Wie erklären die Internationalen Beziehungen dieses irrationale Handeln? Sie greifen auf die Postulate des Konstruktivismus zurück und stellen die herkömmliche Vorstellung von nationalen Interessen überhaupt in Frage. Ihrer Meinung nach sind nationale Interessen selbst durch die Interaktion im internationalen Umfeld konstruiert. Der Konstruktivismus der Internationalen Beziehungen postuliert statt dessen, dass staatliche Politik diversen (rechtlichen, materiellen, ideologischen) Normen folgt und Politikgestaltung häufig nichts anderes als die Übernahme dieser Normen darstellt. Warum ordnen sich Staaten solchen Normen unter? Wie auch auf individueller Ebene, geht

es - den Forschern der Internationalen Beziehungen zufolge - auch Staaten auf internationaler Ebene um Anerkennung. Zu diesem Zweck befolgen sie international anerkannte Normen und Maximen. In der Praxis sind es vor allem politische Eliten, die in internationale Interaktionen eingebunden sind, die als erste beginnen, die geltenden Verhaltensnormen zu begreifen und ihre Politikvorstellungen danach auszurichten (Finnemore und Sikkink 1998 u.a.). Folglich wird die Frage danach, warum Staaten sich an diese Normen halten, mit Verweis auf internationale Sozialisationsprozesse der politischen Eliten einerseits und Legitimitätsstreben der Staaten andererseits beantwortet.⁹

Die konstruktivistischen Internationalen Beziehungen entfernen sich bereits sehr stark vom rationalistischen Paradigma des *lesson drawing* (Adler 1997; Checkel 1998; Ringmar 1996; Risse 2003; Weldes 1996; Finnemore 1993). Aus soziologischer Perspektive gehen sie bei der Konzeptualisierung der Normendiffusion jedoch nicht weit genug. Laut DiMaggio und Powell (1991) bleiben sie mit dem Konzept der internationalen Sozialisation an längst überholten soziologischen Theoriemodellen hängen, anstatt den "cognitive" und "cultural turn" zu vollziehen, der die Sozialwissenschaften seit einigen Jahrzehnten durchdringt.¹⁰ Aus Sicht der soziologischen Neo-Institutionalisten haben die Internationalen Beziehungen im Grunde das Programm des soziologischen Neo-Institutionalismus aufgegriffen, seine wesentliche Neuerung jedoch nicht mit rezipiert:

So far, neoinstitutionalism tends to be rendered within International Relations in a rather distorted way, as primarily being about "norms" and "socialization" - despite the fact that sociological neoinstitutionalism emerged *against* the emphasis on normative socialization found in Parsons and Robert Merton. Al-

⁹Für Diskussionen der unterschiedlichen Ansätze siehe Kutter und Trappmann 2006, Armingeon und Beyeler 2004 oder auch Weinar 2006).

¹⁰Im Zuge der "kognitiven Wende" wird die bis dahin etablierte Analyse des beobachtbaren und messbaren Verhaltens der Menschen durch Untersuchungen ergänzt, die kognitive Faktoren - Denken, Beurteilen von Situationen, Einschätzen der Veränderbarkeit von Situationen, kognitive Faktoren bei Motivation und Emotion, Erinnern - fokussieren (vgl. Mayring 1993: 10).

so, political scientists persist in criticizing the program for underplaying "agency" (here, actorhood), thereby ritually asserting their disciplinary identity (power, actors), and missing this institutionalism's intentional defocalizing of actors (Jepperson 2001: 35).

Dem soziologischen Neo-Institutionalismus zufolge sind es weniger Sozialisationsprozesse im klassischen Sinne, denn kognitive Prozesse, die für die Übernahme externer Politikmodelle und Organisationsstrukturen verantwortlich sind. Die Bedeutung von Wissen und Kultur für die weltweite Diffusion von Politikmodellen radikalisiert schließlich die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie von John Meyer und Kollegen (vgl. etwa Sammelband 2005c), die mittlerweile auch in der deutschen Wohlfahrtsstaatsforschung rezipiert wird (vgl. Hasse 2003; Leisering 2004) und theoretischer Anker der vorliegenden Untersuchung ist.

1.3.3 Neo-Institutionalismus und Wohlfahrtsstaaten

In der Wohlfahrtsstaatsforschung wird der soziologische Neo-Institutionalismus trotz seiner theoretischen Entwicklung weitgehend als Diffusionstheorie angewendet. Die bereits zitierten neo-institutionalistischen Arbeiten zum Wohlfahrtsstaat und internationalen Einflüssen (Collier und Messick 1975; Thomas und Lauderdale 1988; Strang und Chang 1993) konzentrieren sich vor allem darauf, den Einfluss internationaler Organisationen auf nationalstaatliche Wohlfahrtspolitik nachzuweisen. Collier und Messick (1975) zeigen in ihrer Studie, dass Sozialversicherungsprogramme in der ganzen Welt, also auch in Ländern mit einem relativ niedrigen Industrialisierungs- und Urbanisierungsgrad, institutionalisiert werden, was den bis dato gängigen Annahmen, die Entstehung des Wohlfahrtsstaates hänge vor allem von der sozioökonomischen Entwicklung ab, ein Erklärungsproblem bereitet. Bei der Erklärung dieser sozialpolitischen Diffusionsprozesse verweisen Collier und Messick bereits auf das internationale Kommunikations- und Einflussssystem, zu dem sie auch explizit

internationale Organisationen wie die ILO zählen (Collier und Messick 1975: 1305). Einige Jahre später finden Thomas und Lauderdale (1988) in ihrer "cross-sectional analysis" für die Jahre 1965-1970, in der sie sich mit der Frage beschäftigen, warum "poor and dependent agrarian countries adopt and commit relatively large sums of money to modern national welfare programs" (Thomas und Lauderdale 1988: 383), heraus, dass der Beitritt eines Staates in eine Internationale (Regierungs-)Organisation bedeutenderen Einfluss auf die Sozialversicherungsausgaben hat als das BIP oder die Höhe des Außenhandels (Thomas und Lauderdale 1988: 390). Daraus schließen sie wiederum, dass die Teilnahme an weltpolitischen Prozessen offensichtlich von größerer Bedeutung ist als die Aktivität in ökonomischen Netzwerken (Thomas und Lauderdale 1988: 391).

Den Zusammenhang zwischen nationaler Wohlfahrtspolitik und globalen Modellen der Wohlfahrtsstaatlichkeit untersuchen auch Strang und Chang, konzentrieren sich jedoch konkret auf den Beitrag der International Labour Organization (ILO) zur Expansion moderner Wohlfahrtsstaaten (Strang und Chang 1993). Als Indikatoren nehmen sie die Ratifizierung der ILO-Konventionen auf der einen Seite und den Anteil des BIP, der für wohlfahrtsstaatliche Programme ausgegeben wird, auf der anderen Seite. Dabei räumen sie selbst ein, dass es für ihre Untersuchung eigentlich sinnvoll wäre, sich genau anzuschauen, wie die ILO-Konventionen zur Politikformulierung und Debatte beitragen, was sie sich jedoch als ein schwieriges Unterfangen vorstellen (Strang und Chang 1993: 243f.)

Die Tatsache, dass die globale Realität eine wesentliche Rolle bei der Gestaltung der Wohlfahrtsproduktion spielt, ist angesichts der jüngsten Arbeiten der Global Social Policy-Forschung aber auch ohne eine neo-institutionalistische "Brille" feststellbar. Orenstein und Haas (2005) beispielsweise rekonstruieren, wie sich die Reformen in den mittelosteuropäischen Ländern in Abhängigkeit von der Einnischung internationaler Organisationen, oder - wie sie schreiben - der "global politics of attention" (Orenstein und Haas 2005: 144) veränderten. Am Beispiel ausgewählter Länderstudien versuchen sie, die nationalen Entscheidungen mit Hilfe von Sekundärliteratur zu rekonstruieren. Indem diese Literatur die Übernahme der von interna-

tionalen Organisationen produzierten Modelle auf nationalstaatlicher Ebene sowie die Bedingungen, unter denen dies geschieht, genau zu rekonstruieren versucht, geht sie sogar über die neo-institutionalistischen Arbeiten hinaus, die im Endeffekt nur Korrelationen messen, ohne dem theoretischen Postulat von einer Wissens- und Kulturdiffusion gerecht zu werden.

Trotz dieser Schwäche wird in der vorliegenden Arbeit die These vertreten, dass die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie innovative Anstöße für die Beschäftigung mit wohlfahrtsstaatlichem Wandel bietet. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass man die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie als eine *kulturalistische* Diffusionstheorie begreift und damit auch an die jüngsten Entwicklungen am Rande der Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung anknüpft. Der Aufgabe einer kulturalistischen Interpretation der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie widmet sich Kapitel 2.

1.4 Zusammenfassung

Die in diesem Kapitel entwickelte Problemstellung wird in Abbildung 1.1 grafisch veranschaulicht.

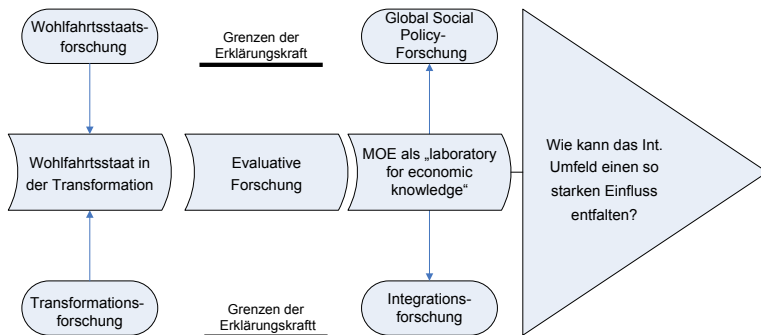


Abbildung 1.1: Problemstellung. Quelle: Eigene Darstellung.

Ausgangspunkt der Überlegungen der vorliegenden Arbeit ist der wohlfahrtsstaatliche Wandel im post-kommunistischen Mitteleuropa. Die Sichtung des Literaturstands bringt dabei ans Licht, dass wohlfahrtspolitische Fragestellungen während der "Systemtransformation" (Merkel 1999) zunächst hintangestellt werden. Die relevanten Forschungsgebiete - die Wohlfahrtsstaats- und die Transformationsforschung - widmen sich Anfang der 1990er Jahre anderen Fragestellungen. Im Vordergrund der Transformationsforschung stehen sowohl in der Praxis als auch in der Forschung der Übergang zur Demokratie und Marktwirtschaft. Die westliche Wohlfahrtsstaatsforschung wiederum versucht, ihre Kategorien auf die mitteleuropäischen Wohlfahrtsstaaten anzuwenden, womit sie jedoch an Grenzen ihrer Erklärungskraft stößt (Abschnitt 1.1).

Mitte der 1990er Jahre ändert sich die Situation schlagartig, als die post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten zum Gegenstand einer evaluativ und beratend angelegten Forschung insbesondere ökonomischer Provenienz werden. Innerhalb kürzester Zeit gelten ihre wohlfahrtsstaatlichen Arrangements als extern "gemacht", Mitteleuropa als ein "laboratory for economic knowledge" (Bockman und Eyal 2002) (Abschnitt 1.2). Die Veränderungsprozesse in Mitteleuropa werden zum Ausgangspunkt einer neuen Forschungsrichtung, der "Global Social Policy"-Forschung, die sich der Emergenz einer globalen Sozialpolitik und ihres Einflusses auf nationale Reformen widmet. Ihre Arbeiten bemühen sich in den Anfangsjahren jedoch vor allem um die Beschreibung der neuen sozialen Realität. Dabei ist es mehr als fragwürdig, wie das internationale Umfeld einen so starken Einfluss entfalten kann. Warum nehmen die MOE-Länder die externen "Transitionsangebote" an, obwohl diese nicht zwangsläufig ihren lokalen Rahmenbedingungen entsprechen? Wie können diese im nationalen Kontext sinnvoll gemacht werden (Abschnitt 1.3)?

Betrachtet man den Wissensbestand der westlichen Wohlfahrtsstaatsforschung, so stellt sich heraus, dass diese sich bislang recht schwer getan hat, ihren Blick auf globale Einflüsse zu richten. Erste Arbeiten, die die Diffusion von Politikmodellen im Zusammenhang mit der internationalen Arena erforschen, lassen sich zwar bereits in den 1970er Jahren vorfinden. Von der Wohl-

fahrtsstaatsforschung selbst werden sie jedoch nicht weiter verfolgt. Vielmehr lassen sie sich zum Wissensbestand des soziologischen Neo-Institutionalismus zählen, der in zahlreichen groß angelegten quantitativen Studien aus unterschiedlichsten Politikbereichen zu zeigen versucht, dass wir es insbesondere seit dem Zweiten Weltkrieg mit einer intensivierten Emergenz einer “Weltkultur” zu tun haben, die konstitutiven Einfluss auf die nationalstaatliche Praxis ausübt (Kapitel 2).

Nun wird der soziologische Neo-Institutionalismus in der Transformationsforschung kaum rezipiert. Zwar hat sich die Literatur hier mittlerweile von der anfänglichen “Logik der Transformation” verabschiedet, um die globalen (“Logik der Globalisierung”) und europäischen (“Logik der Europäisierung”) Einflüsse auf den wohlfahrtsstaatlichen Wandel zu erfassen. In der Literatur heißt es, dass die Transformationsforschung geradezu dabei sei, in eine Integrationsforschung überzugehen. Verbreitet sind zum einen rationalistische Ansätze, die die Übernahme externer Politikmodelle auf das rationale Kalkül der nationalstaatlichen Akteure zurückführen. Zum anderen werden die konstruktivistischen Internationalen Beziehungen rezipiert, die selbst im Grunde eine modifizierte Version des soziologischen Neo-Institutionalismus entwickelt haben. Paradoxerweise haben sie gerade die theoretischen Neuerungen des soziologischen Neo-Institutionalismus nicht übernommen. Dazu gehören vor allem Erkenntnisse des “cultural turn“, der seit einiger Zeit in den Sozialwissenschaften zum Durchbruch kommt. Eine kulturalistische Untersuchung der Wirkungsweise globaler Modelle der Sozialpolitik im nationalen Kontext ist bislang jedoch nicht erfolgt - ein Desiderat, zu dessen Schließung die vorliegende Arbeit mit beitragen soll (Abschnitt 1.3.2).

Kapitel 2

Theoretische Perspektive

Es hat [...] keinen Sinn, nach dem alles andere überragenden Theorieansatz zu suchen, der die Weiterführung anderer Theorieansätze überflüssig machen würde. Da sich die meisten Theorieansätze durch die Beleuchtung unterschiedlicher Aspekte und Erscheinungen der sozialen Realität unterscheiden, sind sie jeweils besonders geeignet, um diese Aspekte und Erscheinungen verstehen und erklären zu können, aber weniger hilfreich, um andere Aspekte und Erscheinungen zu untersuchen, für die andere Ansätze zur Verfügung stehen (Münch 2002: 9).

Wie im vorigen Kapitel 1 skizziert wurde, haben die Arbeiten zur Transformation der post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten Deacon und Kollegen (1997) zu dem Postulat einer “Global Social Policy” bewogen. Auch wenn sie selbst keine expliziten Bezüge zum soziologischen Neo-Institutionalismus herstellen, liefern sie mit ihren Arbeiten jedoch zahlreiche Belege für die Emergenz einer Ebene der sozialen Realität, die die soziologischen Neo-Institutionalisten als “world polity” oder Weltkultur bezeichnen (vgl. etwa Sammelband von John W. Meyer 2005c). Damit erscheint die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie für die Erforschung der internationalen Einflüsse auf die post-kommunistische Wohlfahrtspolitik als die relevante

theoretische Perspektive. Ihrer theoretischen Entwicklung und ihrem Selbstverständnis nach gehört sie zum soziologischen Neo-Institutionalismus. Der soziologische Neo-Institutionalismus dient also als der theoretische Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit. Durch sein Prisma lässt sich der Wohlfahrtsstaat als “Modell der Weltkultur” beschreiben, was vor dem Hintergrund der herkömmlichen Wohlfahrtsstaatsforschung und angesichts der Problemstellung der vorliegenden Arbeit einen bedeutenden Mehrwert mit sich bringt. Der Ansatz weist jedoch auch eine Reihe an Defiziten auf, die eine theoretische Revision notwendig machen. In der vorliegenden Arbeit wird die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie kulturalistisch ausgelegt.

Die Suche nach einem neuen Problemzugang, die Gegenstand dieses Kapitels ist, umfasst also vier Bausteine, die in Abbildung 2.1 abgebildet sind: (1) die Implikationen einer neo-institutionalistischen Perspektive auf den Wohlfahrtsstaat, (2) den Mehrwert einer solchen theoretischen Verankerung, (3) die Defizite des Ansatzes sowie (4) den Vorschlag einer kulturalistischen Revision der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie. Zuvor erfolgt jedoch eine kurze Diskussion der für die vorliegende Arbeit zentralen Begriffe des Wohlfahrts- und Sozialstaates.

2.1 Begriffsbestimmung

[I]f it is to have any meaning at all, the welfare state is more than social policy; it is a unique historical construction, an explicit redefinition of what the state is all about (Esping-Andersen 1999: 34).

Bereits in den ersten Zeilen der vorliegenden Arbeit sind mehrere Begriffe gefallen, deren Abgrenzung voneinander einer kurzen Diskussion bedarf. Wenn man sich mit der Transformation der Wohlfahrtsstaaten beschäftigen will, bleibt wohl als allererstes zu klären, was unter dem Begriff des Wohlfahrtsstaates überhaupt zu verstehen ist. Von welchen anderen Begriffen ist er abzugrenzen? Worin unterscheiden sich Wohlfahrtsstaat, Sozialstaat, Sozialpolitik und Wohlfahrtspolitik, wenn sie dies überhaupt tun?

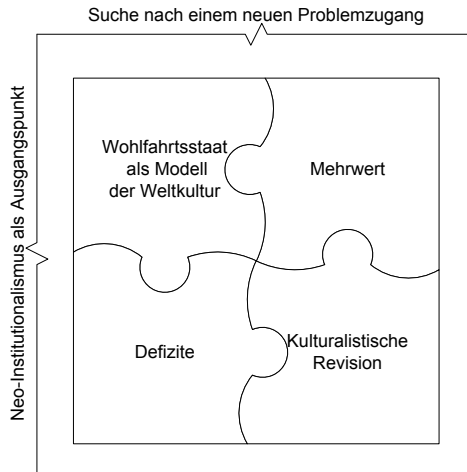


Abbildung 2.1: Suche nach einem neuen Problemzugang. Quelle: Eigene Darstellung.

Diesbezüglich scheint es in der Literatur keine Übereinstimmung zu geben. Oftmals werden die Begriffe Wohlfahrtsstaat und Sozialstaat parallel für den gleichen Gegenstand verwendet, wobei 'Sozialstaat' eher der deutschen nationalen Tradition zu entspringen scheint. Der Gegenstand wiederum, auf den sich die Begriffe beziehen, wird oft mit einer umfassenden Versorgung und starken staatlichen Reglementierungen assoziiert. So wurde der Wohlfahrtsstaat auch oft als "polemischer Begriff zur Abgrenzung des eigenen [deutschen, Anm. d. Verf.] Modells der "sozialen Marktwirtschaft" vom skandinavischen "Versorgungsstaat" verwendet" (Kaufmann 1997). Der Sozialstaat hingegen sollte eher für das Sozialversicherungsprinzip und ein vergleichsweise geringes Ausmaß staatlicher Interventionen stehen. International wird in dieser Hinsicht keine Differenzierung vorgenommen: gebräuchlich ist der Begriff des 'welfare state'. So setzt sich mit der Internationalisierung auch in der deutschen Forschung die Bezeichnung Wohlfahrtsstaat zunehmend durch.

Interessanter und weiter führender scheint die Abgrenzung zwischen Wohlfahrtsstaat und Sozialpolitik zu sein. Während man die Anfänge der Sozialpolitik im Sinne staatlicher Eingriffe in die Lebensverhältnisse bereits in sehr frühen historischen Phasen konstatieren kann,¹ spricht man vom Wohlfahrtsstaat nach Ansicht vieler Wohlfahrtstheoretiker erst dann, wenn der Staat die Verantwortung für eine umfassende Daseinsvorsorge übernimmt. Wobei mit umfassend weniger umfangreiche Leistungen, denn das Spektrum potentieller Leistungsempfänger gemeint ist. Eine solche Unterscheidung führt auch dazu, dass man die Entstehungsphase des Wohlfahrtsstaates erst in die Zeit zwischen den 20er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts ansetzt, in der soziale Rechte weitgehend der Gesamtbevölkerung zugiebilligt wurden (vgl. Ullrich 2005).

Hasse (2003) schlägt entgegen allen Konventionen vor, den Begriff des Wohlfahrtsstaates durch den Begriff der Wohlfahrtspolitik zu ersetzen. Sicherlich sei Wohlfahrtsproduktion ein zentrales Betätigungsfeld staatlicher Politik. Und sicherlich sei der Staat auch ein zentraler Wohlfahrtsproduzent:

Mit der Rede vom *Wohlfahrts-Staat* bringt man einerseits zum Ausdruck, dass wohlfahrtspolitische Maßnahmen in besonderer Weise das Selbstverständnis moderner Staaten und damit einhergehende Erwartungshaltungen strukturieren. Andererseits wird hiermit die herausragende Rolle des Staates für wohlfahrtspolitische Maßnahmen hervorgehoben. Mit dieser Begrifflichkeit wird somit betont, dass man es mit mehr zu tun hat als mit einem von mehreren Politikbereichen (Hasse 2003: 30).

Dennoch sprechen laut Hasse zwei Gründe dafür, eine “allgemeinere Begrifflichkeit” zu verwenden. Erstens stelle staatliche Wohlfahrtspolitik nur eine unter mehreren Dimensionen der Wohlfahrtspolitik dar. Nicht-staatliche und privatwirtschaftliche Organisationen seien ebenfalls wichtige Leistungsanbieter. Zweitens könne man mit dem Begriff der Wohlfahrtspolitik auch supra-nationale bzw. substaatliche Ebenen der Politik mit einbeziehen:

¹Eine frühe Form staatlicher Eingriffe in die Lebensverhältnisse der Menschen wäre z.B. die englische Armengesetzgebung im 16. Jahrhundert (vgl. Ullrich 2005).

Wohlfahrtspolitik muss also nicht zwingend vom Staat ausgehen und auf diesen bezogen sein. Auch andere Instanzen und Ebenen der politischen Ordnung sind zu berücksichtigen (Hasse 2003: 31).

Daher schlägt Hasse (2003) den Begriff Wohlfahrtspolitik vor und will diesen in Abgrenzung zu Sozialpolitik als Weiterentwicklung sozialpolitischer Maßnahmen

1. im Hinblick auf Rechtsansprüche
2. in Bezug auf eine Ausweitung kompensatorischer Maßnahmen über soziale Notlagen hinaus und
3. mit Verweis auf eine staatliche Unterstützung infrastruktureller Maßnahmen, die eine wohlfahrtspolitische Interessenartikulation fördern

verstanden wissen.

Im Folgenden werden aus Gründen der Anschlussfähigkeit an die internationale Diskussion die Begriffe der Wohlfahrts- und Sozialpolitik synonym verwendet. Auch der Begriff des Wohlfahrtsstaates wird trotz der angebrachten Kritik nicht verworfen. Das Ziel der Arbeit ist gerade nicht, eine Definition 'von oben' zu treffen, sondern den Bedeutungswandel des 'Wohlfahrtsstaates', den damit einhergehenden Begriffswandel mit eingeschlossen, an einem empirischen Fall herauszuarbeiten.

2.2 Neo-Institutionalistische Weltkulturtheorie: Wohlfahrtsstaat als Modell der Weltkultur

Bei Meyer wird der prinzipiell unabgeschlossene Rationalisierungsprozess als Globalisierungsprozess verstanden. In seinem Verlauf breiten sich grundlegende okzidentale Strukturmuster [...] über den gesamten Erdball aus (Krücken 2005).

2.2.1 Theoretische Verortung

Bevor auf die Inhalte der Theorie von John W. Meyer und Kollegen eingegangen wird, scheint eine Verortung des Ansatzes sinnvoll, zumal die Kennzeichnung als neo-institutionalistisch mehr Verwirrung denn Klarheit schaffen dürfte. Es gibt nämlich nicht *den einen* Neo-Institutionalismus. Ohne an dieser Stelle in Details der unterschiedlichen Einteilungen gehen zu wollen,² kann ganz grundsätzlich angemerkt werden, dass die Unterschiede zwischen den Ansätzen in dem jeweiligen Verständnis von Akteur, Interesse, Institution und Mechanismen sozialen Wandels begründet sind (vgl. DiMaggio 1998: 698). Gängig ist die Unterscheidung zwischen Rationalistischem, Historischem und Soziologischem (Neo-)Institutionalismus.

Der Rational-Choice-Neo-Institutionalismus geht vereinfacht gesagt von der Annahme aus, dass Akteure rational handeln, d.h. exogen festgelegte Präferenzen haben und ihren Nutzen zu maximieren trachten. Ihr Verhalten ist abhängig von den Erwartungen über das Verhalten anderer Individuen. Institutionen werden hier als formale und informelle Regeln verstanden, die die Handlungsspielräume der Individuen beschränken, das strategische Handeln strukturieren und Erwartungssicherheit über voraussichtliches Handeln anderer Individuen geben (Hall und Taylor 1996). Der Grund, warum Institutionen gebildet werden, liegt in der Effizienzsteigerung, die sie ermöglichen, beispielsweise indem sie zur Minimierung von Transaktionskosten oder der Lösung von Abstimmungsproblemen beitragen. Erfüllen institutionelle Arrangements die ihnen aufgetragenen Funktionen nicht bzw. nur unzulänglich, kommt es zum Wandel (Rehder 2003: 261f.). Wohlfahrtsstaatliche Reformen können aus dieser Perspektive auf Veränderungen in der Opportunitätsstruktur nationaler Regierungen (Beyeler 2003: 162) oder auf die funktionale Unzulänglichkeit der wohlfahrtsstaatlichen Institutionen zurückgeführt werden.

²Dazu siehe v.a. die Diskussionen von Hall und Taylor (1996), DiMaggio (1998) und den Sammelband von Schmid und Maurer (2003). Aufschlussreich im Hinblick auf die Differenzierungen innerhalb des soziologischen Neo-Institutionalismus ist auch der kurze Überblick bei Westenhof, Pederson und Dobbin (2006).

Der Historische Institutionalismus nimmt zunächst eine dem rationalistischen Modell ähnliche Perspektive ein, indem angenommen wird, dass Individuen grundsätzlich rational handeln und ihr strategisches Handeln an institutionellen Einschränkungen orientieren. Der Ansatz unterscheidet sich von dem vorherigen vor allem in der Annahme einer durch die Umwelt oder Routinen eingeschränkten Rationalität sowie der Betonung historischer Pfadabhängigkeiten: Es wird angenommen, dass frühere Episoden der historischen Entwicklung eines institutionellen Arrangements spätere Episoden prägen. Als relevant für den weiteren Wandel gelten beispielsweise der Zeitpunkt und die Sequenz der Einführung bestimmter institutioneller Arrangements (vgl. Pierson 2000: 251). Institutionenwandel wird somit vereinfacht gesagt als inkrementaler Prozess konzeptionalisiert, der einem historischen Entwicklungspfad folgt.

Unter dem soziologischen Institutionalismus werden üblicherweise eher kulturalistische oder konstruktivistische Ansätze gefasst (Rehder 2003; Checkel 1999). In Abgrenzung gegenüber Rational-Choice-Ansätzen sind sie durch einen vergleichsweise starken Institutionenbegriff und eine entsprechend schwache Sicht des Akteurs charakterisiert. Unter Institutionen werden hier nicht nur formale und informelle Regeln, sondern auch soziale Normen, Symbole, kognitive Muster und schließlich auch kulturelle Schemata verstanden. Der Ansatz von Meyer und Kollegen geht aus der letzten Tradition hervor, hat sich jedoch mit der Zeit zu einer eigenständigen umfassenden (Welt-)Gesellschaftstheorie entwickelt, deren Prämissen von früheren Kollegen Meyers, die weiterhin innerhalb der soziologischen Bindestrich-Soziologien (insb. Organisations-, Wirtschafts- und Netzwerkforschung, vgl. Krücken 2002: 229) tätig sind, nicht geteilt werden (vgl. die zwei Spezialausgaben des *American Behavioral Scientist* - Christensen et al. 1997 und Westenholz, Pedersen und Dobbin 2006). Insbesondere die von John W. Meyer und Kollegen vollzogene Kulturalisierung des Institutionenbegriffs sowie die theoretische Quasi-Ausschaltung des Akteurs provoziert sowohl in internen als auch externen Kreisen zahlreiche Kritik (vgl. Westenholz, Pederson und Dobbin 2006: 889), macht aber gerade den Reiz der Theorie aus, wie in der folgenden Argumentation aufgezeigt werden soll.

2.2.2 Theoretische Entwicklung

Am Anfang der Arbeiten John W. Meyers und seiner Mitarbeiter steht die Auseinandersetzung mit den in den USA der 1950er und 1960er Jahre vorherrschenden Theorien der Bildungssoziologie. Die in dieser Zeit verbreitete Annahme, Gesellschaft würde durch hoch sozialisierte Individuen reproduziert, wobei dem Bildungssystem eine wesentliche Rolle bei der Sozialisation und damit auch der Reproduktion der Gesellschaft zukäme, stellen Meyer und Kollegen in Frage (Jepperson 2001: 3). Aufbauend auf eigenen Studien des studentischen Umfelds kommen sie zu dem Ergebnis, dass Schulen keineswegs in dem Sinne “sozialisieren”, dass sie Werte und Normen weitergeben. Vielmehr stellen sie Kategoriensysteme mit entsprechenden Identitäten bereit: So produzieren sie beispielsweise “Absolventen” und die damit einher gehenden Identitäten, die sowohl den Absolventen als auch ihrer Umwelt bekannt sind. Der Punkt ist, dass eine solche Sozialisierung, die in der Konstruktion und Zertifizierung von Identitäten besteht, keine tief gehende Internalisierung von Einstellungen und Werten implizieren muss. Mit diesen Erkenntnissen schließen sich die Neo-Institutionalisten dem sogenannten “cognitive turn” in der Psychologie und Soziologie an, und zwar in zweierlei Hinsicht. Erstens wollen sie unter Sozialisation den Prozess des Erwerbs kollektiven Wissens verstanden wissen. Zweitens betonen sie, dass nicht die Übernahme bestimmter Wissensbestände in die eigenen Überzeugungen im Vordergrund steht, sondern im Zuge der Sozialisation vielmehr gelernt wird, von welchem Wissen, insbesondere von welchen Symbolen und Mythen, andere überzeugt sind. Soziale Ordnung basiert in dieser Argumentation nicht auf der Internalisierung von Normen und Werten, sondern vielmehr auf gemeinsam geteilten unhinterfragten Wissensbeständen. Die Stabilität sozialer Ordnung hängt dabei vom Grad ihrer Selbstverständlichkeit ab (vgl. Jepperson 2001: 3ff.).

Eine Weiterentwicklung der neo-institutionalistischen Thesen findet im Rahmen der amerikanischen Organisationsforschung statt. Mit dem paradigmatischen Aufsatz von 1977 *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony* entlarven Meyer und Rowan (1991) die Rationalität formaler Organisationen als Mythos ihrer institutionellen Umwelt. Die Autoren vertreten die These, dass Organisationen ihre formalen Strukturen an die

in ihrer Umwelt vorherrschenden Vorstellungen einer rationalen Organisation anpassen, um dadurch ihre Legitimität zu steigern. Die Inszenierung institutioneller Mythen führe einerseits zu einer zunehmenden Standardisierung formaler Organisationsstrukturen. Andererseits erzwingt sie eine Entkopplung der technischen Aktivität von der Formalstruktur der Organisation. Mit dem Aufsatz *The World Polity and the Authority of the Nation State*, der 1980 erscheint, widmen sich Meyer und Kollegen schließlich der Erforschung der Emergenz und Expansion der Weltgesellschaft (Meyer et al. 2005). In diesem Aufsatz konzentrieren sie sich auf die kulturelle Konstitution des modernen Staatensystems, das den Nationalstaat "zur wichtigste[n] Form des souveränen, verantwortlichen Akteurs" definiert (Ebd.: 105) und dadurch gleichsam mit einer Autorität ausstattet, die ihn dazu befähigt, seine Gesellschaften politisch im Sinne der Prinzipien der modernen Weltkultur (insb. Rationalität und Fortschritt) zu organisieren, wodurch es wiederum zu einer Verfestigung der Weltkultur kommt.

2.2.3 Zentrale Postulate

Mit Kultur sind [...] hier nicht die marginalen expressiven Werte, Empfindungen und Vorlieben gemeint, die in realistischen Theorien oft genug vorkommen, und ebenso wenig irgendwelche dämonischen primordialen Kräfte. Statt dessen bezieht sich der Kulturbegriff auf die grundlegenden kognitiven und rationalistischen Identitäts- und Handlungsmodelle, die definieren, was in der sozialen Realität vorkommt und welches Handeln für die konstituierten "Akteure" des Systems angemessen ist (Meyer 2005a: 164).

Unter Weltkultur, oder "world polity", wird ein hoch institutionalisiertes kulturelles System verstanden,³ das den "modernen Akteuren" - Individuen, Or-

³Für die Neo-Institutionalisten "gilt etwas als institutionalisiert, wenn es gerade nicht auf der Erfahrung der handelnden Subjekte stammt, wenn es nicht "lokal produziert" [...] ist, sondern - aus welchen Gründen zunächst auch immer - bloß ausgeführt bzw. als Grenze sozialen Handelns hingenommen wird. "Institution" meint dort also offenbar gegen lokale Opportunitäten dogmatisch durchsetzbare und nicht aus diesen "emergierte" Strukturen" (Türk 2000: 147).

ganisationen und Nationalstaaten - Identitäten und Interessen bereitstellt und damit kausal auf ihre sozio-kulturellen Praktiken einwirkt.

Kultur wird somit weder als ein kohärentes und konsistentes System von Normen und Werten (Meyer et al. 2005: 92), noch als ein intersubjektiv konstruiertes Set an gemeinsam geteilten Bedeutungen verstanden (Krücken 2002: 232; Strang und Meyer 1993). Kultur steht in diesem Ansatz vielmehr für einen umfassenden Bezugsrahmen, der aus einer Fülle kognitiver und ontologischer Modelle der Realität besteht, die sich in der modernen (Welt-)Gesellschaft insbesondere im wissenschaftlichen, professionellen und juristischen Wissen "über das ordnungsgemäße Funktionieren von Staaten, Gesellschaften und Individuen" manifestieren (Meyer et al. 2005: 92). Dazu gehören zum einen nicht hinterfragte, i.d.R. funktionalistische Annahmen über Akteure, Handlungen und vermutete Kausalbeziehungen (z.B. der Zusammenhang zwischen Bildung und Wirtschaftswachstum), zum anderen stark rationalisierte, universalistische Definitionen wie Staatsbürgerschaft, Menschenrechte, Gerechtigkeit und Fortschritt (Ebd.: 90f.). Zu der fortschreitenden Theoriebildung und damit einhergehenden gesellschaftlichen Rationalisierung tragen laut Meyer und Kollegen vor allem Wissenschaften und Professionen bei. Dem starken Institutionenbegriff entspricht in der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie ein vergleichsweise schwacher und offener Akteursbegriff. Das Verhältnis von Weltkultur und den von ihr konstituierten Akteuren schildert Jepperson folgendermaßen:

...if actors are highly open, rather than tightly bounded, they are then subject to many context effects: ranging from the initial contextual construction of model actor identities, to the collective scripting of activity for identities, to actors' ongoing dependence upon consultation with "others" for managing identities and making (already highly scripted) choices (Jepperson 2001: 38f.).

Globalisierung wird aus dieser Forschungsperspektive also in Abgrenzung zu anderen Lesarten des Globalisierungsbegriffs⁴ als die Verbreitung gemeinsa-

⁴Wie bereits in Abschnitt 1.3.1 dargestellt, grenzt sich Meyer selbst vor allem von den folgenden Globalisierungsbegriffen ab: (1) zunehmende militärische und

mer, in unterschiedlichen sozialen Settings legitimer Vorstellungen von sozialer Ordnung verstanden (Meyer 2000: 233). "Europäisierung" wird in der neo-institutionalistischen Weltgesellschaftstheorie zwar separat thematisiert (Meyer 2005a), letztlich jedoch nicht anders als "Globalisierung" aufgefasst. Der weltweit stattfindende Prozess der gesellschaftlichen Rationalisierung wird laut Meyer durch die Europäische Integration und den in der EU herrschenden Trend zur Verwissenschaftlichung lediglich noch weiter verstärkt (Meyer 2005a: 169ff.).

Wie erklären Meyer und Kollegen die von ihnen postulierte Emergenz einer globalen Ordnung der "world polity" in einer Weltgesellschaft, die über keine zentralisierten Kontrollinstanzen - keinen Weltstaat, kein globales Bildungssystem, keine Weltpolizei - verfügt, in der kollektives Wissen nur zu einem geringen Anteil im Recht (beispielsweise Völker- und EU-Recht) verankert und ansonsten höchst heterogen und widersprüchlich ist? Wie kann weltweit ein gemeinsam geteilter Wissensbestand erreicht werden? Woher wissen die modernen Akteure, "wie man sich zu verhalten hat, und zwar ganz ohne explizite Normen, Sozialisationen, Anreize und Sanktionen" (Krücken 2002: 232)? Für die Beantwortung dieser Fragen ist es notwendig, sich das weltkulturtheoretische Diffusionsverständnis genauer anzuschauen.

Um die weltweiten Diffusionsprozesse zu systematisieren, entwickeln die Neo-Institutionalisten DiMaggio und Powell (1983) bereits in den frühen 1980er Jahren ein Konzept, das drei Formen von Isomorphie unterscheidet und das in Teil III der vorliegenden Arbeit erneut aufgegriffen wird:

1. Zwang ("coercive isomorphism"),
2. Nachahmung ("mimetic isomorphism") und die
3. Anpassung an die Rationalitätsparadigmen herrschender Professionen ("normative isomorphism").

Im Rahmen der Weltkulturtheorie wird dieses Konzept kulturalistisch weiterentwickelt. Die Kategorie des Zwangs wird aufgegeben, weil die Weltkulturtheorie sich gerade den "zwanglosen" Diffusionsprozessen verschreibt. Die politische Interdependenz, (2) ökonomische Interdependenz, (3) Zunahme weltweiter Menschenbewegungen, (4) intensivierte globale Kommunikation (Meyer 2000: 233).

theoretischen Überlegungen zur Nachahmung werden vor allem von Strang und Meyer (1993) diskutiert. Dabei arbeiten sie heraus, dass es aus weltkulturtheoretischer Sicht von zentraler Bedeutung sei, Diffusion nicht ausschließlich als einen *relationalen* Prozess zu konzeptionalisieren, der durch Netzwerke oder Tauschbeziehungen kanalisiert wird (Strang und Meyer 1993). An der bisherigen Diffusionsforschung bemängeln sie zudem die üblicherweise rationalistischen Vorannahmen. Sie verweisen dabei vor allem auf die Probleme, die die klassischen Diffusionsansätze haben, wenn es beispielsweise darum geht, die Diffusion des sozialen Darwinismus, der keynesianischen Wirtschaftsplanung, des liberalen Multilateralismus oder der Privatisierung zu erklären. Auch die rapide Verbreitung institutionalisierter Bildung, sozialer Sicherheit und nationaler Souveränität lassen sich ihrer Meinung nach nicht ausschließlich mit Verweis auf nationale Interaktion und Interdependenz erklären. Statt dessen plädieren sie für eine kulturalistische Konzeptionalisierung weltgesellschaftlicher Diffusionsprozesse. Ihre These lautet, dass bereits das kulturelle Verständnis, dass zwei Entitäten in eine Kategorie gehören, diffusionsverstärkend wirken kann (Strang und Meyer 1993: 490f.). Die Kategorienbildung kann dabei der Wahrnehmung der Akteure selbst entspringen, aber auch extern konstruiert sein. Der Vergleich mit als ähnlich wahrgenommenen Referenzgruppen - oder mit Krücken (2002) der "reflexive Beobachtungszusammenhang" - führt zur Diffusion. Etabliert sich Wettbewerb, so wirkt er verstärkend. Die Ähnlichkeitsvorstellung stellt dabei eine wichtige Voraussetzung für die Diffusion der Weltkultur und gleichsam die Konstruktion standardisierter Akteure dar. Eine weitere besteht in der Theoretisierung ("theorization", Strang und Meyer 1993), d.h. der Konstruktion von Kausalannahmen, Zweck-Mittel-Beziehungen etc., die unterschiedlichen Abstraktionsgrades sein können. Strang und Meyer betonen dabei vor allem die Theoriebildung durch die "disinterested professional others", da diese aufgrund ihres hohen Abstraktionsgrades global ein höheres Diffusionspotential habe (Strang und Meyer 1993: 493). Mit der theoretischen Figur der professionellen bzw. rationalisierten "Anderen" wird in gewisser Weise DiMaggios und Powells (1983) Konzept der "normativen Isomorphie" erweitert. Neben den Wissenschaften und Professionen rücken jetzt vor allem internationale

Organisationen als Diffusionsagenten in den Fokus der Betrachtung. Klaus Türk beschreibt die "Anderen" der Weltkulturtheorie folgendermaßen:

Sie sind selbst keine Akteure, aber sie beraten und leiten selbst-interessierte Akteure in allen möglichen Gebieten an [...]. Ihre eigentliche Stellung in der Welt ist in bezug auf Handlungen eher desinteressiert als interessiert, so dass ein amerikanischer Ökonom dem Staat Turkistan Rat erteilen kann, wie er sich am besten als rationaler kollektiver ökonomischer Akteur strukturieren soll. Dies ist auch die zentrale Rolle der UN, der Weltbank, der verschiedenen europäischen Organisationen usw. Sie sind regulatorische Andere, die die Übereinstimmungen der langfristigen Ziele der wirklichen Akteure im Lichte allgemeiner natürlicher und moralischer Gesetze managen, aber auch konstruieren. [...] Die mit rationalisierten Anderen angefüllte Weltgesellschaft unterscheidet sich dabei scharf von einer Welt mit starken zentralen kollektiven Akteuren. Eine wirklich zentralisierte Welt würde eine einfachere und restriktivere Umwelt für Nationalstaaten und Organisationen schaffen. Ein starkes Zentrum würde Verantwortung übernehmen und eine ganze Reihe von Kontrollen einführen (z.B. bzgl. des Ozonproblems, der Menschenrechte, der Bildung oder der Förderung nationaler Wirtschaften). Die "Anderen", die die Weltgesellschaft bilden, sind davon ganz verschieden. Sie haben wenig Handlungsverantwortung. Ihre Rolle besteht vielmehr in der Entwicklung rationalistischer Ideen für die Entwicklung von Rechten und der Macht von Individuen, Organisationen und Nationalstaaten. All dies verbindet sich nicht mit einer Verantwortlichkeit für die Welt insgesamt. So können sich Theorien und Ideologien von Modernität und Fortschritt rapide vermehren (Türk 2000: 138).

Ihr Verständnis von der Wirkungsweise der Weltkultur versuchen Meyer und Kollegen anhand eines hypothetischen Beispiels zu veranschaulichen: Den Restrukturierungsprozessen auf einer von der Weltgesellschaft neu "entdeckten" Insel. Laut Meyer und Kollegen würde eine solche Insel nach ihrer Entdeckung

alsbald nach westlichem Vorbild organisiert: Als moderner Nationalstaat mit den dazugehörigen Ministerien, dem Interesse an ökonomischem Wachstum, technischem Fortschritt und fortschreitender Entwicklung. Internationale Organisationen würden dazu beitragen, den neuen Staat mit wissenschaftlichem Expertenwissen, technischer Assistenz und Beratern zu versorgen. Außerdem würden sie helfen, Daten über die Gesundheitsversorgung, den Bildungsstand sowie die ökonomische, politische und soziale Struktur der Insel zu erheben. Anhand standardisierter Indikatoren würde der neue Staat mit anderen Nationalstaaten vergleichbar, und anhand der erhobenen Daten und Klassifizierungen in der internationalen Staatengemeinschaft positioniert (Meyer et al. 2005: 86).

2.3 Mehrwert und Implikationen einer welktulturtheoretisch sensibilisierten Wohlfahrtsstaatsforschung

In Abschnitt 1.3.1 wurde gezeigt, dass herkömmliche Ansätze der Wohlfahrtsstaatsforschung mit ihrer funktionalistischen, konfliktsoziologischen oder institutionalistischen Argumentation und einem vorwiegend ökonomischen bzw. politischen Verständnis der Globalisierungs- und Europäisierungsprozesse viele relevante Aspekte wohlfahrtsstaatlichen Wandels nicht berücksichtigen. Kern und Theobald (2004) sowie Leisering (2004) heben in diesem Zusammenhang die Bedeutung externer Einflüsse nicht-ökonomischer Art, insbesondere Transfer- und Lernprozesse, hervor. Ullrich (2003) wiederum plädiert für eine stärkere Berücksichtigung von Wissens- und Kulturelementen in der Wohlfahrtsstaats- und Sozialpolitikforschung.

Dass der Neo-Institutionalismus von Meyer und Kollegen den Blickwinkel auf beide Punkte richtet, dürfte aus dem vorherigen Abschnitt hervorgehen. Nun soll es darum gehen, aufzuzeigen, welche Schwerpunkte sich daraus für die Wohlfahrtsstaatsforschung ergeben und welchen Mehrwert eine neo-institutionalistische Analyse wohlfahrtsstaatlichen Wandels generieren kann.

Der Mehrwert der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie lässt sich folgendermaßen verorten:

1. Erstens in der Erweiterung der Analyse wohlfahrtsstaatlichen Wandels durch den Faktor der "Wissensdiffusion", wobei im Unterschied zu herkömmlichen Diffusionstheorien das an den "cultural turn" anschließende nicht essentialistische Verständnis von Wissen und Kultur die Forschung weiter bringen kann.
2. Zweitens in der weltgesellschaftlichen Perspektive, der Annahme einer emergenten sozialen Realität also, die den "methodologischen Nationalismus" überwindet, ohne die Strukturierungsleistungen des Nationalstaates aus dem Blick zu verlieren.

Aus der Verknüpfung der beiden Elemente resultiert ein neues Verständnis von Wohlfahrtsstaatlichkeit als "Modell der Weltkultur".

2.3.1 Wissensdiffusion als Erklärungsfaktor der Wohlfahrtsstaatsforschung

Das erste der soeben aufgezählten Argumente für eine neo-institutionalistische Wohlfahrtsstaatsanalyse hat auch Leisering (2004) aufgegriffen. Die soziologische Weltkulturtheorie hält er insbesondere für die Beschäftigung mit den sog. Neuen Wohlfahrtsstaaten für aufschlussreich. Er verweist darauf, dass der Einfluss ausländischer und internationaler Modelle auf den Aufbau sozialpolitischer Institutionen in Übergangsländern aus dieser Perspektive systematisch als internationale Wissensdiffusion aufgefasst werden könne. Dafür biete der soziologische Neo-Institutionalismus wichtige Anhaltspunkte. Diese bedürfen jedoch laut Leisering (2004; ähnlich Koenig 2005; Hasselbladh und Kallinikos 2000; Finnemore und Sikkink 1998) einer weiteren Ausarbeitung, um Wissensdiffusion konzeptionell erfassen und für empirische Forschung operationalisierbar machen zu können.

Leisering schlägt daher zunächst eine Differenzierung des Diffusionsbegriffs vor. Er macht darauf aufmerksam, dass sich üblicherweise hinter dem Begriff der Diffusion so unterschiedliche Konzepte wie "policy transfer", "policy

learning“ und Diffusion im engeren Sinne einer Verbreitung kultureller und kognitiver Schemata verbergen können. Nur die Diffusion im engeren Sinne entspreche der von Meyer und Kollegen thematisierten Expansion der Weltkultur. ”Policy transfer“ stehe für die Übertragung einer konkreten Politikmaßnahme. ”Policy learning“ wiederum impliziere ein eher rationalistisches Verständnis von Diffusion im Sinne einer gezielten Übernahme von als ”best practice“ identifizierten Modellen. Wie ”policy transfer“, ”policy learning“ und Diffusion im engeren Sinne zusammenhängen könnten, deutet Leisering ebenfalls an: in Anlehnung an Meyer und Kollegen könnte man die Diffusion im engeren Sinne als ”Rahmen“ von ”policy transfers“ und ”policy learning“ verstehen. Für die Konzeptionalisierung der Prozesse der Diffusion schlägt Leisering (2004) ein Sender-Empfänger-Modell vor, macht aber zugleich auf die Grenzen einer solchen Vorgehensweise aufmerksam. Zum einen werde Diffusion im Sinne der Verbreitung kultureller Muster und kognitiver Skripte durch nicht organisierte akteursbezogene Entitäten wie die Weltöffentlichkeit mit einem solchen Modell nicht erfasst. Zum anderen implizierten die Begriffe ”Sender“ und ”Empfänger“ aufgrund ihrer gängigen Konnotationen Intentionalität auf Seiten der Sender und Zielorientierung auf Seiten der Empfänger, was ebenfalls dem Konzept der Expansion der ”world polity“ widersprechen würde. Die Weltkulturtheorie postuliert gerade die Bedeutung *nicht relationaler* Diffusion kognitiver Modelle (vgl. Strang und Meyer 1993).

Trotz der Autokritik verwundert Leiserings Vorschlag, die Prozesse der Wissensdiffusion, deren Bedeutung er auf der Grundlage der Weltkulturtheorie und der bisherigen neo-institutionalistischen Studien zum Wohlfahrtsstaat betont, mit Hilfe eines Sender-Empfänger-Modells zu konzeptionalisieren. Insbesondere die Unilinearität des Modells scheint ungeeignet zu sein, um die diffusen kulturellen Wissenstransfers, die weltweit stattfinden, zu erfassen. Außerdem lässt Leisering die Anhaltspunkte, die Meyer und Kollegen selbst für die Konzeptionalisierung von Diffusion vorschlagen (Strang und Meyer 1993), völlig außer Acht.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass die Weltkulturtheorie einen besonderen Beitrag zur Analyse von Prozessen der Wissensdiffusion leisten kann. Unter ”Wissen“ versteht sie jedoch nicht bloß konkrete

”Policy-Modelle“, sondern vielmehr allgemeine kognitive Schemata, die durch ihren ”Frame“-Charakter überhaupt erst die Voraussetzungen für Policy-Übertragungen schaffen. Die Analyse dieser Art von Wissensdiffusion erscheint daher mindestens genauso wichtig für die Erklärung wohlfahrtsstaatlichen Wandels wie die Analyse von ”policy-transfers“. Ein Sender-Empfänger-Modell erscheint für die Konzeptionalisierung der Wissensdiffusion in diesem engeren Sinne jedoch als unzureichend. Für die Operationalisierung von Welt*kultur* liegt es vielmehr nahe, auf *kulturalistische* Ansätze zurückzugreifen.

2.3.2 Weltkulturperspektive

Als zweites Argument für eine neo-institutionalistische Wohlfahrtsstaatsanalyse wurde die weltgesellschaftliche Perspektive genannt, die für den Ansatz von Meyer und Kollegen charakteristisch ist. Die Annahme einer emergenten globalen Ebene der sozialen Realität gilt als eine Stärke, da sie zu einer Veränderung des Blickwinkels insbesondere auf Nationalstaaten bewegt (Greve und Heintz 2005). Aus der neo-institutionalistischen Perspektive werden Nationalstaaten als Adressaten der ”world polity“ konzeptionalisiert (Wobbe 2000), was den ”methodologischen Nationalismus“ herkömmlicher Ansätze relativiert, ohne dadurch die Strukturierungsleistungen des Nationalstaats zu vernachlässigen (Koenig 2005: 375). Der Mehrwert der Weltkulturperspektive lässt sich insbesondere vor der Vergleichsfolie der jüngeren Wohlfahrtskulturforschung herausarbeiten (siehe Schlaglicht 1).

Dadurch wird zugleich eine Verortung der Weltkulturtheorie innerhalb der anderen kultur- und wissenssoziologisch argumentierenden Ansätze der Wohlfahrtsstaats- und Sozialpolitikforschung erreicht. Diese ist insofern notwendig, als es sich bei der Weltkulturtheorie im Grunde um einen kultursoziologischen Ansatz handelt. Weltkultur stellt für Meyer und Kollegen die entscheidende Ebene der Erzeugung sozialer Wirklichkeit dar. Die sog. ”bottom-up“-Perspektive, die die Konstruktion sozialer Wirklichkeit auf Interaktionsprozesse der Gesellschaftsmitglieder zurückführt, negieren Meyer und Kollegen nicht (Strang und Meyer 1993: 493). Sie verweisen jedoch auf einen

wichtigen Punkt: In Interaktionsprozessen konstruierte gemeinsame Wissensbestände können nur auf die an der Konstruktion Beteiligten einwirken, also nur lokalen Einfluss haben. Den Einfluss der global verfügbaren kulturellen Modelle auf lokale Settings, die an ihrer Entstehung nicht beteiligt waren, erscheint somit erklärungsbedürftig (Strang und Meyer 1993: 494).

Nun wird innerhalb der kultur- und wissenssoziologisch argumentierenden Wohlfahrtskulturforschung laut Ullrich (2003) eine vollständige Erklärung wohlfahrtsstaatlicher Institutionen angestrebt. Da einerseits angenommen wird, dass Institutionen nicht ohne ihre "kulturellen Existenzbedingungen" verstanden werden können, andererseits Wohlfahrtsinstitutionen auch auf Wohlfahrtskultur zurückwirken können, wird eine "Mikro-Makrofundierung" und damit stets eine Mehrebenenanalyse als erforderlich angesehen (Ullrich 2003: 11). Eine Erklärung kann in diesem Verständnis erst dann als vollständig gelten,

...wenn der Einfluss kultureller Faktoren wie Wertvorstellungen und Deutungsmuster auf der Ebene der Handlungsorientierungen und Handlungen nachgewiesen werden kann (Mikrofundierung) und wenn gleichzeitig die Situationsdefinitionen und Handlungsorientierungen individueller Akteure auf allgemeine kulturelle Muster zurückgeführt werden können und es so gelingt, den sozialen Charakter der ihnen zugrundeliegenden Deutungsmuster nachzuweisen (Makrofundierung) (Ullrich 2003: 12f.).

Auf den ersten Blick scheint mit einer solchen Forschungsprämisse sowohl die "bottom-up" als auch die "top-down"-Perspektive von Institutionalisierungsprozessen und damit auch die neo-institutionalistische Theorie abgedeckt zu sein. Schaut man jedoch genauer hin, so wird auch in diesem, sonst innovativen, Ansatz der Wohlfahrtskulturforschung die weltgesellschaftliche Ebene als Quelle allgemeiner kultureller Muster, die die Situationsdefinitionen und Handlungsorientierungen sozialpolitischer Akteure bestimmen, nicht berücksichtigt. Als Makroebene wird hier die nationalstaatliche Ebene konzeptionalisiert, was mit dem "nationalstaatlichen Zuschnitt von Wohlfahrtsstaaten gerechtfertigt" wird (Ullrich 2003: 17). Es wird angedeutet, dass die nationalstaatliche Vergleichsebene sowohl "nach oben" als auch "nach unten" zu

Abgesehen von einigen Ausnahmen (z.B. Rimlinger 1971) finden die kulturellen Voraussetzungen von Wohlfahrtsstaaten erst in jüngerer Zeit stärkere Berücksichtigung. Wie Ullrich (2003) argumentiert, ist eine "kulturalistische Wende" irgendwo eine Folge der "institutionalistischen Wende". So umstritten der Institutionenbegriff unter InstitutionalistInnen auch ist, aus soziologischer Sicht verweist er in irgendeiner Form stets auch auf Wissen und Kultur. Wenn Institutionen nämlich als Erklärungsfaktoren wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung dienen sollen, argumentiert Ullrich (2003), kommt man nicht umhin, sich mit ihren Konstitutionsbedingungen auseinanderzusetzen. Diese Erkenntnis zu einer "Wohlfahrtskulturforschung" auszubauen, ist explizites Anliegen einiger neuerer Beiträge des Forschungsfelds (Ullrich 2003; Kaufmann 1991; Pfau-Effinger 2005), wenngleich es sich dabei im Vergleich zum Mainstream der Wohlfahrtsstaatsforschung um eine eher marginale Diskussion handelt. Orientiert man sich an einem weiten Kulturbegriff - wie Ullrich (2003) das tut - so lassen sich zu dieser Forschungsrichtung neben Studien zu ideellen und normativen Grundlagen des Wohlfahrtsstaates sowie der Einstellungs- und Akzeptanzforschung auch wissenssoziologische Untersuchungen zählen (vgl. Überblick bei Ullrich 2003). Das Ziel ist, die Deutungsmuster und Wertvorstellungen zu rekonstruieren, die der Institutionalisierung wohlfahrtsstaatlicher Arrangements als "Weichensteller" dienen (Ullrich 2003: 9). In der Forschungspraxis wird dieses Postulat weitgehend in qualitativen Studien realisiert, die sich der Rekonstruktion von Diskurs- und Deutungsmustern verschreiben. Im Grunde können Wissen und Kultur jedoch als die "vernachlässigte Dimension" der Wohlfahrtsstaatsforschung bezeichnet werden (Ullrich 2003).

Schlaglicht 1: Wohlfahrtskulturforschung

erweitern sei. Die Idee einer global diffundierenden Wohlfahrtskultur wird jedoch offensichtlich nicht zur Kenntnis genommen. Auch wenn die unterschiedlichen Auffassungen von Kultur, Akteur und Handlung bei Ullrich und Meyer eine Verknüpfung der beiden kulturalistischen Ansätze sicherlich nicht einfach machen, kann ein "cultural turn" in der Wohlfahrtsstaatsforschung, wie ihn Ullrich gern begrüßen würde (Ullrich 2003), die globale Diffusion wohlfahrtspolitischer Modelle nicht unberücksichtigt lassen.

2.3.3 Wohlfahrtsstaatlichkeit als "Modell der Weltkultur"

Die Betrachtung wohlfahrtsstaatlichen Wandels in einer weltkulturtheoretischen Perspektive impliziert also in erster Linie ein neues Verständnis des Wohlfahrtsstaates als Teil der kulturell definierten Funktionen, die dem Verantwortungsbereich des modernen Nationalstaates zugeschrieben werden:

...from Christendom's early chartering of the state system and throughout the evolution of the world institutional order, welfare has emerged as a crucial aspect and symbol of state purpose (Thomas und Lauderdale 1987: 201f.).

Wie bereits skizziert wurde, setzen die bisherigen neo-institutionalistischen Arbeiten zum Wohlfahrtsstaat (Collier und Messick 1975; Thomas und Lauderdale 1988; Strang und Chang 1993) jedoch lediglich die diffusionstheoretischen Postulate des Ansatzes um. Sie liefern zwar Belege für den starken Einfluss des internationalen Umfelds auf nationale Wohlfahrtspolitik, leisten jedoch keinen Beitrag zur Beantwortung der Frage, wie das globale Umfeld diesen starken Einfluss erlangen kann. Für das Verständnis der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung in den post-kommunistischen MOE-Ländern können diese Arbeiten mithin kaum als Vorbild dienen. Um die eben diskutierten innovativen Postulate der *Wissens*diffusion und der Emergenz der *Weltkultur* auch für die Forschungspraxis fruchtbar zu machen, bedarf es einer *wissens-* und *kultursoziologischen* Neuverortung des seinem Selbstverständnis nach institutionalistischen Ansatzes, die in Abschnitt 2.5 erfolgt. Zunächst jedoch

einige Bemerkungen zur Rezeption der Weltkulturtheorie in der sozialwissenschaftlichen Literatur.

2.4 Defizite des Ansatzes

Die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie wird in der sozialwissenschaftlichen Literatur nicht unkritisch rezipiert. Einerseits gilt das umfassende Theoriewerk als innovativ, andererseits wird auch immer wieder auf seine Schwächen und Probleme verwiesen.

Als zentrale Schwachstelle des Neo-Institutionalismus sieht Krücken (2002) das der Theorie zugrunde liegende Konzept der Moderne, das aufgrund der Fokussierung von Homogenisierungsprozessen "gesellschaftliche Differenzen, Heterogenitäten und Ambivalenzen systematisch unterbelichtet" (Krücken 2002: 230). Einen ähnlichen Einwand bringt auch Koenig vor, indem er die fehlende Berücksichtigung der "Lokalisierung" bzw. "Kontextualisierung" (Koenig 2003; 2005) kritisiert. Im gleichen Zug macht er auf die theoretisch unzureichende Konzeptionalisierung der Diffusionsmechanismen ("Vermittlung") sowie der Genese und des Bedeutungswandels der Weltkultur aufmerksam (Koenig 2005). Weitere substantielle Kritikpunkte an der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie betreffen u.a. das Akteursverständnis. In diesem Zusammenhang wird insbesondere der Vorwurf der Übersozialisierung oder auch des "Makrodeterminismus" geäußert (Greve und Heintz 2005; Walgenbach 2001; Westenholz, Pederson und Dobbin 2006). Bemängelt wird dabei insbesondere, dass den von der Weltkultur konstituierten Akteuren keine aktiven Strategien im Umgang mit den externen Umwelterwartungen zugesprochen werden. Gleichzeitig werde der Aspekt der Macht negiert. Eine herrschaftstheoretische Erweiterung der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie entwickelt daher in Anlehnung an Wallersteins Systemtheorie Schäfer (Schäfer 2000).

Was der Weltkulturtheorie zu Gute gehalten wird, ist, dass sie eine Betrachtung der Nationalstaaten als Adressaten der Weltkultur ermöglicht, wodurch das Problem des methodologischen Nationalismus überwunden wird, ohne

den Blick für die Strukturierungsleistungen des Nationalstaates zu verlieren (Koenig 2005). Darüber hinaus lenkt sie den Blickwinkel auf Prozesse, die mit den gängigen rationalistischen und materialistischen Theorien unterbelichtet bleiben (Leisering 2004; Hasse 2003). Die Eigenständigkeit des Theoriegebäudes von Meyer und Kollegen lässt sich laut Krücken allerdings nur vor dem Hintergrund der gegenwärtigen amerikanischen Soziologie nachvollziehen, da ihre Kernelemente - Anti-Realismus, De-Mystifizierung von Rationalität und Akteurskonstitution - der europäischen Soziologie längst nicht so innovativ erscheinen (Krücken 2002: 232), wobei der dritte Punkt laut Krücken für die sozialwissenschaftliche Analyse am folgenreichsten ist:

Wenn man mit dieser Theorie davon ausgeht, dass in einem reflexiven Beobachtungszusammenhang durch gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse die zu beobachtenden Einheiten fortwährend neu konstruiert werden, dann erhält man ein dynamisches Modell gesellschaftlicher Entwicklung, das unterschiedliche Phänomene zu erklären vermag (Krücken 2002: 236).

In der vorliegenden Arbeit stehen vor allem drei Punkte im Fokus der Kritik:

- erstens die inhaltlich unterbestimmte Konzeptionalisierung der modernen Weltkultur,
- zweitens die Diskrepanz zwischen theoretischen Postulaten und methodischer Umsetzung (vgl. Krücken 2002; Hasselbladh und Kallinikos 2000),
- drittens der bereits genannte Vorwurf des Makrodeterminismus.

2.4.1 Weltkultur der Gegenwart: Inhaltliche Unterbestimmung

Die inhaltliche Bestimmung des Weltkulturkonzepts lässt zu wünschen übrig. So sehr die beschriebenen Prozesse der Standardisierung und Rationalisierung durch die Weltkultur insbesondere für den Zeitraum ab dem Zweiten Weltkrieg zutreffen mögen, so ungeeignet sind sie für die Betrachtung der

post-kommunistischen Transformation. Die Prozesse der Rationalisierung, Standardisierung oder Globalisierung sind nämlich keineswegs ein Phänomen des Post-Kommunismus. Das, was Meyer und Kollegen als die Kernprinzipien der Weltkultur herausarbeiten, Rationalität und Fortschritt, waren ebenso zentrale Bestandteile des sowjetischen Modells (Arnason 1998: 14). Sie kamen unter anderem in dem Bestreben zum Ausdruck, Traditionen und Privilegien abzuschaffen, um die soziale Ordnung auf Wissen und Vernunft aufzubauen (Wagner 1995).⁵ Als Beispiel lassen sich die Ideen des Fordismus und Taylorismus nennen, die nicht nur die kapitalistische, sondern in gleicher Weise auch die staatssozialistische Industrie nachhaltig geprägt haben (Dunn 2004: 9; McKenna 2006: 167). Dunn führt das unter anderem auf die große Bewunderung Lenins für diese modernen Produktionsweisen zurück:

That Taylor became an explicit model for industrial organization alongside Ford came as no great surprise, as V. I. Lenin himself was a great admirer of scientific management in general and *teilorizatsiya* in particular (Dunn 2004: 13).

Diese Erkenntnisse widersprechen keineswegs den neo-institutionalistischen Postulaten. Ganz im Gegenteil, sie *bestätigen* sogar die These von der Emergenz einer rationalistischen Weltkultur, deren Diffusion seit dem Zweiten Weltkrieg signifikant zugenommen habe. Das hat sie in der Tat sowohl diesseit als auch jenseits des Eisernen Vorhangs. Für die Analyse der Veränderungen, die mit der "Systemtransformation" (Merkel 1999) in Mitteleuropa einhergegangen sind, ist diese Zeitdiagnose jedoch zu undifferenziert. Wenn man die Kernprinzipien der modernen Weltkultur in den Postulaten

⁵Dass die Umsetzung des sowjetischen Modells nur stellenweise gelungen und vielerorts vielfältige Verbindungen mit den bereits bestehenden Strukturen eingegangen ist, kommt in dem Begriff des Realsozialismus zum Ausdruck. Arnason argumentiert, dass sich das sozialistische Projekt noch vor seiner globalen Diffusion mit Elementen aus der russischen Kultur verflochten habe. Er nennt vor allem das Erbe des Imperialismus (Arnason 1998). Auf derartige Verbindungen verweist auch von Halem: Er legt vor allem die eigentümlichen Verbindungen offen, die die alte russische Werteordnung mit den kommunistischen Postulaten eingegangen ist, aus denen dann die von Lenin vertretene "kommunistische Moral" hervorging (von Halem 2004).

der Rationalisierung, der Gerechtigkeit und des Fortschritts sieht, so lässt sich auch das sowjetische Modell zur Weltkultur erklären. Worin sich jedoch diese "gescheiterte Globalisierung" (Arnason 1998) von derjenigen unterscheidet, die sich Ende des 20. Jahrhunderts erfolgreich durchgesetzt hat, bleibt mit einer solch undifferenzierten Klassifizierung unterbeleuchtet. Wenn also Rationalisierung, Standardisierung und globale Diffusion eher als *analytische* Merkmale der Weltkultur gelten mögen, was gleichzeitig zu der Erkenntnis führen muss, dass Weltkultur bereits viel früher anzusiedeln ist als nach dem Zweiten Weltkrieg (vgl. Koenig 2005), was macht dann aber *inhaltlich* die Weltkultur der Gegenwart aus? Und welchen Einfluss hat sie auf die post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten?

2.4.2 Forschungspraxis: Diskrepanz zwischen Theorie und Methoden

Theoretisch begreift der Neo-Institutionalismus Gesellschaft als Wissen und Kultur und stellt die "modeling and enactment processes" (Jepperson 2001: 39), also die Wirkung der Weltkultur auf die sozio-kulturelle Praxis ins Zentrum seiner Analysen. Für die Forschung gilt streng genommen:

Eine konsequent institutionalistische Analyse zeigt [...] die starke Verankerung der kognitiven und moralischen Rahmung von Handeln auf allen Ebenen in übergreifenden institutionellen Definitionen (auf Gesellschafts- und Weltebene) auf, die in der modernen *world polity* ebenso wie in einem Großteil der westlichen Geschichte bestanden hat (Meyer, Boli und Thomas 2005: 33).

In der Forschungspraxis dominieren jedoch groß angelegte quantitative Studien, die zwar die weltweite Verbreitung kognitiver Modelle nachweisen, von der Analyse von Sinnstrukturen jedoch weit entfernt sind. Und das obwohl theoretisch keine methodologischen Vorgaben gemacht werden:

There are no special methodological tools or claims. There is no special theoretical formalization. There is no special epistemology or logic of explanation - beyond an insistence on multi-level

analysis and hence unwillingness to go along with the very special epistemology of methodological individualism (Jepperson 2001: 42).

Dies hat sich im Laufe der Zeit ein wenig geändert, so dass es mittlerweile einige Arbeiten gibt, die sich mit dem Wandel der Semantiken bzw. Ideologien der Weltkultur und ihrer "direkteren" Wirkung auf die nationalstaatlichen Bedeutungsstrukturen und in der Folge auch Politiken beschäftigen:

As research has expanded, there have been more direct demonstrations of institutional effects. For example, the research on the effects of "world society" contain a number of such more direct studies of the effects of change at the institutional level: [...] on changes in constructions of the environment, and their effects; [...] on changes in ideology about population growth and control, and their effects [...]; [...] on changes in doctrines about the identity and status of women, and their effects [...] (Jepperson 2001: 42).

Generell betrachtet sind qualitative Arbeiten im Rahmen des neo-institutionalistischen Theoriegebäudes jedoch noch eher die Ausnahme denn die Regel. Wie ist also ein Brückenschlag zur qualitativen Sozialforschung möglich und welche Methoden sind mit dem theoretischen Design der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie am ehesten kompatibel?

2.4.3 Makrodeterminismus

Der wohl wichtigste Kritikpunkt setzt jedoch auch in der vorliegenden Arbeit am Vorwurf des Makrodeterminismus an. Lange Zeit ging es den Neo-Institutionalisten in ihrer empirischen Forschung vor allem darum, einen Zusammenhang zwischen dem Beitritt in eine internationale Organisation und der Einführung bestimmter staatlicher Formalstrukturen (Verfassungen, Ministerien, Politikmodellen etc.) aufzuzeigen.⁶ Ihre Bemühungen waren erfolg-

⁶Einige dieser Arbeiten aus dem Bereich der Sozialpolitikforschung wurden in Abschnitt 1.3.3 vorgestellt.

reich. Das Verhältnis zwischen Weltkultur und Nationalstaat präsentiert sich in ihren Arbeiten nunmehr wie folgt:

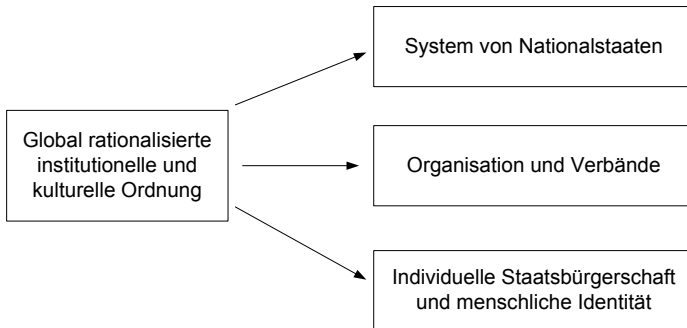


Abbildung 2.2: Weltkultur und die Konstitution moderner Akteure. Quelle: Meyer et al. 2005.

In der Abbildung 2.2 wird der konstitutive Einfluss der Weltkultur auf die modernen Akteure - Individuen, Organisationen und Nationalstaaten - verdeutlicht. Auffällig ist zum einen, dass dieses Verhältnis hier als einseitiges präsentiert wird. Zum anderen wird den modernen Akteuren auch nicht eingeräumt, sich mit den Vorgaben der Weltkultur aktiv auseinanderzusetzen. In dieser Abbildung wird folglich ein (a) einseitiger und (b) deterministischer Einfluss der Weltkultur auf den Nationalstaat konstruiert. Wie die postulierte Diffusion und die "Kontextualisierung" weltkultureller Modelle auf nationalstaatlicher Ebene funktioniert, ist bis heute - bis auf einige Versuche des sog. Scandinavian Neo-Institutionalism (vgl. Sammelband von Czarniawska und Sevon 1996)⁷ und einen Entwurf von Leisering (2004)⁸ - weitgehend unbeantwortet geblieben. Wie muss man sich das "tutoring" durch die Weltkultur

⁷Zur besseren Erfassung der Diffusion und Kontextualisierung weltkultureller Modelle schlagen die Skandinavier ergänzend das Konzept der "translation" vor. Die Idee ist, dass externe Modelle in den jeweiligen lokalen Kontext übersetzt werden müssen, bevor sie ausgeführt werden können.

⁸Leisering schlägt für die Erfassung der Wissensdiffusion ein Kommunikationsmodell vor, das die Weltkultur als Sender und die Nationalstaaten als Empfänger begreift. Damit verkennt er gerade das innovative Postulat, dass die Diffusion durch

vorstellen, wenn ihr Diffusionsmechanismus keinen relationalen Charakter haben soll (1993)? Wie lässt sich der Vorwurf des Makrodeterminismus relativieren, ohne die zentralen Postulate der Weltkulturtheorie zu verfremden? Wie wirkt Weltkultur im nationalstaatlichen Rahmen?

2.5 Kulturalistische Revision der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie

Die skizzierte Kritik erscheint in vielen Punkten plausibel. Doch was folgt daraus? Wie kann man das Innovationspotenzial des Ansatzes nutzen und seine theoretische Unterkonzeptionalisierung überwinden? In der Literatur wird vor allem in der europäischen Theorie nach Verknüpfungsmöglichkeiten gesucht und dabei beispielsweise auf die Parallelen der Weltkulturtheorie zu etwa Luhmann, Giddens oder Foucault verwiesen, von denen man sich eine gegenseitige theoretische Befruchtung verspricht. Erste Überlegungen zu den Möglichkeiten solcher theoretischer Verknüpfungen stellen Krücken (Krücken 2002) bzw. Hasse und Krücken (2005) an. Eine Verknüpfung der Weltkulturtheorie mit Luhmanns Systemtheorie nimmt Schriewer (Schriewer 2005) vor. Koenig (2003) erweitert die Weltkulturtheorie um Theorieelemente von Eisenstadt. Schäfer (2000) schlägt eine theoretische Verknüpfung mit der Weltsystemtheorie von Wallerstein vor. Eine diskursanalytische Erweiterung diskutieren Hasselbladh und Kallinikos (2000).

In der vorliegenden Arbeit wird ein anderer Weg eingeschlagen. Neue Erkenntnisse verspricht sich diese Arbeit von einer kulturalistischen Revision der neo-institutionalistischen Postulate. Damit ist der Rückgriff auf (a) die "cultural sociology" und (b) die sozialtheoretische Mikro-Fundierung des Neo-Institutionalismus gemeint. Damit lassen sich sowohl das Problem des Makrodeterminismus als auch der Diskrepanz zwischen den theoretischen Postulaten und der methodischen Umsetzung relativieren. Die oben formulierte Kritik an der inhaltlichen Unterbestimmung des Weltkulturkonzepts, das nicht in

die Weltkultur gerade *keinen* relationalen Charakter hat (Abschnitt 2.2.3). Mit einem Kommunikationsmodell ist sie folglich nicht zu erfassen.

der Lage sei, zwischen dem kommunistischen und dem post-kommunistischen Projekt zu unterscheiden, lässt sich wohl nur mit Rückgriff auf die Empirie lösen. Zunächst jedoch eine kurze Reflexion der Implikationen, die mit einer kulturalistischen Neuverortung des Untersuchungsgegenstands einhergehen.

2.5.1 Implikationen einer kulturalistischen Neuverortung des Untersuchungsgegenstands

Die ihrem Selbstverständnis nach institutionalistische Weltkulturtheorie kulturalistisch zu interpretieren, bedeutet, an den sog. "cultural turn" mit allen seinen Implikationen anzuknüpfen. Mit dem "cultural turn" ist eine paradigmatische Wende gemeint, die seit mehreren Jahrzehnten in die Sozialwissenschaften Einzug hält und dem Thema Kultur "zu einer neuen Konjunktur verhilft" (Odziemczyk 2010: 61). Fächerübergreifend - so beispielsweise in der Soziologie, den Wirtschafts-, Politik- und Geschichtswissenschaften - wächst das Interesse an kulturellen Fragestellungen. Im Unterschied zu klassischen Kulturstudien, wie sie etwa die ältere Kulturosoziologie durchführte, ändert sich mit dem "cultural turn" jedoch das Kulturverständnis. Der essentialistische Kulturbegriff der klassischen "sociology of culture" wird in der neueren "cultural sociology" (Alexander und Smith 1998: 9) durch einen "weiten, bedeutungsorientierten und konstruktivistischen Kulturbegriff ersetzt" (Odziemczyk 2010: 63). Mit dem "cultural turn" verändert sich allerdings nicht nur der Forschungsgegenstand und der Kulturbegriff. Der Paradigmenwandel ist viel tief greifender und betrifft auch die Ebene der Wissenschaftstheorie der Sozialwissenschaften (vgl. Reckwitz 2000; Ritsert 2003) und konsequenter Weise auch die Methodologie. In der Wissenschaftstheorie verabschiedet man sich von der Möglichkeit des Empirismus und Positivismus zugunsten einer "post-empirischen" und "post-positivistischen" Betrachtungsweise (vgl. Alexander und Smith 1998: 2; Odziemczyk 2010: 64ff.). In methodologischer Hinsicht gewinnt die qualitative Forschung an Attraktivität, die dem naturwissenschaftlichen "Erklären" das hermeneutische "Sinnverstehen" entgegensetzt (vgl. Odziemczyk 2010: 66ff.).

Für die vorliegende Arbeit bedeutet die Anknüpfung an den “cultural turn” folglich, die drei oben diskutierten kritischen Punkte in der Debatte zum “Wohlfahrtsstaat und Globalisierung” kulturalistisch auszulegen, d.h.

1. erstens, in Bezug auf das Verständnis wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung mit der Wohlfahrtskulturforschung davon auszugehen, dass wohlfahrtspolitische Institutionen in öffentlichen Diskursen sozial konstruiert werden,
2. zweitens, in Bezug auf das Verständnis der Globalisierungsprozesse mit der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie von einem kulturalistischen Globalisierungsbegriff auszugehen und
3. drittens, in Bezug auf das Zusammenspiel der zwei in der Wissens- und Kulturosoziologie nach Ansätzen zu suchen, die Aufschluss über die Interpenetranz von Kultur und Gesellschaft geben. Dies ist auch zentraler Gegenstand der folgenden Ausführungen.

Eine solche im Kern kulturalistische Perspektive vermag zwar nicht mehr, kausal eindeutige Aussagen zu machen. Und so ist auch das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit im Gefolge des “cultural turn” kein *erklärendes*, sondern ein *verstehendes*. Dieser bescheidene Anspruch lässt sich mit Müller (1998) gerade für die Erforschung der post-kommunistischen Transformation rechtfertigen:

In den post-kommunistischen Transformationen überlagern sich die Eigenschaften der alten Gesellschaftsform auf Engste mit den Auswirkungen der Reformpolitik, so dass kausal eindeutige Zuordnungen kaum möglich sind (Müller 1998: 226).

2.5.2 Neo-Institutionalismus als ”cultural sociology”

Das zentrale theoretische Postulat der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie lautet, dass eine neue Ebene sozialer Realität emergiert, die konstitutiven Einfluss auf die sozio-kulturelle Praxis der modernen Akteure

ausübt. Diese emergierende Ebene sozialer Realität besteht laut den Neo-Institutionalisten aus Wissen und Kultur. Um Kultur und ihren konstitutiven Charakter empirisch zu erforschen, liegt es also nahe, sich in der *Kultursoziologie* umzuschauen. Obwohl sich das Forschungsprogramm der Neo-Institutionalisten mit seiner Bezeichnung in der "institutionalistischen Wende" verortet, spricht vieles dafür, insbesondere die Weltkulturtheorie von John Meyer und Kollegen dem "cultural turn" zuzuordnen.

Im Unterschied zu älteren Traditionen der Kultursoziologie, die ein essentialistisches Verständnis von Kultur geprägt haben, wird im "cultural turn" der Kulturbegriff strikt analytisch für Bedeutungen, Semantiken, Symbole, Codes, also "die analytisch abstrahierte semiotische Umwelt des Handelns" (Koenig 2003: 40) verwendet. Anders als in der Wissenssoziologie, deren Bestreben es traditionell war, den sozialen Ursprung von Ideen, die "Seinsgebundenheit" des Wissens (Mannheim 1978: 227), aufzuzeigen und die seit der konstruktivistischen Wende die intersubjektive Aushandlung von Bedeutungen akzentuiert (Berger und Luckmann 1995), betont die neuere Kultursoziologie den autonomen, *konstitutiven* Charakter von Kultur.

In Bezug auf das Verhältnis zwischen Staat und Kultur verwirft der "cultural turn" also die alte Vorstellung:

States might create "concepts" but they were not themselves
"concept-dependent" entities (Bhaskar 1979, 1986, zitiert nach
Steinmetz 1999: 3).

In dieser Argumentationslinie lässt sich auch der soziologische Neo-Institutionalismus verorten, wobei zwischen seinen zwei Lesarten unterschieden werden muss. In der kontingenztheoretischen Lesart wird angenommen, dass die entscheidungsautonomen Akteure sich mit den externen Vorgaben zweckrational und strategisch auseinandersetzen (DiMaggio und Powell 1983; Meyer und Rowan 1991). Kultur spielt hier insofern eine Rolle, als angenommen wird, dass die modernen Akteure auch die Mythen ihrer Umwelt beachten und dieses zeremoniell zum Ausdruck bringen müssen (vgl. Türk 2000). Diese Lesart zählen Alexander und Smith zur klassischen "sociology of culture":

Les néo-institutionnalistes (voir Di Maggio et Powell, 1991) estiment la culture importante, mais uniquement à titre de légitimation contraignante, de milieu d'action extérieur, et non à titre de texte vécu (Alexander und Smith 1998: 7).

Diese Einstufung kann jedoch kaum für die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie von John W. Meyer und Kollegen gelten. In ihrer konstitutions-theoretischen Lesart wollen die Weltkulturtheoretiker die modernen Akteure - Individuen, Organisationen und Nationalstaaten - als kulturelle Konstrukte der institutionellen Umwelt verstanden wissen.

Begreift man die Weltkulturtheorie als "cultural sociology", lassen sich sowohl das Problem des Makrodeterminismus bzw. der Übersozialisierung als auch das der adäquaten forschungspraktischen Umsetzung relativieren.

Die Neo-Institutionalisten verteidigen ihre "top-down"-Perspektive zwar mit der Begründung (hier am Beispiel der Organisation):

Wenn [...] die organisationalen Strukturen Ergebnisse politischer Aushandlungsprozesse oder Spiele wären, könnte man kaum erklären, warum sich nicht nur die Organisationsform selbst weltweit durchsetzt, sondern dies auch noch in auffallend gleichförmiger Weise (Türk 2000: 134).

Laut Reckwitz (2005) muss eine solche Fokussierung vor dem Hintergrund des "cultural turn" als "simplifizierend" eingestuft werden:

In dem Moment, in dem man im Gefolge des bedeutungsorientierten Kulturbegriffs [...] davon ausgeht, dass gegebene Kulturen Elemente aus entfernten räumlichen oder zeitlichen Kontexten nicht kurzerhand zu 'übernehmen' vermögen, sondern immer vor dem Hintergrund ihres bisherigen Sinnhorizonts interpretieren, erscheinen Konzepte kultureller Diffusion simplifizierend (Reckwitz 2005: 105).

Schaut man sich die Diskussion der "cultural sociology" zum konstitutiven Charakter von Kultur genauer an, so lässt sich dort in der Tat eine

Differenzierung zwischen einer analytischen und einer historisch konkreten Autonomie von Kultur vorfinden, die in der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie scheinbar nicht zur Kenntnis genommen wird:

Whereas analytic autonomy of culture is sought apart from material life, concrete autonomy must be located within, and as part of, the whole of social life (Kane 1992: 54).

Der kausale und konstitutive Einfluss von Kultur wird also nicht bloß theoretisch behauptet oder in quantitativen Großstudien belegt. Das Ziel ist vielmehr, den jeweiligen historisch variablen Grad der Interpenetranz von Kultur und Gesellschaft aufzuzeigen. Das wiederum lässt sich "nur mit Rekurs auf die konkrete Handlungsebene klären, auf der sich Akteure an intersubjektiv geteiltem Sinn orientieren, deren kreatives Handeln aber gleichzeitig auch von strukturellen Bedingungen mitbestimmt ist" (Koenig 2003: 42). Für den Forschungsprozess bedeutet das:

The analyst must demonstrate that the culture structure he or she has found at the analytic level is the one which the social group truly shares and acts on in the specific historical situation being studied (Kane 1992: 55).

Im "cultural turn" wird mit dem Postulat von der Autonomie der Kultur also keineswegs der Handlungsbegriff weg argumentiert.⁹ In Abgrenzung zu Positionen, in denen entweder (a) angenommen wird, dass Kultur einzig und allein aus der sozio-kulturellen Praxis herrührt (Archer (2005) bezeichnet diese Perspektive als "downward conflation"), oder (b) dass die sozio-kulturelle Praxis durch Kultur determiniert ist ("upwards conflation"), wird hier vielmehr die gegenseitige Konstituierung von Kultur und sozio-kultureller Praxis angenommen, ohne diese zwei Ebenen jedoch analytisch völlig ineinander aufzulösen ("central conflation"), wie dies beispielsweise dem Strukturierungsansatz von Anthony Giddens vorgeworfen wird:

⁹Es gibt zahlreiche Versuche, das Dilemma zwischen Handeln und Kultur, oder auch Determinismus und Situationismus (Reckwitz 1997), aufzulösen (vgl. etwa Knorr-Cetina und Cicourel 1981; Reckwitz 1997; Archer 2005 sowie die Sozialtheorien von Alexander, Bourdieu und Giddens), deren Darstellung jedoch den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde.

Central conflation is a position from which the C.S. [Cultural System, Anm. d. Verf.] level and the S-C [socio-cultural interaction, Anm. d. Verf.] levels are held to be mutually constitutive. Now it is quite possible to endorse the “centrism” of this approach, accepting that human agents shape culture, but are themselves culturally molded, *without* eliding the two levels (C.S. and S-C). However, central conflation does elide the two because they are regarded as two faces of an inseparable “duality“. The conceptualization of their mutual constitution as a *simultaneous process* means that there is no way of untying the constitutive elements. The properties of the C.S. and the S-C may be different, but none is acknowledged to have the temporal priority and relative autonomy vis-à-vis the other that would grant it independent causal efficacy (Archer 2005: 23).

Archer plädiert daher für einen analytischen Dualismus (Archer 2005: 18).¹⁰

Doch selbst wenn wir bereit sind, analytisch von einem Dualismus von Weltkultur und sozialer Praxis auszugehen, also zwischen einer Mikro- und Makro-Ebene zu unterscheiden, ist es immer noch mit Hilfe mikro-soziologischer Ansätze, argumentiert Knorr-Cetina, dass wir etwas über die Makro-Ebene erfahren (Knorr-Cetina 1981: 42):

...it is through *micro*-social approaches that we will learn most about the macro-order, for it is these approaches which through the unashamed empiricism afford us a glimpse of the reality about which we speak (Knorr-Cetina 1981: 42).

In ihrem Verständnis von mikro-soziologischen Ansätzen will sich Knorr-Cetina jedoch explizit und betont von den Mikro-Soziologien absetzen, die soziale Situationen als eine “face-to-face“-Interaktion begreifen (Knorr-Cetina

¹⁰ Als Paradebeispiel für diese Art von Vorgehensweise lässt sich die zweibändige “Kultur der Moderne“ von Richard Münch anbringen, in der zunächst die Kultur der Moderne rekonstruiert und anschließend ihre konkrete Interpenetranz der Gesellschaft in vier Ländern - England, USA, Deutschland und Frankreich - untersucht wird (Münch 1993b; 1993a).

1981: 11). Sie verweist auf empirische Studien, die zeigen, dass “circumstances of action which *transcend* the immediate situation are continually called upon by social actors” (Knorr-Cetina 1981: 11). Die Vernachlässigung des institutionellen Kontextes durch die Mikro-Soziologie stuft Knorr-Cetina ähnlich wie die soziologischen Neo-Institutionalisten als reduktionistisch ein (Knorr-Cetina 1981: 13). Gleichwohl argumentiert sie in ihren Ausführungen, dass die Handlungen von Staatsmännern, Diplomaten oder multinationalen Unternehmen genauso als mikroskopisch in ihrer Struktur angesehen werden müssen wie lokale Interaktionen, auch wenn sie “obviously involve significantly different distances in space” (Knorr-Cetina 1981: 39):

...there may be no difference in scale nor in consequentiality between mutually related actions of statesmen, diplomats and business multinationals, on the one hand, and the locally inter-related actions of peasants and townsfolk, on the other. Both versions of action are equally microscopic *in structure*, though they obviously involve significantly different distances in space. The direct or indirect influence may be as great as the effect of politicians' actions on the former, for example by means of taxation (Knorr-Cetina 1981: 39).

Das heißt, dass für die Rekonstruktion der Weltkultur und ihres Einflusses auf die sozio-kulturelle Praxis im Endeffekt mikrosoziologische Ansätze - in entsprechend modifizierter Form - erforderlich sind. Denn nur so ist es laut Knorr-Cetina möglich, “[to, Anm. d. Verf.] hear the macro-order tick“ (Knorr-Cetina 1981).

Interessanterweise geht die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie explizit aus einem mikrosoziologischen Ansatz - der Wissenssoziologie von Berger und Luckmann (1995) - hervor.

2.5.3 Die sozialtheoretische Mikro-Fundierung der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie

Die zwei in diesem Abschnitt an der Weltkulturtheorie problematisierten Punkte - (1) Makrodeterminismus und (2) forschungspraktische Umsetzung

- lassen sich nicht nur durch die Verortung des Ansatzes im “cultural turn” relativieren, sondern auch mit Rückgriff auf die sozialtheoretische Mikro-Fundierung des Neo-Institutionalismus: Die Wissenssoziologie von Berger und Luckmann (1995).

Aufgrund der starken Fokussierung der Makro-Ebene im Neo-Institutionalismus wird nur relativ selten auf diese sozialtheoretischen Wurzeln verwiesen (vgl. DiMaggio und Powell 1991). Eine Ausnahme stellt ein sehr kurzer Beitrag von John Meyer (1992) dar, in dem er relativ ausführlich auf die Bezüge zwischen Berger und Luckmanns Sozialkonstruktivismus und dem Neo-Institutionalismus eingeht. Im Wesentlichen zählt er vier Punkte auf, in denen der Neo-Institutionalismus seiner Meinung nach die wissenssoziologische Tradition von Berger und Luckmann (1995) weiterführt.

Den ersten Unterschied sieht er in den größeren Räumen und historischen Zeitspannen, denen sich der Neo-Institutionalismus im Unterschied zum Sozialkonstruktivismus von Berger und Luckmann (1995) widmet. Zweitens löst der Neo-Institutionalismus seiner Meinung nach die Kategorie der Akteure von der Ebene unmittelbarer Interaktionsteilnehmer und erweitert sie um kollektive bzw. institutionelle Varianten (z.B. Professionen, Staaten). Drittens verweist er auf die Inkonsistenzen und Widersprüche zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen. Und viertens verschiebt er den Fokus der Betrachtung von der Kategorie des Wissens zum Begriff der Bedeutung (vgl. Meyer 1992).

In diesem Zusammenhang wird auch nachvollziehbar, warum John W. Meyer seine neo-institutionalistische Weltkulturtheorie nicht selten als Makrophänomenologie bezeichnet. Angesichts der Mikro-Fundierung der Weltkulturtheorie lässt sie sich in der Tat als ein Sozialkonstruktivismus auf Makro-Ebene interpretieren.¹¹

¹¹Die von John W. Meyer vollzogene Elargierung der sozialkonstruktivistischen Postulate ist dabei gar nicht so neu wie sie erscheint. Dieser Gedanke ist bereits bei George Herbert Mead vorzufinden, auf dessen Arbeiten ein Teil der Ausführungen von Berger und Luckmann basiert. Meads weniger bekannte makrosoziologische Überlegungen hat Ludwig Nieder (1994) für die deutsche Diskussion zusammenge-

Die Auseinandersetzung mit dem Sozialkonstruktivismus von Berger und Luckmann bringt allerdings schnell zum Vorschein, dass der Neo-Institutionalismus nur einen Teil der sozialkonstruktivistischen Postulate aufgreift:

Für sie alle [die Neo-Institutionalisten, Anm. d. Verf.] gilt etwas als institutionalisiert, wenn es gerade nicht aus der Erfahrung der handelnden Subjekte stammt, wenn es nicht "lokal produziert" [...] ist, sondern - aus welchen Gründen zunächst auch immer - bloß ausgeführt bzw. als Grenze sozialen Handelns hingenommen wird. "Institution" meint dort also offenbar gegen lokale Opportunitäten dogmatisch durchsetzbare und nicht aus diesen "emergierte" Strukturen (Türk 2000: 147).

Dieses Institutionenverständnis haben die Neo-Institutionalisten allem Anschein nach der Vorstellung von Berger und Luckmann (1995) entnommen, dass die institutionelle Wirklichkeit für den Einzelnen eine objektive Wirklichkeit darstellt:

Die Institutionen stehen dem Individuum als objektive Faktizitäten unabweisbar gegenüber. Sie sind *da*, außerhalb der Person,

fast. Die im mikrosoziologischen Bereich gewonnenen Erkenntnisse zur Genese des individuellen Selbst und des Perspektivenwechsels überträgt Mead auf makrosoziologische Phänomene, unter anderem auf das Staatensystem (1994: 15), mit dem sich Mead in zwei Aufsätzen beschäftigte: "Die psychologischen Grundlagen des Internationalismus" (Mead 1983b) und "Nationale und internationalistische Gesinnung" (Mead 1983a). Der "sozialpsychologische Ausgangspunkt" (Nieder 1994: 169) Meads bei der Analyse des Staatensystems mag auf den ersten Blick seltsam stimmen. Dahinter steht letztlich die Überlegung, dass sich auch das Verhältnis zwischen den Nationen mit dem analytischen Werkzeug erfassen lässt, das Mead auf der interindividuellen Ebene entwickelt hat. Insbesondere die Idee des Perspektivenwechsels greift Mead auch auf der Makro-Ebene auf: "Entsprechend dem Prozess der Genese des (individuellen) Selbst, das sich durch seine Teilhabe an Gruppenprozessen entwickelt und durch seine Integration in Organisationen und Institutionen eine Entfaltung und Bereicherung der in ihm angelegten individuellen Qualitäten erfahren kann, konstituieren sich die 'charakteristischen' Merkmale von Nationen durch ihre interdependenten Beziehungen zueinander" (Ebd.: 170).

und beharren in ihrer Wirklichkeit, ob wir sie leiden mögen oder nicht. Der Einzelne kann sie nicht wegwünschen. Sie widersetzen sich seinen Versuchen, sie zu verändern oder ihnen zu entschlüpfen. Sie haben durch ihre bloße Faktizität zwingende Macht über ihn, [...] (Berger und Luckmann 1995: 64).

Dieses Zitat ist jedoch irreführend, wenn man es nicht in die gesamte "Gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit" von Berger und Luckmann (1995) und die daran anschließenden Arbeiten der hermeneutischen Wissenssoziologie einbettet. Erstens verführt es dazu, die Wirkung von Institutionen tatsächlich als deterministisch zu interpretieren, was die hermeneutische Wissenssoziologie nicht bestätigen kann. Zweitens führt es zu einer Verzerrung des eigentlichen Bestrebens der beiden Autoren, die fundamentale gesellschaftliche Dialektik aufzuzeigen. Berger und Luckmann sprechen wiederholt von der Doppelstruktur der Wirklichkeit:

Das bedeutet: der Mensch - freilich nicht isoliert, sondern inmitten seiner Kollektivgebilde - und seine gesellschaftliche Welt stehen miteinander in Wechselwirkung. Das Produkt wirkt zurück auf seinen Produzenten (Berger und Luckmann 1995: 65).

Das Produkt, das zurückwirkt, muss also erst sozial produziert worden sein. Weltkultur hat folglich nicht nur einen *konstitutiven*, sondern auch einen *konstruierten* Charakter. Auch ihr vermeintlicher Makrodeterminismus lässt sich mit Rückgriff auf die hermeneutische Wissenssoziologie relativieren. Ausgehend von der Annahme von der Doppelstruktur der Wirklichkeit begreift sich diese als Teil einer "*hermeneutisch* die Daten analysierenden, *strukturanalytisch* modellbildenden, interpretativen Sozialforschung" (Hitzler, Reichertz und Schröder 1999: 10). Im Zentrum ihrer Analysen steht zwar der Handlungsbegriff, aufgrund der Annahme vom Doppelcharakter der Wirklichkeit wird er allerdings strukturanalytisch ergänzt. Auf der *einen* Seite wird also angenommen, dass menschliches Handeln stets in vorgängige, gesellschaftliche Wissensbestände eingebettet ist, bestimmten Akteuren einer Gesellschaft also zum Erreichen bestimmter Ziele in bestimmten Situationen typische Mittel zur Verfügung stehen:

In Gesellschaften bzw. durch deren Institutionen stehen den sozialen Akteuren relativ komplexe, teilweise hochkomplexe Wissensbestände zur Verfügung. [...] Dieses Wissen und auch die Institutionen, in denen es bewahrt, gestützt und verteilt wird, sind im Laufe der menschlichen Geschichte(n) gesellschaftlich erarbeitet, kontrolliert und auch bewertet worden. Dieses Wissen ist grundsätzlich handlungsorientiert, d.h. es dient insbesondere dazu, gesellschaftlich als relevant erachtete Handlungsprobleme und -möglichkeiten, Optionen und Obligationen, Chancen und Risiken zu identifizieren. [...] Das ist die eine Seite“ (Hitzler, Reichertz und Schröder 1999: 12).

Auf der *anderen* Seite wird jedoch die subjektive Auslegung betont und damit die Vorstellung eines Automatismus bzw. Makroeterminismus relativiert. Die bloße Existenz typischer Handlungsvorgaben führt in diesem Verständnis keineswegs zu einer automatischen Ausführung typischer Handlungen:

Denn nur wenn diese [die Akteure, Anm. d. Verf.] sich auf die gesellschaftlich bereitgestellte Typik von Situation, Mitteln und Ziel als Bezugspunkte ihres Handelns beziehen, werden sie - >ungefähr< - in der gesellschaftlich vorgeschlagenen Weise handeln. Angelpunkt einer sozialwissenschaftlichen Theorie des Verstehens sozialer Handlungen ist also die >freie< Stellungnahme des oder der Handelnden zu (den) gesellschaftlich bereitgestellten Orientierungsmustern (Hitzler, Reichertz und Schröder 1999: 12)

Allerdings gesteht auch die hermeneutische Wissenssoziologie, dass sich Handelnde “gewöhnlich in der Auslegung des Vorgegebenen und in den Handlungsentwürfen nicht allzuweit vom (relativ festgefügt) gesellschaftlichen Konsens” entfernen:

Vorgabe und Stellungnahme liegen oft so eng beieinander, dass der je individuelle Auslegungsprozess gar nicht weiter auffällt (Hitzler, Reichertz und Schröder 1999: 12).

Betrachtet man die neo-institutionalistischen Großstudien, in denen die "Vorgabe" der Weltkultur mit der "Stellungnahme" des Nationalstaates verglichen wird ohne dem "Auslegungsprozess" nachzuforschen, vor dem Hintergrund der eben skizzierten Erkenntnisse der hermeneutischen Wissenssoziologie, so wird nachvollziehbar, wie die Neo-Institutionalisten zu ihrem starken Institutionen- und dem entsprechend schwachen Akteursbegriff und in der Folge zu dem Vorwurf des Makrodeterminismus gelangen. Es mag zwar sein, dass sich die modernen Akteure im quantitativ messbaren Endergebnis an die "Vorgaben" der Weltkultur anpassen. Die Erkenntnisse sowohl der hermeneutischen Wissenssoziologie als auch der "cultural sociology" legen jedoch nahe, dass hinter diesen Anpassungsprozessen im Grunde "Auslegungsprozesse" liegen, die keineswegs frei von Kritik und Widerständen sein müssen. Das Verhältnis zwischen Weltkultur und Nationalstaat ist entgegen den Postulaten der Neo-Institutionalisten zumindest als potentiell frei, denn makrodeterministisch einzustufen.

Dafür sprechen auch empirische Befunde. So plädiert Aidukaite (2009) für eine differenzierte Betrachtung der externen Einflüsse auf die wohlfahrtspolitische Entwicklung in MOE (Mittelosteuropa), da sie in ihrer Forschung festgestellt hat (Aidukaite 2009: 33):

..., there are studies that demonstrate that the notion of external influence should be accepted with some caution. As the comprehensive study of three Baltic States revealed (Aidukaite 2004), a country's decision-makers will more likely accept something considered more suitable to their country's traditions and people's mentality (Aidukaite 2009: 33).

Wie lassen sich aber "Auslegungsprozesse" der kognitiven Modelle der Weltkultur auf nationalstaatlicher Ebene empirisch untersuchen? Wie bereits skizziert wurde, plädiert Knorr-Cetina dafür, auch die Makro-Ebene sozialer Realität mit Hilfe mikro-soziologischer Ansätze zu erforschen, die sie allerdings von "face-to-face"-Interaktionen abgelöst wissen will. Die hermeneutische Wissenssoziologie im Anschluss an Berger und Luckmann (1995) kann einer solchen Forderung kaum gerecht werden. Interessanterweise wurde das Problem kürzlich von Keller (2001) aufgegriffen, der das Modell für

die Forschungspraxis mit Hilfe des Diskursbegriffs von Foucault elargiert und das Forschungsprogramm einer “wissenssoziologischen Diskursanalyse” entwickelt hat, die gezielt für die empirische Untersuchung institutionell-organisatorischer Wissensproduktion gedacht ist.

2.5.4 Elargierung der Wissenssoziologie in der wissenssoziologischen Diskursanalyse

Das Problem an der Wissenssoziologie von Berger und Luckmann und ihrer forschungspraktischen Umsetzung in der hermeneutischen Wissenssoziologie (Hitzler, Reichertz und Schröder 1999) besteht laut Keller (2001: 120f.) darin, dass sie sich auf das Jedermannswissen konzentriert und es sogar ablehnt, “(theoretische) Ideen bzw. expertengestützte Wirklichkeitsinterpretationen“ zum Gegenstand der Wissenssoziologie zu machen (Keller 2001: 121):

Allerweltswissen, nicht “Ideen” gebührt das Hauptinteresse der Wissenssoziologie, denn dieses “Wissen” eben bildet die Bedeutungs- und Sinnstruktur, ohne die es keine menschliche Gesellschaft gäbe” (Berger und Luckmann 1995: 16).

Um dieses Problem zu beheben und die Analyse institutionell-organisatorischer Wissensproduktion möglich zu machen, schlägt Keller einen “Brückenschlag” (Keller 2001: 122) zwischen der Wissenssoziologie von Berger und Luckmann (1995) und dem Diskursbegriff von Foucault vor (Keller 2001; Keller 2005). Foucault - so Keller - betone gerade

die Rolle [...] der wissenschaftlichen Disziplinen bei der historisch diachronen und synchronen Produktion von Wissensbeständen, die gesellschaftliche Wirklichkeiten konstituieren. Insofern nimmt er [...] eine Ebene der Wissenskonstruktion in den Blick, die in der wissenssoziologischen Tradition des interpretativen Paradigmas in der theoretischen Konzeption zwar angelegt, aber nicht ausgearbeitet war (Keller 2001: 124).

Mit der wissenssoziologischen Diskursanalyse entwickelt Keller ein Forschungsprogramm, das eine methodisch kontrollierte Analyse institutionell-organisatorisch objektivierter Wissensvorräte ermöglicht. Das, was die Neo-Institutionalisten als Weltkultur postulieren, also kognitive Modelle, die hauptsächlich von der Wissenschaft, von Professionen und internationalen Organisationen produziert und diffundiert werden, ließe sich demnach mit der wissenssoziologischen Diskursanalyse als "Diskursfeld" beschreiben (Keller 2003). (Welt-) "Kultur als Diskursfeld" (Keller 2003) zu begreifen, bedeutet dann im Anschluss an die wissenssoziologische Diskursanalyse, von einem dynamischen Kulturbegriff auszugehen.¹² Weltkultur erscheint in dieser Perspektive als ein dynamisches Konfliktfeld,

als permanenter Aushandlungsprozess von symbolischen Ordnungen, Artefakten und angemessenen Praktiken, der in unterschiedlichen sozialen Arenen, auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen, unter Beteiligung heterogener gesellschaftlicher Akteure geführt wird und nur vorübergehend sozial-räumlich feste Muster oder Strukturen kristallisiert (Keller 2003: 285).

Ihr konstitutiver Charakter wird in diesem Verständnis keineswegs bestritten:

In Diskursen wird [...] Wissen über Wirklichkeit konstruiert, und damit - gegen alle Abbildvorstellungen - diese Wirklichkeit selbst. Diskurse verleihen den 'an sich' unzugänglichen, sinnlosen physikalischen und sozialen Phänomenen Bedeutung und konstituieren dadurch deren gesellschaftliche Realität bzw. - wenn man so will - diese Phänomene selbst. Sie sind Ausdruck und Konstitutionsbedingung des Sozialen zugleich. Sie haben gesellschaftliche Voraussetzungen und Folgen (Keller 2001: 127f.).

2.6 Zusammenfassung

Wie in Kapitel 1 problematisiert wurde, wird die wohlfahrtspolitische Entwicklung in Mitteleuropa stark vom internationalen Umfeld beeinflusst.

¹²Die Dynamisierung des Kulturbegriffs ergibt sich im Grunde bereits aus der Grundannahme über die soziale Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit.

Ausgehend von diesem empirischen Befund wurde im Rahmen der post-kommunistischen Wohlfahrtsstaatsforschung Ende der 1990er Jahre das Postulat von einer "Global Social Policy" ausgerufen und eine neue Forschungsrichtung etabliert, die sich mit der Emergenz einer globalen Sozialpolitik und ihrem Einfluss auf nationalstaatliche Reformen beschäftigt. Der Untersuchungsgegenstand der "Global Social Policy"-Forschung ist indes nicht neu. Bereits in den 1970er Jahren haben sich Collier und Messick (1975) mit dem Einfluss des internationalen Umfelds auf wohlfahrtspolitische Entwicklung beschäftigt. Diese Arbeiten können als Teil des auf die 1970er Jahre zurückgehenden (soziologischen) Neo-Institutionalismus gelten. Die Bandbreite der neo-institutionalistischen Arbeiten macht deutlich, dass (a) die "Global Social Policy" nicht nur ein Spezifikum der post-kommunistischen Transformationsländer ist und dass (b) der Einfluss des internationalen Umfelds nicht nur im Bereich der Wohlfahrtspolitik stark ist. Ihre Popularität zeugt wiederum von einer wachsenden Zurkenntnisnahme von Mechanismen, deren Wirkung gemeinhin als "soft" - folglich: vernachlässigungswürdig - gegolten hat. Da die klassischen Erklärungsansätze sowohl der Wohlfahrtsstaats- als auch der Transformationsforschung an Grenzen ihrer Erklärungskraft stoßen, ist das wachsende Interesse an kulturellen Elementen auch in diesen Forschungsgebieten - auch wenn nur am Rande des Mainstreams - nicht überraschend. Wie Ullrich für die Wohlfahrtsstaatsforschung argumentiert, ist eine "kulturalistische Wende" im Grunde eine Fortsetzung der "institutionalistischen Wende" (Ullrich 2003). Aus soziologischer Sicht liegt Institutionen stets auch Wissen und Kultur zugrunde. Für eine stärkere Berücksichtigung von Wissen und Kultur in der Wohlfahrtsstaatsforschung plädiert auch Leisering (2004; 2007; 2006). Die Wohlfahrtsstaatsforschung, insbesondere diejenige, die sich mit den sogenannten "Neuen Wohlfahrtsstaaten" beschäftigt, müsse laut Leisering (2004) um das Element der Wissensdiffusion als Erklärungsfaktor wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung erweitert werden, will man der sozialen Realität in der Weltgesellschaft gerecht werden. In der Transformationsforschung war der Schritt hin zu kulturalistischen Ansätzen vor allem durch die Erkenntnis bedingt, dass die Vorannahmen der Anfangsjahre zu vereinfacht waren und

der Komplexität des Forschungsgegenstands "Transformation" nicht gerecht werden konnten (Müller 1998).

Der soziologische Neo-Institutionalismus ist als theoretischer Rahmen für die vorliegende Untersuchung insofern interessant, als er sich im Zuge der letzten 30 Jahre von einem ursprünglich institutionalistischen Erklärungsansatz hin zu einer Kulturosoziologie entwickelt hat, die an die neuesten Erkenntnisse der allgemeinen Sozialwissenschaften, den "cultural turn", anknüpft. In ihren zahlreichen quantitativ ausgerichteten Großstudien können die Neo-Institutionalisten plausibilisieren, dass eine neue Ebene sozialer Realität emergiert, die hauptsächlich kognitiven Charakter hat und einen starken Einfluss auf die nationalstaatliche Praxis ausübt (Abschnitt 2.2). Eine Vernachlässigung kultureller Elemente kann sich die von den Neo-Institutionalisten um John W. Meyer entwickelte Weltkulturtheorie somit sicherlich nicht vorwerfen lassen. Die moderne Weltgesellschaft *besteht* ihnen zufolge aus Wissen und Kultur. Weltkultur, wie Meyer und Kollegen die kognitiven Modelle bezeichnen, deren Einfluss auf die sozio-kulturelle Praxis moderner Akteure (Individuen, Organisationen und Nationalstaaten) sie untersuchen, besteht aus zahlreichen "Drehbüchern" und "Skripten", die von den "modernen Akteuren" übernommen werden. Die kontraintuitive Erkenntnis, dass Nationalstaaten die "Vorgaben" der Weltkultur weltweit übernehmen, auch wenn diese nicht unbedingt den lokalen Rahmenbedingungen entsprechen, hat die Neo-Institutionalisten jedoch zu der These von einer einseitigen Kausalität und zu einem schwachen Akteursbegriff geführt. Die "modernen Akteure" begreifen die Neo-Institutionalisten eher als "Agenten" der Weltkultur denn als Akteure (Abschnitt 2.2). Aufgrund ihres schwachen Akteursbegriffs und der Fokussierung von Homogenisierungsprozessen musste sich die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie also zwar nicht das Fehlen von Wissens- und Kulturelementen, jedoch den Vorwurf des Makrodeterminismus gefallen lassen. Im Neo-Institutionalismus würden "gesellschaftliche Differenzen, Heterogenitäten und Ambivalenzen systematisch unterbelichtet", so Krücken (2002: 230). Einen ähnlichen Einwand bringt auch Koenig vor, indem er die fehlende Berücksichtigung der "Lokalisierung" bzw. "Kontextualisierung" kritisiert (Koenig 2003; Koenig 2005). Diese Kritik wird auch in der vorliegenden Arbeit

aufgegriffen und um zwei weitere Punkte ergänzt: (1) die inhaltliche Unterbestimmung der Weltkultur sowie (2) die Diskrepanz zwischen den theoretischen Postulaten des Neo-Institutionalismus sowie ihrer methodischen Umsetzung (Abschnitt 2.4).

Die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Ansatz und seine Übertragung auf das Thema der Wohlfahrtsstaaten in der Transformation führt also zu der Schlussfolgerung, dass sich der Wohlfahrtsstaat mit diesem Begriffsinstrumentarium als "Modell der Weltkultur" erfassen lässt, allerdings unterbelichtet bleibt, wie dieses Modell in den nationalen Kontext gelangt und dort Geltung erlangt. Was damit vernachlässigt wird, ist vereinfacht gesagt die Kehrseite der neo-institutionalistischen Perspektive, der Wohlfahrtsstaat als soziale Konstruktion im lokalen Kontext, der Wohlfahrtsstaat als "lokale Konstruktion". Dabei lassen sich insbesondere in der deutschen Wohlfahrtskulturforschung zahlreiche wissenssoziologische Studien vorfinden, die den sozial konstruierten Charakter wohlfahrtsstaatlicher Institutionen aufzeigen. Aus neo-institutionalistischer Perspektive kann an diesen Arbeiten jedoch problematisiert werden, dass sie die Weltkulturperspektive völlig vernachlässigen. Obwohl prinzipiell eine Mehrebenenperspektive postuliert wird, werden die Erkenntnisse der Neo-Institutionalisten und der "Global Social Policy"-Forschung nicht zur Kenntnis genommen (Abschnitt 2.3). In der vorliegenden Arbeit wird daher ein Forschungsdesign angestrebt, das beide Perspektiven - den Wohlfahrtsstaat als "Modell der Weltkultur" und als "lokale Konstruktion" - berücksichtigt. Der Neo-Institutionalismus ist für eine solche Auslegung hochgradig anschlussfähig. Betrachtet man die Weltkulturtheorie vor dem Hintergrund der Postulate des "cultural turn" einerseits und der Mikrofundierung des Neo-Institutionalismus - des Sozialkonstruktivismus von Berger und Luckmann (1995) - andererseits, so wird eine kulturalistische Revision der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie möglich, die im Grunde schon deswegen nahe liegt, weil die Beschäftigung mit *Wissens*diffusion und *Weltkultur* eine Auseinandersetzung mit *wissens*- und *kultur*soziologischen Ansätzen erfordert.

Die in Abschnitt 2.5 vollzogene Auseinandersetzung mit der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie vor der Hintergrundfolie der "cultu-

ral sociology" einerseits und des Sozialkonstruktivismus, aus dem der Neo-Institutionalismus im Grunde hervorgeht, andererseits, führt zu dem Ergebnis, dass eine konsequente forschungspraktische Umsetzung der Weltkulturtheorie dualistisch vorzugehen hat, so sie der fundamentalen Doppelstruktur der Wirklichkeit gerecht werden will. Gleichzeitig stellt sich heraus, dass es für die Erfassung von Makro-Phänomenen am sinnvollsten ist, auf mikrosoziologische Ansätze zurückzugreifen. Diese müssen jedoch von "face-to-face"-Beziehungen abgelöst werden. Ein solches Forschungsprogramm wurde kürzlich mit der "wissenssoziologischen Diskursanalyse" vorgelegt, in der der Sozialkonstruktivismus mit dem Diskursbegriff von Foucault verbunden wird, um die Erforschung institutionell-organisatorischer Wissensproduktion zu ermöglichen (Abschnitt 2.5.4). Wie sich die in diesem Kapitel diskutierten unterschiedlichen Theorieperspektiven nun zu *einem* Forschungsdesign zusammenfügen lassen, ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

Kapitel 3

Forschungspraktische Umsetzung

Das Kultur auf der Ebene von symbolischen Ordnungen, Wissensordnungen oder Sinnsystemen zu suchen ist, bleibt zunächst noch eine sehr allgemeine Aussage. [...] Wo sind die Sinnsysteme zu verorten, und wie ist ihre Wirkung zu denken? (Reckwitz 2005: 96).

3.1 Forschungsdesign: Zur Doppelstruktur des Wohlfahrtsstaates

Das Bestreben der vorliegenden Arbeit ist es, ein Forschungsdesign zu entwickeln, das die Doppelstruktur der Wohlfahrtsstaates berücksichtigt. Damit wird jedoch keine allgemeingültige Institutionentheorie des Wohlfahrtsstaates angestrebt, und schon gar nicht eine Lösung des in den Sozialwissenschaften seit langem bestehenden Problems, das Verhältnis zwischen der Akteurs- und Strukturebene bzw. zwischen Situationismus und Determinismus (Reckwitz 1997) zu erfassen. Die gegenwärtig vielleicht bekanntesten Beispiele für

solche Theoriewerke sind die Arbeiten von Giddens und Bourdieu. Es ist zum Zweck einer gewissen Offenheit im Forschungsprozess, dass diese relativ geschlossenen Theorien in der vorliegenden Arbeit nicht herangezogen werden. Der theoretische Rahmen dieser Untersuchung entspricht vielmehr dem Prinzip eines kreativen Theoretisierens, denn der orthodoxen Rezeption soziologischer Großtheorien. Der Hauptgrund für diese Vorgehensweise liegt in dem der Grounded Theory Methodology entlehnten Bestreben, sich von der Theorie lediglich sensibilisieren, jedoch keineswegs determinieren zu lassen. Die Frage nach der Wirkungsweise globaler Einflüsse auf nationalstaatliche Wohlfahrtspolitik soll gerade nicht theoretisch beantwortet, sondern an einem empirischen Fallbeispiel untersucht werden.¹ Als theoretischer Rahmen dient dabei eine doppelt sensibilisierte Forschungsperspektive, die in Abbildung 3.1 dargestellt ist. Der Wohlfahrtsstaat wird hier auf der einen Seite mit dem soziologischen Neo-Institutionalismus als "Modell der Weltkultur" begriffen, das konstitutiven Einfluss auf die nationalstaatliche Praxis hat. Auf der anderen Seite wird mit der Wohlfahrtskulturforschung davon ausgegangen, dass wohlfahrtsstaatliche Institutionen in öffentlichen Definitionskämpfen "lokal konstruiert" werden. Für die forschungspraktische Umsetzung werden beide Perspektiven mit Hilfe des Diskursbegriffs zusammengebracht. Zum Verhältnis zwischen den zwei Ebenen - "Weltkultur" und "lokale Konstruktion" - ist damit noch nichts gesagt. Mit dem "cultural turn" wird nämlich angenommen, dass der konkrete Grad an Interpenetranz zwischen Kultur und Gesellschaft stets eine Frage der Empirie ist. Damit wird gleichzeitig eine Vorannahme getroffen, die im Anschluss an den Sozialkonstruktivismus in der hermeneutischen Wissenssoziologie dominiert: Dass Akteure zwar im Rahmen für sie selbst objektiv gegebener Faktizitäten agieren, ihr Handeln von diesen jedoch nie determiniert, eine freie Stellungnahme bis zu einem gewissen Grad stets möglich ist (Hitzler, Reichertz und Schröder 1999: 12).

¹An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass mit einer solchen Fragestellung nur ein Teil der angenommenen Wechselwirkung zwischen Weltkultur und nationalstaatlicher Gesellschaft untersucht wird. Welchen Einfluss die "lokale Konstruktion" von Wohlfahrtsstaatlichkeit auf den Wandel der Weltkultur hat, wird in der vorliegenden Arbeit nur stellenweise thematisiert. Eine systematische Untersuchung dieser Fragestellung würde den Rahmen der Studie sprengen.

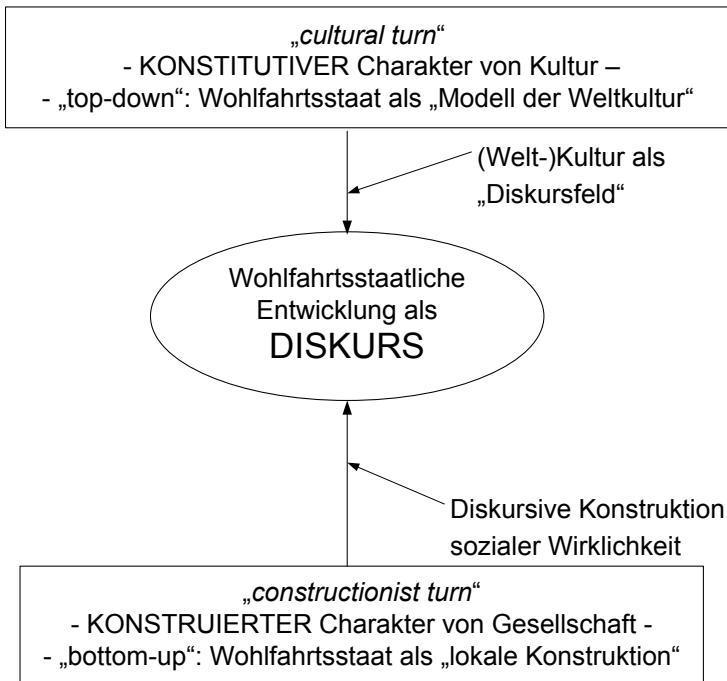


Abbildung 3.1: Forschungsdesign: Doppelstruktur des Wohlfahrtsstaates. Quelle: Eigene Darstellung.

Doch wie lässt sich der Einfluss von Wissen und Ideen auf die soziale Praxis nachweisen? Was in der Forschungspraxis üblich ist, sind Kovariationsanalysen, Kongruenzanalysen und das sog. *process tracing*, die allesamt nicht unproblematisch sind. Kovariationsanalysen funktionieren nur, wenn man unterstellt, dass die Entwicklung von Ideen mit der politischen Entwicklung korreliert. Sobald wir jedoch beispielsweise eine zeitliche Versetzung annehmen, scheitert die Methode. Das *process tracing* fokussiert Sequenzen ideeller und politischer Entwicklung. Theoretisch berücksichtigt es zwar die Komplexität der sozialen Realität, in der Umsetzung scheitert es jedoch ebenfalls an der immensen Datenfülle, die für die vollständige Erfassung dieser benötigt wird. Die Kongruenzanalyse ist in ihrem Anspruch deutlich bescheidener: Ihr Ziel

ist es, Kongruenzen zwischen ideellen Einflüssen und der Politikentwicklung aufzudecken. Folgt die politische Entwicklung eines Landes den Empfehlungen einer internationalen Organisation, so erhält man ein Indiz für einen möglichen Einfluss, jedoch keinen Beweis! Es könnte genauso gut sein, dass die Idee auf lokaler Ebene entwickelt und erst später von der internationalen Organisation aufgegriffen wurde. Umgekehrt heißt eine fehlende Kongruenz nicht, dass keine Beeinflussung stattgefunden hat. Ohne die externen Steuerungsversuche hätte sich die nationale Politik womöglich überhaupt nicht verändert (vgl. Armingeon und Beyeler 2004).

Der theoretische Anspruch der Weltkulturtheorie, einen kausalen Einfluss der Weltkultur auf gesellschaftliche Praxis nachzuweisen, kann in der vorliegenden Arbeit folglich nicht eingelöst werden. Aufgrund der kulturalistischen Wendung des Ansatzes ist das jedoch auch nicht das Ziel der vorliegenden Arbeit. Wie bereits im Zusammenhang mit dem “cultural turn” dargestellt wurde, impliziert eine kulturalistische Perspektive den Verzicht auf das naturwissenschaftliche “Erklären” zugunsten eines hermeneutischen “Sinn-Verstehens” (Abschnitt 2.5.1). Mit der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie ist auch das Erkenntnisinteresse nicht mehr auf relationale Diffusionsmechanismen, sondern gerade auf die nicht relationale Diffusion gemeinsam geteilter Vorstellungen von sozialer Ordnung gerichtet (Abschnitt 2.2). Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist folglich, das “Wie“ der nicht relationalen Diffusion kognitiver Modelle der Weltkultur an einem konkreten Fallbeispiel nachzuvollziehen. Für seine Operationalisierung wird auf die wissenssoziologische Diskursanalyse zurückgegriffen. Der Ort des Kulturellen wird somit im Diskurs gesucht.

3.2 Empirischer Fokus: Gesundheitspolitik in der Welt und in Polen

Fast scheint es [...], als habe die Realpolitik die [...] Forschung überholt: Im Gegensatz zur Wissenschaft hat sich in der politischen Praxis und in der Politikberatung ein starkes Interesse am Gesundheitssystemvergleich entwickelt,

sei es zur Information über Vorteile anderer eventuell modellhafter Systeme oder sei es zur Selbstvergewisserung über das eigene Gesundheitssystem (Lepperhoff 2004: 46.)

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Rekonstruktion der wohlfahrtspolitischen Diskurse der Weltkultur und ihrer Relevanz für den nationalen Reformdiskurs. Für die empirische Umsetzung in der hergeleiteten kulturalistischen Perspektive ist ein derart breit formulierter Untersuchungsgegenstand immer noch zu komplex und eine Fokussierung unabdingbar. Die vorliegende Untersuchung verfolgt den Einfluss wohlfahrtspolitischer Weltkultur auf nationalstaatliche Praxis daher am Beispiel der Gesundheitspolitik in Polen.

Dafür gibt es mehrere Gründe. Als allererstes spricht dafür, dass sich Gesundheitspolitik mit etwa Bode (1999) oder Ullrich (2005) zum Kern wohlfahrtsstaatlicher Institutionen zählen lässt. Zweitens gibt es empirische Belege für die Emergenz einer Weltkultur der Gesundheitspolitik (Inoue und Drori 2006), die auf nationalstaatliche Gesundheitsreformen einwirkt. Inoue und Drori (2006) legen beispielsweise eine neo-institutionalistische Untersuchung der Emergenz des globalen Felds der Gesundheitspolitik vor, an die in der vorliegenden Arbeit angeschlossen wird. Auch die Beobachtungen von Bauch (Bauch 2000) und Lepperhoff (Lepperhoff 2004: 45) sprechen dafür, die gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskurse als „Weltkultur“ im neo-institutionalistischen Sinne zu begreifen. Das Forschungsfeld werde nämlich von ökonomischen oder realpolitischen Arbeiten dominiert, die überwiegend beschreibenden oder evaluativen, jedoch kaum erklärenden Charakter haben (vgl. Bauch 2000: 17; Lepperhoff 2004: 45). Gleichzeitig korreliert das Erstarken dieser „realpolitischen“ Arbeiten der Gesundheitsökonomik und Politikberatung (weitgehend internationaler Organisationen, vgl. Übersicht bei Lepperhoff 2004) auf eine auffällige Art und Weise mit staatenübergreifenden Gesundheitsreformen. Wie Lepperhoff am Beispiel Deutschlands und Frankreichs zeigt, führen beide Länder seit den 1990er Jahren einen Krisendiskurs, der im Endeffekt zu einer Annäherung der „gesundheitspolitischen Maßnahmen zur kurzfristigen Kostendämpfung“ geführt hat (Lepperhoff 2004: 227). Auch für das post-kommunistische Polen lässt sich nachweisen, dass die Ge-

sundheitspolitik von unterschiedlichen externen Einflüssen geprägt ist (vgl. etwa Jastrzębowski 1994; Sabbat 1997; Chałupczak 2006) - ein wichtiges Kriterium und der dritte Grund für den ausgewählten empirischen Fokus.

Neben der inhaltlichen und territorialen Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands erfolgt auch eine Fokussierung in zeitlicher Hinsicht. Obwohl sich die Anfänge einer "Weltkultur" der Gesundheit auf das 17. Jahrhundert zurückführen lassen (Inoue und Drori 2006) und auch die polnische Gesundheitspolitik seit ihren Anfängen von externen Ideen geprägt ist (Jastrzębowski 1994), wird in der vorliegenden Arbeit vor allem das *gegenwärtige* Modell der Weltkultur rekonstruiert und sein Einfluss auf die polnischen Gesundheitsreformen nach der "Wende" untersucht. Die historische Entwicklung dient lediglich als Hintergrundfolie, mit Hilfe derer etwaige Brüche bzw. Kontinuitäten aufgedeckt werden sollen.

3.3 Analyserahmen: Wohlfahrtsstaatliche Entwicklung als Diskurs

Die Einbettung der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie in den theoretischen Kontext des "cultural turn" sowie der Rückgriff auf ihre Mikrofundierung im Sozialkonstruktivismus bietet in erster Linie einen theoretischen Zugang zum Thema Wohlfahrtsstaat. Für die empirische Untersuchung ist jedoch eine Übersetzung der theoretischen Perspektive in einen analytischen Ansatz notwendig. In der vorliegenden Arbeit dient die Diskursanalyse als ein solches Bindeglied zwischen der eingenommenen theoretischen Großperspektive und der empirischen Untersuchung.

Die wissens- und kultursoziologischen Arbeiten der Wohlfahrtskulturfor-schung legen zahlreiche Beispiele für breit verstandene Deutungsmuster- und Diskursanalysen des Wohlfahrtsstaates vor (vgl. Ullrich 2003). Die grundlegende Annahme, die einer solchen diskurstheoretisch fundierten Analyse zugrunde liegt, besteht in der Überzeugung, dass die Welt ihren Wirklichkeitscharakter vor allem dadurch gewinnt, dass Menschen über sie sprechen und dass Aussagen auch "reale" Konsequenzen haben:

Die Welt gewinnt ihren je spezifischen Wirklichkeitscharakter für uns durch Aussagen, die Menschen - in Auseinandersetzung *mit ihr* - *über sie* treffen, wiederholen und auf Dauer stellen. Solche Aussagen stiften nicht nur die symbolischen Ordnungen und Bedeutungsstrukturen unserer Wirklichkeit, sondern sie haben auch reale Konsequenzen: Gesetze, Statistiken, Klassifikationen, Techniken, Artefakte oder Praktiken beispielsweise können als Diskurseffekte analysiert werden (Keller 2005: 233).

Ausgehend von der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie interessiert sich die vorliegende Arbeit für die "Aussagen" der Weltkultur und ihren Einfluss auf nationalstaatliche Wohlfahrtspolitik. Das heißt, dass "Aussagen" untersucht werden, die nicht in mikrosoziologischen "face-to-face"-Beziehungen stattfinden und die auch nicht unbedingt relationalen Charakter haben. Auf *globaler* Ebene werden sie von "rationalisierten Anderen" - Wissenschaften, Professionen, internationale Organisationen, sozialen Bewegungen etc. - aktiviert. Um im nationalen Kontext "performative Qualität" (Kocyba 2006: 151f.) anzunehmen, müssen sie in den wohlfahrtspolitischen Reformdiskurs einfließen. Das heißt, dass auch auf der *nationalstaatlichen* Ebene "Aussagen" von Interesse sind, die nicht den Charakter von Allerweltswissen haben. Um genau solche "Aussagen" untersuchen zu können, hat Keller (2005) ein Forschungsprogramm entwickelt, das die Erkenntnisse der Wissenssoziologie von der Ebene des Allerweltswissens und von "face-to-face"-Beziehungen ablöst: die wissenssoziologische Diskursanalyse. Mit dem Diskursbegriff der wissenssoziologischen Diskursanalyse werden insbesondere

Formen der Wissenskonstruktion und Vermittlung bezeichnet [...], die sich von der Ebene konkreter situativer Konstruktions- und Aushandlungsprozesse *basalen* Allerweltswissens unterscheiden. D.h. es geht um die Wissensproduktion in wissenschaftlichen Disziplinen bzw. in unterscheidbaren institutionellen Feldern der Gesellschaft: etwa im Recht, in der Politik, in der massenmedialen Öffentlichkeit. Dieses Diskursverständnis greift Bedeutungsgehalte auf, die mit dem Alltagssprachlichen Ver-

ständnis von 'discours(e)' im angelsächsischen und französischen Sprachraum einhergehen (Keller 2001: 128f.).

Die so verstandenen Diskurse bedürfen zwar einer Aktualisierung durch Akteure - und nebenbei bemerkt der Rekonstruktion durch Sozialwissenschaftler -, ihrem "Wesen" nach sind sie jedoch als überindividuell zu begreifen. Gleichwohl heißt überindividuell nicht frei flottierend. Diskurse sind stets in bereits objektivierte Wissensbestände eingebunden:

Die diskursiven Bemühungen um die Ordnung und Stabilisierung gesellschaftlicher Signifikationsprozesse finden nicht in einer tabula rasa statt, also in einem leeren oder weißen Raum der Bedeutungsgenese statt, sondern sind eingebunden in die soziohistorisch geformten und institutionell stabilisierten Wissensverhältnisse sozialer Kollektive (Keller 2005: 233).

So wie die Neo-Institutionalisten die Weltkultur und ihren nicht-relationalen Diffusionsmechanismus (Strang und Meyer 1993) beschreiben, lässt sie sich als ein solcher "soziohistorisch geformte[r] und institutionell stabilisierte[r]" Wissensbestand begreifen, der im nationalstaatlichen Kontext als diskursiver Horizont der öffentlichen Konstruktionsprozesse wohlfahrtspolitischer Institutionen mehr oder weniger Relevanz entfaltet. Da grundsätzlich gilt, dass nicht alle Diskurse gleiche Chancen und Ressourcen haben, die in ihnen transportierte Wirklichkeitsbestimmung festzuschreiben, und - entgegen den neo-institutionalistischen Postulaten - schon gar nicht vorab gesagt werden kann, wie globale "Vorgaben" und nationale "Stellungnahmen" ineinander greifen, ist es stets eine Frage der Empirie, welche Diskurse Wirklichkeitsgeltung - sowohl auf globaler als auch auf nationaler Ebene - erlangen.

Im Unterschied zu anderen Traditionen der Diskurstheorie² wird hier also ein weiter Diskursbegriff verwendet, der über die linguistische und semiotische Ebene hinaus gesellschaftliche Praktiken und Institutionen mit einbezieht.

²In der deutschen Debatte werden vier Traditionen der Diskursforschung unterschieden: *critical discourse analysis*, Diskursethik, Diskurstheorie, kulturalistische Diskursanalyse (vgl. Keller 2001: 8ff.).

Aus einem solch breit gefassten Diskursbegriff ergibt sich eine ganze Reihe an Fragestellungen für die empirische Umsetzung:

Diskurse können z.B. darauf hin untersucht werden wie sie entstanden sind und welche Aushandlungsprozesse in der Konstruktion des Diskurses stattfinden, welche Veränderungen sie im Laufe der Zeit erfahren, was ihre Protagonisten, Adressaten und Publika sind, welche manifesten und/oder latenten Inhalte (kognitiver, moralisch-normativer und ästhetischer Art) sie transportieren, d.h. welche Wirklichkeit sie konstituieren, wie sie intern strukturiert und reguliert sind, auf welcher Infrastruktur sie aufbauen, welche (gesellschaftlichen) Folgen und Machtwirkungen sie haben und in welchem Verhältnis sie zu anderen zeitgenössischen Diskursen stehen (Keller 2001: 135).

Ausgehend von diesen Vorüberlegungen ist der *Analysefokus* der vorliegenden Arbeit auf die Frage nach der Relevanz weltkultureller "Vorgaben" für nationalstaatliche Reformen im Bereich Wohlfahrtspolitik gerichtet. Die Unterscheidung zwischen diesen zwei Ebenen ist freilich rein analytischer Natur, da die Wechselwirkungen in der sozialen Realität mannigfaltig sind. Analytisch lässt sich jedoch im Anschluss an den "cultural turn" zwischen den zwei Ebenen - (Welt)Kultur und (nationale) Gesellschaft - unterscheiden, was konsequenterweise die Durchführung einer *Mehrebenenanalyse* nahe legt. In der vorliegenden Arbeit wird demzufolge in einem ersten Analyseschritt das wohlfahrtspolitische "Modell der Weltkultur" rekonstruiert. In einem zweiten Analyseschritt wird die diskursive Konstruktion wohlfahrtspolitischer Institutionen im nationalen Kontext vor dem Hintergrund des eigens rekonstruierten "Modells der Weltkultur" untersucht. Bei der Analyse beider Ebenen wird *mehrstufig* vorgegangen. Die kulturalistische Ausrichtung der vorliegenden Arbeit bedeutet zwar den Verzicht auf die Zielsetzung des naturwissenschaftlichen Erklärens zugunsten des hermeneutischen Sinn-Verstehens. Jedoch bedeutet sie keineswegs den Verzicht auf ein ganzheitliches Verstehen, das in der vorliegenden Arbeit durch eine horizontal und vertikal "weit ausholende Zusammenhanganalyse[...]" (Keller 2001: 135) ermöglicht werden soll.

Daher werden sowohl der globale Diskurs als auch die polnische Parlamentsdebatte nicht nur auf ihre *diskursive Entwicklung* hin untersucht, sondern mit Hilfe von Sekundärliteratur auch in den weiter ausholenden Kategorien *diskursive Horizonte* und *Diskursfeld* rekonstruiert (Kapitel 4 und 6). Das "Modell der Weltkultur" wird anschließend im historischen Rückblick betrachtet, um etwaige Kontinuitäten bzw. Brüche aufzudecken (Kapitel 5). Die polnische Parlamentsdebatte wiederum wird gezielt auf die Rezeption des globalen "Modells" und die Bezugnahmen auf eine breit gefasste Weltkultur hin untersucht (Kapitel 7).

3.4 Materialauswahl und Methoden

Um den Schritt vom Analyserahmen hin zur Empirie vollziehen zu können, muss eine Reihe an weitreichenden Entscheidungen getroffen werden. Der empirische Fokus der vorliegenden Arbeit ist bereits vorgestellt worden (Abschnitt 3.2). Nun geht es darum, das ausgewählte Material und die Methoden zu präsentieren und zu begründen. Dabei ist hervorzuheben, dass die Auswahl des Materials und der Methoden bei der Datenerhebung und -auswertung im Endeffekt darüber entscheidet, welcher Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit im Forschungsprozess überhaupt erschlossen werden kann. Bei dieser Entscheidung ist der qualitative Forscher prinzipiell frei, allerdings macht dies die Entscheidung zwischen konkreten Alternativen umso schwieriger. Es gibt nicht *die* eine qualitative Methode. Gleichwohl müssen die Auswahlentscheidungen intersubjektiv nachvollziehbar gemacht werden.

3.4.1 Materialauswahl

Das Vorhaben der vorliegenden Arbeit, den gesundheitspolitischen Diskurs der Weltkultur auf der einen Seite und Polens auf der anderen Seite zu rekonstruieren, ist mit dem grundlegenden Problem konfrontiert, mit sehr großen Textmengen zurechtzukommen zu müssen. Die üblichen qualitativen Verfahren der interpretativen Sozialforschung werden gemeinhin bei kleinen Textmengen eingesetzt. Für das hier verfolgte Vorhaben eignen sie sich nur bedingt bzw. in abgewandelter Form. Von besonderer Bedeutung sind daher

Strategien der Korpusreduktion "wie z.B. die Auswahl von Schlüsselstellen, Schlüsseltexten oder die theoriegeleitete Reduktion des Materials, um einen bearbeitbaren Textumfang zu erhalten" (Keller 2004: 75).

Die Zusammenstellung des Korpus muss zwar selektiv, jedoch keineswegs willkürlich erfolgen. Eine Hilfe bei der Korpusreduktion bilden die Überlegungen des theoretischen Sampling, das vor allem in der Grounded Theory Methodology von zentraler Bedeutung ist (Truschkat, Kaiser und Reinartz 2005). Je nach Forschungsfeld und -interessen sieht die Grounded Theory Methodology eine Kombination von drei Sampling-Strategien vor: ein "gezielte[s]", ein "systematische[s]", und ein "zufällige[s]" Sampling (vgl. Truschkat, Kaiser und Reinartz 2005: 155ff.). Das gezielte Sampling besteht in der Erhebung von Daten, "von denen man weiß, dass sie wichtige Informationen für die Beantwortung der Forschungsfrage enthalten". Das systematische Sampling folgt einer konkreten Strategie der Materialauswahl. Das zufällige Sampling wird "begleitend im Sinne einer Offenheit für neue 'Entdeckungen'" empfohlen (Truschkat, Kaiser und Reinartz 2005: 156).

In der vorliegenden Untersuchung wird eine Kombination dieser Strategien angewendet. Die Auswahl des Materials für die Analyse des *globalen* Gesundheitsdiskurses erfolgt weitgehend gezielt, wobei das Wissen darüber, welche Dokumente wichtige Informationen für die Beantwortung der Forschungsfrage enthalten, aus der Sekundärliteratur oder durch gezielte Suche nach Schlüsseltexten - beispielsweise auf den Internetseiten der jeweiligen Organisationen - entnommen wird. In Tabelle 3.1 sind die Dokumente aufgelistet, die gezielt für die Analyse des globalen Gesundheitsdiskurses in Kapitel 4 ausgewählt wurden. Aufgrund der gewählten Methode der explizierenden Inhaltsanalyse, die im folgenden Abschnitt ausführlicher beschrieben wird, wird dieser Textkorpus im Verlauf der Datenanalyse erweitert. Die Gesamtheit der Dokumente, die in der vorliegenden Arbeit zitiert werden, ist im Dokumentenverzeichnis am Ende der Arbeit aufgelistet.

Die Diskursanalyse auf *nationaler* Ebene basiert ebenfalls auf einem gezielten und gleichzeitig weitgehend systematischen Sampling: Primäres Datenmaterial stellen hier öffentliche Parlamentsdebatten dar, die anlässlich bedeutender Gesetzesprojekte stattgefunden haben. Die Entscheidung für die Analyse

1	World Health Organization und UNICEF 1978
2	World Health Organization 1986
3	World Bank 1993
4	World Health Organization 1998
5	World Health Organization 2000
6	People's Health Assembly 2001
7	World Health Organization 2002
8	OECD 2004
9	McKinsey Global Institute 2006
10	KOM(2005) 115
11	Bangkok Charta 2005
12	CSDH 2008
13	World Health Organization 2008

Tabelle 3.1: Zusammenstellung von Textkorpus 1. Textkorpus 1 bildet die Grundlage für die Rekonstruktion des globalen Gesundheitsdiskurses und wurde ausgehend von Sekundärliteratur gezielt aus den obigen Dokumenten international agierender Akteure zusammengestellt. Quelle: Eigene Zusammenstellung.

von Parlamentsdebatten ist durch die Beobachtung Knorr-Cetinas motiviert, dass im Parlament das greifbar wird, was gemeinhin als Staatsaktivität gilt:

The 'state' as circumscribed by a particular constitution can be seen as a highly simplified, large-scale abstraction. However the concrete enactment of this abstraction, the 'state' as a level of political-administrative action, involves nothing larger in scale (*or* simpler in structure) than the situated *micro*-interactions of members of congress and parliament, or of the people who frequent such localized government sites as the White House or 10 Downing Street (Knorr-Cetina 1981: 38).

Auch wenn das Parlament eine Diskursgemeinschaft besonderer Art darstellt, bietet es eine Plattform für Deutungskämpfe und damit "the semantic and symbolic framework within which important social and political questions can be represented. It stakes out the boundaries which demarcate which

meanings can and cannot be made at the symbolic centre of representative democracies“ (Bayley 2004: 12f.).

Im Anschluss an diese Überlegungen wurden für die Analyse des polnischen Gesundheitsdiskurses, der in Teil III der Arbeit rekonstruiert wird, die *Lesungen* zu neun der bedeutendsten gesundheitspolitischen Gesetze, Gesetzesvorschläge bzw. Beschlüsse der Jahre 1991-2008 ausgewählt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden in Tabelle 3.2 lediglich die betreffenden Gesetze bzw. Gesetzesprojekte aufgelistet. Eine detaillierte Zusammenstellung der in der vorliegenden Arbeit zitierten Beiträge aus den analysierten Parlamentsdebatten befindet sich im Literatur- und Quellenverzeichnis unter ”Parlamentaria”.

Damit kann natürlich kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Bei einem solchen müssten sämtliche öffentlichen Äußerungen, angefangen bei Parlamentsdebatten, öffentlichen Reden, Pressemitteilungen, Interviews, Talkshows, Nachrichtensendungen etc. analysiert werden. Theoretisch wäre die Analyse der diversen Teildiskurse (wissenschaftlich, politisch, medial etc.) denkbar. Forschungspraktisch wäre eine solch umfassende Datenerhebung mit einem enormen Aufwand verbunden, der keineswegs mehr Früchte tragen würde.

Statt einer Ausweitung des Primärmaterials wird in der vorliegenden Arbeit ergänzend zu der Primäranalyse eine umfangreiche Sekundärliteraturanalyse durchgeführt, die sowohl gezielten, systematischen als auch zufälligen Charakter hat. Die Heranziehung von Literatur ist in der Grounded Theory Methodology umstritten. Grundsätzlich wird angestrebt, möglichst unvoreingenommen an die eigene Forschungsfrage heranzugehen und gegebenenfalls im Laufe des Forschungsprozesses eine Abgleichung mit theoretischen Erkenntnissen vorzunehmen (Truschkat, Kaiser und Reinartz 2005). Und auch dabei gilt stets das Postulat der theoretischen Sensibilität, das besagt, dass selbst ein breites theoretisches, berufliches oder persönliches Vorwissen stets nur einen sensibilisierenden, keineswegs aber determinierenden Einfluss auf den Forschungsprozess haben sollte. In der vorliegenden Arbeit spielt Sekundärliteratur eine sehr bedeutende Rolle. Sie wird auf jeder Analyseebene stets ergänzend zur Primäranalyse herangezogen. Das heißt allerdings nicht, dass

1	Gesetz über die Gesundheitsbetriebe ³	Dz.U. 1991 Nr. 91, poz. 408
2	Beschluss über die Verpflichtung der Regierung zur Vorlage eines Gesetzesentwurfs über die Allgemeine Gesundheitsversicherung bis zum 31.12.1992 ⁴	angenommen am 06.03.1992, unveröffentlicht
3	Gesetz über die Allgemeine Gesundheitsversicherung ⁵	Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 153
4	Gesetz über die Änderung des Gesetzes über die Allgemeine Gesundheitsversicherung ⁶	Dz.U. Nr. 117, poz. 756
5	Gesetz über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds ⁷	Dz.U. Nr. 45, poz. 391
6	Gesundheitsleistungsgesetz ⁸	Dz.U. 2004 Nr. 210, poz. 2135
8	Gesetz über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe ⁹	Dz.U. Nr. 78, poz. 684 Dz.U. Nr. 78, poz. 684
9	Gesetzesprojekte aus dem Bereich des Gesundheitswesens: Gesetzesprojekt der Abgeordneten über die Gesundheitsbetriebe ¹⁰ Gesetzesprojekt der Abgeordneten über den Schutz individueller und kollektiver Patientenrechte sowie über den Patientenrechtsbeauftragten ¹¹ Gesetzesprojekt der Abgeordneten über besondere Rechte der Mitarbeiter der Gesundheitsbetriebe ¹² Gesetzesprojekt der Abgeordneten über die Akkreditierung im Gesundheitswesen ¹³ Gesetzesprojekt der Abgeordneten über die Landes- und Wojewodschaftskonsultanten im Gesundheitswesen ¹⁴ Gesetzesprojekt der Abgeordneten Regelung des Inkrafttretens der Gesetze aus dem Bereich des Gesundheitsdienstes ¹⁵	Druck Nr. 284 vom 18.01.2008 Druck Nr. 283 vom 18.01.2008 Druck Nr. 286 vom 08.02.2008 Druck Nr. 311 vom 08.02.2008 Druck Nr. 287 vom 08.02.2008 Druck Nr. 294 vom 08.02.2008

Tabelle 3.2: Zusammenstellung von Textkorpus 2. Textkorpus 2 bildet die Grundlage für die Rekonstruktion des polnischen Gesundheitsdiskurses und setzt sich aus den Protokollen der Lesungen der oben aufgelisteten Gesetze, Gesetzesentwürfe bzw. Beschlüsse zusammen. Quelle: Eigene Zusammenstellung.

das Postulat der theoretischen *Sensibilität* nicht beherzigt wird. Die Bemühung, sich von der Literatur nicht determinieren zu lassen, wird dadurch umgesetzt, dass immer wieder auf Literatur aus unterschiedlichen Disziplinen zurückgegriffen wird, um eine Einengung der Perspektive zu vermeiden und ein möglichst umfangreiches Bild von der sozialen Realität zu bekommen. Schließlich werden die Erkenntnisse aus der Sekundärliteratur auch immer wieder mit den Ergebnissen der Primäranalyse abgeglichen. Der gesamte Forschungsprozess ist durchgehend von der Bemühung um eine selbstreflexive Haltung der Forscherin geleitet.

Zur besseren Organisation der Daten werden Datenmanagement, die Codierung des Textmaterials sowie das Text-Retrieval computerunterstützt durchgeführt. Dabei wird das Programm Atlas.ti verwendet.

3.4.2 Methodisches Vorgehen

Obwohl Diskursanalysen seit einiger Zeit in Mode sind, hat dies kaum zu einer methodologischen Ausarbeitung diskursanalytischer Arbeiten beigetragen. Keller weist zwar darauf hin, dass die Diskursanalyse keine eigenständige Methode darstellt, sondern vielmehr ein Untersuchungsprogramm, dass sie eine organisierende Perspektive ist, "die verschiedene, im Rahmen des interpretativen Paradigmas bzw. der hermeneutischen Wissenssoziologie ausgearbeitete (Forschungs-)Methoden der Datenerhebung und -auswertung [...] nach Maßgabe ihrer Forschungsfragen heranzieht und nutzt" (Keller 2001: 135f.). Die konkrete methodische Umsetzung eines diskursanalytischen Forschungsdesigns, wie es in der vorliegenden Arbeit formuliert wurde, muss mit den analytischen Problemen und methodischen Defiziten der Diskursforschung umgehen.

In der forschungspraktischen Umsetzung diskursanalytisch fundierter Arbeiten wird häufig auf die Methodologie der Grounded Theory bzw. die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1993) zurückgegriffen (vgl. Sammelband von Keller et al. 2003). Während sich die induktivistische Grounded Theory vorrangig für ein stark exploratives Vorgehen eignet, das zunächst eher "theorielos" vorgeht, Theoriebildung jedoch als Ziel des Analyseprozesses

hat, wird die qualitative Inhaltsanalyse gemeinhin für stärker theoriegeleitete Fragestellungen verwendet. Dabei können unterschiedliche Ausprägungen der Inhaltsanalyse unterschieden werden, die jeweils andere Schwerpunkte setzen. Die "zusammenfassende Inhaltsanalyse" hat die Reduktion des Datenmaterials auf einen "überschaubaren Kurztext, der die wesentlichen Inhalte enthält" zum Ziel (Mayring 1993: 55ff.). Die "explizierende Inhaltsanalyse" weitet den Materialbestand aus und zieht zu unklaren Textstellen erklärendes Material hinzu. Die "strukturierende Inhaltsanalyse" sucht nach spezifischen Aspekten aus dem Datenmaterial, wobei sie sich an zuvor festgelegten Ordnungskriterien orientiert, d.h. deduktiv vorgeht. Mit Hilfe der "induktiven Kategorienbildung" werden schließlich schrittweise Kategorien aus dem Material entwickelt. Das Ziel der induktiven Kategorienbildung ist eine "möglichst naturalistische[...], gegenstandsnahe[...] Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers" (Mayring 1993: 74f.). An die induktive Kategorienbildung schließt in der Regel eine weitere Analyse im Sinne der Fragestellung an.

In der vorliegenden Untersuchung werden Anregungen sowohl aus der Grounded Theory Methodology als auch aus der qualitativen Inhaltsanalyse aufgegriffen. Eine konsequente Anwendung der einen oder der anderen Methode erscheint angesichts der großen Datenmenge als auch der Quellenvielfalt nicht angemessen, entspricht vor allem aber auch nicht der theoretischen Fokussierung. Die Grounded Theory Methodology allein kommt nicht in Frage, da eine relativ starke theoretische Sensibilisierung vorliegt und Theoriebildung auch nicht das Ziel der Untersuchung ist. Eine konsequente Anwendung der inhaltsanalytischen Methodik, die vor allem eine Reduzierung des analysierten Textes auf seinen Informationsgehalt zum Ziel hat, würde an der angestrebten Rekonstruktion (a) des wohlfahrtspolitischen "Modells der Weltkultur" sowie (b) der "lokalen Konstruktion" wohlfahrtsstaatlicher Institutionen vor dem Hintergrund des weltkulturellen Modells nicht förderlich sein. Dennoch können bei beiden methodischen Ansätzen gewisse Anleihen gemacht werden.

Bei der Grounded Theory Methodology werden vor allem die Konzepte der theoretischen Sensibilisierung und des theoretischen Sampling aufgegriffen. Die Datenanalyse selbst erfolgt im Gefolge der unterschiedlichen Varianten

der qualitativen Inhaltsanalyse. In einem ersten Analyseschritt wird sowohl für die Rekonstruktion des globalen Diskurses der Gesundheitspolitik als auch der polnischen Reformdebatten auf die "induktive Kategorienbildung" zurückgegriffen. Dies ermöglicht eine explorative Rekonstruktion sowohl des gesundheitspolitischen Modells der Weltkultur als auch der polnischen Gesundheitsreformdebatte.

Um nachvollziehen zu können, ob und inwiefern das gesundheitspolitische Modell der Weltkultur im nationalen Reformdiskurs einen Einfluss entfaltet, wird anschließend deduktiv vorgegangen: Dafür wird das eigens rekonstruierte gesundheitspolitische "Modell der Weltkultur" in Analysekategorien heruntergebrochen, mit Hilfe derer dann die Parlamentsdebatten untersucht werden.

Ergänzend zur induktiven und deduktiven Kategorienbildung wird schließlich für beide Analyseebenen - globaler und nationaler Diskurs - die Idee der Kontextanalyse aufgegriffen (Mayring 1993). Mit der wissenssoziologischen Diskursanalyse wird im Unterschied zu textualistischen Ansätzen oder etwa der objektiven Hermeneutik gerade nicht angenommen, dass ein Text einen Diskurs in seiner Vollständigkeit abbildet (vgl. Keller 2001: 136). Ganz im Gegenteil, der Text wird lediglich als "partielle Realisation eines Diskurses oder gar als hybride Mischung unterschiedlicher Diskurse" verstanden (Keller 2001: 137). Eine zu starke Fokussierung der Text*inhalte* würde also an dem Bestreben einer Diskursanalyse vorbeigehen, die sich gerade für text- und akteursübergreifende *Diskurse* und die *Beziehungen* zwischen Diskursen interessiert (Schwab-Trapp 2001). Die methodische Umsetzung der Kontextanalyse orientiert sich in der vorliegenden Arbeit an der "explizierenden Inhaltsanalyse", das heißt, dass das Material ausgeweitet wird. Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht jedoch nicht darin, erklärendes Material zu unklaren Textstellen heranzuziehen. Ausgehend von den ausgewählten Primärtexten, mit Hilfe derer ein eng definierter gesundheitspolitischer Diskurs rekonstruiert wird, soll die Ausweitung des Materials dazu dienen, die relevanten *diskursiven Horizonte* zu rekonstruieren, innerhalb derer sich der gesundheitspolitische Diskurs entwickeln konnte. Auch bei der Rekonstruktion des *Diskursfelds* wird methodisch ähnlich verfahren: Die relevanten Akteure

und Spaltungslinien werden ausgehend von den Primärtexten durch gezielte Ausweitung des Materials rekonstruiert.

3.5 Forschungsprozess und Ergebnispräsentation

Um die vorliegende Arbeit auf einem überschaubaren Raum leserfreundlich zu gestalten, weicht die Ergebnispräsentation in vielen Punkten von dem erfolgten Forschungsprozess ab. Das muss insbesondere für die Präsentation der Datenanalyse betont werden. Die *Ergebnispräsentation* der qualitativen Datenanalyse spiegelt somit nicht den *Analyseprozess* wider. Themen, die in der Forschungsarbeit aus methodischen Gründen zeitlich nachgestellt wurden, so zum Beispiel die Recherche der *diskursiven Horizonte*, werden in der vorliegenden Arbeit vorweggenommen, um die Argumentation stringenter zu gestalten und um Redundanzen zu vermeiden.

Die Zusammenfassungen und Reflexionen der analysierten Primärtexte beinhalten zwar noch relativ viele Zitate, die belegen sollen, auf welcher Grundlage die hier vorgeschlagenen Interpretationen erfolgt sind. Um nicht den Rahmen der Arbeit zu sprengen und auch zwecks der Stringenz der Argumentation werden umfassendere Ankerbeispiele aus dem Argumentationstext selbst herausgenommen und dem jeweiligen Abschnitt als Zitat vorweggestellt.

Ähnliches gilt auch für Zusatzinformationen zu den beteiligten Diskursakteuren, die möglicherweise nicht bei jedem Leser vorausgesetzt werden können, die aber streng genommen nicht Teil der entfalteten Argumentation sind. Diese werden in grau unterlegten Schlaglichtern platziert, um den Argumentationsfluss nicht zu behindern. Ein solches Schlaglicht wurde bereits in Abschnitt 2.3.2 für die Skizzierung der Wohlfahrtskulturforschung eingefügt. In den Kapiteln 4 und 6 wird das Format systematisch dazu eingesetzt, Hintergrundinformationen zu den am Diskurs beteiligten Akteuren zu liefern. In Kapitel 4 handelt es sich dabei konkret um Kurzbeschreibungen der am globalen Diskurs beteiligten internationalen Akteure. In Kapitel 6 werden die für den politischen Prozess wichtigsten polnischen Parteien auf diese Weise vorgestellt.

3.6 Zusammenfassung

Ausgehend von der in Kapitel 2 vorgenommenen kulturalistischen Revision der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie wurde zu Beginn dieses Kapitels ein Forschungsdesign entwickelt, das der von Berger und Luckmann (1995) postulierten Doppelstruktur der Wirklichkeit gerecht werden soll. Auf den Wohlfahrtsstaat bezogen bedeutet das, den zwei Verständnissen des Wohlfahrtsstaates gerecht zu werden, die sich aus der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie und ihrer sozialtheoretischen Mikrofundierung, dem Sozialkonstruktivismus, ergeben - dem Wohlfahrtsstaat als "Modell der Weltkultur" und dem Wohlfahrtsstaat als "lokale Konstruktion". Für die forschungspraktische Umsetzung werden die zwei Perspektiven im Diskursbegriff aufgelöst. Wenn man (Welt-)Kultur mit Keller (2001) als "Diskursfeld" und wohlfahrtsstaatliche Institutionen mit der Wohlfahrtskulturforschung als diskursive Konstruktionen begreift, lässt sich sowohl das wohlfahrtspolitische "Modell der Weltkultur" als auch die "lokale Konstruktion" wohlfahrtspolitischer Institutionen mit Hilfe der wissenssoziologischen Diskursanalyse operationalisieren und wohlfahrtsstaatliche Entwicklung - sowohl auf globaler als auch auf lokaler Ebene - als Diskurs begreifen (Abschnitt 3.1). Im Unterschied zu anderen Traditionen der Diskurstheorie wird in der vorliegenden Arbeit indes ein weiterer Diskursbegriff verwendet, der über die linguistische und semiotische Ebene hinaus gesellschaftliche Praktiken und Institutionen mit einbezieht. Die Untersuchung interessiert sich also weder für die linguistische Sprachanalyse noch für die Interpretation sprachlichen Sinns. Die Untersuchung leitet vielmehr die Frage, wie Wohlfahrtspolitik in - globalen und nationalen - Diskursen thematisiert wird und wie die dort vorherrschenden Deutungen "eine performative Qualität ann[ehmen]" (Kocyba 2006: 151f.). Aufgrund der hergeleiteten Doppelstruktur des Wohlfahrtsstaates wird dabei eine mehrstufige Mehrebenenanalyse durchgeführt, die die unterschiedlichen Dimensionen des Diskursbegriffs - in der vorliegenden Arbeit im Fokus: Diskurs, diskursive Horizonte und Diskursfeld - berücksichtigt (Abschnitt 3.3).

In methodologischer Hinsicht wird auf das breite Repertoire qualitativer Sozialforschung angeknüpft. Von der Grounded Theory Methodology werden

insbesondere die Konzepte des theoretischen Sampling und der theoretischen Sensibilisierung angewendet. Die Datenanalyse orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1993), wobei diese jedoch angesichts der großen Datenmengen und der aufgrund der diskursanalytischen Fundierung anders gearteten Zielsetzung der vorliegenden Arbeit relativ frei umgesetzt wird (Abschnitt 3.4.2).

Zur Eingrenzung der ohnehin nicht unerheblichen Komplexität des Untersuchungsgegenstands konzentriert sich die empirische Studie exemplarisch auf den Bereich der Gesundheitspolitik, der einerseits einen zentralen Gegenstand nationaler Wohlfahrtsstaatlichkeit ausmacht, andererseits auch im globalen Diskurs an Bedeutung gewinnt. Eine weitere Eingrenzung erfolgt in Bezug auf das Land und den Zeitraum. Der Einfluss der Weltkultur der Gesundheit wird am Beispiel der Gesundheitsreformen in Polen nach der "Wende" untersucht (Abschnitt 3.2).

Bei der Zusammenstellung des Textkorpus werden Sampling-Strategien aus der Grounded Theory Methodology kombiniert. Um den globalen Diskurs der Gesundheitspolitik zu rekonstruieren, werden ausgewählte Dokumente der am Diskurs beteiligten internationalen "Anderen" herangezogen. Die Rekonstruktion der polnischen Gesundheitsreformdebatte erfolgt anhand ausgewählter Parlamentsdebatten. Zur Organisation der umfangreichen Daten wird das Programm Atlas.ti verwendet. Ergänzend zur Primäranalyse wird auf eine breite Forschungsliteratur zurückgegriffen, wobei durchgehend die Bemühung besteht, sich gemäß der Idee von der theoretischen Sensibilität von der Forschungsliteratur nicht determinieren, sondern lediglich sensibilisieren zu lassen.

Teil II

Weltkultur der Gesundheit

Gegenstand des zweiten Teils der Arbeit ist das gegenwärtige gesundheitspolitische “Modell der Weltkultur”. Da Weltkultur, wie in Teil I der vorliegenden Arbeit hergeleitet wurde, als Diskursfeld begriffen wird, geht es bei der folgenden Rekonstruktion des gesundheitspolitischen “Modells der Weltkultur“ vor allem darum, die gesundheitspolitische Entwicklung auf globaler Ebene als Diskurs zu erfassen. Um die gegenwärtige, sich neu formierende Wissensordnung gesundheitspolitischer Realität zu erschließen, werden die auf transnationaler Ebene verhandelten Deutungen rekonstruiert. Da diese Deutungen ihrerseits in einer bereits ”historisch und sozial vorgedeuteten Welt“ stattfinden (Bechmann 2006: 53), ist es allerdings notwendig, auch die historischen Sinnbestände zu sichten. Andernfalls blieben Neuerungen, Kontinuitäten und Brüche unentdeckt. Wie Bechmann zu Recht betont, dienen soziologische Streifzüge durch die Geschichte allerdings nur einem Zweck: nämlich die Gegenwart besser zu verstehen (Bechmann 2006: 53). Eine vollständige Darstellung historischer Fakten ist Aufgabe von Historikern. Die folgende Rekonstruktion erhebt also keinen Anspruch auf historische Vollständigkeit. Sie hat zwangsläufig einen - aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive - eingeschränkten Fokus und muss mit Verkürzungen leben.

In einem ersten Schritt wird der globale Diskurs der Gesundheitspolitik rekonstruiert (Kapitel 4). Beginnend mit einer kurzen Skizzierung des relevanten Diskursfelds (Abschnitt 4.1) werden anschließend die diskursiven Horizonte (Abschnitt 4.2) und schließlich die Etappen der diskursiven Entwicklung (Abschnitt 4.3) vorgestellt. Es folgt ein kurzer Exkurs zur gesundheitspolitischen Strategie der Europäischen Union (Abschnitt 4.4). Das Kapitel 4 endet mit einer Zusammenfassung und Zwischenreflexion (Abschnitt 4.5).

In Kapitel 5 wird der globale Diskurs der Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung von Gesundheitspolitik betrachtet. Dabei wird das Ziel verfolgt, die vermeintlich oppositionellen Diskursstränge als zwei Teile *einer* Politikstrategie aufzudecken, die sich im historischen Rückblick als Durchbruch eines neuen Paradigmas der Gesundheitspolitik interpretieren lässt.

Kapitel 4

Gesundheitspolitik im globalen Diskurs

A modern Rip Van Winkle who has been asleep for the last decade would hardly recognize today's health sector or healthcare debate (Fein 1986: 162).

Gegenstand dieses Kapitels ist die Rekonstruktion des gesundheitspolitischen Modells der Weltkultur. Wie in Kapitel 3 hergeleitet wurde, wird Weltkultur in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe des Diskursbegriffs operationalisiert. Ziel der folgenden Ausführungen ist folglich die Rekonstruktion des gesundheitspolitischen Diskurses auf globaler Ebene. Bevor auf die einzelnen Etappen der diskursiven Entwicklung eingegangen wird, erfolgt eine kurze Skizzierung des relevanten Diskursfelds. Auch die diskursiven Horizonte, innerhalb derer sich der gesundheitspolitische Diskurs entwickeln konnte, werden seiner Rekonstruktion vorweggenommen. Die hier vorgenommene Grenzziehung zwischen diskursivem Horizont und Diskurs ist freilich eine reine Konstruktion, die aus forschungspraktischen Gründen erfolgt. Sie könnte sicherlich auch anders verlaufen. Nach einem Exkurs zur gesundheitspolitischen Debatte im europäischen Raum schließt das Kapitel mit einer Zusammenfassung und Zwischenreflexion.

4.1 Emergenz und Entwicklung einer Weltkultur der Gesundheit

Die Emergenz und Entwicklung einer Weltkultur der Gesundheit ist von der allgemeinen Entwicklungsdynamik der Weltkultur nicht zu trennen. In der Forschungspraxis der Neo-Institutionalisten werden als Indikator für Weltkultur die Gründungen internationaler Organisationen herangezogen. Zwar unterscheiden die Neo-Institutionalisten mehrere Arten von rationalisierten Anderen, die die Weltkultur ausmachen (vgl. Abschnitt 2.2). In ihren empirischen Arbeiten kommen sie mit der Zeit jedoch zu dem Schluss, dass Mimesis - also das direkte Kopieren von einzelnen Ländern - immer unwahrscheinlicher wird, je mehr es hochentwickelte globale Organisationen gibt. Erfolge werden dann "in der Form kopiert, wie sie durch wissenschaftliche und internationale Gemeinschaften (oft bis zum Punkt der Nichtwiedererkennbarkeit) institutionalisiert und interpretiert werden" (Meyer 2005b: 145), deren Anzahl seit dem Zweiten Weltkrieg rapide ansteigt.

Die steigende Intensität einer so verstandenen Weltkultur geht beispielsweise aus der Arbeit von Boli und Thomas (1999) - siehe Abbildung 4.1 - hervor, die die Gründungswellen internationaler Nichtregierungsorganisationen rekonstruieren. Laut Boli und Thomas erreicht die Anzahl neu gegründeter internationaler Nichtregierungsorganisationen erstmalig Ende des 19. Jahrhunderts einen bedeutenden Anstieg, um nach einem Gipfel in 1910 wieder abzunehmen. Eine erneute Intensivierung der Organisationsgründungen findet zunächst wieder in der Zwischenkriegszeit, vor allem aber seit dem Zweiten Weltkrieg statt. Ab 1947 werden durchschnittlich 90 Organisationen jährlich gegründet, eine Entwicklung, die auch die gesamten 1960er Jahre über anhält (Boli und Thomas 1999: 22). Boli und Thomas sprechen von einer Explosion internationaler Organisationsgründungen (vgl. Boli und Thomas 1999: 22).

Was das globale Feld der Gesundheit betrifft, so gehen seine Anfänge auf das ausgehende 17. Jahrhundert zurück. Bei den ersten Organisationen des Felds handelt es sich vorwiegend um religiöse Orden, die ihre auf Gesundheit ausgerichteten Aktivitäten als Akte der Fürsorge verstehen (Inoue und Drori

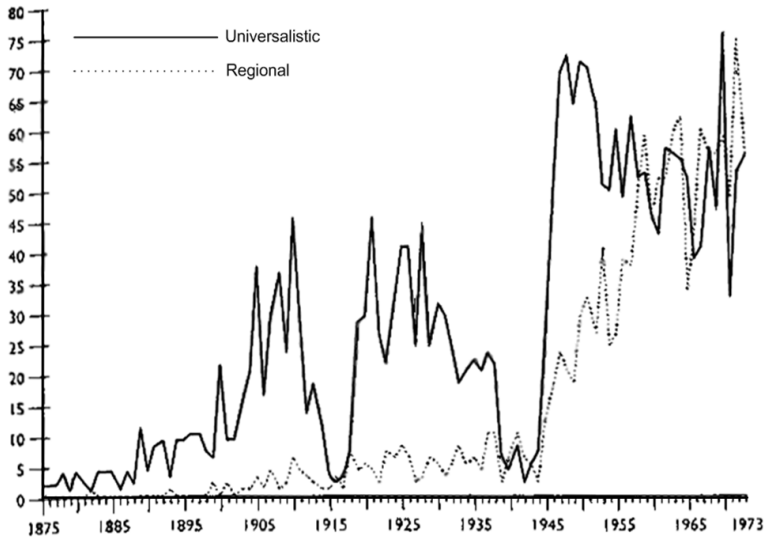


Abbildung 4.1: Gründungen universalistischer und regionaler Internationaler NROs, 1875-1975. Quelle: Boli und Thomas 1999: 23.

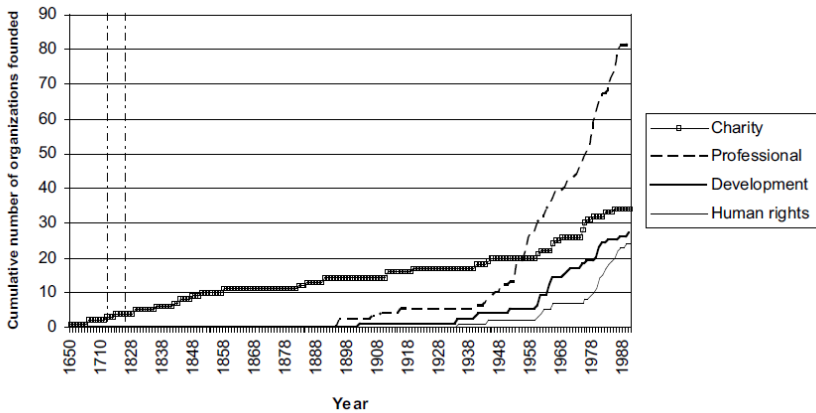


Abbildung 4.2: Dynamik des globalen Felds der Gesundheit. Quelle: Inoue und Drori 2006: 210.

2006: 208). Wie aus der Abbildung 4.2 hervorgeht, nimmt Ihre Anzahl bis heute stetig zu. Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert wird dieser Anstieg von einer weiteren Gründungswelle an Organisationen begleitet, die Gesundheit als eine professionelle Angelegenheit betrachten und das Ziel verfolgen, die Gesundheitsversorgung zu professionalisieren. Zu diesem Zweck organisieren sie etwa internationale Konferenzen und Schulungen, bieten Expertenberatungen an und etablieren Professionsstandards für die unterschiedlichen gesundheitlichen Berufe wie beispielsweise für Orthopäden und Krankenschwestern (Inoue und Drori 2006). Ihre Anzahl nimmt seit dem Zweiten Weltkrieg rapide zu. Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts lassen sich daneben zwei weitere Gründungswellen beobachten. Auf der einen Seite nimmt die Anzahl internationaler Organisationen zu, die Gesundheit als ein Instrument ökonomischer Entwicklung betrachten. Ihr Motto lautet: “healthy people are more productive people, and more productive people are more prosperous and developed” (Inoue und Drori 2006: 209). Auf der anderen Seite kommt es zu einem steilen Anstieg an Organisationsgründungen, die Gesundheit als Menschenrecht begreifen.

Gegenwärtig ist für das globale Feld der Gesundheit vor allem die “Familie der Vereinten Nationen” von Bedeutung, zu der die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization - WHO), die Weltbank und UNICEF (United Nations Children's Emergency Fund) gezählt werden. Das globale Feld der Gesundheit gestalten darüber hinaus die internationalen Finanz- und Handelsorganisationen WTO (World Trade Organization) und IWF (Internationaler Währungsfonds), sowie intergouvernementale Organisationen wie die OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) und die EU (Europäische Union) mit. Inmitten der gegenwärtig ca. 2600 internationalen Organisationen, die sich mehr oder weniger dem Thema Gesundheit verpflichten (Inoue und Drori 2006), nehmen vor allem die Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank eine Schlüsselrolle ein:

The key actors in global health governance at the present time are the World Health Organization and the World Bank (Payne 2008: 154).

Ihre Dokumente stehen auch im Vordergrund der folgenden Analyse (Kapitel 4).

Die neo-institutionalistische Forschungspraxis, vor allem internationale Organisationen als Indikator für Weltkultur heranzuziehen, soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass der globale Diskurs auch von anderen Teilnehmern mitgestaltet wird. Neben nationalen Akteuren (Finanzministerien, Auswärtige Ämter oder entwicklungspolitische Regierungsorganisationen) wären an dieser Stelle der Privatsektor,¹ religiöse Träger oder etwa Wissenschaftler zu nennen. Im globalen Feld der Gesundheitspolitik treten diese jedoch selten selbst als Diskurssprecher auf.

Was sich für den gesundheitspolitischen Diskurs der Weltkultur ebenfalls als bedeutend erwiesen hat, sind seine diskursiven Horizonte. Gemeint sind vorgeschaltete oder parallele diskursive Entwicklungen in anderen Themenbereichen als der eng verstandenen Gesundheitspolitik, die der gesundheitspolitischen Debatte überhaupt erst den Verlauf ermöglicht haben, den sie eingenommen hat.

4.2 Diskursive Horizonte

It is possible that health care policy may be shaped by processes [...] which have little directly to do with health care (Moran und Wood 1996: 137).

¹Die Rolle des Privatsektors in der globalen Gesundheitspolitik wird nur selten angesprochen. Dabei hat gerade der Privatsektor eine bedeutende Rolle in der Produktion und Verbreitung von Arzneimitteln, in der Entwicklung medizinischer Technik, in der Bereitstellung von Versicherungen sowie privater Gesundheitseinrichtungen. Auf der anderen Seite spielt der Privatsektor eine nicht unerhebliche Rolle in der Produktion von gesundheitsschädigenden Produkten wie beispielsweise Tabak. Schließlich führen die Fortschritte in Genetik und Biotechnologie zu neuen ethischen Dilemmata. Allerdings verschwimmen die Grenzen zwischen 'good allies' und den 'health-hazardous' Branchen, seit gesundheitsschädigende Branchen in "health companies and for-profit health maintenance organizations" investieren (Koivusalo und Ollila 1997: 106).

Um das gegenwärtige gesundheitspolitische “Modell der Weltkultur” nachvollziehen zu können, ist es notwendig, in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts zurückzublicken. Seit dem Zweiten Weltkrieg finden mehrere Umdeutungen statt, die für die weitere gesundheits*politische* Debatte von großer Bedeutung sind. Den Beginn des Paradigmenwechsels macht die Gesundheitsdefinition der WHO (siehe Schlaglicht 2), die 1946 in der WHO-Verfassung verankert wird:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition (World Health Organization 1948: 2).

Die Weltgesundheitsorganisation - WHO (World Health Organization) - eine spezialisierte Organisation der Vereinten Nationen, ist 1946 aus der “International Conference on Health” hervorgegangen. 1948 fand bereits die erste jährliche Weltgesundheitsversammlung, das Exekutivorgan der WHO, das über Politik, Programme und Budget entscheidet, statt. An der Weltgesundheitsversammlung nehmen Vertreter aller Mitgliedsstaaten teil, vorzugsweise Mitglieder der nationalen Gesundheitsverwaltung. Die Weltgesundheitsversammlung ernennt 32 Mitglieder des “Executive Board” - die für drei Jahre gewählt werden und sich nach der geographischen Verteilung der Mitgliedsstaaten zusammensetzen - und einen Generaldirektor. Der Generaldirektor wiederum ernennt Mitglieder des Sekretariats und hat generell die Funktion des obersten technischen und administrativen Offiziers der Organisation. Die WHO verfügt über eine dezentrale Struktur. Jede regionale Organisation verfügt über ein Regionalbüro und ein Regionalkomitee, in dem Mitglieder der jeweiligen Region vertreten sind (Koivusalo und Ollila 1997: 6ff.).

Schlaglicht 2: World Health Organization

Die Umdeutung von Gesundheit als Wohlbefinden und Menschenrecht revolutioniert das Denken über Gesundheit und Gesundheitspolitik. Gesundheit

ist von nun an nichts objektiv feststellbares, sondern wird zu einer Frage des subjektiven Empfindens. Damit verändert sich die Rolle des Patienten, der von nun an nicht mehr nur Leidender, sondern auch Informant des Arztes ist. Betrachtet man die weiteren Umdeutungen zum Thema Gesundheit, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erfolgt sind, so kann die WHO-Definition der Gesundheit rückblickend als eine bedeutende Weiche für ein neues Gesundheitsparadigma gelten, das letzten Endes auf eine umfassende Defokussierung des Gesundheitssystems und eine Entdeckung des 'Laiensystems' hinausläuft (Trojan 1996: 61). Das neue Gesundheitsparadigma heißt "Förderung" und wird im globalen Diskurs erstmalig in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung von 1986 verankert.²

Die von der WHO-Definition ausgehenden diskursiven Entwicklungen, die im Folgenden als diskursive Horizonte einer enger gefassten gesundheits*politischen* Debatte vorgestellt werden, lassen sich grob in einen Entmedikalisierungs-, einen Ökonomisierungs- und einen Entwicklungsdiskurs unterteilen.

4.2.1 Entmedikalisierung der Gesundheit und die Entdeckung des 'Laiensystems'

Die Entmedikalisierung der Gesundheit wird im Grunde mit der oben vorgestellten WHO-Definition von Gesundheit eingeleitet, die in den 1970er Jahren im sog. Salutogenese-Konzept eine konzeptionelle Fundierung erhält und den endgültigen Abschied vom pathogenetischen Gesundheitsverständnis bedeutet, der Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit begreift. Diese Umdeutungen im Gesundheitsverständnis sind natürlich auch für die Medizin und das Gesundheitswesen nicht ohne Folgen. Das Gesundheitssystem muss sich den Vorwurf einer Übermedikalisierung gefallen, der Ende der 1970er Jahre im Postulat von der Krise der Medizin gipfelt. Die Abwendung vom

²Von Förderung ist im globalen Diskurs der Gesundheitspolitik bereits vorher die Rede, etwa in der Deklaration von Alma Ata von 1978 (World Health Organization und UNICEF 1978), ohne dass jedoch präzisiert wird, was darunter zu verstehen ist und welche gesundheitspolitischen Implikationen sich daraus ableiten.

Gesundheitssystem ermöglicht schließlich eine Öffnung des Diskurses für das Potential des "Laiensystems" (Trojan 1996). Gemeint ist die Fokusverlagerung weg von der therapeutischen Medizin hin zur Gesundheitsförderung, insbesondere der Förderung gesunder Lebensstile.

Umdeutung des Gesundheitsbegriffs: Das Konzept der Salutogenese

[P]athogenesis by definition is a model that postulates a state of disease that is qualitatively and dichotomously different from a state of nondisease. [...] [S]uch dichotomization blinds us to a conceptualization made possible by a salutogenetic model, namely, a multidimensional health-illness continuum between two poles that are useful only as heuristic devices and are never found in reality: absolute health and absolute illness. Pathogenesis asks, Why does this person enter this particular state of pathology? [...] Salutogenesis asks, What are the factors pushing this person toward this end or toward that end of the continuum? (Antonovsky 1981: 37).

1979 veröffentlicht Aaron Antonovsky einen neuen Ansatz, der das Denken über Gesundheit revolutioniert. An die Stelle des Dualismus von Gesundheit und Krankheit führt er einen dynamischen Gesundheitsbegriff ein, der von einem Kontinuum ausgeht "in dem Gesundheit und Krankheit als fließende Zustände erscheinen" (Mazumdar 2008: 354; vgl. Antonovsky 1981: 47ff.). Den Ansatz bezeichnet er als Salutogenese. In salutogenetischer Sicht ist Gesundheit also nicht mehr ein Zustand, sondern ein Prozess. Im Vordergrund steht von nun an nicht mehr das passive Gesund- oder Krank-Sein, sondern eine kontinuierliche aktive und strategische Bewältigung von Stressfaktoren.

Mit seinem Salutogenese-Konzept geht Antonovsky noch weiter in der Entmedikalisierung der Gesundheit als es die WHO-Definition von Gesundheit als Wohlbefinden getan hat. Antonovsky begrüßt an der WHO-Definition von Gesundheit, dass sie neben physischen auch das psychische und mentale Wohlbefinden umfasse. Auch seiner Meinung nach seien die biochemischen und physiologischen Aspekte der menschlichen Existenz von den "mentalenen"

und "sozialen" nicht zu trennen. Laut Antonovsky ist die WHO-Definition jedoch zu abstrakt, utopisch und statisch. Was ihn am meisten stört, ist, dass die WHO die Verantwortung für diese umfassend verstandene Gesundheit weiterhin bei den Institutionen des Gesundheitswesens sucht, das von nun an "for all aspects of people's lives" zuständig sein soll. Damit mutiere die wohlgemeinte WHO-Definition in ihrer Quintessenz zum Ausdruck medizinischen Imperialismus (Antonovsky 1981: 54f.; 123ff.).

Die mit dem Salutogenese-Konzept verbundene Aufwertung der Rolle des Individuums und seiner Bewältigungsfähigkeit initiiert eine Defokussierung des Gesundheitssystems zugunsten des 'Laiensystems', die von einem Paralleldiskurs begünstigt wird, der Mitte der 1970er Jahre die "Krise der Medizin" postuliert.

Abwertung des Gesundheitssystems: Krise der Medizin

Ein professionelles, auf die Person des Arztes abgestelltes Gesundheitssystem, das sich über gewisse kritische Grenzen hinaus entwickelt hat, macht aus drei Gründen die Menschen krank: es produziert zwangsläufig klinische Schäden, die schwerwiegender sind als sein potentieller Nutzen; es kann die politischen Verhältnisse, die die Gesellschaft krank machen, nur begünstigen - auch wenn es sie zu verschleiern sucht; und es nimmt dem Einzelnen die Fähigkeit, selbst zu gesunden und seine Umwelt zu gestalten (Illich 2007: 15).

Die durch die Umdeutung von Gesundheit in Wohlbefinden initiierte Entmedikalisierung der Gesundheit gipfelt in den 1970er Jahren in einem Diskurs, der die Krise der etablierten (therapeutischen) Medizin postuliert. Er speist sich aus unterschiedlichen Kritiksträngen, die der therapeutischen Medizin und dem Gesundheitswesen Ineffizienz, Ungerechtigkeit und Übermedikalisierung vorwerfen. Als ineffizient wird dabei auf der einen Seite das Gesundheitswesen aufgrund seiner rigiden Organisation erklärt (Illich 2007: 164), auf der anderen Seite wird von der Ineffizienz der Medizin selbst gesprochen: Dies kommt beispielsweise in Publikationen zum Ausdruck, die auf den

geringen Einfluss der therapeutischen Medizin auf zentrale Gesundheitsindikatoren wie die Sterblichkeitsrate hinweisen (vgl. Crawford 1977). Ungerechtigkeiten werden v.a. in der Versorgung mit Arzneimitteln und medizinischen Dienstleistungen gesehen (vgl. Illich 2007: 164). Zur Verbreitung und Popularität der Krisenrhetorik trägt allerdings vor allem ein Buch von Ivan Illich bei, das 1975 unter dem Titel *Die Enteignung der Gesundheit* erscheint und für eine heftige Kritik an der etablierten Medizin sorgt (vgl. Crawford 1977; Antonovsky 1981: 223; Foucault 2003e).

”Die etablierte Medizin hat sich zu einer ernsten Gefahr für die Gesundheit entwickelt“, lautet der erste Satz der Einleitung (Illich 2007: 9).³ Die Hauptursachen für diesen Zustand sucht Illich in der herausragenden Expertenmacht der Ärzte, auf die das Gesundheitswesen hin zentriert sei. Dementsprechend unterscheidet er drei Formen der ”Iatrogenesis“⁴:

1. die ”klinische Iatrogenesis, wenn Schmerz, Krankheit und Tod aus medizinischer Betreuung resultieren“;
2. die ”soziale Iatrogenesis, wenn die Gesundheitspolitik eine Industriekultur stützt, die Krankheit erzeugt“;
3. die ”kulturelle und symbolische Iatrogenesis, wenn die von der Medizin geförderten Verhaltensweisen und Wahnvorstellungen die lebenswichtige Autonomie der Menschen einschränken, indem sie ihnen die Fähigkeit rauben, erwachsen zu werden, füreinander zu sorgen und alt zu werden, oder wenn medizinische Interventionen die persönlichen Reaktionen auf Schmerz, Schwäche, Angst und Tod beschneiden“ (Illich 2007: 199).

³Diese These muss jedoch unbedingt in den Kontext des Gesamtwerks Illichs gestellt werden. Seine gesellschaftskritischen Analysen betreffen nicht nur das Gesundheitswesen, sondern darüber hinaus auch das Bildungswesen, die Kirche sowie das Transport- und Kommunikationssystem. Seine Position hat Erich Fromm (zitiert nach Zielińska 1994: 65) als ”radikalen Humanismus“ bezeichnet.

⁴Mit Iatrogenesis will Illich die neue Epidemie bezeichnen, die seiner Meinung nach das Gesundheitswesen befallen habe. Das Wort setzt sich aus *iatros*, dem griechischen Wort für Arzt, und *genesis*, Ursprung, zusammen (Illich 2007: 9).

Inbesondere Punkt 3 zeigt auf, wo außerhalb des Gesundheitssystems Potential für Gesundheit zu suchen ist: Bei den Menschen selbst, von denen angenommen wird, dass sie - so sie denn autonom sind - prinzipiell fähig sind, "füreinander zu sorgen". Das Gesundheitssystem schränke diese "lebenswichtige Autonomie" ein (Illich 2007: 199).

Illich selbst sieht die Ursachen für die Pathologien des Gesundheitssystems vorwiegend in der Expertenherrschaft der Ärzte, wobei er die "Entmündigung durch Experten" (Illich 1979) nicht nur für den Gesundheitssektor, sondern für alle Bereiche aufzeigt, in denen wissenschaftliche Expertise zu einer Delegitimierung individueller und kollektiver Handlungsformen geführt habe, die seitdem "als subjektiv, esoterisch, interessengeprägt oder schlimmstenfalls ideologisch verbrämt werden" (Junge 2008: 179). Illichs Postulat von der "Krise der Medizin" lässt sich in diesem breiteren diskursiven Kontext als Ausdruck einer "Krise des Wissens" (Junge 2008: 177) interpretieren. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens ist die damit einhergehende Delegitimierung der medizinischen Profession jedoch nicht nur auf die Erkenntnis zurückzuführen, dass sich wissenschaftliches Wissen - hier konkret: medizinisches Wissen - zunehmend als unsicher und mehrdeutig erweist. Die breitere sozialwissenschaftliche Debatte der 1970er Jahre entlarvt zudem die diversen Verflechtungen zwischen der medizinischen Profession und den Interessen der Industrie. Durch die Koalition der zwei sei ein mächtiger "medical-industrial complex"⁵ entstanden, der auf Seiten der Ärzte nur den "heimlichen klinischen Vorlieben" (Illich 2007: 164), auf Seiten der Industrie hingegen den Gesetzen des "medical business" (McKinlay 1977: 464) gehorche. Ein Blick zurück in die 1950er Jahre erweist sich als sehr hilfreich, um nachzuvollziehen, wie tiefgreifend die Krisenrhetorik für die Wahrnehmung der Ärzteschaft gewesen sein muss. 1951 schrieb Parsons noch in seiner funktionalistischen Analyse der medizinischen Praxis von der Bedeutung der Kollektivitätsorientierung für den Arztberuf:

⁵Wohl (1989) definiert den Begriff folgendermaßen: "The term "medical-industrial complex" [...] refers to the 500 or so listed corporations that have been instrumental over the last two decades in converting health care in this country from a public service, cottage-type industry into a highly profitable, investor-oriented, "big business" enterprise" (Wohl 1989: 169.)

The “ideology” of the profession [Mediziner, Anm. d. Verf.] lays great emphasis on the obligation of the physician to put the “welfare of the patient” above his personal interests, and regards “commercialism” as the most serious and insidious evil with which it has to contend. The line, therefore, is drawn primarily vis-à-vis “business”. The “profit motive” is supposed to be drastically excluded from the medical world (Parsons 1951: 435).

Parallel zu der skizzierten Kritik der therapeutischen Medizin und des Gesundheitswesens wird in den 1970er Jahren eine Studie des damaligen kanadischen Gesundheitsministers Marc Lalonde veröffentlicht, die die wichtigsten Determinanten der Gesundheit untersucht. Wenngleich sie das Gesundheitswesen nicht direkt kritisiert, so trägt sie mit ihren Erkenntnissen zu einer weiteren Delegitimierung der therapeutischen Medizin bei.

Die Entdeckung des 'Laiensystems': Lalonde, Lebensstile und Gesundheitsförderung

Until now most of society's efforts to improve health, and the bulk of direct health expenditures, have been focused on the HEALTH CARE ORGANIZATION. Yet, when we identify the present main causes of sickness and death in Canada, we find that they are rooted in the other three elements of the Concept: HUMAN BIOLOGY, ENVIRONMENT and LIFESTYLE. It is apparent, therefore, that vast sums are being spent treating diseases that could have been prevented in the first place. Greater attention to the first three conceptual elements is needed if we are to continue to reduce disability and early death (Lalonde 1974: 32).

Als weiteren Wendepunkt für die Entstehung des neuen Gesundheitsparadigmas der “Förderung” wird gemeinhin auf eine Konzeption des kanadischen Gesundheitsministers Marc Lalonde hingewiesen, die er infolge einer Untersuchung der Krankheitsursachen in der kanadischen Bevölkerung entwickelt hat (Lalonde 1974). In seiner Konzeption unterscheidet Lalonde vier Felder,

die auf den individuellen Gesundheitszustand einen Einfluss haben: Veranlagung, Lebensstile, Umwelt und das Gesundheitssystem (Lalonde 1974: 31ff.). Seine Schlussfolgerung lautet, dass Gesundheitspolitik sich folglich nicht ausschließlich darauf konzentrieren könne, die Infrastruktur des Gesundheitswesens und der therapeutischen Medizin auszubauen. Die Förderung gesunder Lebensstile könnte ebenso für einen höheren Gesundheitszustand sorgen und den Bedarf für medizinische Leistungen senken.

Die Aufwertung des Patienten, die bereits mit dem subjektiven Gesundheitsbegriff der WHO eingeleitet wird, im Salutogenese-Konzept eine konzeptionelle Grundlage erlangt und im Postulat von der Krise der Medizin schließlich lauthals gefordert wird, erfährt in Lalondes Vier-Felder-Schema eine bedeutende Konkretisierung. Dass es jenseits des Gesundheitssystems ein großes Potential für Gesundheit gibt, lässt sich bereits bei Antonovsky (1981) und Illich (2007) nachlesen. Worin dieses Potential besteht und wie eine Gesundheitspolitik aussehen müsste, die es sich zunutze macht, konkretisiert jedoch erst Lalonde (1974). Die Entdeckung der Lebensstile als Ansatz der Gesundheitspolitik ist jedoch nur ein erster Schritt hin zu einer umfassenden Entdeckung des 'Laiensystems' (Trojan 1996). In weiteren Forschungsarbeiten der ausgehenden 1970er und 1980er Jahre wird Schritt für Schritt das Potential des 'Laiensystems' für die Gesundheitssicherung erforscht (Trojan 1996: 62). Mitte der 1980er Jahre münden die Erkenntnisse in der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung, die den Menschen und seine Gemeinschaft in den Mittelpunkt stellt:

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen (World Health Organization 1986).

Wenngleich die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung einen bedeutenden Meilenstein im gesundheitspolitischen Diskurs darstellt,

ist sie letzten Endes Ausdruck der seit den ausgehenden 1970er Jahren wuchernden Diskurse: Im Gefolge der umfassenden WHO-Definition von Gesundheit - und sicherlich auch infolge der Kritik der therapeutischen Medizin - wird von der Gesundheitspolitik gefordert, "ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht" (Ebd.). Das Ziel der Gesundheitsförderung soll ein "höheres Maß an Selbstbestimmung" der Menschen über ihre Gesundheit sein. Zu diesem Zweck werden "die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten [angestrebt] durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit":

Es gilt, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen angemessen zu bewältigen. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch Zuhause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden.

Der Abdruck des salutogenetischen Ansatzes, der Gesundheit als Prozess und nicht als Zustand begreift, ist insbesondere im letzten Zitat ganz deutlich: Hier wird Gesundheit als ein lebenslanger Prozess verstanden, der auch ein lebenslanges Lernen erfordert. Das Konzept des lebenslangen Lernens verweist wiederum auf den Diskurs der "Wissensgesellschaft" (Bittlingmayer 2005), auf den in der Zwischenreflexion zu diesem Kapitel in Abschnitt 4.5.2 noch ausführlicher eingegangen wird.

Der soeben skizzierte Entmedikalisierungsdiskurs, dessen Ursprung sich auf die WHO-Definition von Gesundheit zurückführen lässt, ist jedoch nicht die einzige Reaktion auf den 1946 radikal neuen Gesundheitsbegriff der WHO. Auch die in den 1960er Jahren emergierende Gesundheitsökonomik entsteht unter anderem in Abgrenzung zu dem aus ihrer Sicht zu breiten Gesundheitsbegriff der WHO.

4.2.2 Ökonomisierung der Gesundheit

Zur Ökonomisierung der Gesundheit tragen weitgehend Entwicklungen bei, die nicht direkt mit Gesundheit zu tun haben, sich diesen Bereich jedoch nach und nach in gewisser Weise einverleiben. Der eben skizzierte Entmedikalisierungsdiskurs ist daran nicht ganz unbeteiligt. Indem er die bis dahin unangefochtene Dominanz der medizinischen Profession in Frage stellt, öffnet er den Diskurs nicht nur für neue Konzepte, sondern auch für neue "Experten".⁶ Mit dem Entmedikalisierungsdiskurs und der damit einhergehenden Fokusverschiebung weg von der therapeutischen Medizin hin zur Gesundheitsförderung und zum "Laiensystem" (Trojan 1996) im Gefolge des Gesundheitsbegriffs der WHO erfahren auf der einen Seite die Gesundheitswissenschaften eine erhebliche Aufwertung. Auf der anderen Seite - und in Abgrenzung vom Gesundheitsbegriff der WHO - differenziert sich die Gesundheitsökonomie heraus, die Gesundheit in den Kontext ihrer eigenen Theorien stellt und folglich alternative Deutungen anbietet. Daneben tragen seit den 1960er Jahren die amerikanischen Unternehmensberatungen zu einem erheblichen Transfer ökonomischer Business- und Managementtechniken in Organisationen des Gesundheitswesens bei. Zu dessen "Ökonomisierung" trägt schließlich auch ein umfassender Wandel der Rolle des Staates, der Ende der 1970er Jahre eingeleitet wird und in den 1980er und 1990er Jahren auf eine "Verschlankung" staatlicher Strukturen - darunter auch des Gesundheitswesens - abzielt. Im Rahmen entwicklungspolitischer Hilfe wird diese Politik in den 1980er Jahren auch weltweit diffundiert.

Gesundheitsökonomik und Transnationalisierung der ökonomischen Profession

Today the popular definition of health derives from the Preamble to the Constitution of the World Health Organization: [...] This definition is

⁶Mit Hitzler, Honer und Maeder (1994) wird der Akteurstypus des Experten als ein rein relationales Phänomen verstanden und Experten in diesem Sinne als eine Akteursgruppe begriffen, die Deutungsmonopole dann erfolgreich beanspruchen kann, wenn es ihr gelingt, sich glaubwürdig als kompetent *darzustellen* (Hitzler, Honer und Maeder 1994: 309).

probably too broad to furnish guidance regarding a society's real aims in the health field and too vague for the purpose of evaluating existing programs. Moreover, mental and social states are difficult to define. It is also doubtful that most individuals or societies pursue health with single-minded devotion (Klarman 1965: 3f.).

Das Ankerzitat stammt aus einem der Gründungstexte der in den 1960er Jahren emergierenden Gesundheitsökonomik. Wie man bereits bei Antonovsky (1981: 223) sehen konnte, findet der breite Gesundheitsbegriff der WHO nicht überall Anklang. Während er Antonovsky nicht weit genug geht, weil er die Verantwortung für Gesundheit weiterhin im Gesundheitswesen belässt (Abschnitt 4.2.1), geht er der aufstrebenden Gesundheitsökonomie - wie man bei Klarman im obigen Zitat ablesen kann - zu weit: Aus ökonomischer Sicht ist er zu breit und zu vage und misst Gesundheit einen höheren Stellenwert bei als dies die meisten Individuen und Gesellschaften tun würden.

Die Ausdifferenzierung der Gesundheitsökonomik als Unterdisziplin der Ökonomie geht auf die 1960er Jahre des 20. Jahrhunderts zurück.⁷ In den 1960er Jahren ist eine deutliche Zunahme theoretischer und empirischer Arbeiten zu beobachten, die einen systematischen Transfer ökonomischer Konzepte in den Themenbereich der Gesundheit anstreben (Fuchs 1987: 614). 1963 erörtert Kenneth Arrow inwieweit das Gesundheitswesen sich vom Marktmodell unterscheidet (Arrow 1963: 941f.). Zur gleichen Zeit analysiert Martin Feldstein den British National Health Service mit Hilfe ökonometrischer Modelle (vgl. Fuchs 1998: 218). Einen dritten relevanten Meilenstein sieht

⁷Bei Leidl (1994: 132f.) lässt sich eine etwas andere Datierung der Anfänge der Gesundheitsökonomik vorfinden. Eine bedeutende Wurzel der Gesundheitsökonomik sieht er in der School of Public Health der University of Michigan, die bereits seit 1944 ein Büro in "Public Health Economics" gründet, das eine gleichnamige Zeitschrift herausgibt, die sich "mit staatlichen Gesundheitsprogrammen, Fragen der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und mit Krankenhausleistungen beschäftigt[...]" (Leidl 1994: 133). Anerkennung und Sichtbarkeit in der Mutterdisziplin, der Ökonomie, habe die Gesundheitsökonomie laut Leidl bereits 1951 erfahren, als die American Economic Association zwei Sitzungen zum Thema "Economics of Medical Care" in ihre Jahrestagung aufnahm (Leidl 1994: 132).

Fuchs in der 1962 organisierten Konferenz des "National Bureau of Economic Research" zum Thema "Investment in Human Beings", die sich unter anderem auch mit Gesundheit als Investition beschäftigt. Die Relevanz des Themas ist allerdings nur vor dem Hintergrund der Humankapitaltheorie von Gary Becker (1975) nachzuvollziehen, die ebenfalls in den 1960er Jahren formuliert wird. Eine umfassende Übertragung der Humankapitaltheorie auf das Thema Gesundheit wird Anfang der 1970er Jahre von Michael Grossman vollzogen (Grossman 1972; vgl. Fuchs 1998: 218). Die erste internationale Konferenz der GesundheitsökonomInnen findet 1973 statt. 1979 erscheint schließlich das erste allgemein anerkannte Lehrbuch der Gesundheitsökonomik (vgl. Fuchs 1987: 614). Bis zum Ende des 20. Jahrhunderts steigt die Anzahl der US-amerikanischen Dissertationen in der Disziplin um ein zwölfaches. Die Profession der GesundheitsökonomInnen nimmt mit der Zeit eine immer bedeutendere Rolle in der amerikanischen Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemforschung ein (vgl. Samuel, Dirsmith und McElroy 2005: 262).

Eine unsystematische Anwendung ökonomischer Konzepte im Gesundheitswesen findet zwar schon vor den 1960er Jahren statt. Sie beschränkt sich auf wenige konkrete Themen wie die Organisation einer ärztlichen Praxis, das Gesundheitswesen als Wirtschaftssektor ("medical industry") oder die Politik der Pflichtversicherung (vgl. Klarman 1965: 2). Im Zuge der 1960er Jahre weitet die entstehende Gesundheitsökonomik ("health economics") den Gegenstand ihrer Betrachtung in zweierlei Hinsicht deutlich aus: Im Unterschied zu den früheren "medical economics" will sie (1) die ökonomische *Denkweise* - im Unterschied zu punktueller Beratung - auf (2) das Thema *Gesundheit* - und nicht bloß den Gesundheitssektor - einführen. Die ökonomische Denkweise auf Gesundheit anzuwenden, bedeutet in der Konsequenz, sich von der Annahme abzuwenden, dass Gesundheit ein Bedürfnis sei, das *absolute* Priorität habe. Die neue Gesundheitsökonomik *relativiert* den Stellenwert von Gesundheit, indem sie Gesundheit in den Kontext der Knappheitstheorie und des Konzepts der Opportunitätskosten stellt (vgl. Samuel, Dirsmith und McElroy 2005: 263):

In a formal sense the economics of health may be defined as the economic aspects of health services - those aspects of the

health problem that deal with the determination of the quantity and prices of the scarce resources devoted to this and related purposes and with the combinations in which these resources are employed. [...] Typically, the economist's contribution is to state the costs (or, what is the same, the consequences in terms of opportunities foregone) of alternative courses of action (Klarman 1965: 2).

Damit rücken neue Themen in den Fokus der Betrachtung, so beispielsweise die ökonomischen Kosten von Krankheiten oder der Nutzen von Kontrollprogrammen (vgl. Klarman 1965: 2). Mit der Übertragung der Humankapitaltheorie von Gary Becker (1975) auf Gesundheit wird diese schließlich zur Investition und das Individuum bzw. die Gesellschaft zum Unternehmer umgedeutet.

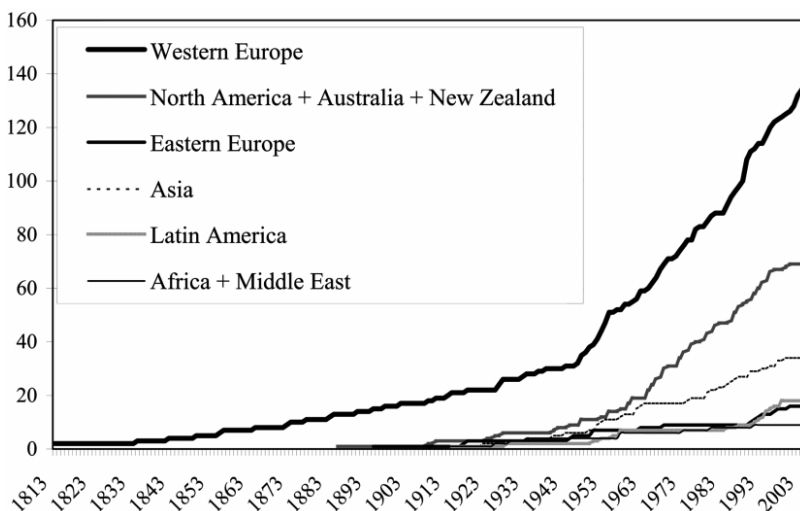


Abbildung 4.3: Gründungen ökonomischer Vereinigungen nach Weltregion. Quelle: Fourcade 2006: 154.

Die seit den 1960er Jahren emergierende Gesundheitsökonomik ist trotz ihrer zunehmenden Autonomie natürlich nicht völlig losgelöst von der Mutterdisziplin der Ökonomie und macht deren Entwicklungen mit: In der zweiten

Hälfte des 20. Jahrhunderts ist die ökonomische Profession von bedeutenden Expansions- und Transnationalisierungsprozessen betroffen. Wie aus der Abbildung 4.3 hervorgeht, nimmt die Anzahl ökonomischer Vereinigungen seit dem Zweiten Weltkrieg zu, vor allem jedoch in Westeuropa, Nordamerika, Australien und Neuseeland.

Ende der 1950er Jahre verfügen 49 Prozent aller Universitäten weltweit über eine ökonomische Fakultät. Im gleichen Zeitraum ist auch eine deutliche Zunahme der Bedeutung der Disziplin innerhalb der Sozialwissenschaften zu beobachten. Fourcade spricht von einem "process of academic autonomization (from either "social sciences", law, or commerce) in addition to growth" (Fourcade 2006: 162). Dieses Phänomen führt sie auf die Entdeckung zurück, dass (ökonomische) Entwicklung machbar ist:

[T]he world wide expansion of economics relied first and foremost on the idea, institutionalized broadly in the postwar period, that economic development and growth can be engineered, and that poorly performing economies can be fixed (Fourcade 2006: 162f.).

Im Zuge der Transnationalisierung der ökonomischen Profession setzt sich auch die Wissensproduktion der Gesundheitsökonomik auf globaler Ebene durch. Ab den 1970er Jahren arbeitet das internationale Feld der Gesundheit gezielt an seiner gesundheitsökonomischen Expertise. Den Anfang macht die Weltbank, in den 1980er Jahren folgt UNESCO, in den 1990er Jahren die WHO, OECD und die EU (vgl. Lee und Goodman 2002 und Abschnitt 4.3).

Ineffizienz des Dritten Sektors

Nonprofit hospitals had long been suspected of suffering from "managerial slack". In fact, several studies in the mid- to late 1970s were documenting the fact that the investor-owned hospitals were more efficient than their nonprofit counterparts (Frist und Howard 1989: 153).

Die 1960er Jahre sind darüber hinaus durch eine weitere Entwicklung gekennzeichnet, die Abwendung von der bis dahin dominierenden tayloristischen

Organisationsform hin zu einer dezentralisierten, multidivisionalen Organisation, die von den aufstrebenden und gegenwärtig noch führenden Unternehmensberatungen wie McKinsey und Company propagiert wird.⁸ Neben dem Privatsektor bieten die Unternehmensberatungen ihre Dienstleistungen auch dem amerikanischen Dritten Sektor, d.h. Bildungseinrichtungen, Universitäten, Kulturinstitutionen, religiösen Einrichtungen und Krankenhäusern, an. Es ist Teil ihrer Verkaufsstrategie, das Management der unterschiedlichen Organisationen dieses Sektors für ineffizient zu erklären: "The firm's declaration that nonprofit organizations were inefficiently managed was central to the consultants' sales pitch" (McKenna 2006: 143). Was folgt, ist ein einseitiger Transfer von Organisationsmodellen aus dem Unternehmenssektor in die größten "Nonprofit"-Organisationen der USA (Ebd.: 140).

Auf das Gesundheitswesen können die Beratungen ab Ende der 1960er Jahre insbesondere deshalb nachhaltigen Einfluss üben, weil die weiter oben beschriebenen Postulate der Ineffizienz der Medizin zusammen mit dem von ihnen selbst propagierten Postulat der Ineffizienz des Dritten Sektors und dem weiter unten beschriebenen Postulat der Ineffizienz des Staates zu einem größeren Druck seitens der Regierung führen, Gesundheitseinrichtungen effizienter zu gestalten (Wohl 1989: 169f). In den 1970er Jahren versuchen mehrere Studien zu belegen, dass private Krankenhäuser effizienter seien als ihre nicht gewinnorientierten Pendants (Frist und Howard 1989: 153).

Das neue Modell des privaten Krankenhauses ("investor-owned"-hospital) basiert auf der Annahme, dass sich die Business- und Management-Methoden

⁸Die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts dominierende Form der Unternehmensorganisation ist das auf Charles Taylor zurückgehende "scientific management". Es gilt als der Inbegriff einer rationalisierten Unternehmensstruktur, und das nicht nur in den USA, sondern auch in Europa, wo es bereits in den 1920 und 1930er Jahren große Faszination hervorruft (McKenna 2006: 167; Dunn 2004). Obwohl sich in den USA bereits ab den 1930er Jahren konkurrierende Organisationstheorien zu etablieren beginnen, dominieren tayloristische Unternehmensberatungen den europäischen Markt für Organisationsberatung bis Ende der 1950er Jahre, sollen aber im Laufe der 1960er Jahre durch die auch gegenwärtig noch führenden Unternehmensberatungen wie McKinsey and Company abgelöst werden, die das in den USA bereits dominierende Modell einer dezentralisierten, multidivisionalen Organisationsform propagieren (McKenna 2006: 170).

aus anderen Industriezweigen auf das Krankenhauswesen übertragen lassen. So verpflichten sich die privaten Investoren zentralen ökonomischen Zielen wie dem der Kosteneffizienz und führen entsprechende Methoden zu deren Quantifizierung und Steuerung bei, allen voran Kostenrechnung (Ebd.: 154). Angesichts wachsenden Wettbewerbs, aber auch Drucks seitens der amerikanischen Regierung, die sich von der Reorganisation nicht nur Einsparungen, sondern auch einen Zufluss an Geldern aus dem Privatsektor verspricht (vgl. Wohl 1989: 169), greifen Nachahmer und welche, die es werden wollen, ab Ende der 1960er und in den 1970er Jahren auf die Unterstützung durch Unternehmensberatungen zurück (McKenna 2006: 137):

Large hospitals, like Mount Sinai in New York, hired Cresap, McCormick and Paget to help them devise organizational plans better suited to the new commercial pressures that their previous professional arrangements, which focused on superior health care but largely ignored administrative costs (McKenna 2006: 137).

Innerhalb kürzester Zeit entsteht in den USA ein ganzer Industriezweig privat betriebener Krankenhäuser. Mitte der 1980er Jahre befinden sich 20 Prozent der amerikanischen Krankenhäuser und 67 Prozent der Langzeitpflegeeinrichtungen in den Händen großer Unternehmen (Wohl 1989: 169f.).

Warum kann sich die Kostensenkungsdebatte im amerikanischen Gesundheitswesen durchsetzen? McCue schreibt: “The popular support for medical cost-containment programs seems to come from the general concern that we are not getting our money’s worth” (McCue 1989: 4). Wie eine Umfrage der American Medical Association von 1984 unter Ärzten und in der Öffentlichkeit ergibt, glaubt der Großteil der Ärzteschaft und der Bevölkerung daran, dass die Kosten des Gesundheitswesens sich senken lassen, ohne dass die Qualität der medizinischen Versorgung darunter leiden muss (Mechanic 1989: 52).

Krise des Staates

Das neue Effizienzdenken und die stärkere Fokussierung administrativer Kosten münden Ende der 1970er Jahre in einem folgenreichen, staatenübergrei-

fenden Wandel der Wahrnehmung des Staates und seiner Rolle. In den west-europäischen Ländern, die sich in der Nachkriegszeit durch eine anhaltende Expansion ihrer wohlfahrtsstaatlichen Arrangements auszeichneten, wird die expansive Entwicklungsdynamik zugunsten einer Kosteneffizienz- und Staatsabbaurhetorik aufgegeben (vgl. Hasse 2003: 21f.).

Die Staatskritik richtet sich an den vermeintlich unaufhörlich wachsenden und ineffizienten Staatsapparat:

Dieser - so wird gesagt - würde die volkswirtschaftlichen Ressourcen verschleudern, die Produktivkräfte hemmen und die Leistungsstarken nicht zur Entfaltung kommen lassen. Die Schutzrechte der Arbeitnehmer seien überflüssig und behinderten nur die Investitionsneigung der Unternehmer, daher sei hier "Deregulierung" angesagt. Der Staat solle sich überhaupt weitgehend aus dem wirtschaftlichen und sozialen Bereich zurückziehen. Er solle sich "verschlanken" und auf seine "Kernaufgaben" besinnen (Grützner 1999: 38f.).

Laut McKenna (2006: 110) ist die darauffolgende Transformation der Staatsstrukturen jedoch nicht nur auf die öffentliche Debatte zurückzuführen, sondern zu einem bedeutenden Teil auch auf den nachhaltigen Einfluss amerikanischer Unternehmensberatungen zunächst auf die US-Regierung, später aber auch in Europa (Ebd.: 110). Das Modell des Staates, das diese propagieren, ist das eines "contractor state" (Ebd.: 80ff.). In den USA findet der Wandel vom Verwaltungsstaat zum "contractor state" seit den 1940er Jahren statt. Der Einfluss der Unternehmensberatungen auf die amerikanische Regierung wird gegen Mitte der 1960er Jahre so groß, dass Kritiker die führenden Unternehmensberatungen zum "shadow government" der US-Regierung erklären (Ebd.: 82). Inhaltlich transportieren die Unternehmensberater auf der einen Seite "business techniques into government agencies". Auf der anderen Seite und von weitaus nachhaltigerer Bedeutung ist jedoch die Ideologie, "that the federal government favor outside contractors over internal bureaucracy", die in den USA bis heute parteiübergreifend Resonanz findet, wie beispielsweise in "both Democrat Clinton's declaration of the end of "big government" in

1996 and in Republican Bush's pledge to substitute for half of the remaining federal civilian workforce in 2002" (Ebd.: 109f.).

Ab den frühen 1980er Jahren wird die "Verschlankung" des Staates auch in Europa zum dominierenden Reformziel (Fach 2000: 118). In Europa reorganisiert beispielsweise die Unternehmensberatung McKinsey and Company die britischen Einrichtungen British Rail, British Broadcasting Corporation (BBC), Bank of England und National Health Service (McKenna 2006: 182).⁹ Die Beratung staatlicher Institutionen wird in den 1970ern für die Unternehmensberatungen umso attraktiver, je weniger Aufträge sie aufgrund der Ölkrise aus der Privatwirtschaft bekommen (McKenna 2006: 187).

4.2.3 Gesundheit als Entwicklungspolitik zwischen "Washington-Consensus" und "Post-Washington-Consensus"

Since the end of World War II, a distinct community of organizations has emerged in high-income countries to promote "development" in the low-income countries of Africa, Asia, and Latin America. [...] By the 1970s, the responsibility of all governments to promote science-based progress was universally recognized and the scope of development expanded from economic growth to improving the welfare of citizens (Chabbott 1999: 222-224).

Auch wenn der Zusammenhang auf den ersten Blick möglicherweise nicht ersichtlich ist, so ist der diskursive Horizont der globalen Entwicklungspolitik auch für die globale Gesundheitspolitik von großer Relevanz. Das Konzept internationaler Entwicklungspolitik ist relativ jungen Datums. Es geht auf

⁹Die Öffentlichkeit reagiert zunächst zwar mit Empörung. Das trägt laut McKenna jedoch zu einer Steigerung des Ansehens der Unternehmensberatung, vor allem aber der Superiorität des amerikanischen Know-Hows, bei: "The irony was that the public uproar over McKinsey's work in the BBC, the National Health Service, and Bank of England, only served to solidify the widespread perception that the "elite" management consulting firm embodied the cutting edge of superior American organizational knowhow" (McKenna 2006: 185).

das Ende des Zweiten Weltkriegs zurück, infolgedessen Entwicklungspolitik als ein Weg entdeckt wurde, den Frieden zu sichern und die kommunistische "Bedrohung" abzuwenden (vgl. Chabbott 1999: 237f.). Laut Chabbott trugen gerade auch die auf den medizinischen Fortschritt zurückgehenden Erfolge in der weltweiten Bekämpfung bedeutender Krankheiten zu der Überzeugung bei, dass wissenschaftsbasierte Innovationen, Fortschritt und Entwicklung machbar seien (Ebd.: 223f.):

In the decades immediately preceding and following World War II, the world witnessed hitherto inconceivable advances in medicine, which led to the global eradication of several major diseases, such as smallpox, as well as the control of dozens of others, including typhus, typhoid, jellow fever, and polio. Later, in the 1960s, high-yielding hybrid varieties of cereals, new fertilizers, and more powerful pesticides led to dramatic increases in agricultural production in some of the most famine-prone areas of the world. These successes generated confidence that conscientious generation and application of science-based innovations might be used to accelerate progress, or in other words, development, all over the world (Chabbott 1999: 224).

Der entwicklungspolitische Diskurs wird für die globale Gesundheitspolitik zunächst insofern relevant, als Gesundheit nach dem Zweiten Weltkrieg zu einem bedeutenden Teilaspekt von Entwicklung erklärt wird. Da sich Entwicklungspolitik in den Anfangsdekaden vor allem der Förderung wirtschaftlicher Entwicklung widmet, beschränkt sich der gesundheitspolitische Einfluss internationaler Organisationen auf technische Assistenz beispielsweise beim Bau von Krankenhäusern. Ab den 1970er Jahren wird ein Minderheitsdiskurs immer lauter, der die Überwindung internationaler Ungerechtigkeiten fordert. Der entwicklungspolitische Mainstream bewegt sich zu dem Zeitpunkt jedoch in die Ära der sog. Strukturanpassungsprogramme (vgl. Chabbott 1999: 238ff.). Ende der 1970er Jahre werden zahlreiche Entwicklungsländer unter der Führung des Internationalen Währungsfonds (IWF) und der Weltbank dazu bewogen, Strukturanpassungsprogramme zu initiieren, die unmittelba-

re Auswirkungen auf die wohlfahrtsstaatlichen Arrangements, die Gesundheitspolitik eingeschlossen, haben (Burchardt 2004: 112; Lee und Goodman 2002). Das Ziel dieser Strukturanpassungspolitik, die auch als "Washington-Consensus" bekannt wird (Burchardt 2004: 111), ist eine Reduzierung des Staatsapparats, der im Zuge eines umfassenden diskursiven Wandels - der weiter oben skizzierten "Krise des Staates" - länderübergreifend für ineffizient erklärt wird. Stattdessen sollen der private Sektor und damit auch eine effizientere Ressourcenverwendung gefördert werden (Lee und Goodman 2002: 99). Ende der 1980er Jahre gerät der "Washington-Consensus" zunehmend in die Kritik und wird in den sog. "Post-Washington-Consensus" überführt. Auf den Druck von NGOs hin, "die Entwicklungsprogramme der Weltbank und die Unterstützungsmassnahmen des IWF auf soziale und ökologische Probleme einzustellen" (Münch 2008: 166), öffnen sich beide Institutionen für die Kritik, konzipieren erste Sozialprogramme (Burchardt 2004: 112) und lassen lokale NGOs an der Durchführung teilnehmen (Münch 2008). Im Fokus stehen nunmehr Investitionen in Sozialkapital und Grundsicherung. Darüber hinaus wird eingestanden, dass "das Paradigma einer Antinomie Markt *versus* Staat sich als kontraproduktiv erwiesen habe, um die Herausforderungen des präferierten marktorientierten Strukturwandels zu bewältigen (Burchardt 2004: 114). Die bis dato ausschließlich an der Wirtschaftspolitik interessierten Finanzorganisationen fangen an, "neue Politikfelder jenseits der Ökonomie zu besetzen" (Ebd.), darunter auch Gesundheit. Der "Post-Washington-Consensus" gilt zunächst als ein "neue[r] Abschnitt entwicklungspolitischer Zusammenarbeit", der das "verlorene Jahrzehnt" der Strukturanpassungspolitik durch einen neuen Ansatz einer "Anpassung mit menschlichem Antlitz" ablösen soll (Ebd.). In der entwicklungspolitischen Praxis leitet er eine verstärkte Zusammenarbeit der globalen Geldgeber mit international agierenden Nichtregierungsorganisationen ein. Auch im Gesundheitsbereich lässt sich zwischen den 1970er und 1990er Jahren ein erheblicher Anstieg der Finanzierung von NGO-Projekten beobachten:

The funds allocated through NGOs [Nichtregierungsorganisationen, Anm. d. Verf.] have risen substantially over recent decades, and between 1970 and 1990 grants by northern NGOs

to projects and programmes in developing countries rose from just over US Dollar 1 billion to US Dollar 5 billion [...]. In the 1990s the role of funding through NGOs has been promoted and will be increasing. At the 1995 Social Summit Al Gore stated that USAID [Amerikanische Behörde für Entwicklungszusammenarbeit, Anm. d. Verf.] would allocate 40 per cent of its aid through NGOs over the next five years [...] (Koivusalo und Ollila 1997: 98).

Mit den "Millenium Development Goals" der Vereinten Nationen, die im Jahre 2000 verabschiedet werden, wird Gesundheit erneut als bedeutender Teil der Entwicklungspolitik aufgewertet. Drei der acht Entwicklungsziele haben einen gesundheitspolitischen Fokus: (1) Reduzierung der Kindersterblichkeit, (2) bessere Gesundheitsversorgung von Schwangeren und Müttern und (3) Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten (Ollila 2005: 2). Im Zusammenhang mit den MDGs wird ein Projekt initiiert, das von dem renommierten Ökonomen Jeffrey Sachs geleitet wird und zum Ziel hat, die Politik nicht nur der Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen (UN - United Nations), sondern das gesamte UN-System auf die MDGs auszurichten (Ebd.). Dass die entwicklungspolitischen Trends auch den gesundheitspolitischen Diskurs beeinflussen, wird beispielsweise daran deutlich, dass es ab 2000 für die Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die mit ihren Leitlinien nicht zufrieden sind, möglich wird, eine stärkere Ausrichtung an den "Millenium Development Goals" zu fordern (Ollila 2005: 2). Für die globale Gesundheitspolitik bedeutet das zu dem Zeitpunkt jedoch eine wesentliche Einengung des bis dahin sehr breit angelegten gesundheitspolitischen Fokus (Ebd.; vgl. Abschnitt 4.3.2).

4.3 Etappen der diskursiven Entwicklung

Im Kontext der eben skizzierten diskursiven Horizonte kommt es auch in der globalen Gesundheitspolitik zu bedeutenden Veränderungen. Als Startpunkt

einer neuen Denkweise im globalen gesundheitspolitischen Diskurs wird gemeinhin die internationale Konferenz von Alma Ata von 1978 betrachtet, die von WHO und UNICEF ausgerichtet wird. Ebenfalls in den ausgehenden 1970er Jahren beginnen zunächst vereinzelte Ökonomen, mit der Zeit jedoch so einflussreiche Organisationen wie die Weltbank und UNICEF, die Deklaration von Alma Ata zu hinterfragen und ihren Postulaten gesundheitsökonomisch fundierte Konzepte der Gesundheitspolitik gegenüberzustellen.

4.3.1 Anfängliche Opposition: "Primary" versus "Selective Health Care"

Die Deklaration von Alma Ata: *Primary Health Care* und "Gesundheit für alle"

Primäre Gesundheitsversorgung ist unbedingt notwendige Gesundheitsbetreuung auf der Grundlage praktischer, wissenschaftlich fundierter und gesellschaftlich akzeptierter Methoden und Technologie, die dem einzelnen und Familien in der Gemeinschaft durch deren volle Mitwirkung und zu Kosten universell zugänglich gemacht wird, die sich die Gemeinschaft und das Land auf jeder Stufe ihrer Entwicklung im Geiste der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung leisten können. Sie ist wesentlicher Bestandteil sowohl des Gesundheitssystems des Landes, dessen zentrale Aufgabe und Hauptschwerpunkt sie ist, als auch der sozialen und wirtschaftlichen Gesamtentwicklung der Gemeinschaft. Sie ist die erste Berührungsebene des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft mit dem nationalen Gesundheitssystem, indem sie gesundheitliche Betreuung so nahe wie möglich an die Wohnstätten und Arbeitsplätze der Menschen heranzuführt, und bildet den ersten Grundbestandteil eines kontinuierlichen Prozesses der gesundheitlichen Betreuung (World Health Organization und UNICEF 1978: Art. VI).

Bekannt geworden ist die Deklaration von Alma Ata vor allem wegen des gesundheitspolitischen Konzepts der Primären Gesundheitsversorgung (PHC

- primary health care) und der in ihrem Gefolge formulierten WHO-Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000", deren Ziel "die Erreichung eines Gesundheitsniveaus für alle Völker der Welt bis zum Jahre 2000 [ist, Anm. d. Verf.], das ihnen die Führung eines sozial und wirtschaftlich produktiven Lebens ermöglicht" (Ebd.: Art. V).

Im Grunde stellt die Deklaration von Alma Ata zunächst einmal eine Reaktivierung der WHO-Definition von Gesundheit als Menschenrecht dar, deren realpolitische Umsetzung sie fordert. Im Gefolge der WHO-Definition von 1946 wird Gesundheit auch in der Deklaration von Alma Ata als Menschenrecht aufgefasst, das in höchstem Maße für alle Menschen der Welt gefordert wird. Dabei wird auch das subjektive Gesundheitsverständnis vertreten, das sich aus der Umdeutung von Gesundheit als Wohlbefinden ergibt, nämlich Gesundheit als "ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich des Freiseins von Krankheit oder Gebrechen" (Ebd.: Art. I). Neu ist die Forderung nach einer Gesundheitspolitik, die mit diesem Gesundheitsverständnis konform sei: Eine adäquate Gesundheitsversorgung komme laut der Deklaration nicht darum herum, "neben dem Gesundheitssektor alle verwandten Sektoren und Aspekte der gesamtstaatlichen und Gemeinschaftsentwicklung [...], insbesondere Ackerbau, Viehzucht, Ernährung, Industrie, Erziehung, Wohnungswesen, öffentliches Bauwesen, Nachrichten- und Verkehrswesen und andere Sektoren" (Ebd.: Art. VII) einzubeziehen. Neu ist auch das gesundheitspolitische Konzept der Primären Gesundheitsversorgung, das im obigen Ankerzitat definiert wird, und letzten Endes darauf abzielt, das Gesundheitssystem möglichst bürgernah auszurichten und auf diesem Wege die in den 1970er Jahren von vielen Seiten geforderte Selbstbestimmung und Selbsthilfe des "Laiensystems" (siehe Abschnitt 4.2.1) zu ermöglichen. Mit der Deklaration von Alma Ata wird den Menschen Ende der 1970er Jahre nicht nur ein Recht auf Gesundheit zugestanden, sondern auch das Recht - und die Pflicht - "einzeln und in der Gemeinschaft an der Planung und Verwirklichung ihrer Gesundheitsversorgung mitzuwirken" (Ebd.: Art. IV). Die "Fähigkeit von Gemeinschaften zur Mitwirkung" (Ebd.: Art. VII) wird zu dem Zeitpunkt gar nicht vorausgesetzt,

ihre Entwicklung jedoch mit Hilfe von "geeigneter Erziehungsarbeit" (Ebd.) als machbar und wünschenswert erachtet.

Die Verantwortung für eine so verstandene Gesundheitssicherung und die Umsetzung des Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" wird zwar den Regierungen übertragen (Ebd.: Art. V). Neben Regierungen werden aber auch internationale Organisationen und die "Weltgemeinschaft insgesamt" (Ebd.) dazu aufgerufen, "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" zu ihrem sozialen Hauptziel machen.

Die WHO und die Umsetzung der Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000"

Das Postulat der Primären Gesundheitsversorgung, das die WHO 1978 in Alma Ata zusammen mit UNICEF vorstellt, bedeutet für die Organisation eine erhebliche Trendwende und geht auf das Scheitern einer Politik zurück, die Mitte der 1970er Jahre zunehmend in die Kritik gerät. Bis dahin wurde die gesundheitspolitische Ausrichtung der WHO als stark krankheitsorientiert eingestuft. Die Organisation wurde vor allem von medizinischen Professionen dominiert (Koivusalo und Ollila 1997). Infolge der Deklaration von Alma Ata entwickelt die WHO eine neue Strategie: Nicht mehr die Bekämpfung einzelner Krankheiten wie beispielsweise Malaria steht im Vordergrund, sondern "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000". Die Strategie soll der Konkretisierung der Hauptziele und Maßnahmen dienen, die sich hinter der abstrakten Leitidee "Gesundheit für alle" verbergen. Die Umsetzung der Strategie durch die Mitgliedsstaaten wird von der WHO evaluativ begleitet.

In den Jahren 1983-1996 werden insgesamt drei Monitorings (1983, 1988, 1994) und drei Evaluationen (1985, 1991, 1997) durchgeführt (vgl. Wysocki und Miller 2004: 148). Bereits die letzte Evaluation von 1997 deutet auf ein Abflachen der Anfangseuphorie hin. Die Übernahme der Leitung der WHO durch Gro Harlem Brundtland 1998 bedeutet schließlich ein faktisches Ende der Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000". Zumindest wird diese nicht mehr durch die WHO-Zentrale unterstützt. Auf regionaler Ebene wird die Strategie in dem Dokument des europäischen WHO-Büros "Gesundheit

21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert” (World Health Organization 1998) neu belebt, das in Abschnitt 4.3.3 vorgestellt wird.

UNICEF und die Abwendung von “Primary Health Care”

Die Deklaration von Alma Ata geht auf eine Zusammenarbeit der WHO mit UNICEF zurück. Auch wenn die Arbeit von UNICEF (siehe Schlaglicht 3), das auf die Bedürfnisse von Kindern - insbesondere in Entwicklungsländern - ausgerichtet ist, als multisektoral zu betrachten ist, so genießen gerade die Errungenschaften der Organisation im Gesundheitssektor eine große Anerkennung.

Die formal vorgesehene Zusammenarbeit zwischen WHO und UNICEF, die 1948 mit dem *UNICEF/WHO Joint Committee on Health Policy* eingerichtet wurde, nimmt nach der Konferenz von Alma Ata stark ab. UNICEF engagiert sich seit den 1980er Jahren in der damals beginnenden globalen Debatte zur Gesundheitsfinanzierung, die im folgenden Abschnitt vorgestellt wird (Lee und Goodman 2002; Koivusalo und Ollila 1997: 52). Mit der sog. Bamako-Initiative, einem Projekt, das eine Verbesserung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Entwicklungsländern zum Ziel hat, nähert sich UNICEFs Gesundheitspolitik zunehmend den Postulaten der Weltbank an (Koivusalo und Ollila 1997: 54). Die WHO wird zunächst gar nicht über die Inhalte informiert. Obwohl sich die WHO schlussendlich dem Projekt anschließt, gilt das Verhältnis zwischen UNICEF und WHO Ende der 1980er Jahre als angespannt (Koivusalo und Ollila 1997: 53f.). Seit den ausgehenden 1980er Jahren verstärkt UNICEF seine Zusammenarbeit mit Nichtregierungsorganisationen (Koivusalo und Ollila 1997: 60), was auf die Beeinflussbarkeit des gesundheitspolitischen Felds durch die globalen Trends der Entwicklungspolitik hinweist, wie sie in Abschnitt 4.2.2 beschrieben werden.

Die globale Gesundheitsfinanzierungsdebatte

What is the nature of the new debate? [...] Although the subject of debate is health sector financing, it is not too much to claim that, in its most basic sense, the battle is still over the appropriate roles for private markets and

Die Arbeit des 1946 gegründeten UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) - eine Organisation der Vereinten Nationen - ist vor allem auf die Rechte und Bedürfnisse von Kindern ausgerichtet. Das oberste Organ, der UNICEF-Verwaltungsrat, besteht aus Delegierten der 36 nationalen Komitees aus Industrieländern. Er tritt drei bis vier Mal im Jahr zusammen, um die Leitlinien der globalen Programmarbeit festzulegen und über den Haushalt zu entscheiden. An seiner Spitze steht der Exekutivdirektor, der vom UN-Generalsekretär ernannt wird. Die Finanzen der Organisation bestehen zu einem Drittel aus Spenden und Erlösen und zu zwei Dritteln aus Regierungsbeiträgen. UNICEF arbeitet von derzeit 127 Länderbüros aus in über 150 Programmländern. Die Länderbüros werden von sieben Regionalbüros beaufsichtigt (UNICEF 2008: 33).

Schlaglicht 3: United Nations International Children's Emergency Fund

for government (Fein 1986: 165).

Das 1978 in Alma Ata formulierte Konzept der Primären Gesundheitsversorgung bleibt nur kurze Zeit unangefochten. Der an seiner Formulierung beteiligte UNICEF distanziert sich in den 1980er Jahren von den ursprünglichen Ideen, um sich einem anderen Diskurslager anzunähern, nämlich der Weltbank (siehe Schlaglicht 4) und dem Postulat von einer "selective health care". Das Konzept der Selektiven Gesundheitsversorgung geht aus einer globalen Gesundheitsfinanzierungsdebatte hervor, die sich mit Lee und Goodman (2002) zeitlich in drei Phasen unterteilen lässt: 1978-86, 1987-93 und 1994-2000.

In der ersten Phase ist eine relativ kleine Schar an Personen darum bemüht, Informationen über die Finanzierungs- und Ausgabenstruktur von Gesundheitssystemen zu sammeln. Mitte der 1980er Jahre werden erste, folgenreiche Arbeiten zum Thema Gesundheitsfinanzierung in Umlauf gebracht, die eine effizientere Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zum The-

ma haben und zu alternativen Finanzierungsmodellen aufrufen.¹⁰ Diskutiert werden darin Kategorien von Gesundheitsleistungen, für die die Patienten Nutzergebühren zahlen könnten. Diese Ideen des “cost-sharing” gehen mit der Idee Hand in Hand, den Gesundheitssektor für private Anbieter zu öffnen und generell mehr Marktmechanismen in die Gesundheitssysteme von Entwicklungsländern einzuführen (Lee und Goodman 2002: 100). Lee und Goodman (2002) zeigen, dass sich an dieser neuen Debatte insbesondere zwei intellektuelle Zentren beteiligen, Washington mit der Weltbank und USAID (United States Agency for International Development)¹¹ auf der einen Seite und London mit der London School of Economics, der London School of Hygiene and Tropical Medicine und der Liverpool School of Tropical Medicine auf der anderen Seite.

Außerhalb dieser zwei Zentren bleibt das globale Gesundheitsfeld in der Gesundheitsfinanzierungsdebatte weitgehend passiv. Die WHO ist in dieser Debatte laut Lee und Goodman (2002) bis Mitte der 1990er Jahre kein aktiver “Player“. Die Autorinnen führen dies einerseits auf die fehlende gesundheitsökonomische Expertise der WHO und andererseits auf ihre vergleichsweise geringen Finanzmittel zurück:

Despite its named role as a full partner, WHO and its regional organisations remained a relatively low-key player during this period. The organisation still had limited expertise in health economics, with the exception of Andrew Creese who began to build such expertise in the mid 1980s. This situation continued to be the case into the 1990s, in large part a reflection of WHO's lack of financial resources for health development comparable to the World Bank“ (Lee und Goodman 2002: 109).

In den Jahren 1987-93 nehmen die Veröffentlichungen zum Thema Gesundheitsfinanzierung rasant zu. Die Weltbank arbeitet laut Lee und Goodman

¹⁰Laut Lee und Goodman sind hier insbesondere die Working Paper der Weltbank *Paying for health services in developing countries: an overview* (de Ferranti 1985) und *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* (Akin 1987) zu nennen (vgl. Lee und Goodman 2002).

¹¹USAID ist die amerikanische Behörde für Entwicklungszusammenarbeit.

Die Weltbank ist 1944 zusammen mit dem Internationalen Währungsfond (IWF) aus den sog. Bretton Woods-Abkommen hervorgegangen. Offiziell gehört sie zu den Institutionen der Vereinten Nationen, wahrt jedoch sowohl eine inhaltliche als auch eine organisatorische Distanz. Relevant für das Stimmengewicht bei Entscheidungen der Weltbank ist die Höhe der angelegten Finanzmittel. Und so verfügen trotz steigender Mitgliederzahlen weiterhin die 10 reichsten Länder der Welt über 50 Prozent des Stimmengewichts. Obwohl die Weltbank sich in ihren "Articles of Agreement" ganz klar rein ökonomischen Gesichtspunkten verpflichtet und politische Beweggründe für ihr Handeln strikt ablehnt, hat sie sich seit den 1980er Jahren zunehmend Bereichen wie Gesundheit, Bildung oder Umwelt zugewendet, was unter anderem auf den Druck von Nichtregierungsorganisationen zurückgeführt wird (vgl. Koivusalo und Ollila 1997: 28f.; Münch 2008). Die auf den ersten Blick zentrale Aktivität der Weltbank ist die Vergabe von Krediten. Ihr politischer Einfluss ist jedoch keineswegs nur darin verankert, dass sie die Kreditvergabe an politische Auflagen bindet. Wie gerade am Beispiel der globalen Gesundheitsfinanzierungsdebatte deutlich wird, besteht ihr Einfluss auch in ihrer meinungsbildenden Kraft, die sie auf Forschungsarbeiten, Länderstudien und sektorspezifischen Analysen stützt (vgl. auch Koivusalo und Ollila 1997: 29).

Schlaglicht 4: World Bank

(2002) ganz eindeutig an ihrer gesundheitsökonomischen Expertise und der Stärkung ihres Einflusses auf die gesundheitspolitischen Reformdebatten. Dies kommt auch in der Rekrutierung zahlreicher Ökonomen aus amerikanischen Universitäten zum Ausdruck. Inhaltlich werden vor allem zwei Themen auf die Agenda gesetzt: (1) Priorisierung von Gesundheitsleistungen und (2) öffentliche versus private Gesundheitsfinanzierung. Im Zuge der 1980er Jahre wird die relativ eng gefasste Diskussion zur Gesundheitsfinanzierung in eine breite Diskussion über "gute" Gesundheitspolitik überführt. Welch großen Stellenwert Gesundheitspolitik seitdem für die Weltbank einnimmt, kommt in dem Weltentwicklungsbericht von 1993 zum Ausdruck, der erstmalig dem Schwerpunkt Gesundheit gewidmet ist (Lee und Goodman 2002).

Die Weltbank und der Weltentwicklungsbericht von 1993: "Selective Health Care"

Too often, government policy has concentrated on providing as much health care as possible to as many people as possible, with too little attention to other issues (World Bank 1993: 59).

Infolge ihres gezielten Aufbaus gesundheitsökonomischer Expertise entwickelt sich die Weltbank im Ausgang des 20. Jahrhunderts zur schärfsten Konkurrentin der WHO im globalen Feld der Gesundheitspolitik.

Der Weltentwicklungsbericht von 1993 mit dem Titel "Investing in Health" (World Bank 1993) problematisiert die staatliche Gesundheitsversorgung. Im Kern werden vier Probleme definiert, für die erste Lösungsansätze angeboten werden: (1) *Fehlallokation*, (2) *Ungerechtigkeit*, (3) *Ineffizienz* und (4) *Kostenexplosion* (Ebd.: 4).

In der Konzeption der Weltbank steht staatliche Gesundheitspolitik im Grunde für die Steuerung von Gesundheitsinterventionen. Als Nutzenmaximierer müsse der Staat dabei stets das Ziel "value for money" verfolgen (Ebd.: 59). Das handlungsleitende Kriterium ist die Kosteneffizienz, die sich aus dem Quotient aus Kosten und Grenznutzen einer Gesundheitsintervention ergibt

(Ebd.: 60). Der Staat soll sein Geld in *die* Gesundheitsinterventionen investieren, die den größten *Zusatz*nutzen und damit die größte gesellschaftliche Wohlfahrt stiften. Nun seien die globalen Gesundheitsausgaben und damit auch das Potential, diese ineffizient und ungerecht zu verwenden, sehr hoch, so das Argument der Weltbank (Ebd.: 39). Für die Erfassung der durch Fehlallokation und Ineffizienz entstehenden weltweiten Gesundheitsverluste schlagen die Autoren des Berichts einen neuen Indikator vor, den sog. "Global Burden of Disease", der in Einheiten von krankheitsfreien Jahren, sog. DALYs, "Disability-Adjusted Life Years", gemessen werden soll (Ebd.: 39).

Um die bisherige *Fehlallokation* zu korrigieren, müsse sich die Gesundheitspolitik der Zukunft auf die Reduzierung der DALYs konzentrieren, dabei jedoch stets das Kosten-Nutzen-Kalkül im Auge behalten. Da die Mittel für Gesundheit begrenzt seien, sei es wichtig, selektiv vorzugehen und Prioritäten zu setzen: Priorität haben sollen Maßnahmen, die mit möglichst geringen Kosten möglichst viele DALYs reduzieren. Das seien vor allem Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung wie Impfungen (Ebd.: 61), gesundheitsfördernde Umweltpolitik sowie die Förderung gesundheitsfreundlicher Lebensstile (Ebd.: 72ff.). Klinische Versorgung sei nur auf einem Basisniveau gerechtfertigt, weil sie im Unterschied zu Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit, die größeren Bevölkerungsgruppen zu Gute komme, vor allem die individuelle Nachfrage befriedige und in den meisten Gesundheitssystemen auch von den Wohlhabenden genutzt werde, die staatliche Unterstützung nicht nötig hätten. Anstatt in umfassende Gesundheitsversorgung, Spezialisten und fortgeschrittene Technologien zu investieren, sollte der Staat daher die Gelder in eine möglichst flächendeckende Basisversorgung, einfachere Gesundheitseinrichtungen und Allgemeinärzte bzw. nicht-ärztliches Personal umleiten (Ebd.: 108ff.). Über den Bereich der Basisversorgung und -förderung hinaus, die auf die jeweiligen nationalen Gesundheitsbedürfnisse und finanziellen Kapazitäten zugeschnitten werden sollten, werden die Staaten dazu aufgefordert, Gesundheitsleistungen gänzlich an den Privatsektor zu delegieren, von dem man sich mehr *Effizienz* verspricht (Ebd.: 8-10). Eine vollständige Delegierung des Gesundheitswesens an den Privatsektor sei aufgrund seiner Besonderheiten - öffentliche Güter, Externalitäten, Marktver-

sagen (v.a. Informationsasymmetrien und “moral hazard”) -, nicht sinnvoll: Da Gesundheit von den meisten Ländern als Menschenrecht anerkannt werde (Ebd.: 5) und signifikant mit Wirtschaftswachstum korreliere (Ebd.: 35), sei es wichtig, auch den Bedürftigsten den Zugang zu Gesundheit zu ermöglichen und die bestehende *Ungerechtigkeit* zu reduzieren, was ein privater Markt nicht leisten würde, weshalb staatliche Interventionen gerechtfertigt seien (Ebd.: 5).

Für den Bereich, den sie selbst verantworten, werden die Staaten dazu aufgefordert, neben der Reallokation ihrer Gesundheitsausgaben vor allem auch die Finanzierung und Bereitstellung der Gesundheitsleistungen zu überprüfen. Im Bereich der Finanzierung empfiehlt der Bericht, private bzw. soziale Krankenversicherungen einzurichten, die den Bereich der Gesundheitsversorgung abdecken, der über die staatlich finanzierte Basisversorgung hinausgeht. Die Bereitstellung der Gesundheitsleistungen sollte möglichst diversifiziert und einem stärkeren Wettbewerb ausgesetzt werden (Ebd.: 11-13). Die Gesundheitsreformen sollten darüber hinaus grundsätzlich von einer Wirtschafts- und Bildungspolitik begleitet werden, die die Haushalte in ihrer Fähigkeit stärkt, selbst für ihre Gesundheit zu sorgen (Ebd.: 7).

Um die *Kostenexplosion* der wohlhabenderen Länder in den Griff zu bekommen, wird ihnen empfohlen, ihre Gesundheitsausgaben einzufrieren. Die Behandlung der dort dominierenden nicht ansteckenden altersbedingten Krankheiten sei sehr teuer und leiste nur einen geringen Beitrag zur Steigerung der *gesellschaftlichen* Wohlfahrt (Ebd.: 64).¹² Für eine weitere Steigerung des Gesundheitsnutzens müssten diese Länder folglich unproportional hohe Kosten aufwenden, die laut Weltbank das Staatsbudget sprengen würden

¹²In dem Konzept der Weltbank werden der Behandlung ansteckender Krankheiten mehr DALYs zugeschrieben als der Behandlung nicht ansteckender Krankheiten, weil mit ihrer Hilfe größeren Bevölkerungsgruppen geholfen werden kann. Im Falle nicht ansteckender altersbedingter Krankheiten wird im Regelfall nur einer einzigen Person geholfen. Da diese Person im Falle einer altersbedingten Krankheit darüber hinaus auch noch alt ist, erhält diese Art von Gesundheitsversorgung ebenfalls vergleichsweise weniger DALYs, da alte Menschen auch bei einer kulturell bedingt hohen Lebenserwartung nach einer Behandlung weniger krankheitsfreie Lebensjahre erwarten als junge Menschen, die noch ein ganzes Leben vor sich haben.

(Ebd.: 67f.). In anderen Worten: Der *Zusatz*nutzen jeder weiteren Gesundheitsintervention in diesem Bereich übersteigt die *zusätzlichen* Kosten, was zu Wohlfahrtsverlusten führt und daher zu unterlassen ist.

Zwischenreflexion: Globale Gesundheitspolitik zwischen Entgrenzungs- und Begrenzungsversuchen

Eine Gegenüberstellung der zentralen Postulate der Deklaration von Alma Ata von 1978 und des Weltentwicklungsberichts von 1993 lässt die zwei Dokumente als Ausdruck einer diametralen Diskursopposition erscheinen, die bereits beim Gesundheitsverständnis beginnt und die gesamte Ausgestaltung der jeweils geforderten Gesundheitspolitik umfasst. In Tabelle 4.1 werden diese Unterschiede zwischen den zwei Dokumenten gegenübergestellt:

Gesundheits-	Deklaration von Alma Ata	Weltentwicklungsbericht 1993
-verständnis	Menschenrecht	Humankapital
-definition	umfassendes Wohlbefinden	Abwesenheit von Krankheit
-indikator	subjektives Empfinden	DALY (krankheitsfreie Lebensjahre)
-determinanten	sozial	sozial
-politik	multisektoral	selektiv
-politischer Fokus	individuelle	öffentliche
Fokus	Gesundheit	Gesundheit
-politische Zielgruppe	alle Menschen der Welt	Regionen mit hohem DALYs-Potential
-politisches Ziel	höchstmögliches Maß an Gesundheit	höchst mögliche Kosteneffizienz
-verantwortung	Staat	Staat, Markt, Individuum
-paradigma	Versorgung und Förderung	Förderung

Tabelle 4.1: Anfängliche Diskursopposition. Quelle: Eigene Darstellung.

Dabei liest sich die Deklaration von Alma Ata wie eine Entgrenzungsstrategie, der Weltentwicklungsbericht von 1993 hingegen, wie ein Versuch, diese

zu begrenzen, wobei mit dieser Interpretation keineswegs eine intentionale Reaktion des einen auf den anderen Text unterstellt werden soll.

Worin besteht die Entgrenzungsstrategie der Deklaration von Alma Ata?

- Erstens wird mit der breiten Gesundheitsdefinition der WHO das Gesundheitsverständnis entgrenzt: Gesundheit soll nicht mehr als die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen, sondern als "ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens" (World Health Organization und UNICEF 1978) verstanden werden (*entgrenzte Gesundheitsdefinition*).
- Zweitens wird gefordert Gesundheitspolitik multisektoral zu gestalten, also über die klassische Fokussierung auf die Gesundheitssysteme hinaus alle anderen Politikbereiche in die Gesundheitsverantwortung mit einzubeziehen und neben dem Gesundheitssystem auch das "Laiensystem" stärker in den Blick zu nehmen (*entgrenzte Gesundheitspolitik*).
- Drittens wird mit dem Postulat, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist, der Anspruch auf Gesundheitsleistungen universalisiert (*entgrenzte Zielgruppe*).
- Viertens wird schließlich ein *absolut* höchstmögliches Maß an Gesundheit angestrebt (*entgrenzter Umfang*).

Der Weltentwicklungsbericht der Weltbank von 1993 wirkt dem gegenüber wie ein Begrenzungsdiskurs, der diesen stark entgrenzten Vorstellungen den Riegel des Kosten-Nutzen-Kalküls vorschiebt.

Die Begrenzungsstrategie kommt im Weltentwicklungsbericht von 1993 vor allem in den folgenden Punkten zum Ausdruck:

- Erstens stützt sich der eigens entwickelte Indikator für Gesundheitsnutzen - DALY - auf die krankheitsfreien Lebensjahre. Gesundheit wird hier auf die Abwesenheit von Krankheit begrenzt.
- Zweitens wird eine Begrenzung staatlicher Gesundheitspolitik auf selektive Gesundheitsinterventionen nach dem Nützlichkeitskalkül postuliert. Damit wird zwischen zu fördernden und zu vernachlässigenden Gesundheitsinterventionen unterschieden.

- Drittens wird empfohlen, die staatlichen Gesundheitsinterventionen auf bestimmte Zielgruppen zu begrenzen (sog. "targeting"). Das wären zum einen die Bedürftigsten, zum anderen Menschen mit einem hohen DALYs-Potential (v.a. junge Menschen mit ansteckenden Krankheiten).
- Viertens wird ein *relativ* hoher Gesundheitsnutzen angestrebt. Gesundheitspolitik habe keineswegs zum Ziel, *alle* Krankheiten zu beseitigen. Staatliche Gesundheitsinterventionen sollen derart begrenzt werden, dass die zusätzlichen Kosten einer Gesundheitsintervention den zusätzlichen Gesundheitsnutzen nicht übersteigen.

Dass die zwei Texte und die in ihnen vorgetragenen Konzepte auch zur Zeit ihrer Entstehung als entgegengesetzt und in ihren jeweiligen Forderungen als radikal betrachtet wurden, geht aus dem Weltgesundheitsbericht von 2000 hervor, in dem die WHO explizit darum bemüht ist, einen Mittelweg zwischen den zwei Extrempositionen herauszuarbeiten.

4.3.2 "Neuer Universalismus" als goldener Mittelweg?

Während der oben rekonstruierte Entgrenzungsdiskurs, dessen zentrales Sprachrohr auf globaler Ebene zumindest für kurze Zeit die WHO darstellt, ab den 1970er Jahren das Konzept der Primären Gesundheitsversorgung und die Strategie "Gesundheit für alle" hervorbringt, die sich zum Ziel setzt, Gesundheit als Menschenrecht weltweit umzusetzen, widmet sich der Begrenzungsdiskurs, dessen Postulate weitgehend in den Arbeiten der Weltbank zum Ausdruck kommen, zu dem Zeitpunkt vor allem Fragen effizienter Gesundheitsfinanzierung.

Es ist nicht so, als würde sich die Konferenz von Alma Ata keine Gedanken zur Gesundheitsfinanzierung machen. In der Deklaration von Alma Ata (World Health Organization und UNICEF 1978) herrscht noch die traditionelle Einstellung vor, "that PHC [Primary Health Care, Anm. d. Verf.] should

be funded by public financing” (Lee und Goodman 2002: 109). Statt Effizienz steht hier die soziale und ökonomische ”Entwicklung im Geiste sozialer Gerechtigkeit“ (World Health Organization 1998: Art. V) im Vordergrund.

Wie bereits skizziert wurde, wendet sich UNICEF relativ bald von dem Postulat einer primären Gesundheitsversorgung für alle ab. Auch die WHO versucht sich ab den 1990er Jahren von einem “‘full menu’ health policy approach” zu distanzieren und einer stärkeren Priorisierung zuzuwenden, gerät damit aber in heftige Kritik. Laut Koivusalo und Ollila verliert die Organisation in den 1990er Jahren ihre Autorität im Bereich Gesundheit zunehmend an die Weltbank, die mit der Erscheinung des Weltentwicklungsberichts von 1993 “Investing in Health” als führende Organisation im globalen Feld der Gesundheit anerkannt wird (vgl. Koivusalo und Ollila 1997: 18).¹³ Anfang der 1990er Jahre scheint es, als hätte das globale Feld der Gesundheit seine Arbeit nach Spezialgebieten aufgeteilt: Der WHO wird vor allem Expertise im Bereich biomedizinischer und klinischer Angelegenheiten zugesprochen. Die wichtigen Rollen im Bereich der Politikanalyse, Gesundheitsökonomik, -planung und -management werden der Weltbank, UNICEF und der Europäischen Union zugeschrieben (Koivusalo und Ollila 1997: 18).

Die zweite Hälfte der 1990er Jahre ist durch eine zunehmende Politisierung der WHO gekennzeichnet. Untersucht man ihr Verhältnis zur Weltbank, so lassen sich ab Mitte der 1990er Jahre - und damit in der dritten der von Lee

¹³Der Weltentwicklungsbericht der Weltbank von 1993 wird jedoch nicht nur gefeiert. Von seinen Kritikern wird “Investing in health” als Ausdruck neoliberaler Ideologie kritisiert, die nur darauf abziele, die Rolle des Staates in der Gesundheitspolitik - sowohl öffentlicher Gesundheit als auch klinischer Gesundheitsversorgung - zu minimieren. Der Bericht würde einen Großteil gesundheitlicher Verantwortung auf den Einzelnen abwälzen und die Verantwortung von Unternehmen als Krankheitsverursachern verschleiern, so die Kritiker. Trotz der beschönigenden Rhetorik von der Beseitigung der Armut, der Ermächtigung der Haushalte sowie einer gerechteren und effizienteren Gesundheitsversorgung trage der Bericht vor allem dazu bei, Gesundheit in den Kategorien des Marktes umzudeuten und den Marktkräften auszusetzen, was im Ergebnis dazu führe, dass schwächere Staaten in ein globalisiertes Wirtschaftssystem hineingezogen werden, das von großen multinationalen Unternehmen regiert werde (vgl. Koivusalo und Ollila 1997: 40).

und Goodman (2002) identifizierten Phase - deutliche Zeichen einer Annäherung der Positionen erkennen. Während die Weltbank einen Paradigmenwechsel verkündet, "der als 'Post-Washington-Consensus' einen neuen Abschnitt entwicklungspolitischer Zusammenarbeit" und eine "Anpassung mit menschlichem Antlitz" einleiten soll (Burchardt 2004) (vgl. Abschnitt 4.2.3), erfährt die WHO einen Führungswechsel, der auch einen grundlegenden Politikwechsel zur Folge hat. 1998 übernimmt Gro Harlem Brundtland die Generaldirektion der WHO in Genf und stellt ein neues Team zusammen, das über einschlägige gesundheitsökonomische Expertise verfügt und teilweise auch an dem Weltentwicklungsbericht der Weltbank von 1993 beteiligt war. Darüber hinaus werden mehrere neue Initiativen gestartet wie das *Forum on Health Sector Reform*, die *Alliance for Health Policy and Systems Research* sowie die *WHO Commission on Macroeconomics and Health* (Lee und Goodman 2002: 111f.). Der Weltgesundheitsbericht von 2000 (World Health Organization 2000) wird gemeinhin als der erste tatsächlich politische Beitrag der WHO zum globalen gesundheitspolitischen Reformdiskurs bewertet (vgl. Lepperhoff 2004). Mit dem Paper der *WHO Commission on Macroeconomics and Health* "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development" (World Health Organization 2001) beteiligt sich die Organisation auch an der Debatte zum Thema Gesundheit und Ökonomie.

Die Abwendung der WHO vom Konzept der Primären Gesundheitsversorgung zeichnet sich zwar bereits in den 1990er Jahren ab, explizit kommt sie jedoch zum ersten Mal in dem Weltgesundheitsbericht von 2000 zum Ausdruck, der sich dem Thema Leistungssteigerung im Gesundheitswesen widmet und damit gänzlich neue Prioritäten setzt.

Der Weltgesundheitsbericht 2000: Die Vermessung der Gesundheitssysteme und "Neuer Universalismus"

Today in most countries the role of the state in relation to health is changing. People's expectations of health systems are greater than ever before, yet limits exist on what governments can finance and on what services they can deliver. Governments cannot stand still in the face of rising demands. They

face complex dilemmas in deciding in which direction to move: they cannot do everything (World Health Organization 2000: 119).

Wie bereits angesprochen wurde, grenzt sich die WHO mit dem Weltgesundheitsbericht 2000 von dem 1978 deklarierten Konzept der Primären Gesundheitsversorgung ab. Das macht sie auch ganz explizit. Das Konzept wird hier als weitgehend gescheitert dargestellt. Es sei zu unkonkret gewesen, habe zu viele Bedeutungen in sich vereinen wollen. In der Umsetzung wurde vielerorts eine "primitive" anstelle einer "primären" Gesundheitsversorgung erreicht (World Health Organization 2000: 15). Als Hauptproblem des Ansatzes wird seine Orientierung an vermeintlichen *Bedürfnissen* anstelle der tatsächlichen *Nachfrage* nach Gesundheitsversorgung herausgestellt - ein erstes Indiz für die Übernahme des gesundheitsökonomischen Jargons:

The approach emphasized in the primary health care movement can be criticized for giving too little attention to people's *demand* for health care, which is greatly influenced by perceived quality and responsiveness, and instead concentrating almost exclusively on their presumed *needs* (Ebd.).

Das zweite Indiz für die Annäherung an den Begrenzungsdiskurs ist die Übernahme der Vorstellung begrenzter Möglichkeiten des Staates, worin das zweite grundlegende Problem einer umfassenden Gesundheitsversorgung gesehen wird. Laut Weltgesundheitsbericht 2000 wachse die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stetig (Ebd.: 7), der Spielraum des Staates nehme hingegen ab - was auf die großen politischen und ökonomischen Umwälzungen seit den 1980er Jahren zurückgeführt wird, im Zuge derer sich die Rolle des Staates grundlegend gewandelt habe (Ebd.: xiv; vgl. Abschnitt 4.2.2). Angesichts der wachsenden Erwartungen der Bevölkerung und der immer engeren Grenzen des Staates könne man nicht beides erwarten: Gesundheit für alle *und* höchstmögliche Gesundheit. Das Ziel zukünftiger Gesundheitspolitik, so der Weltgesundheitsbericht 2000, könne keine totale *Entgrenzung* im Sinne einer höchstmöglichen Gesundheit für alle sein, womit auf die Postulate der Alma-Ata-Konferenz von 1978 angespielt wird. Das, was der "classical universalism" postulierte, "the concept of free access to all kinds of health care for

all“ (Ebd.: 16), entspreche nicht mehr der heutigen Realität. Realistische Politikvorschläge für die gegenwärtige Gesundheitspolitik “acknowledge the constraints governments face“ (Ebd.: xiv). Das Ziel könne aber auch nicht in einer totalen *Begrenzung* im Sinne einer minimalen Grundversorgung für die Bedürftigsten bestehen, wie es im Weltentwicklungsbericht der Weltbank von 1993 postuliert wurde. Auch die Option, eine *umfassende* Gesundheitsversorgung für *einige* anzubieten, sei nicht akzeptabel (Ebd.: xiii). Das Ziel müsse zwischen dem “classical universalism“ und dem “targeting“ in einem “neuen Universalismus“ bestehen, im Sinne einer

high quality delivery of essential care, [...], for everyone, rather than all possible care for the whole population or only the simplest and most basic care for the poor (Ebd.: 15).

Um dieses Ziel angesichts der begrenzten Möglichkeiten des Staates zu erreichen, bleibe nur ein Weg: Innerhalb der gegebenen Grenzen das Maximum an Möglichkeiten auszuschöpfen und das beste und gerechteste Gesundheitssystem mit den jeweils zur Verfügung stehenden Ressourcen zu etablieren (Ebd.: xiv). Um ihre Mitgliedsländer auf diesem Weg zu unterstützen, erarbeitet die WHO ein Rahmenkonzept zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen (HSPA - *health systems performance assessment*), das den Kern des Weltgesundheitsberichts 2000 ausmacht. Anhand von fünf eigens erstellten Leistungsindikatoren werden die Erfolge der zu dem Zeitpunkt 191 Mitgliedsländer im Gesundheitswesen gemessen und mit Hilfe eines übergeordneten Effizienzindicators ins Verhältnis zu den Inputs gesetzt, so dass erkennbar wird, was man mit den Inputs hätte erreichen können (vgl. Ebd.; World Health Organization 2002: 108ff.).¹⁴ Viele Länder schöpften ihr Leistungspotential nicht aus (Ebd.: viii),¹⁵ so das Ergebnis der WHO. Daher

¹⁴Auf den Europäischen Gesundheitsbericht (2002) wird an dieser Stelle zurückgegriffen, um eine möglichst getreue Übersetzung des HSPA-Rahmenkonzepts wiederzugeben, das dem Europäischen Gesundheitsbericht ebenfalls zugrundeliegt. Dieser ist unter anderem auch in einer deutschen Version erschienen, was dabei hilft, unter Umständen unpräzise Übersetzungen aus dem Englischen zu vermeiden.

¹⁵Selbst Gesundheitssysteme mit relativ hohen Gesundheitsausgaben, so das Argument, sind nicht zwangsläufig leistungsfähig, oder zumindest nicht so leistungs-

sei es höchste Zeit, die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme systematisch zu messen und Verbesserungspotentiale aufzuzeigen.

Die fünf Leistungsindikatoren des HSPA-Rahmenkonzepts¹⁶ werden aus drei gesellschaftlichen Zielen abgeleitet, die ein Gesundheitssystem laut dem Weltgesundheitsbericht 2000 zu erfüllen habe:

1. Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung (Niveau und Verteilung),
2. Verbesserung der Reaktionsfähigkeit bzw. Verbraucherorientierung (Grad und Verteilung) im Hinblick auf die legitimen Erwartungen der Bevölkerung,
3. Sicherung der Finanzierungsgerechtigkeit im Gesundheitssektor (World Health Organization 2002: 108).

Methodisch wird auf ökonometrische Verfahren zurückgegriffen, "wie sie bereits seit vielen Jahren in anderen Wirtschaftssektoren Verwendung finden" (Ebd.: 141).

Dass die WHO ausgerechnet die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen in den Fokus nimmt, kann als dritter Anhaltspunkt für eine Annäherung an den Begrenzungsdiskurs betrachtet werden. Die Anschlussfähigkeit an ihre ursprüngliche Verortung im Entgrenzungsdiskurs, hier insbesondere an das Postulat von den sozialen Determinanten von Gesundheit und die Forderung nach einer multisektoralen Gesundheitspolitik wird über eine breite Definition des Gesundheitssystems angestrebt. Im Weltgesundheitsbericht 2000

fähig, wie sie es prinzipiell sein könnten: "This report finds that many countries are falling far short of their potential [...]. There are serious shortcomings in the performance of one or more functions in virtually all countries (World Health Organization 2000: xiv).

¹⁶Die fünf Leistungsindikatoren sind: 1. Gesundheitsniveau, 2. Verteilung der Gesundheit, 3. Grad der Verbraucherorientierung, 4. Verteilung der Verbraucherorientierung, 5. Finanzierungsgerechtigkeit (World Health Organization 2000: 27). Die Gesamtzielerreichung wird anhand der gewichteten Summe der Punkte gemessen, die die Länder in den fünf Einzelindikatoren erreicht haben (vgl. World Health Organization 2002: 108f.). Bei den Schätzungen wird auf ökonometrische Verfahren zurückgegriffen (Ebd.: 141).

wird das Gesundheitssystem als “all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health” (World Health Organization 2000: 5) definiert. Und damit wird es dem Weltgesundheitsbericht möglich - als Replik auf die von Illich ausgerufene (Illich 1979) ”Krise der Medizin“ (vgl. Abschnitt 4.2.1) - zu bestreiten, dass das Gesundheitssystem kaum zähle: “health systems *are* valuable and important“ (Ebd.: 11). Trotz der berechtigten Kritik der gegenwärtigen Medizin seien die gesundheitlichen Errungenschaften schließlich auf die Entwicklung der Gesundheitssysteme zurückzuführen: “[T]he errors of the system diminish but do not offset the good it accomplishes” (Ebd.: 10).

Da die Gesundheitssysteme weltweit jedoch noch nicht so leistungsfähig sind, wie sie sein könnten, sei es höchste Zeit, aus den begrenzten Ressourcen das Maximum an Gesundheit herauszuholen. Die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu verbessern bedeute im Endeffekt, die begrenzten Ressourcen für die Gesundheitsinterventionen mit der höchsten Kosteneffizienz zu verwenden - ein vierter Anhaltspunkt für eine deutliche Annäherung an den Begrenzungsdiskurs. Das untere Zitat könnte genauso gut aus dem Weltentwicklungsbericht der Weltbank von 1993 stammen. Die Argumentation ist identisch:

To require the health system to obtain the greatest possible level of health from the resources devoted to it, is to ask that it be as cost-effective as it can be. This is the basis for emphasizing those interventions that give the most value for money, and giving less priority to those that, much as they may help individuals, contribute little per dollar spent to the improvement of the population's health (Ebd.: 52).

Auf die konkreten Empfehlungen des Weltgesundheitsberichts 2000 wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen, weil es in der vorliegenden Arbeit weniger um den Transfer konkreter Politikmodelle geht, denn um grundlegende Kulturmuster. Die gesundheitspolitische Vision, die der Weltgesundheitsbericht 2000 transportiert, wird weiter unten in den Kontext weiterer Texte aus den 2000er-Jahren gestellt, aus denen textübergreifend das gesundheitspolitische Modell der Gegenwart rekonstruiert wird. Zunächst jedoch einige

Sätze zu den diskursiven Reperkussionen des Weltgesundheitsberichts 2000. Mit den darin enthaltenen Empfehlungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen initiiert die WHO nämlich eine globale Beratungsoffensive, der sich in den Folgejahren weitere bedeutende Akteure des globalen Felds der Gesundheit anschließen.

Die Beratungsoffensive des globalen Felds...

Der Wunsch, wirkliche Fortschritte zu erzielen, und die Einsicht, dass die zur Durchführung von Veränderungen notwendige Informationsbasis erhebliche Lücken aufweist, haben auf politischer Ebene länderübergreifend den Willen zu gezielten internationalen Beziehungen entstehen lassen und die notwendige Unterstützung hierfür mobilisiert (OECD 2004: 3).

Der Weltgesundheitsbericht 2000 entfacht eine lebhafte Debatte. Der Grundgedanke der Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen findet zwar breiten Anklang. Viele Aspekte, insbesondere Methoden und Datenquellen, auf die sich die WHO in ihrem Länderrating stützt, werden jedoch auch unter den Anhängern des HSPA-Rahmenkonzepts zum Gegenstand heftiger Kritik. Um insbesondere die methodischen Aspekte ihres Rahmenkonzepts zu erhellen, organisiert die WHO in der Folge des Weltgesundheitsberichts 2000 einen mehrjährigen Konsultationsprozess für ihre Mitgliedsländer (vgl. World Health Organization 2002: 108).

Im selben Jahr verabschiedet die Europäische Union (EU) die Lissabon-Strategie, die sich zum Ziel setzt, die Wettbewerbsfähigkeit der EU "über sehr substantielle strukturelle Reformen der Gütermärkte, Arbeitsmärkte und sozialen Sicherungssysteme zu erhöhen" (Lamping 2007b: 287). Für die politische Koordination der "Modernisierung des Sozialschutzes" (Ebd.: 287f.) wird die Offene Methode der Koordinierung (OMK) herangezogen. Formal handelt es sich bei der OMK um ein freiwilliges und unverbindliches Prozedere, das zunächst eine Informations- und Lerninfrastruktur zur Verfügung stellt (Lamping 2007a: 12f.) und als "autonomieschonend[...] und gemeinschaftsverträglich[...]" dargestellt wird (Lamping 2007b: 287f.). Nach dem Rat von

Göteborg im Jahre 2001 - also kurze Zeit nach der Veröffentlichung des Weltgesundheitsberichts 2000 - wird auch Gesundheitspolitik in ihren Modus eingegliedert (vgl. Lamping 2007a: 12f.). Da es sich bei der Europäischen Union um eine Sonderform der internationalen Organisation handelt, werden die Auswirkungen ihrer Gesundheitspolitik auf nationalstaatliche Reformen in Abschnitt 4.4 noch ausführlicher behandelt.

Kurze Zeit nach der Veröffentlichung des Weltgesundheitsberichts von 2000 - im Jahre 2001 - ruft auch die OECD (siehe Schlaglicht 5) ein Gesundheitsprojekt ins Leben, das politische Entscheidungsträger dabei unterstützen soll, die Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme zu verbessern (OECD 2004: 3).

Ausgehend von fast einem Dutzend Studien zu diversen gesundheitspolitischen Themen werden Leitlinien für sechs Aktionsfelder erarbeitet, die politischen Entscheidungsträgern als Orientierung für die Gesundheitsreform dienen sollen (OECD 2004: 24).¹⁷ Gesundheitspolitik ist jedoch auch für die OECD eher Neuland. Bis in die 1980er Jahre hinein konzentriert sich die Arbeit der Organisation auf ökonomische Fragestellungen (Armingeon 2004: 226). Der internationalen Sozialpolitik widmet sie sich seit den 1990er Jahren. Im Bereich Gesundheitspolitik konzentriert sich die OECD inhaltlich vor allem auf die Entwicklung von Gesundheitssystemen. Im Kern besteht ihre Arbeit in der Sammlung relevanter Daten und der Durchführung komparativer Studien insbesondere zum Thema Kostensenkung im Gesundheitssektor sowie Implementierung von Gesundheitsreformen (Koivusalo und Ollila 1997: 90f.)

Neben internationalen Organisationen widmet sich auch die global agierende Unternehmensberatung McKinsey and Company dem Thema Gesundheitsreform. Das 1990 gegründete McKinsey Global Institute (MGI) - siehe Schlaglicht 6 -, seinem Selbstverständnis nach ein ökonomischer Think Tank, der

¹⁷ Die sechs Aktionsfelder sind: (1) Verbesserung von Gesundheitszustand und Gesundheitsergebnissen der Bevölkerung, (2) Förderung eines angemessenen und gerechten Zugangs zur Gesundheitsversorgung, (3) Steigerung der Kundenorientierung des Gesundheitssystems, (4) Gewährleistung tragbarer Kosten und nachhaltiger Finanzierungsmechanismen, (5) Steigerung der Effizienz der Gesundheitssysteme, (6) Verbesserung der Gesamtperformance von Gesundheitssystemen (OECD 2004: 24).

Die OECD wurde ursprünglich gegründet, um den Aufbau der Ökonomien ihrer Mitgliedsstaaten zu unterstützen. Mit der Zeit hat sie ihre Arbeit auch auf die Beziehungen zwischen Mitgliedsstaaten und bedeutenden Nicht-Mitgliedern sowie internationalen Organisationen ausgeweitet. Im Unterschied zu den internationalen Finanzorganisationen hat hier jedes Mitglied eine Stimme. Die Finanzierung hingegen bemisst sich nach der Größe des jeweiligen Landes und seiner Volkswirtschaft (Koivusalo und Ollila 1997: 90f.). Eines ihrer Hauptprodukte sind die OECD-Wirtschaftsberichte, die in regelmäßigen Länderstudien nationale Politikfelder vor dem Hintergrund internationaler "best practices" analysieren und darauf aufbauende Empfehlungen herausgeben. Das Selbstverständnis der Organisation beruht auf dem Willen, "best-practice"-Modelle zu verbreiten (Armington 2004: 226).

Schlaglicht 5: Organization for Economic Cooperation and Development

vor allem ökonomische und manageriale Expertise bündelt (vgl. McKinsey Global Institute 2006: 2), veröffentlicht 2006 "A Framework to Guide Health Care System Reform", das exemplarisch für die Beschreibung und Erklärung von vier Gesundheitssystemen herangezogen wird: Deutschland, Japan, Großbritannien und USA (McKinsey Global Institute 2006: 4).

Das "Framework" des MGI wird vom Institut selbst als Hilfswerkzeug für Entscheidungsträger begriffen. Um falsche Entscheidungen zu vermeiden, sollen sie mit Hilfe des "Frameworks" eine messbare Entscheidungsgrundlage bekommen. Das vom MGI entwickelte "Framework" soll dazu dienen, (1) die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems zu messen, (2) seine Verbesserungspotentiale zu erkennen und zu priorisieren und (3) (Reform-)Ziele festzulegen und die Fortschritte auf dem Weg der Zielerreichung zu messen (McKinsey Global Institute 2006: 5).

...und ihre gesundheitspolitische Vision: "Alle für Gesundheit"

"Virtual" health systems, [...], comprise many autonomous and semi-autonomous actors in different sectors of the economy, as well as those

Das 1990 gegründete McKinsey Global Institute betreibt praxisorientierte Forschung, um Unternehmen und Regierungen weltweit eigens entwickelte Stellungnahmen in ökonomischen Fragen anzubieten. Das explizite Bestreben des Instituts besteht darin, die Funktionsweise der globalen Wirtschaft zu vermitteln, die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und Regierungen zu erhöhen und schließlich auch Daten und Fakten für Entscheidungsträger auf nationaler und internationaler Ebene zu liefern. Jedes der Forschungsteams des MGI besteht aus jeweils 12 McKinsey-Beratern, die zu diesem Zweck sechs bis zwölf Monate lang ihre reguläre Kundenarbeit unterbrechen. Für die akademische Betreuung kooperiert das Institut mit führenden Ökonomen, unter anderem vom Institute of International Economics (McKinsey Global Institute 2006: 2).

Schlaglicht 6: McKinsey Global Institute

directly under the full authority of the ministry. The skills and strategies which have traditionally controlled public bureaucracies are inadequate for stewardship of contemporary health systems. Entrepreneurial, analytical and negotiating skills are needed to steward such systems. "Virtual" systems are held together by a shared policy vision and information, and by a variety of regulatory and incentive systems designed to reward goal achievement and punish capture, incompetence and fraud. An informed population of consumers helps in holding such a health system together (World Health Organization 2000: 132).

Da es in der vorliegenden Arbeit nicht um den Transfer konkreter Politikmodelle, sondern um die ihnen zugrundeliegenden Wissensordnungen und deren Diffusion in nationale Settings geht, wird an dieser Stelle darauf verzichtet, die jeweiligen Politikempfehlungen der unterschiedlichen Organisationen en détail wiederzugeben. In der folgenden Darstellung steht vielmehr die textübergreifend konstruierte gesundheitspolitische Vision im Vordergrund, die sich folgendermaßen auf den Punkt bringen lässt: Die Gesundheitssysteme von heute sollen sich schrittweise in "virtuelle" Ge-

sundheitsnetzwerke transformieren, die sich zwischen staatlicher Steuerung, marktförmiger Organisation und bürgernaher Partizipation auf dem Weg zur Wissensgesellschaft befinden.

Gemeinsam geteilte Grundüberzeugung aller analysierten Dokumente (World Health Organization 2000; OECD 2004; KOM(2005) 115; McKinsey Global Institute 2006) ist die Auffassung, dass Gesundheit machbar, ihre Machbarkeit jedoch nicht voraussetzungslos sei. Entgegen dem Glauben, dass man die "Kontrolle ansteckender Krankheiten voll im Griff, ein gut funktionierendes Versorgungssystem aufgebaut" habe und "die Kontrolle der nichtübertragbaren "Lebensstil"-Krankheiten der Verantwortung der einzelnen aufgeklärten BürgerInnen überlassen" könne (Kickbusch 2006: 145f.), habe sich in den letzten Jahrzehnten herausgestellt, dass die demografische und epidemiologische Entwicklung neue Überraschungen wie AIDS oder alterungsbedingte gesundheitliche Probleme mit sich bringe (World Bank 1993; World Health Organization 2000), dass die Versorgungssysteme ihr Leistungspotenzial kaum ausschöpften (World Health Organization 2000; OECD 2004; McKinsey Global Institute 2006) und dass für die Durchsetzung gesunder Lebensstile nicht nur Aufklärung, sondern auch Autonomie und angemessene Anreize vonnöten seien (OECD 2004; McKinsey Global Institute 2006). Für das gegenwärtige gesundheitspolitische "Modell der Weltkultur" wird aus diesen Erkenntnissen vor allem die Notwendigkeit einer grundlegenden - horizontalen und vertikalen - Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung zwischen Staat, Markt und Zivilgesellschaft (horizontale Neuverteilung) sowie der lokalen, nationalen und internationalen Ebene (vertikale Neuverteilung) abgeleitet.

Die Überzeugung, dass dem Staat Grenzen gesetzt sind - "Governments cannot [...] do everything" (World Health Organization 2000: 119) - führt zu der Aufforderung, dass er sich nach dem Motto "row less and steer more" (Ebd.: 119) auf seine eigentliche Kernaufgabe - Steuerung - konzentrieren sollte. Das Postulat "row less and steer more" bringt die Zweiseitigkeit der neuen Rolle des Staates zum Ausdruck. Auf der einen Seite soll er weniger tun, insbesondere im Bereich der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen,

	Int. Organisationen	
Markt	Staat	Bürger
	Lokale Gemeinschaft	

Abbildung 4.4: Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung.

Quelle: Eigene Darstellung.

die er an die Gesellschaft delegieren soll. Auf der anderen Seite hat er mehr im Bereich der Steuerung zu leisten, um sicherzustellen, dass die an die Gesellschaft delegierte Bereitstellung der Gesundheitsleistungen im Einklang mit dem gesundheitspolitischen Gesamtkonzept erfolgt (Ebd.: 122). Die neue Aufgabenteilung mache auch deshalb Sinn, da die traditionelle Bürokratie die angestrebte Effizienzsteigerung nicht herbeige (Ebd.: 132). Um ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern, benötigten Organisationen des Gesundheitswesens Fähigkeiten und Fertigkeiten, insbesondere “[e]ntrepreneurial, analytical and negotiating skills” (Ebd.:132), die eher in autonomen, netzwerkartigen bzw. marktförmigen Organisationsformen vorzufinden seien (ähnlich McKinsey Global Institute 2006: 36ff.).

Der reine Markt als Organisationsform sei für den Gesundheitssektor jedoch ungeeignet (World Health Organization 2000: 4). An zu vielen Stellen komme es bei unregulierten Gesundheitsmärkten zu gravierendem Marktversagen und Abweichungen von gesellschaftlichen Erwartungen an das Gesundheitssystem (vgl. McKinsey Global Institute 2006: 20; ähnlich World Health Organization 2000; OECD 2004). Um die Vorteile der Marktorganisation dennoch zu nutzen, die Nachteile jedoch möglichst gering zu halten, wird daher eine “flexible [I]ntegration” der autonomen bzw. semi-autonomen Gesundheitsanbieter unter dem “stewardship” des Staates empfohlen (World Health Organization 2000: 48). Das Ziel müsse sein, die Rigidität der bürokratischen Organisationsform zu vermeiden, ohne in das andere Extrem der unregulierten Märkte zu verfallen (Ebd.: 68). Die Vision sind daher “virtuelle” Gesundheitsnetzwerke, die sich aus zahlreichen autonomen und semi-

autonomen Akteuren des privaten und öffentlichen Sektors zusammensetzen und von einer gemeinsamen gesundheitspolitischen Vision zusammengehalten werden (Ebd.: 132). Die neue Rolle des Staates bezeichnet die WHO als "stewardship", was im Europäischen Gesundheitsbericht mit "Steuerungs- und Aufsichtsfunktion" übersetzt wird (World Health Organization 2002: 109) - und bringt sie im folgenden Satz auf den Punkt: "Stewardship is about vision, intelligence and influence" (World Health Organization 2000: 129).¹⁸ In der Praxis komme es auf "*coordination, consultation and evidence-based communication processes*" an (World Health Organization 2000: 132). Die Rolle des "stewards" sei nicht nur für den Staat reserviert, auch wenn er die ultimative Verantwortung für die Gesundheitspolitik trage. In der Aufgabe des "stewardship" könne der Staat auch von externen Akteuren auf nationaler und internationaler Ebene unterstützt werden. Auf *nationaler* Ebene könnten vor allem Berufsorganisationen, aber auch der Privatsektor, einige Aufgaben übernehmen (World Health Organization 2000: 134; ähnlich McKinsey Global Institute 2006). In diesem Zusammenhang wird als Beispiel angebracht, dass in den USA die Ausbildung von Krankenschwestern und Allgemeinärzten von privaten Unternehmen unterstützt wird (McKinsey Global Institute 2006: 19). Auf *internationaler* Ebene bedeute "stewardship" die Mobilisierung länderübergreifender Aktionen, globale öffentliche Güter wie Forschung zu generieren und eine gemeinsame Vision gerechter Entwicklung nicht nur innerhalb der Länder, sondern auch länderübergreifend zu entwickeln (World Health Organization 2000: xv). Wissenserwerb und -umsetzung werden zu den wichtigsten Ansatzpunkten für eine bessere Gesundheitspolitik postuliert. Ihnen wird ein höherer Stellenwert zugeschrieben als der sozioökonomischen Entwicklung bzw. Umverteilung:

Research to expand knowledge is crucial in the long run, as progress over the last two centuries show; in the short run, much

¹⁸Stewardship is ultimately concerned with oversight of the entire system, [...] (World Health Organization 2000). Stewardship encompasses the tasks of defining the vision and direction of health policy, exerting influence through regulation and advocacy, and collecting and using information" (World Health Organization 2000: ix).

could be accomplished by wider and better application of existing knowledge. This can improve health more quickly than continued and more equally distributed socioeconomic progress, important as that is (World Health Organization 2000: 11).

Der Lernprozess sei "bei weitem nicht abgeschlossen" (OECD 2004: 22). Für die Gesundheitssysteme von morgen seien "Experimente, Leistungsmessung und Informationsaustausch [...] von wesentlicher Bedeutung" (OECD 2004: 22). Diese Aufgabe - gesundheitspolitisch relevantes Fachwissen zu erheben und aufzubereiten - schreiben sich die internationalen Organisationen selbst zu (OECD 2004: 3; World Health Organization 2000: xv).

Zu guter Letzt sei für den Zusammenhalt der angestrebten "virtuellen" Gesundheitsnetzwerke aus öffentlichen und privaten Dienstleistern neben dem "stewardship" des Staates und der internationalen Arena auch eine gut informierte Verbraucherbevölkerung - "[a]n informed population of consumers" (World Health Organization 2000: 132) - notwendig.

Im Zuge des gegenwärtig stattfindenden gesundheitspolitischen Deutungswandels verändere sich nämlich nicht nur die Rolle des Staates, sondern auch das Verständnis der Menschen in den diversen Rollen, die sie innerhalb des Gesundheitssystems einnehmen. Ein stärkeres Engagement der Bürger werde zum einen für die Politikgestaltung benötigt: "Die Verbraucher- und Gesundheitsorganisationen brauchen aktive, fachkundige, sich stark artikulierende Interessenvertreter" (KOM(2005) 115). Aber auch finanziell werden die Bürger in Zukunft stärker gefordert: "Um den künftigen Druck auf die öffentlichen Finanzen zu verringern, dürften die einzelnen Bürger aufgefordert werden, sich in stärkerem Maße an den Kosten für ihre persönliche Gesundheitsversorgung zu beteiligen" (OECD 2004: 18). Mehr Eigenständigkeit sollen sie zudem auch als Patienten bzw. Konsumenten bei der Wahl der Gesundheitsleistungen und Leistungsanbieter an den Tag legen (McKinsey Global Institute 2006: 11). Man dürfe nämlich nicht vergessen, dass der Patient nicht nur Konsument, sondern auch Ko-Produzent von Gesundheit sei. Gerade aufgrund dieser Doppelrolle müsse er in seinen Konsum- und Lebensstilentscheidungen durch ausführliche Information und gesundheitsförderliche Anreize unterstützt werden (World Health Organization 2000: 4).

Dieser neue, aktive, gesundheits- und kostenbewusste Bürger sei jedoch nicht voraussetzungslos. Individuelle und kollektive Entscheidungen könnten nämlich nur auf der Basis von Informationen getroffen werden. Fundierte Informationen "über gesundheitliche Anliegen und Verbraucherinteressen" benötigten die Bürger, um ihre Anliegen "in die Politikgestaltung einfließen" zu lassen (KOM(2005) 115). Andererseits könnten sie als Patienten und Verbraucher in der persönlichen Gesundheitsversorgung nur dann rational und kosteneffizient handeln, wenn sie mit entsprechendem Wissen ausgestattet würden (McKinsey Global Institute 2006: 12):

To select the most appropriate insurer, consumers need comparable information about different insurance offerings; to choose the right care provider, the patient needs data on the quality of provision by individual physicians and hospitals; to secure the best combination of quality and value in any health care treatment or period of care, the patient needs information about what technologies and treatment options are available, their effectiveness, and alternatives; to weigh cost against quality, the patient needs information on prices" (McKinsey Global Institute 2006: 12).

Neben Wissen benötigten sie auf der einen Seite Autonomie, auf der anderen Seite gewisse Anreize, um ihr Verhalten im Umgang mit ihrer Gesundheit und der Gesundheitsversorgung zu ändern (McKinsey Global Institute 2006: 15; OECD 2004: 18). Das "empowerment" der Bürger - ihre Ausstattung mit Wissen und "richtigen" Anreizsystemen - sei wiederum Aufgabe des "stewards".

Zwischenreflexion: Zum Selbstverständnis der globalen Arena

Auf der Konfliktlinie zwischen einer Gesundheitsversorgung für alle, wie sie in Alma Ata gefordert wurde und einer selektiven Gesundheitsversorgung nach dem Nützlichkeitskalkül lässt sich der Weltgesundheitsbericht 2000 auf den ersten Blick tatsächlich in der diskursiven Mitte positionieren. Mit der

Idee des "Neuen Universalismus" plädiert er im Gefolge des *Entgrenzungsdiskurses* für Universalismus, allerdings einen Universalismus, der die "Grenzen des Staates" respektiert, einen *begrenzten* Universalismus also. Indem die "Grenzen des Staates" hier für gegeben angenommen werden, wird die Begrenzungsstrategie, wie sie noch im Weltentwicklungsbericht von 1993 rekonstruiert werden konnte, hinfällig. Mit der Naturalisierung der "Grenzen des Staates" erübrigt sich nämlich die Forderung nach einer Begrenzung des Staates. Daraus folgt eine Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung, und zwar in horizontaler als auch in vertikaler Hinsicht. Da dem Staat Grenzen gesetzt seien, müssten in horizontaler Hinsicht Markt und Gesellschaft jeweils einen Teil der Gesundheitsverantwortung mit übernehmen. In vertikaler Hinsicht müsste diese Verantwortung von der lokalen über die nationale bis hin zur globalen Ebene verteilt werden. Während im Diskurs der ausgehenden 1970er Jahre die lokale Ebene der Gemeinschaft vor allem im Rahmen des Selbstbestimmungspostulats aktiviert wurde, erhält ihre Beteiligung an der Gesundheitsverantwortung nunmehr einen Sachzwangcharakter. Auch die Rolle der internationalen Gemeinschaft zeichnet sich immer deutlicher ab: Die internationalen Organisationen schreiben sich selbst eine dem Staat gleichwertige Rolle als "stewards" auf globaler Ebene zu. Sie wollen Wissen generieren, gesundheitspolitische Visionen entwickeln und länderübergreifende Aktionen mobilisieren. Indem sie Wissen zum wichtigsten Ansatzpunkt zukünftiger Gesundheitspolitik erheben, können sie die von ihnen betriebene Forschung als globales öffentliches Gut und sich selbst als "disinterested professional others" darstellen. Diese Selbstdarstellung wird jedoch nicht von allen Diskursteilnehmern unhinterfragt hingenommen.

4.3.3 Widerstände

Die Grundideen des Weltgesundheitsberichts 2000 - insbesondere die Idee der Leistungsmessung und -verbesserung von Gesundheitssystemen - werden in der eben skizzierten Beratungsoffensive positiv aufgegriffen und weiterentwickelt. Der Bericht findet jedoch nicht nur positiven Anklang. Die Abwendung der WHO von dem Konzept der "Primary Health Care" und die Annäherung

an die Position der Weltbank mit der deutlich stärkeren Betonung der Grenzen des Staates, der Forderung nach mehr Kosteneffizienz, Verbraucherorientierung und Mitverantwortung der Bürger ruft unter den Anhängern des "Primary Health Care"-Konzepts heftigen Widerstand hervor, der die WHO nicht unbeeindruckt lässt. 2005 ruft sie schließlich eine Kommission ins Leben, die sich mit den sozialen Determinanten von Gesundheit eingehend beschäftigen soll. 2008 - dreißig Jahre nach der Konferenz von Alma Ata - wird das Postulat von der "Primary Health Care" im Weltgesundheitsbericht 2008 (World Health Organization 2008) wiederbelebt.

Festhalten an "Gesundheit für alle": "Gesundheit 21" des WHO-Regionalbüros für Europa

Eine erste Reaktualisierung des "Gesundheit für alle"-Postulats erfolgt noch vor der Veröffentlichung des Weltgesundheitsberichts 2000 durch das WHO-Regionalbüro für Europa. Zwar bedeutete die Übernahme der WHO-Leitung durch Gro Harlem Brundtland im Jahre 1998 die Abwendung der WHO-*Zentrale* von der Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000", auf regionaler Ebene wurde die Strategie jedoch in dem Dokument des Kopenhagener WHO-Büros "Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert" (World Health Organization 1998) neu belebt.

Das europäische Dokument "Gesundheit 21" verschreibt sich dabei jedoch nicht nur der Strategie "Gesundheit für alle" und dem Konzept der primären Gesundheitsversorgung. Die 21 gesundheitspolitischen Ziele, die es auflistet, reaktualisieren vor allem die Postulate der Gesundheitsförderung, wie sie in der bereits vorgestellten Ottawa-Charta von 1986 festgehalten wurden (vgl. Abschnitt 4.2.1; World Health Organization 1998). Das "konstante oberste Ziel" lautet hier, "für alle das volle gesundheitliche Potential zu erreichen" (Ebd.: 8). Gesundheitsschutz und -förderung zählen explizit zu den Hauptzielen. Die Grundwerte, auf die man sich beruft, sind "Gesundheit als ein fundamentales Menschenrecht", "gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität", "Partizipation und Rechenschaftspflicht des einzelnen wie auch von Gruppen, Institutionen und Gemeinschaften in Hinsicht auf eine kontinuierliche gesundheitliche Entwicklung" (Ebd.: 8f.). Bei den Hauptstrategien

für die Umsetzung wird das bereits bekannte Postulat einer multisektoralen Politik formuliert. Betont wird darüber hinaus, dass gesundheitspolitische Programme und Investitionen ergebnisorientiert sein sollen. Die primäre Gesundheitsversorgung soll "integriert[...], familienorientiert[...] und gemeindenah[...]" sein und "durch ein flexibles, reaktionsfähiges Krankenhaussystem" unterstützt werden. Schließlich soll bei der Umsetzung auf Partizipation gesetzt werden: der Gesundheitsentwicklungsprozess soll "relevante Partner für die Gesundheit auf allen Ebenen - zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der örtlichen Gemeinde und auf Landesebene - einbezieh[en] und [...] ein gemeinsames Vorgehen im Entscheidungsprozess, bei der Umsetzung und hinsichtlich der Rechenschaft förder[n]" (Ebd.: 9).

Das heißt nicht, dass sich das europäische Regionalbüro von der neuen Diskursstrategie der WHO-Zentrale abwendet. Ganz im Gegenteil, im Gefolge des Weltgesundheitsberichts 2000 gibt das europäische Regionalbüro einen europäischen Gesundheitsbericht heraus, der das im Weltgesundheitsbericht 2000 ausgearbeitete Konzept zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen (HSPA - *Health Systems Performance Assessment*) übernimmt. Die Fokussierung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen geht jedoch nicht mit einer Abkehr von der Strategie "Gesundheit für alle" einher, sondern vielmehr mit ihrer Aufwertung. "Gesundheit für alle" ist und bleibt unhinterfragtes oberstes Ziel der Europäischen Region. Die Leistungssteigerung der Gesundheitssysteme wird als ein Mittel auf dem Weg dorthin konstruiert (vgl. World Health Organization 2002: 2).

Auch die Kritik am Konzept der Primären Gesundheitsversorgung wird hier nicht geteilt. Primäre Gesundheitsversorgung gilt in Europa als "das Herzstück jedes gut konzipierten und leistungsorientierten Gesundheitssystems" (Ebd.: 115).

Organisierter Widerstand: Die Gründung der *People's Health Assembly*

Gesundheit ist eine soziale, ökonomische und politische Aufgabe und ist vor allem ein Menschenrecht. [...] Gesundheit für alle bedeutet, mächtige

Interessen herauszufordern, der Globalisierung entgegenzuwirken und politische wie ökonomische Prioritäten drastisch zu verschieben (People's Health Assembly 2001: 1).

Als sich die Abwendung der Weltgesundheitsorganisation vom Konzept der Primären Gesundheitsversorgung immer deutlicher abzeichnet, formiert sich eine organisierte Oppositionsbewegung. Im Jahr der Veröffentlichung des Weltgesundheitsberichts 2000 reagiert sie auf die skizzierten Verschiebungen im globalen Gesundheitsdiskurs mit einer "Weltgesundheitsversammlung von unten" - *People's Health Assembly* (PHA - siehe Schlaglicht 7) -, die in Bangladesh ausgerichtet wird, "um Wege zu einer besseren Gesundheit zu debattieren" (People's Health Assembly 2001: 3). Teilnehmer sind Gesundheitsinitiativen und Basisgruppen aus 93 Ländern, die mit der Verfassung einer Gesundheitscharta (Ebd.) gegen den gesundheitspolitischen Mainstream des beginnenden 21. Jahrhunderts opponieren.

Mit einer umfassenden Kampagne für das Recht auf Gesundheit - "The Right to Health Campaign"¹⁹ -, Lobbying bei der WHO, der Ausbildung von Gesundheitsaktivisten sowie der Teilnahme am "Global Health Watch Consortium", das einen alternativen Weltgesundheitsbericht herausgibt (People's Health Movement, Medact und GEGA 2005), versucht die Bewegung, im Gedenken an die Postulate der Alma Ata-Deklaration von 1978 (World Health Organization und UNICEF 1978), Gesundheit als Menschenrecht für alle zu etablieren und in der globalen Gesundheitspolitik die breit verstandenen sozialen Determinanten der Gesundheit zu fokussieren, zu denen sie vor allem auch die Strukturen der globalen Wirtschafts- und Sozialpolitik zählt. Zu ihren Mitbegründern zählt unter anderem Zafrullah Chowdhury, Mediziner und

¹⁹Das Ziel der Kampagne besteht explizit darin, den internationalen Ansatz in der Gesundheits- und Entwicklungspolitik zu verändern. Zu diesem Zweck wird ein Konsultationsprozess in über 40 Ländern eingeleitet, im Rahmen dessen in einem ersten Schritt Evaluationen der nationalen Gesundheitspolitiken durchgeführt werden. Von ihnen ausgehend sollen Strategien für Lobbying und Aktivismus auf nationaler und internationaler Ebene formuliert werden. Darüber hinaus ist auch die Entwicklung eines Globalen Aktionsplans angedacht (Internetseite des People's Health Movement).

Aktivist aus Bangladesh, der seit Beginn der 1970er Jahre für eine bürgerorientierte Gesundheitsversorgung kämpft und für diesen Kampf im Jahre 1992 den “Right Livelihood Award”, den Alternativen Nobelpreis verliehen bekommt (Grefe 2010: 36; Internetseite des Rightlivelihood Award).

Die Idee einer “Weltgesundheitsversammlung von unten” (People’s Health Assembly 2001: 1) wird die ganzen 1990er Jahre über diskutiert, jedoch erst 1998 konkretisiert. 1998 beginnt eine Gruppe von Organisationen mit der Planung einer großen internationalen Versammlung, die 2000 in Bangladesh ausgerichtet wird. Ein bedeutendes Ergebnis der Versammlung ist der Entwurf einer Gesundheitscharta, die die gemeinsame Sorge und gesundheitspolitische Vision zum Ausdruck bringen, gleichzeitig aber auch einen “Anziehungspunkt” für die weltweite Gesundheitsbewegung bilden soll (People’s Health Assembly 2001: 8). Als eine bedeutende Errungenschaft der Bewegung gilt der Abschlussbericht der “Commission on Social Determinants of Health” (CSDH 2008), die die WHO im Jahre 2005 ins Leben ruft und deren Erkenntnisse auch auf den Weltgesundheitsbericht von 2008 Einfluss nehmen können.

Schlaglicht 7: People’s Health Assembly

Aus Sicht der *People’s Health Assembly* ist Gesundheit ein Menschenrecht und sollte daher “über ökonomische und politische Belange gestellt werden (People’s Health Assembly 2001: 3). Das Konzept der “Primary Health Care” von Alma Ata, das die Bewegung als “eine[...] universelle[...], umfassende[...] Basisgesundheitsversorgung” (Ebd.: 2) interpretiert, habe den richtigen Weg für die Gesundheitspolitik der Zukunft vorgezeichnet und sollte weiterhin die Basis der Gesundheitspolitik bilden. Die von der *People’s Health Assembly* formulierte “Gesundheitscharta” reaktiviert den in Abschnitt 4.3.1 rekonstruierten Entgrenzungsdiskurs. Mit der Forderung, das höchstmögliche Maß an Gesundheit und Wohlbefinden für alle zu verwirklichen (Ebd.: 2), werden alle Komponenten des Entgrenzungsdiskurses reaktualisiert:

1. der entgrenzte Gesundheitsbegriff, der sich durch die Einbeziehung des Wohlbefindens weit über die Abwesenheit von Krankheit erstreckt,
2. der multisektorale, weit über das Gesundheitswesen hinausragende gesundheitspolitische Ansatz,
3. der geforderte Universalismus,
4. sowie schließlich das grenzenlose Ziel, nämlich das höchstmögliche Maß an Gesundheit.

Die im Weltgesundheitsbericht 2000 konstruierten Grenzen des Staates werden hier als Mythos entlarvt: "Es gibt mehr als genug Ressourcen, um diese Vision [Gesundheit für alle, Anm. d. Verf.] zu erreichen" (Ebd.: 1). Die gesundheitspolitischen Reformen im Geist der Gesundheitsökonomik werden als Gefährdung der allgemeinen Gesundheitsversorgung und als Ursache der "Gesundheitskrise" gedeutet:

Krankheit und Tod machen uns jeden Tag zornig. Nicht, weil es Menschen gibt, die krank werden oder weil es Menschen gibt, die sterben. Wir sind zornig, weil viele Krankheiten und Tode ihre Ursache in der Wirtschafts- und Sozialpolitik haben, die uns aufgedrängt wird (Ebd.: 1).

Aus Sicht dieses Oppositionsdiskurses stehe hinter der jüngsten Reformrhetorik die "[n]eoliberale Politik und Wirtschaftspolitik" (Ebd.: 2) und dahinter wiederum "eine[...] kleine[...] Gruppe mächtiger Regierungen sowie [...] internationale Institutionen wie [die] Weltbank, de[r] Internationale Währungsfonds und [die] Welthandelsorganisation" (Ebd.). Die *People's Health Assembly* fordert daher dazu auf, "internationale und nationale Politik zu bekämpfen, die Gesundheitsversorgung privatisiert und [...] zur Ware macht" (Ebd.: 7). Ihre Gesundheitscharta begreift sie als einen "Aufruf zum Handeln" (Ebd.: 3). Ihr Ziel ist es, die "Gesundheitsdeterminanten im weitesten Sinn in Angriff" zu nehmen (Ebd.). Allen voran müsse die globale Wirtschaft umgestaltet werden. Denn sie habe einen "maßgeblichen Einfluss auf die menschliche Gesundheit" (Ebd.). Die Menschen werden daher dazu aufgerufen, eine radikale Umgestaltung nicht nur diverser nationaler Politiken -

Finanz-, Agrar- und Industriepolitik - sondern auch internationaler Organisationen - insbesondere WTO und Weltbank (Ebd.: 3f.), aber auch Weltgesundheitsorganisation (Ebd.: 7) - zu fordern.

Für die Gesundheitssysteme werden mehr Bürgerbeteiligung und mehr finanzielle Mittel verlangt: "Gesundheitsdienste müssen demokratisch und verantwortlich arbeiten und über ausreichend Mittel verfügen, ihre Ziele zu erreichen" (Ebd.: 6). Die Privatisierung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen wird abgelehnt und eine "effektive Regulierung des privaten medizinischen Sektors, einschließlich wohltätiger und NRO-Einrichtungen" gefordert (Ebd.: 7). Traditionellen und ganzheitlichen Heilmethoden müsse ein Platz in der Grundversorgung eingeräumt werden. Die Medizintechnik und -forschung einschließlich Arzneimitteln müsse hingegen "entmystifiziert" und den Bedürfnissen der Menschen, "auf partizipatorische, bedürfnisorientierte Weise von verantwortungsbewussten Institutionen" ausgestaltet werden (Ebd.).

Bürgerbeteiligung wird schließlich nicht nur in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen gefordert, sondern als "wesentliche Basis für demokratischere, transparente und verantwortliche Entscheidungsprozesse" (Ebd.) dargestellt. Die Hauptverantwortung für den gleichen Zugang zu Gesundheit und Menschenrechten liege zwar bei den Regierungen, die Zivilgesellschaft spiele jedoch ebenfalls eine entscheidene Rolle dabei, "die Macht der BürgerInnen zu garantieren und ihre Kontrolle über die Entwicklung politischer Inhalte und deren Umsetzung zu gewähren" (Ebd.).

Überwindung der Gegensätze: Bangkok-Charta der Gesundheitsförderung von 2005

Einen bedeutenden Meilenstein im globalen Diskurs der Gesundheitspolitik stellt schließlich die Bangkok-Charta der Gesundheitsförderung von 2005 dar, die anlässlich der 6. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung von einer internationalen Gruppe von "Expertinnen" formuliert wird. Sie betont ausdrücklich, "nicht notwendigerweise die Entscheidungen oder die explizite Politik der WHO" wiederzugeben (Bangkok Charta 2005: 6). Ihrem Selbstverständnis nach reaktualisiert sie die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung von

1986, versteht sich indes als deren Ergänzung. Ausgangspunkt ihrer Forderungen ist der Verweis auf Gesundheit als Menschenrecht und zwar darauf, "dass das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsstandards eines der fundamentalen Rechte aller Menschen ohne Unterschied darstellt" (Ebd.: 1). Gesundheit wird hier im Geiste des Entgrenzungsdiskurses umfassend definiert, das psychische und physische Wohlbefinden eingeschlossen. Gesundheitsförderung wird aus diesem Menschenrecht abgeleitet. Dabei handle es sich um den "Prozess, Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern" (Ebd.). Bis zu diesem Punkt liest sie sich auch wie ein Fragment des eben skizzierten Oppositionsdiskurses, der entgegen aller Sachzwangrhetorik an der realpolitischen Umsetzung der Strategie "Gesundheit für alle" festhält.

Bei genauerem Hinsehen unterscheidet sich die Bangkok-Charta von diesem jedoch erheblich. Die Bangkok-Charta fordert nämlich nicht nur "Gesundheit für alle", sondern auch "Alle für Gesundheit": "Jeder Sektor - im zwischenstaatlichen, staatlichen, zivilgesellschaftlichen und privaten Bereich - hat hierin [Gesundheitsverbesserung, Anm. d. Verf.] seine einzigartige Rolle und Verantwortung" (Ebd.: 6). Begründet wird diese Neuausrichtung mit dem veränderten globalen Kontext. Seit der Veröffentlichung der Ottawa-Charta 1986 habe sich dieser nämlich wesentlich verändert. Sowohl bei den Determinanten der Gesundheit als auch bei den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung sei es zu Verschiebungen gekommen, die weitgehend auf den Prozess der Globalisierung und damit einhergehende neue Konsum-, Informations-, Kommunikationsmuster zurückzuführen seien. Angesichts dieser Verschiebungen reiche es nicht aus, Gesundheitsförderung nur auf staatlicher Ebene umzusetzen. Angesichts der veränderten Rahmenbedingungen müsse man Gesundheitsförderung in den folgenden vier Schlüsselbereichen positionieren - als:

1. "zentraler Punkt auf der globalen Agenda,
2. wesentliche Verantwortung aller Regierungsebenen und Entscheidungsträger,
3. wesentlicher Kernbereich von Gemeinschaften und Zivilgesellschaft und
4. Verantwortungsbereich guter Unternehmensführung" (Ebd.: 4).

Zwischenreflexion

Mit der Gründung der *People's Health Assembly* (PHA), die sich selbst als Ankerpunkt für die globale (Volks-)Gesundheitsbewegung begreift, differenziert sich ein neuer Diskursteilnehmer heraus. Dieser stellt die Selbstdarstellung der internationalen Organisationen als "disinterested professional others" vehement in Frage. Gleichzeitig adressiert er mit seinen gesundheitspolitischen Forderungen nach einer Umgestaltung der internationalen Organisationen weniger staatliche Gesundheitspolitik, denn das globale Feld der Gesundheitspolitik. Damit bestätigt er aber paradoxerweise die bedeutende Rolle, die sich die globale Arena in der Gesundheitspolitik zuschreibt, auch wenn er ihre Interesselosigkeit und Professionalität zu entmystifizieren versucht. Indem er den professionellen Organisationen des globalen Felds die Zivilgesellschaft entgegenstellt, trägt er zu der vom Begrenzungsdiskurs initiierten Dezentrierung des Staates bei, die es der globalen Arena überhaupt erst ermöglicht, sich als bedeutender Akteur im Feld der Gesundheitspolitik zu konstruieren. Zwar opponiert er inhaltlich gegen den gesundheitspolitischen Mainstream der Gegenwart, reproduziert aber mit seiner Kampagne und dem alternativen Weltgesundheitsbericht "Global Health Watch" im Endeffekt die Strukturen der Evaluation und des Vergleichs von Gesundheitssystemen, die zu ihrer Angleichung führen.

Die von der PHA konstruierte Opposition zwischen den Forderungen der *Volks*gesundheitsbewegung nach einer "Gesundheit für alle" im Sinne nicht nur einer universalistischen, sondern auch einer partizipatorischen Gesundheitsversorgung auf der einen Seite und einer "top-down"-Politik der *professionellen* globalen Arena, die nur eine kleine Gruppe mächtiger Regierungen repräsentiere auf der anderen Seite, wird in der Bangkok-Charta der Gesundheitsförderung von 2005 überwunden. Diese wertet einerseits die partizipatorische Strategie "Gesundheit für alle" auf. Andererseits gibt sie der im Weltgesundheitsbericht 2000 eingeleiteten Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung einen Namen: "Alle für Gesundheit". Um "Gesundheit für alle" zu erreichen, seien angesichts der veränderten Rahmenbedingungen der Globalisierung die Anstrengungen Aller - Staat, Markt, Zivilgesellschaft und globale

Arena - vonnöten, so der simple Brückenschlag zwischen den zwei bis dahin oppositionellen Diskursfragmenten, die plötzlich als vereinbar konstruiert werden. Wenn sich “Alle für Gesundheit” einsetzen, dann wird möglicherweise auch “Gesundheit für alle” möglich.

4.3.4 Wiederbelebung des ”Primary Health Care“-Konzepts

Thirty years ago, the values of equity, people-centredness, community participation and self-determination embraced by the PHC movement were considered radical by many. Today, these values have become widely shared social expectations for health that increasingly pervade many of the world's societies - though the language people use to express these expectations may differ from that of Alma-Ata (World Health Organization 2008: 18).

Die Reaktualisierung der Strategie “Gesundheit für alle” durch das WHO-Regionalbüro für Europa, der Aufruf zum Widerstand gegen den gesundheitspolitischen Mainstream des beginnenden 21. Jahrhunderts durch die *People's Health Assembly*, die Neubelebung der Gesundheitsförderungspostulate durch die Bangkok-Charta und zahlreiche andere Aktivitäten der weltweiten Gesundheitsbewegung sind allem Anschein nach bedeutend genug, um sich bei den Institutionen des globalen Felds der Gesundheit, insbesondere bei der WHO, Gehör zu verschaffen. Im Jahre 2005 ruft die Organisation eine Kommission ins Leben, die den Auftrag bekommt, sich erneut und vertieft mit den sozialen Determinanten der Gesundheit auseinanderzusetzen - die *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH). Die Postulate des Abschlussberichts der CSDH (2008) finden schließlich Eingang in den Weltgesundheitsbericht 2008, der bereits im Titel den Anspruch erhebt, das ”Primary Health Care“-Konzept mit neuer Determiniertheit wiederbeleben zu wollen: ”Primary Health Care. Now More Than Ever“ (World Health Organization 2008).

WHO Commission on Social Determinants of Health: Legitimierung einer "global health governance"

Der 2008 veröffentlichte Abschlussbericht der "Commission on Social Determinants of Health" verortet sich von seinem Selbstverständnis her im Geist der "Primary Health Care"- und Gesundheitsförderungsbewegung. Er beruft sich auf den Gesundheitsbegriff der WHO-Gründungssatzung von 1946 und zählt unter vielen anderen die Alma Ata-Deklaration von 1978, die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986, die *People's Health Assembly* und einige andere Gesundheitsbewegungen, die sich gerechte Gesundheit auf die Fahnen schreiben, als seine Wegbereiter auf, deren Vision er weiterentwickeln möchte: "The Commission acknowledges a great debt to these movements, and builds on their achievements and continuing vision" (CSDH 2008: 34). Umgekehrt gilt er für die Gesundheitsbewegung als eine bedeutende Errungenschaft.

Dass sich in dem CSDH-Abschlussbericht die Rhetorik wandelt, ist auf den ersten Blick ersichtlich. Bereits aus dem Titel "Closing the Gap in a Generation. Health Equity Through Action on Social Determinants of Health" geht eine deutliche Fokusverlagerung hervor. Nicht mehr die Effizienz und Leistungssteigerung von Gesundheitssystemen stehen im Vordergrund, wie noch acht Jahre zuvor im Weltgesundheitsbericht 2000, sondern gesundheitliche Gerechtigkeit und eine multisektorale Gesundheitspolitik, die an den sozialen Determinanten der Gesundheit ansetzt. Der CSDH-Abschlussbericht greift die Forderungen des Widerstandsdiskurses zudem auch insofern auf, als er sich für eine Wiederbelebung des PHC-Konzepts und die Verteidigung universeller Gesundheitsversorgung einsetzt.

Mit "Closing the Gap in a Generation" wird indes deutlich mehr aus dem Widerstandsdiskurs aufgegriffen als die bloße Forderung nach gesundheitlicher Gerechtigkeit und multisektoraler Gesundheitspolitik. Der Titel steht für Globalisierungskritik, ähnlich wie sie in der Gesundheitscharta der *People's Health Assembly* formuliert wurde (vgl. Abschnitt 4.3.3). Auch der CSDH-Abschlussbericht führt die Probleme der globalen Gesundheit im ausgehenden 20. Jahrhundert auf schlechte Sozialpolitik, unfaire Wirtschaftsarrangements und generell schlechte Politik zurück. Für die fehlende bzw.

gescheiterte Umsetzung des PHC-Konzepts, das nun wiederbelebt werden soll, wird die Globalisierungsphase nach 1980 verantwortlich gemacht, die die Errungenschaften des globalen Wirtschaftswachstums der vorherigen Periode (1960-1980) in vielerlei Hinsicht wieder rückgängig gemacht habe, “as a global economic policy influence hit hard at social sector spending and social development” (Ebd.: 19). Eine “toxic combination of bad policies, economics, and politics” (Ebd.: 26) habe zu einer groben Ungleichverteilung der Globalisierungsgewinne der letzten 25 Jahre geführt. Die Ursache des Übels wird in der intensivierten Marktintegration der letzten 25 Jahre gesehen, die zu einer Ökonomisierung zahlreicher Bereiche des sozialen Lebens geführt habe, ohne durch soziale Institutionen im Zaum gehalten worden zu sein. Für die Gesundheit hätten diese Prozesse eine intensiverte Kommerzialisierung und Kommodifizierung zur Folge gehabt. Außerdem hätten sie zu einer weltweiten Verbreitung gesundheitsschädigender Produkte wie fett-, zucker- und salzreiches Essen, Tabak und Alkohol geführt. Problematisch an der seit den 1980er Jahren propagierten Reformpolitik sei unter anderem ein zu enger Effizienzbegriff gewesen, der Kosteneffizienz und Kommerzialisierung vorantrieb “in spite of significant evidence of cost-ineffectiveness” (Ebd.: 133). Effizienz sei zwar wichtig. Angesichts der wachsenden Ungerechtigkeit in der globalisierten Welt müsse jedoch der Realisierung gesundheitlicher Gerechtigkeit (“health equity”) mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, da der ethische Imperativ genauso wichtig sei wie die Effizienzforderung (Ebd.: 9; 97).

Aus dieser erweiterten Problemsicht heraus ergibt sich auch ein erweiterter Lösungsansatz. Um gesundheitliche Gerechtigkeit weltweit zu verwirklichen, reiche es daher nicht aus, nur auf der Ebene der *unmittelbaren* sozialen Determinanten der Gesundheit - Lebens-, Wohn-, und Arbeitsbedingungen der Menschen - anzusetzen. Diese seien nämlich von den *strukturellen* Rahmenbedingungen - Ungleichverteilung von Macht, Geld und Ressourcen, und zwar auf *lokaler*, *nationaler* und *globaler* Ebene - beeinflusst (Ebd.: 26).

Um diese auf *lokaler* Ebene zu korrigieren, müsse die Zivilgesellschaft ermächtigt - “empowered” - werden, was mit Hilfe des PHC-Konzepts geschehen soll. Mit dem Verweis auf PHC soll vor allem die große Bedeutung der loka-

len Partizipation evoziert werden: "The PHC model emphasizes community participation and social empowerment" (Ebd.: 96).

Die Korrektur der strukturellen Rahmenbedingungen auf *nationaler* Ebene bedeutet eine Ermächtigung des Staates. Das Ziel sei ein "empowered public sector, based on principles of justice, participation, and intersectoral collaboration (Ebd.: 22), der das Konzept des multisektoralen Gesundheitsansatzes in allen Politikbereichen verankern und über die Umsetzung des Gerechtigkeitspostulates wachen soll. Wo es dem Staat allerdings an Kapazitäten oder politischem Willen fehle, "there must be technical and financial support from outside, and a push from popular action" (Ebd.: 35). Daher die Notwendigkeit einer "ermächtigten" Zivilgesellschaft einerseits, aber auch einer "global governance" andererseits.

Um die strukturellen Rahmenbedingungen auf *globaler* Ebene zu korrigieren, müsse man den Weltmarkt in ein korrigierendes Institutionengefüge einbetten. Denn bislang gäbe es vor allem Institutionen, die die globale Wirtschaft regelten. "Governance" im Bereich der Gesundheit und Gerechtigkeit hinke hinterher. Da Gesundheit jedoch längst keine nationale Angelegenheit mehr sei, sondern stark von den internationalen Machtverhältnissen abhängе, sei es von überragender Bedeutung, "health equity" zu einem globalen Entwicklungsziel zu machen und in multilateralen Aktivitäten in die Praxis umzusetzen. Zu diesem Zweck sollten die Vereinten Nationen, vor allem aber die WHO als "the mandated leader in global health" (Ebd.: 44) ihre Aktivitäten stärker auf die Verankerung von "health equity" in der Entwicklungspolitik ausrichten. Zu ihren Kernaufgaben gehöre neben dem Monitoring der Fortschritte in der Gesundheitsentwicklung auch die Bemühung, globale und nationale Gesundheitspolitik in Einklang zu bringen. Für die internen Organisationsstrukturen der WHO bedeute das zuallererst eine Ausweitung der Kapazitäten und der Expertise sowohl in der Zentrale als auch in den Regionalbüros und Länderprogrammen.

Schließlich müsse ein bedeutender Anteil der Gesundheitsverantwortung an den Privatsektor delegiert werden, der in seinen Bemühungen um eine größere Übernahme sozialer Verantwortung allerdings noch zu kleine, begrenzt glaubwürdige, Schritte gemacht habe. Zu den Hauptproblemen des "Corporate So-

cial Responsibility“-Konzepts gehöre seine Freiwilligkeit: ”being voluntary, it lacks enforcement“ (Ebd.: 142). Kritisiert wird auch die fehlende Evaluation. Dabei sei eminent wichtig, den Privatsektor stärker zur Verantwortung zu ziehen und seine Regulierung zu formalisieren, da er im Bereich Gesundheit nicht nur Gutes, sondern auch viel Böses anrichten könne: ”Markets can bring benefits in the form of new technologies, goods and services, and improved standard of living. But the marketplace can also generate negative conditions for health“ (Ebd.: 132). Um das Verantwortungsbewusstsein - ”accountability“ - des Privatsektors zu stärken und ihn zu mehr Forschung im Bereich Gesundheit zu bewegen, seien die Bedeutung des öffentlichen Sektors, der Druck seitens der Zivilgesellschaft sowie die Stärkung globaler Institutionen weiterhin vital.

Weltgesundheitsbericht 2008: Die Konstruktion umfassender Reformzwänge

Im Weltgesundheitsbericht 2008 mit dem appellativen Titel ”Primary Health Care. Now More Than Ever“ werden die Forderungen des CSDH-Abschlussberichts in ein umfassendes Reformkonzept überführt. Die acht Jahre zuvor noch deutlich formulierte Kritik am PHC-Konzept (vgl. World Health Organization 2000) wird nunmehr als ein Missverständnis umgedeutet (World Health Organization 2008: xiv). Man habe das PHC-Postulat falsch verstanden und es deshalb als utopisch abgelehnt. PHC müsse dringend und bald wiederbelebt werden (Ebd.: xiv). Allerdings sei es wichtig, aus der Vergangenheit zu lernen, weshalb PHC heute zwangsläufig anders aussehen müsse als noch in den Anfangsjahren des Konzepts. Die Kernpunkte des neuen PHC-Konzepts sind in Tabelle 4.2 aufgelistet.

Versucht man das neue PHC-Konzept daraufhin zu analysieren, inwieweit es die Entgrenzungsstrategie der 1970er Jahre reaktualisiert, so kommt man zu dem Schluss, dass der ursprüngliche Diskurs hier in seinen zentralen Gesichtspunkten rehabilitiert wird. Das neue PHC-Konzept stehe nämlich für eine universelle (Pkt. 1), umfassende (Pkt. 3) Gesundheitsversorgung für alle (Pkt. 2), die sich nicht nur auf das Gesundheitssystem beschränkt, sondern

	CURRENT CONCERNS OF PHC REFORMS
1	Transformation and regulation of existing health systems, aiming for universal access and social health protection
2	Dealing with the health of everyone in the community
3	A comprehensive response to people's expectations and needs, spanning the range of risks and illnesses
4	Promotion of healthier lifestyles and mitigation of health effects of social and environmental hazards
5	Teams of health workers facilitating access to and appropriate use of technology and medicines
6	Institutionalized participation of civil society in policy dialogue and accountability mechanisms
7	Pluralistic health systems operating in a globalized context
8	Guiding the growth of resources for health towards universal coverage
9	Global solidarity and joint learning
10	Primary care as coordinator of a comprehensive response at all levels
11	PHC is not cheap: it requires considerable investment, but it provides better value for money than its alternatives

Tabelle 4.2: Das neue PHC-Konzept. Quelle: World Health Organization 2008: xv, modifizierte Darstellung.

auch die Förderung gesunder Lebensstile und die Bekämpfung gesundheits-schädigender sozialer Determinanten und Umweltrisiken zum Ziel hat (Pkt. 4). Zwar ist hier nicht mehr die Rede von einem höchstmöglichen Maß an Gesundheit, das erreicht werden soll. Der Anspruch, eine umfassende Antwort auf die Erwartungen und Bedürfnisse der Bevölkerung bieten zu wollen (Pkt. 3), lässt sich aber durchaus als ein entgrenzter Anspruch interpretieren, insbesondere wenn man davon ausgeht, dass die gesundheitlichen Erwartungen der Bevölkerung steigen und geradezu grenzenlos sind, wie das noch im Weltgesundheitsbericht 2000 angenommen wurde.

Der Weltgesundheitsbericht 2008 kehrt jedoch nicht nur zum PHC-Konzept und dem Postulat "Gesundheit für alle" zurück. Mindestens in gleichem Maße setzt er sich für die Fortsetzung der im Weltgesundheitsbericht 2000 begonnenen Strategie "Alle für Gesundheit" ein: Gesundheitsleistungen sollen nicht mehr durch den Staat finanziert, bereitgestellt und gesteuert werden, sondern pluralistisch organisiert sein (Pkt. 7). Die Partizipation der Zivilgesellschaft

soll eine institutionalisierte Basis erhalten (Pkt. 6). Bilaterale Hilfen und die Praxis technischer Assistenz sollen durch globale Solidarität und gemeinsames Lernen ersetzt werden (Pkt. 9). Die bereits im Weltgesundheitsbericht 2000 durchscheinende Vision einer vertikalen und horizontalen Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung wird hier fortgesetzt und verfestigt:

The ultimate responsibility for shaping national health systems lies with governments. Shaping does not suggest that governments should - or even could - reform the entire health sector on their own. Many different groups have a role to play: national politicians and local governments, the health professions, the scientific community, the private sector and civil society organizations, as well as the global health community (World Health Organization 2008: 82).

Auch die gesundheitsökonomische Denkweise findet im Weltgesundheitsbericht 2008 ihre Würdigung, am deutlichsten wohl in Punkt 11: PHC wird hier als eine Investition betrachtet, die im Vergleich zu anderen Alternativen den größten Nutzen stiftet. Damit wird Gesundheit im diskursiven Rahmen der Knappheits- und Opportunitätskostentheorie reaktualisiert.

Der auffälligste Unterschied zwischen der PHC-Definition der ausgehenden 1970er Jahre (vgl. Abschnitt 4.3.1) und der Neuauflage der ausgehenden 2000er ist jedoch vor allem in dem Begriff der Reform zu suchen. Das Konzept der primären Gesundheitsversorgung, das Ende der 1970er Jahre für eine bürgernahe, partizipatorische Gesundheitsversorgung für alle stand, wird Ende der 2000er Jahre zu einem umfassenden Reformkonzept umgedeutet, das vier zentrale Bereiche umfassen soll:

1. “universal coverage reforms to improve health equity,
2. service-delivery reforms to make health-systems people-centered,
3. public policy reforms to promote and protect the health of communities,
4. leadership reforms to make health authorities more reliable” (World Health Organization 2008: xvi).

Die deklarierten Ziele sind auch hier Gerechtigkeit und Bürgernähe. Wenn man die Problemmuster des Weltgesundheitsberichts 2008 rekonstruiert, so dominieren in diesem jedoch weniger Ungerechtigkeit und Bürgerferne. Freilich wird auch auf die diversen Herausforderungen der Gesundheitspolitik der Gegenwart verwiesen, zu denen natürlich unter anderem die ungerechte Verteilung des Wohlstands gezählt wird. Daneben werden Globalisierung, Urbanisierung und Alterung, Wertewandel, Überspezialisierung, Fragmentierung und unregulierte Kommerzialisierung der Gesundheitssysteme aufgezählt. Die daraus abgeleitete Reformnotwendigkeit ist jedoch nicht die einzige und nicht die zentrale Notwendigkeit, die im Weltgesundheitsbericht 2008 konstruiert wird. Sie dient lediglich als Ausgangspunkt für die Konstruktion einer Orientierungslosigkeit und Hilfsbedürftigkeit der nationalen Entscheidungsträger, auf die der Weltgesundheitsbericht 2008 mit dem neuen PHC-Konzept eine Lösung bietet. Angesichts der sich ständig wandelnden Rahmenbedingungen seien die nationalen Entscheidungsträger nämlich orientierungslos. Das neue PHC-Konzept soll Abhilfe schaffen und den weltweiten Reformbemühungen eine neue Richtung geben (Ebd.: xiii).

Schließlich wird neben der Notwendigkeit von Reformen, der Notwendigkeit der Führung der orientierungslosen Entscheidungsträger auch die Notwendigkeit von wissenschaftlicher Fundierung der Reformkonzepte einerseits und der Integration gesellschaftlicher Erwartungen andererseits postuliert (Ebd.: xv):

The necessary reorientation of health systems has to be based on sound scientific evidence [...], but it should also integrate what people expect of health and health care for themselves, their families and their society (Ebd.: xv).

Diesen Ansprüchen will das Reformkonzept der WHO gerecht werden. Seinem Selbstverständnis nach sei es zwar kein "blueprint", jedoch trotzdem universell umsetzbar (Ebd.: ix).

Zwischenreflexion

Bereits in dem Abschlussbericht der WHO-*Commission on Social Determinants of Health* entsteht der Eindruck, als habe sich der Widerstandsdiskurs,

der sich gegen den "Neuen Universalismus" der 2000er Jahre formiert hat, beim "key player" des globalen Felds der Gesundheitspolitik - der WHO - Gehör verschaffen können. Die explizite Wiederbelebung des PHC-Konzepts im Weltgesundheitsbericht 2008 verstärkt diesen Eindruck. Sowohl der Abschlussbericht der CSDH als auch der Weltgesundheitsbericht von 2008 rehabilitieren das Konzept der primären Gesundheitsversorgung, das seit den 1980er Jahren Gegenstand heftiger Kritik von Seiten der Gesundheitsökonomik war, und kritisieren ihrerseits aufs Schärfste die globale Wirtschafts- und Sozialpolitik der 1980er und 1990er Jahre.

In beiden Dokumenten ist bei näherem Hinsehen jedoch nicht so sehr die Umsetzung der PHC zentral, sondern vielmehr der Versuch zu beobachten, die Legitimität einer "global health governance" zu rechtfertigen. Der Abschlussbericht der CSDH leitet die Notwendigkeit einer "global health governance" aus einer Umdeutung der sozialen Determinanten der Gesundheit ab: Das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit wird hier über die unmittelbaren Lebensbedingungen hinaus auch um die strukturellen Rahmenbedingungen erweitert. Zu denen wird wiederum die Ungleichverteilung von Macht, Geld und Ressourcen auf lokaler, nationaler und globaler Ebene gezählt. Die primäre Gesundheitsversorgung sei also eine bedeutende Lösung, sie erfasse jedoch nur einen kleinen Teil des Problems, nämlich die Ungleichverteilung auf lokaler Ebene. Für die Gesundheitspolitik sei es aber nicht minder wichtig, die strukturellen Rahmenbedingungen auf nationaler und auf globaler Ebene zu korrigieren. Zu diesem Zweck sei neben einer ermächtigten Zivilgesellschaft vor allem auch ein globales Institutionengefüge, eine "global health governance" - vonnöten. Diese habe neben dem Monitoring der globalen Gesundheit auch die Aufgabe, globale und nationale Gesundheitspolitik in Einklang zu bringen, was wiederum mit den globalen Rahmenbedingungen der Gesundheitsentwicklung begründet wird. Die Führungsrolle für diesen Prozess reklamiert die WHO für sich und verweist dabei auf das Mandat, das sie für globale Gesundheitspolitik habe. Dass im Weltgesundheitsbericht 2008 ein umfangreiches Reformkonzept vorgestellt wird, das zwar "Primary Health Care" heißt, aber weit mehr umfasst als ein Modell der Primären Gesundheitsversorgung, scheint ein erster Schritt zur Konkretisie-

rung des selbstgesteckten Ziels zu sein, nationale Gesundheitspolitik mit der globalen Gesundheitspolitik in Einklang zu bringen. Wie selbstverständlich werden hier die nationalen Entscheidungsträger als orientierungslos und hilfsbedürftig konstruiert. Sie hätten keinen Überblick über die sich wandelnden Rahmenbedingungen. Das vorgestellte WHO-Konzept soll ihnen die Richtung weisen. Legitimiert wird es mit Verweis darauf, dass es wissenschaftlich fundiert, aber auch offen für die Erwartungen der Bevölkerung sei - auch hier ein offensichtlicher Versuch, den gegenwärtigen Postulaten der Wissensgesellschaft einerseits und der Zivilgesellschaft andererseits gerecht zu werden. Der Weltgesundheitsbericht 2008 geht in der Legitimierung einer "global health governance" jedoch noch einen Schritt weiter als der Abschlussbericht der CSDH: Indem die WHO umfassende Reformzwänge im Bereich der Gesundheitspolitik konstruiert, für deren Bewältigung sie gleichzeitig die Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse einerseits und der Erwartungen der Gesellschaft andererseits fordert, erhebt sie ein Handeln zum globalen Imperativ, das Münch als ein wesentliches Charakteristikum der westlichen Moderne herausgearbeitet hat, nämlich die starke Interpenetranz zwischen Kultur und Gesellschaft (1993a). Bezogen auf die These von der Weltkultur lässt sich anhand dieses Beispiels zeigen, dass die "Weltkultur" ihre Wirkung nicht nur darüber entfaltet, dass sie kognitive Modelle produziert und nationalen Entscheidungsträgern zur Verfügung stellt, sondern dass sie von der nationalen Praxis fordert, sich an wissenschaftlich fundierten und zivilgesellschaftlich befürworteten Modellen zu orientieren. Gleichzeitig beansprucht sie für die von ihr produzierten Modelle genau diese Kriterien zu erfüllen. Indirekt erhebt sie folglich die Umsetzung ihrer eigenen Modelle in die nationale Praxis zum Imperativ.

4.4 Fokus Europäische Union

Die Europäische Union [...] besteht aus vielen verschiedenen national-staatlichen (und anderen) Akteuren. Diese scheinen daher von ihrer Organisationsform her als ein weitgespanntes, sich ausdehnendes und verstärkendes Netzwerk geordnet zu sein [...]. Darin gleicht Europa stark

der Weltgesellschaft, und eine scharfe Unterscheidung zwischen Europa als politischer Form und der Welt ist daher nicht leicht zu treffen. [...] Um Europa zu verstehen, muss man also nicht nur seine organisationale Struktur untersuchen, sondern auch die institutionalisierte Grundlage, auf der die Struktur aufbaut (und deren Institutionalisierung sie weiter vorantreibt) (Meyer 2005a: 164).

Auch wenn die Neo-Institutionalisten eine große strukturelle und kulturelle Ähnlichkeit zwischen der Europäischen Union und der Weltkultur sehen, wird dieser Abschnitt den Spezifika der gesundheitspolitischen Strategie der Europäischen Union (EU) gewidmet. Dies erfolgt vor allem aufgrund der besonderen Rolle, die die EU in der polnischen Politik der 1990er und 2000er Jahre spielt. Seit Anfang der 1990er Jahre rahmt Polen die "Systemtransformation" (Merkel 1999) als eine "Rückkehr nach Europa" (vgl. Abschnitt 6.2.1). 1998 nimmt es die Beitrittsverhandlungen mit der EU auf und erklärt sich damit bereit, den gesamten "acquis communautaire", d.h. den gesamten Rechtsbestand der Europäischen Union - in das nationale Recht zu übernehmen. 2004 wird es schließlich reguläres Mitglied des supranationalen Verbands und damit Subjekt und Objekt europäischer Politik, darunter auch europäischer Gesundheitspolitik.

4.4.1 Das europäische Feld der Gesundheitspolitik

Ein bedeutendes Charakteristikum des europäischen Felds der Gesundheitspolitik ist zunächst die kompetenzrechtliche Spaltung zwischen Public Health und individueller Gesundheitsversorgung: Formal ist nur das Gebiet der Public Health Gegenstand gemeinschaftlicher Politik - und das auch erst seit dem Maastrichter Vertrag von 1993. Die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung obliegt der Verantwortung der Mitgliedsstaaten (Lamping 2007a: 7f.). Im Bereich von Public Health ist es mittlerweile auch zu einem beträchtlichen Aufbau europäischer Handlungskapazität in Form diverser Europäischer Agenturen - u.a. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, *European Food Agency*, *European Centre*

for Disease Prevention and Control - gekommen, die laut Lampert auch die volle Anerkennung der Mitgliedsstaaten genießen (Lamping 2007a: 8). Daneben spielt vor allem die Europäische Kommission bzw. die hier relevante Generaldirektion "Gesundheit und Verbraucherschutz" (DG Sanco) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Trotz des von Seiten der Mitgliedsstaaten im EU-Recht aufgebauten "Bollwerk[s] gegen zu viel Gemeinschaftseinfluss auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik" (Lamping 2007a: 8)²⁰ arbeitet die Kommission erfolgreich daraufhin, "sich selbst als Knotenpunkt europäischer Gesundheitspolitik zu etablieren" (Lamping 2007a: 8). Unterstützt wird sie dabei vom Europäischen Gerichtshof (EuGH), der seit Ende der 1990er Jahre in zahlreichen Einzelfall-Entscheidungen erheblich dazu beigetragen hat, Gesundheit "aus dem fest von den Mitgliedsstaaten kontrollierten Bereich der sozialen Sicherheit in den Bereich des Binnenmarktregimes [...] zu verschieben" (Lamping 2007a: 9).

4.4.2 Diskursiver Horizont: Europäischer Binnenmarkt und die Lissabon-Strategie

Das Großprojekt des Europäischen Binnenmarktes wird auf einen Zusammenschluss zwischen mächtigen politischen Akteuren wie der Kommission der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und global agierenden Unternehmen wie Siemens, Phillips, Fiat, Unilever u.a. zurückgeführt, die sich in den 1970er und 1980er Jahren die Verbesserung der Weltmarktposition Europas zum Ziel setzen. Zu diesem Zweck fordern sie die Abschaffung jeglicher rechtlicher und technischer Hindernisse im grenzüberschreitenden Wirtschaftsverkehr. 1985 erhält das Projekt im "Weißbuch zur Vollendung des Binnenmarktes" eine erste rechtliche und konzeptionelle Grundlage. Legitimiert und popularisiert wird es mit Hilfe wirtschaftswissenschaftlicher Studien, die die voraussichtlichen Gewinne sowie die "Costs of Non-Europe" errechnen. 1992 fallen die

²⁰Gemeint ist Artikel 168 AEUV (ex-Artikel 152 EGV), Absatz 7 in dem es explizit heißt, dass "die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt" wird.

letzten Widerstände im Ministerrat. Am 1.1.1993 wird die Vollendung des Europäischen Binnenmarktes verabschiedet und die sog. vier Grundfreiheiten rechtlich verankert: (1) freier Warenverkehr, (2) freier Personenverkehr, (3) freier Dienstleistungsverkehr und (4) freier Kapitalverkehr (Bach 2008: 26-28).

Um ihre globale Wettbewerbsfähigkeit weiter zu verbessern, beschließt der Europäische Rat auf dem Gipfel von Lissabon im Jahre 2000 die sog. Lissabon-Strategie, einen umfangreichen Maßnahmenkatalog zur Reformierung der Gütermärkte, der Arbeitsmärkte und der sozialen Sicherungssysteme (Lamping 2007b: 287). Zur politischen Koordinierung der Reformen auf EU-Ebene wird die Offene Methode der Koordinierung (OMK) ins Leben gerufen, die formal zunächst nur eine "Informations- und Lerninfrastruktur" zur Verfügung stellt. Im Jahr 2005 erfolgt eine Halbzeitüberprüfung der Erfolge (Wendler 2007: 231). Auf dem Brüsseler Gipfel vom März 2005 werden die umfassenden Ziele der Lissabon-Strategie gewichtet und auf die Prioritäten Wachstum und Beschäftigung refokussiert (Wendler 2007: 242f.):

Die Mitteilung gibt dabei unmissverständlich den Themen der Produktivität, der Förderung von Wettbewerb und der Rückführung von Vorschriften und Bürokratie den Vorzug (Wendler 2007: 243).

Laut Wendler ist durch die Halbzeitüberprüfung der Lissabon-Strategie "eine Neujustierung vorgenommen worden, die durch ihre Prioritätensetzung vor allem das Ziel der wirtschaftspolitischen Liberalisierung unterstreicht, während sozialpolitische Fragen in einer klar nachgeordneten Funktion als unterstützende Faktoren für dieses Gesamtziel diskutiert werden" (Wendler 2007: 245). Inwieweit nun die nationale Gesundheitspolitik von dieser "europäischen Reformintention" (Lamping und Sohns 2008: 425) des Lissabon-Vertrags betroffen ist, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

4.4.3 Europäisierung der Gesundheitspolitik: Etappen

Public Health

Der Aufbau europäischer Kompetenz in der öffentlichen Gesundheit geht auf den Maastrichter Vertrag von 1993 zurück (McKee, Hervey und Gilmore 2010: 235). Der Gemeinschaft wird hier die Aufgabe übertragen, ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen. Dieser Aufgabe soll sie in zwei Aktionsfeldern nachkommen: Krankheitsprävention und Gesundheitsschutz. Nach Ausbruch der BSE-Krise wird dieses Mandat im Vertrag von Amsterdam von 1999 deutlich erweitert. Seitdem werden die Mitgliedsstaaten verpflichtet, ihre Public-Health-Programme mit der Kommission und untereinander zu koordinieren (McKee, Hervey und Gilmore 2010: 236). Die Zusammenarbeit mit Drittländern und den "für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen wie etwa der Weltgesundheitsorganisation (WHO)" wird explizit gefördert (Beschluss Nr. 1786/2002/EG ; vgl. auch Beschluss Nr. 1350/2007/EG). Gesundheit steigt damit in den Rang eines Gemeinschaftsziels (Lamping 2007a: 7). Vor allem aber wird im selben Zeitraum - 1998 - eine Debatte initiiert, die in der Formulierung einer umfassenden gesundheitspolitischen Strategie mündet (McKee, Hervey und Gilmore 2010: 240). Diese besteht aus zwei Schwerpunkten:

1. einem Aktionsrahmen für öffentliche Gesundheit und
2. der Integration des Gesundheitsschutzes in allen Bereichen der Gemeinschaftspolitik (KOM(2000) 285)

Der Aktionsrahmen für öffentliche Gesundheit wurde bislang in zwei Aktionsprogrammen umgesetzt. Das erste Aktionsprogramm für die Jahre 2003-2008 hat drei Schwerpunkte:

1. Verbesserung von Informationen und Kenntnissen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitssysteme. Maßnahmen: Entwicklung eines umfassenden Systems zur Erhebung, Analyse und Weitergabe von gesund-

heitsbezogenen Kenntnissen und Informationen an die Öffentlichkeit, die zuständigen Behörden und die Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie Berichterstattung und Beratung.

2. Förderung der Fähigkeit, rasch und koordiniert auf Gesundheitsgefahren zu reagieren, etwa auf grenzübergreifende Gefährdungen wie HIV, die neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit und umweltbedingte Erkrankungen. Maßnahmen: Weiterentwicklung, Stärkung und Unterstützung der Kapazität, Nutzung und Verbindung von Überwachungs-, Frühwarn- und Schnellreaktionsmechanismen.
3. Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren. Maßnahmen: Aktionen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention sowie spezielle Instrumente zur Risikominderung und -beseitigung (Beschluss Nr. 1786/2002/EG).

Für die Jahre 2008 bis 2013 werden die Maßnahmen leicht modifiziert. Insbesondere im Bereich der Verbesserung der Information und der Kenntnisse über Gesundheit und Gesundheitssysteme wird die Erhebung, Analyse und Weitergabe an Informationen um die Maßnahme "exchange knowledge and best practice" ergänzt (McKee, Hervey und Gilmore 2010: 245).

Laut Lamping genießt die europäische Public-Health-Politik eine breite Akzeptanz, da der Mehrwert des gemeinschaftlichen Handelns insbesondere bei grenzüberschreitenden Risiken und Herausforderungen unmittelbar einsichtig sei und es für die Mitgliedsstaaten sogar sehr attraktiv sei, die Verantwortung für Krisen wie etwa BSE, SARS und Vogelgrippe und für Probleme aus prekären Bereichen wie der AIDS-Bekämpfung und dem Bio-Terrorismus an die supranationale Ebene abzugeben (Lamping 2007a: 8). Die Entscheidungen über den Kernbereich der Gesundheitsversorgung, das nationale Gesundheitswesen, bleiben formal jedoch in der Hand der Mitgliedsstaaten, die sich laut Lampert vehement dagegen wehren, zu viel Einfluss der EU in diesem Bereich zuzulassen. Trotz des rechtlichen "Bollwerks", das sie zu diesem Zweck errichtet haben, hat es die Kommission bzw. die DG Sanco im

Laufe der Jahre mit Hilfe des EuGH schrittweise geschafft, Gesundheit aus der Kontrolle der Mitgliedsstaaten heraus in die von ihr regulierten Bereiche, allem voran das Binnenmarktregime, zu überführen (Ebd.: 9). Auch von dem letzten Punkt des Aktionsprogramms 2008-2013 werden früher oder später Auswirkungen für die nationalen Gesundheitssysteme erwartet (Hervey und Vanhercke 2010: 90).

Gesundheit und Binnenmarkt

Auch wenn die formale Kompetenzverteilung der EU lediglich eine gemeinschaftliche Kompetenz in Public Health vorsieht und die Organisation des Gesundheitswesens in der Hand der Mitgliedsstaaten belässt (Art. 168 AEUV), sind die Mitgliedsstaaten angehalten, das umfassende Gemeinschaftsrecht, insbesondere die vier Grundfreiheiten, zu beachten. Und dieses wiederum wird seit den 1990er Jahren zunehmend auf den Bereich der Gesundheit ausgeweitet (Lamping 2007a: 9). Den jüngsten Versuch, die formale Kompetenzverteilung erneut zu unterlaufen, stellt die Dienstleistungsrichtlinie von 2004 dar, ein Vorschlag der Generaldirektion Binnenmarkt zur Vollendung der Dienstleistungsfreiheit, der ausdrücklich auch das Gesundheitswesen mit einbezieht. Verstärkt wird dieser Umdeutungsprozess auch durch die Gleichsetzung der gesundheitspolitischen Ziele mit denen des Verbraucherschutzes und eine entsprechende Zusammenlegung der Politikbereiche Gesundheit und Verbraucherschutz, die damit begründet wird, dass “[d]ie Bereiche Gesundheit und Verbraucherpolitik [...] viele Ziele gemeinsam” hätten (KOM(2005) 115). Dazu gehören laut dem “Aktionsprogramm der Gemeinschaft in den Bereichen Gesundheit und Verbraucherschutz” (Ebd.):

1. Schutz der Bürger vor Risiken und Gefahren, auf die der Einzelne keinen Einfluss hat und denen auch die einzelnen Mitgliedstaaten nicht wirksam begegnen können (z. B. Gesundheitsbedrohungen, unsichere Produkte, unlautere Geschäftspraktiken),
2. Stärkung der Entscheidungsfähigkeit der Bürger in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre Verbraucherinteressen,

3. Einbeziehung aller Ziele der Gesundheits- und Verbraucherschutzpolitik in alle Politikbereiche der Gemeinschaft, damit Gesundheits- und Verbraucherfragen in den Mittelpunkt der Politikgestaltung gelangen.

Diese von den Mitgliedsländern keineswegs begrüßte Umdeutung der Gesundheitsleistungen als Marktleistungen wird 2006 vom EuGH untermauert. Das Gesundheitswesen sei "generell als ein substanzieller Teil des gemeinsamen Binnenmarktes anzusehen" (Lamping und Sohns 2008: 422), so die Rechtssprechung des EuGH. Damit werden die nationalen Gesundheitssysteme dem von den Mitgliedsländern "kontrollierten Bereich der sozialen Sicherheit" (Lamping 2007a: 9) entzogen und Schritt für Schritt dem Wirkungsbereich des europäischen Wettbewerbsrechts unterworfen (Lamping und Sohns 2008: 424).

Dieser Prozess ist insofern paradox, als das EU-Recht erst dann greift, wenn die Nationalstaaten "mehr Markt" in ihre Gesundheitssysteme einführen. Von den an ihrer Souveränität festhaltenden Staaten würde man erwarten, dass sie aus diesem Grund aufhören würden, mehr marktwirtschaftliche Steuerung in ihren Gesundheitssystemen zu implementieren. Dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein. Obwohl sie durch das EU-Recht dazu nicht gezwungen werden können, orientieren sich die Mitgliedsstaaten an der "europäischen Reformintention" des Lissabon-Vertrags (vgl. Abschnitt 4.4.2), die "zur Steigerung der Effektivität und Effizienz mehr marktwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitswesen" (Ebd.: 425) vorsieht.

Offene Methode der Koordinierung für Gesundheit und Langzeitpflege

Einen weiteren Versuch, Einfluss auf die nationalen Gesundheitspolitiken zu nehmen, stellt die Offene Methode der Koordinierung dar, ein europäisches Instrument, das 1992 im Bereich der Wirtschaftspolitik, 1997 in der Beschäftigungspolitik und seit dem Lissabon-Gipfel 2000 auch auf den Bereich der sozialen Sicherung - Inklusion (2000), Alterssicherung (2001) und Gesundheitspolitik (2004) - angewendet wird (Greer und Vanhercke 2010: 197). 2006

werden die drei letztgenannten OMK-Prozesse in einen einzigen überführt (Ebd.: 195).

Es gibt keine gesetzliche Definition der OMK (Ebd.: 193). Gemeinhin gilt sie jedoch als Austausch- und Lerninfrastruktur (Lamping 2007b: 287). Laut dem Lissabon-Gipfel soll sie dazu dienen, "best practice" zu verbreiten. Konkret impliziere das: (1) Standards zu formulieren, (2) Indikatoren und "benchmarks" zu identifizieren, (3) nationale und regionale Ziele festzulegen, sowie (4) einen gegenseitigen Lernprozess durch regelmäßiges Monitoring und Evaluationen sowie "peer reviews" zu organisieren (Greer und Vanhercke 2010: 197). Im Unterschied zu den internationalen Vergleichen wie sie bereits durch die OECD und die WHO durchgeführt werden, ist das Ziel der OMK - zumindest ihrem Selbstverständnis nach - eine echte "peer review": "real exchange of practical knowledge" (Ebd.: 196). Hinzu kommt die Pflicht, alle 3 Jahre nationale Berichte zu verfassen, die von den "peers" durchgesehen und mit Empfehlungen versehen werden. Von den Folgeberichten wird schließlich eine Stellungnahme zu den von den "peers" abgegeben Empfehlungen erwartet (Ebd.: 196; 206).

Inhaltlich gelten im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege die drei Vergleichsdimensionen (1) Gesundheitszustand, (2) finanzielle Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung und (3) Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheit (Ebd.: 210). Sie spiegeln die drei gesundheitspolitischen Ziele der Europäischen Union wieder: (1) eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung, (2) finanziell nachhaltige Gesundheitssysteme, die (3) den Zugang für alle ermöglichen (Ebd.: 195). Eine weitere Konkretisierung ist bislang nicht erfolgt. Die Fortschritte sind sowohl bei der Harmonisierung der Gesundheitsindikatoren als auch bei der Formulierung quantitativer Ziele schleppend, wenngleich der Druck der Kommission auf die Mitgliedsstaaten immer größer wird (Ebd.: 195f.). Das lässt sich vermutlich auf die starke Ablehnung gegen neue Indikatoren, Ziele und Ranglisten zurückführen. Insbesondere Großbritannien lehnt es ab, sich neue gesundheitspolitische Indikatoren und Ziele oktroyieren zu lassen (Ebd.: 209). Bei der Ablehnung von Ranglisten spielt unter anderem Deutschland eine wesentliche Rolle (Lamping 2007b: 289).

4.4.4 Zwischenreflexion: Der Interpenetranz-imperativ der "global health governance"

Wie in dem Ankerzitat zu Beginn des Abschnittes geschrieben steht, ist es nicht einfach, eine scharfe Unterscheidung zwischen der Weltkultur und Europa zu treffen. Dies bestätigt sich auch für den gesundheitspolitischen Diskurs. Die gesundheitspolitische Strategie der EU weist viele Abdrücke des globalen Diskurses der Gesundheitspolitik auf. Der hohe Stellenwert einer Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die an den Gesundheitsfaktoren ansetzt, kommt in beiden Aktionsprogrammen der öffentlichen Gesundheit zum Ausdruck. Auch der im globalen Diskurs in den 1970er Jahren formulierten Forderung nach einer multisektoralen Politik versucht man auf EU-Ebene nachzukommen. Die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen wie der WHO fördert die EU in ihren Aktionsprogrammen explizit. Für die Erhebung des Gesundheitszustands der europäischen Bevölkerung greift sie wiederum auf den von der Weltbank entwickelten Strukturindikator "Zu erwartende gesunde Lebensjahre" (DALY) zurück (vgl. Abschnitt 4.3.1). Auch das wachsende Interesse am Gesundheitssystemvergleich ähnelt den diskursiven Trends auf globaler Ebene. Trotz aller Abgrenzungsversuche von den internationalen Vergleichen der WHO und der OECD zielt auch die OMK letzten Endes auf internationale Vergleichbarkeit von Gesundheitssystemen und Wissensdiffusion.

Auch wenn Artikel 168 AEUV die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in der Hand der Mitgliedsstaaten belässt, so weist die gelebte Praxis in der Europäischen Union vielmehr darauf hin, dass sich auch im europäischen Diskurs eine Politikstrategie durchsetzt, die der globalen Diskursstrategie "Alle für Gesundheit" ähnelt. Mit der Lissabon-Strategie wird angestrebt, "mehr Markt" (Lamping und Sohns 2008: 425) in die Steuerung der Gesundheitssysteme einzuführen. Die Bürger werden zu Verbrauchern umgedeutet und sollen in ihrer "Entscheidungsfähigkeit in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre Verbraucherinteressen" (KOM(2005) 115) gestärkt werden. Mit der Eingliederung der Gesundheitspolitik in den Modus der OMK wird schließlich die Relevanz supranationaler Aktivitäten nicht nur für die öffentliche Gesundheit, sondern auch für die nationalen Gesundheitssysteme aufgewertet. All

diese Entwicklungen führen im Endeffekt auf eine Dezentrierung des Staates zugunsten des Marktes, der Zivilgesellschaft und - im Falle der EU - einer supranationalen "health governance" hinaus.

Während die diskursiven Trends also ähnlich gelagert sind, ist indes auf einen bedeutenden Unterschied zwischen den Aktivitäten des globalen Felds der Gesundheit und denen der EU hinzuweisen. Sowohl die Public-Health-Aktivitäten der EU als auch die OMK lassen sich im weitesten Sinne noch als "Hilfe" und Beratung und damit als Formen einer zwanglosen Wissensdiffusion, wie sie auch auf Weltkulturebene stattfindet, begreifen. Für die schrittweise Überführung des Gesundheitswesens in das Binnenmarktregime gilt das nicht mehr in gleicher Weise. Denn im Zuge dieses Prozesses wird die nationale Gesundheitspolitik nicht mehr nur Gegenstand von Koordinationsbestrebungen oder Austausch- und Lernprozessen - wie noch im Falle der europäischen Public-Health-Politik bzw. der OMK. Ab dem Moment, wo das Gesundheitswesen unter das europäische Wettbewerbsrecht fällt, verliert der Einfluss der EU seinen "Hilfs"-Charakter und wird zum "Zwang". Mit den Neo-Institutionalisten könnte man dann noch von einem Isomorphiezwang sprechen (vgl. Abschnitt 2.2), ganz sicherlich jedoch nicht von kultureller Diffusion. Der Unterschied wird deutlich, wenn man sich die Kritik von Lamping und Sohns (2008: 424f.) an der nationalen Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten vor Augen führt. So lange sie ihre Gesundheitssysteme in öffentlicher Hand behalten, kann das EU-Recht keine Wirkung entfalten. Erst durch die Einführung von mehr Markt fallen die Gesundheitssysteme in den Wirkungsbereich des europäischen Wettbewerbsrechts. Nun kann aber der EuGH die Mitgliedsländer rechtlich nicht dazu zwingen, mehr Markt in die nationale Steuerung des Gesundheitswesens einzuführen. Und obwohl sie angeblich an ihrer Souveränität festhalten, führen die Mitgliedsländer trotz des Fehlens rechtlichen Zwangs "mehr Markt" ein. Laut Lamping und Sohns ist dieses Phänomen auf die "europäischen Reformintention" des Lissabon-Vertrags zurückzuführen, an der sie ihre Gesundheitspolitik ausrichten (Ebd.). Die anfangs zwanglose Orientierung an der "europäischen Reformintention" wird damit aber zur Falle - Lamping und Sohns sprechen von einer "Wettbewerbs-

falle“ - da sie die nationalen Gesundheitssysteme dem Zwang des EU-Rechts unterwirft (Ebd.).

4.5 Zusammenfassung und Zwischenreflexion

4.5.1 Zusammenfassung

Die Emergenz einer Weltkultur der Gesundheit im Sinne international tätiger Organisationen, die sich der Förderung von Gesundheit widmen, geht auf das ausgehende 17. Jahrhundert zurück. Heute zählt das Feld ca. 2600 Organisationen. Die Schlüsselrolle im gesundheitspolitischen Diskurs spielt die “Familie der Vereinten Nationen”, hier insbesondere die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Weltbank. Neben den zentralen Akteuren im Feld sind für das Verständnis der diskursiven Entwicklung des globalen Modells der Gesundheitspolitik auch die diskursiven Horizonte von Bedeutung, d.h. zeitlich vorgeschaltete oder parallele Diskurse in anderen Themenbereichen oder Diskursarenen, die der enger gefassten gesundheits*politischen* Debatte bedeutende Weichen gestellt haben. Die wohl wichtigste Weiche für den gesundheitspolitischen Diskurs der Gegenwart hat vermutlich die Gesundheitsdefinition der WHO gestellt, die erstmalig in der WHO-Verfassung von 1946 niedergeschrieben wird. Indem sie Gesundheit nicht mehr reduktionistisch als Abwesenheit von Krankheit, sondern positivistisch als umfassendes körperliches und seelisches Wohlbefinden definiert, macht sie den Weg frei für die Abwertung des auf die Bekämpfung von Krankheiten spezialisierten Gesundheitssystems zugunsten einer Aufwertung des Subjekts bzw. des “Laiensystems” (Trojan 1996). Neben dieser diskursiven Entwicklung, die sich als Entmedikalisierung klassifizieren lässt, lässt sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein anderer Diskurs ausmachen, der auf eine Ökonomisierung der Gesundheit und des Gesundheitswesens hinausläuft. Auch dieser Ökonomisierungsdiskurs findet einen seiner Ausgangspunkte im Gesundheitsbegriff der WHO von 1946, insofern als er in Abgrenzung von diesem entsteht. Der umfassende Gesundheitsbegriff der WHO wird als zu breit und

zu utopisch kritisiert. Auch Gesundheit sei für die wenigsten Individuen und Gesellschaften das absolut höchste erstrebenswerte Ziel. Angesichts knapper Mittel müsse man daher stets auch ihre Opportunitätskosten bedenken (Abschnitt 4.2.2). Der Ökonomisierung der Gesundheit spielen darüber hinaus weitere Diskursstränge zu, die ihren Kern thematisch in ganz anderen Bereichen haben. Das wäre zum einen das Postulat von der Ineffizienz des Dritten Sektors, das seit den 1960er Jahren von amerikanischen Unternehmensberatungen forciert wird und in der Folgezeit zu einem beträchtlichen Transfer betriebswirtschaftlicher Modelle und Techniken in amerikanische Krankenhäuser führt (Abschnitt 4.2.2). Die ausgerufene Ineffizienz des Dritten Sektors mündet schließlich in einen umfassenden Deutungswandel von der Rolle des Staates. Ende der 1970er Jahre wird länderübergreifend eine Krise des Staates ausgerufen und eine bis dahin auf Expansion ausgerichtete Wohlfahrtspolitik in die Bahnen eines folgenreichen Staatsabbaus - unter anderem auch im Gesundheitswesen - umgelenkt (Abschnitt 4.2.2). Die neue Politik des Staatsabbaus wird indes nicht nur in den westlichen Staaten umgesetzt, sondern vermittelt entsprechender entwicklungspolitischer Programme - sog. Strukturanpassungsprogramme - weltweit exportiert. Diese als neoliberal geltende Politik, die auch unter dem Begriff des "Washington-Consensus" bekannt geworden ist, gerät im ausgehenden 20. Jahrhundert zunehmend in die Kritik und wird von einem neuen Pakt, dem "Post-Washington-Consensus", abgelöst. Vereinfacht gesagt besteht die Kritik am "Washington Consensus" in der ausschließlichen Fokussierung ökonomischer Institutionen und der fehlenden Konsultation zivilgesellschaftlicher Organisationen. Mit dem "Post-Washington-Consensus" widmet sich der globale Entwicklungsdiskurs gezielt auch sozialen Themen wie Gesundheit und verstärkt seine Zusammenarbeit mit internationalen Nichtregierungsorganisationen (Abschnitt 4.2.3).

Innerhalb dieser diskursiven Horizonte entfaltet sich eine gesundheitspolitische Debatte, deren Entwicklung in Abbildung 4.5 zu sehen ist.

Den Wendepunkt in der gesundheitspolitischen Debatte des globalen Felds der Gesundheit bildet die Deklaration von Alma Ata von 1978, die im Gefolge der vorherrschenden Diskurse der damaligen Zeit eine primäre Gesundheitsversorgung - "Primary Health Care" (PHC) - für alle fordert, die dem um-

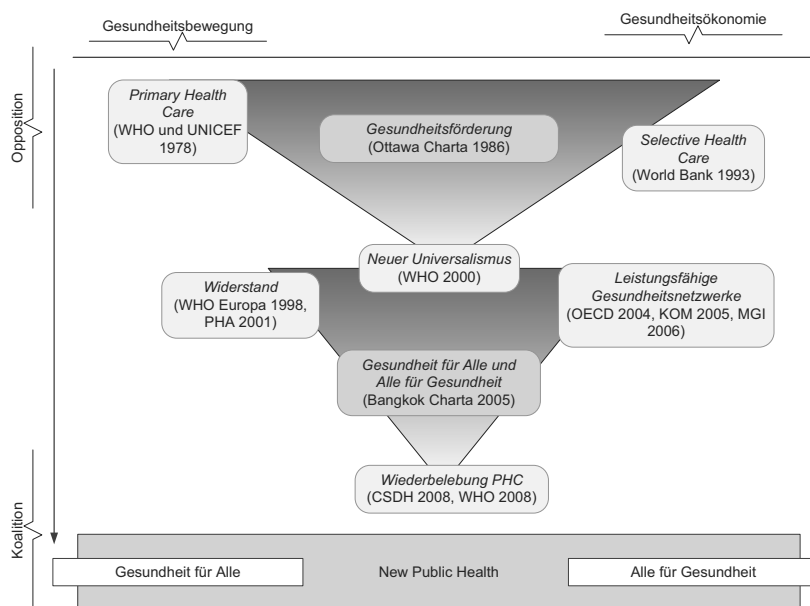


Abbildung 4.5: Entwicklung des globalen Diskurses der Gesundheitspolitik. Quelle: Eigene Darstellung.

fassenden Gesundheitsverständnis als Wohlbefinden und als Menschenrecht gerecht werden und im Grunde eine Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und dem "Laiensystem" bilden soll. Die Deklaration von Alma Ata wird in der vorliegenden Arbeit als Ausdruck einer Entgrenzungsstrategie rekonstruiert, weil sie in mehrerer Hinsicht auf eine Entgrenzung der bis dahin praktizierten Gesundheitspolitik abzielt. Mit der Definition von Gesundheit als völligem physischen und psychischen Wohlbefinden werden die Grenzen des bis dahin etablierten Gesundheitsverständnisses als Abwesenheit von Krankheit überwunden. Für die Gesundheitspolitik folgt daraus, dass sie sich nicht mehr nur auf die Therapie von Krankheiten fokussieren kann, sondern die umfassenden sozialen und umweltbedingten Determinanten der Gesundheit mitberücksichtigen muss. Das Postulat von einer multisektoralen Gesundheitspolitik sprengt somit die engen Grenzen einer Gesundheitspoli-

tik, die sich vor allem auf das therapeutisch ausgerichtete Gesundheitssystem fokussiert. Als entgrenzend kann auch das Postulat von Gesundheit als Menschenrecht aufgefasst werden, da es Gesundheit für alle Menschen der Welt fordert. Schließlich ist auch das angestrebte Maß an Gesundheit grenzenlos: Gefordert wird ein höchstmögliches Maß an Gesundheit. Dieser Diskursstrang wird in der vorliegenden Arbeit als "Gesundheit für alle" bezeichnet.

Demgegenüber formiert sich eine Position, die im Weltentwicklungsbericht der Weltbank von 1993 ihren Höhepunkt erreicht und in der vorliegenden Arbeit als Ausdruck eines Begrenzungsdiskurses rekonstruiert wird. Der tief in der gesundheitsökonomischen Denkweise verwurzelte Bericht sieht das Ziel gesundheitspolitischer Interventionen vor allem darin, die für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen entsprechend dem Kosten-Nutzen-Kalkül zu verwenden. Gesundheitspolitik sollte auf keinen Fall anstreben, alle möglichen Gesundheitsinterventionen umzusetzen, sondern sich auf die kosteneffizientesten Interventionen zu beschränken. Als Indikator zur Messung des Gesundheitsnutzens bzw. der -verluste werden die krankheitsfreien Lebensjahre herangezogen, Gesundheit folglich relativ eng als Abwesenheit von Krankheit definiert. Da Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit die kosteneffizientesten seien, auf Märkten jedoch aus diversen Gründen nicht zustande kämen, sollten sie in der staatlichen Gesundheitspolitik Priorität bekommen. Eine staatliche klinische Gesundheitsversorgung sei aus Gerechtigkeitsaspekten auf minimalem Niveau nur für die Bedürftigsten gerechtfertigt. Gesundheitsversorgung, die über die kosteneffizienten Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit und eine klinische Versorgung auf Basisniveau für die Ärmsten hinausgeht, sei an den Privatsektor zu delegieren (Abschnitt 4.3.1).

In dem weiter oben skizzierten diskursiven Kontext kann die Begrenzungsstrategie zwar einen hohen Einfluss entfalten, die Postulate des Entgrenzungsdiskurses jedoch nicht vollständig verdrängen. Zwar wenden sich die Organisatoren der Alma Ata Konferenz - zunächst UNESCO, später auch die WHO-Zentrale - schrittweise von dem 1978 vorgestellten PHC-Konzept ab. Sie sind jedoch sichtlich bemüht, beide Diskursstränge miteinander zu verknüpfen. Im Weltgesundheitsbericht 2000 plädiert die - in der Zwischenzeit

unter neuer Leitung agierende und mit gesundheitsökonomischer Expertise ausgestattete - WHO für einen neuen Universalismus, der sich zwischen den Forderungen der Alma Ata-Deklaration und den gesundheitsökonomischen Konzepten des Weltentwicklungsberichts von 1993 bewegen soll. Vom Begrenzungsdiskurs wird vor allem die Vorstellung übernommen, dass dem Staat Grenzen gesetzt sind und Gesundheitspolitik sich innerhalb dieser Grenzen bewegen müsse. Vom Entgrenzungsdiskurs hingegen wird der Universalismus fortgesetzt, der aufgrund der Grenzen des Staates jedoch ein neues Antlitz bekommt: Da man nicht beides haben könne - Gesundheit für alle *und* ein höchstmögliches Maß an Gesundheit - müsse man ein begrenztes Maß an Gesundheit für alle anstreben und daran arbeiten, innerhalb der Grenzen des Möglichen das Maximum herauszuholen. Für die Gesundheitspolitik bedeutet die letztgenannte Schlussfolgerung den Imperativ einer Leistungssteigerung der bestehenden Gesundheitssysteme. Der Appel zur Leistungssteigerung der Gesundheitssysteme ruft wiederum eine Beratungsoffensive internationaler Organisationen wie WHO, OECD und EU sowie global agierender Unternehmensberatungen wie McKinsey and Company hervor, die sich von nun an der Erforschung und Begleitung von Gesundheitssystemreformen weltweit widmen. Die gesundheitspolitische Vision, die sie in die Gesundheitssysteme weltweit diffundieren, ist die eines pluralistischen Gesundheitssystems, das auf virtuellen marktförmig organisierten Netzwerken zwischen autonomen und semi-autonomen Akteuren des privaten und öffentlichen Sektors basiert, die vom Staat lediglich koordiniert werden. Die ultimative Gesundheitsverantwortung liege zwar weiterhin in den Händen des Staates. Für den Zusammenhalt der neuen Gesundheitssysteme sei jedoch auch eine gut informierte Verbraucherbevölkerung notwendig. Aufgrund des zunehmend globalen Charakters von Gesundheit und Krankheit wachse schließlich auch die Gesundheitsverantwortung des globalen Felds. Von einer Begrenzung des Staates ist hier zwar nicht mehr die Rede. Ganz im Gegenteil, der Staat erfährt eine deutliche Aufwertung, wenngleich seine Rolle stark umgedeutet wird. Es zeichnet sich jedoch ganz eindeutig ab, dass die Gesundheitsverantwortung keineswegs mehr allein in staatlicher Hand liegen sollte (Abschnitt 4.3.2). Die auf eine horizontale und vertikale Neuverteilung

der Gesundheitsverantwortung abzielende Diskursstrategie, die sich bereits hier anbahnt, erhält jedoch erst später ihren Namen: "Alle für Gesundheit". Paradoxerweise ist es im Rahmen des Widerstandsdiskurses, der an "Gesundheit für alle" festhält, dass eine Überwindung der Opposition gelingt und die Forderung beider Strategien legitim wird: "Gesundheit für alle" und "Alle für Gesundheit".

Der Weltgesundheitsbericht 2000 findet nämlich nicht nur positiven Anklang. Auf Seiten der Gesundheitsbewegung formiert sich heftiger Widerstand gegen die Abwendung vom PHC-Konzept und von der Strategie "Gesundheit für Alle". So wird die Strategie Ende der 1990er Jahre zwar von der WHO-Zentrale eingestellt, vom WHO-Regionalbüro für Europa 1998 jedoch fortgesetzt. Im Jahre 2000 findet eine "Weltgesundheitsversammlung von unten" statt, die unterschiedliche Gruppierungen der globalen Gesundheitsbewegung vereint und in der Formulierung einer Gesundheitscharta mündet. Die Gesundheitscharta verbindet ihre Forderungen nach der Wiederbelebung des PHC-Konzepts mit einer Globalisierungskritik, die eine umfassende Umgestaltung internationaler Organisationen fordert. Damit bestätigt sie aber paradoxerweise die bedeutende Rolle, die die globale Arena in der Gesundheitspolitik beansprucht und trägt zu der bereits vom Begrenzungsdiskurs initiierten Dezentrierung des Staates bei. Den Globalisierungsdiskurs nimmt auch die Gesundheitsförderungsbewegung zum Anlass, um ihre Postulate, die sie 1986 in der Ottawa-Charta erstmalig im globalen Diskurs verankerte, zu revidieren. In der Bangkok-Charta der Gesundheitsförderung von 2005 wird die partizipatorische Strategie "Gesundheit für alle" erneut aktiviert, jedoch mit der Forderung nach einem "Alle für Gesundheit" verknüpft. Angesichts der veränderten Rahmenbedingungen der Globalisierung seien die Anstrengungen Aller - Staat, Markt, Zivilgesellschaft und globale Arena - vonnöten, um "Gesundheit für alle" auch in der Praxis zu erreichen.

Die Kritik am bisherigen gesundheitspolitischen Mainstream und die Forderung nach einer "global health governance", finden sich ab Mitte der 2000er Jahre auch im Diskurs der WHO wider. Im Weltgesundheitsbericht 2008 belebt die WHO das PHC-Konzept wieder, deutet es jedoch im Vergleich zu der ursprünglichen Version von 1978 deutlich um. Zwar geht es auch 2008

um eine bürgernahe Gesundheitsversorgung, sie ist jedoch nicht mehr zentraler Bestandteil der gesundheitspolitischen Forderungen. Zwar sei die primäre Gesundheitsversorgung eine bedeutende Lösung für Korrekturen der Gesundheitspolitik auf lokaler Ebene. Für einen umfassenden Richtungswechsel sei es aber nicht minder wichtig, die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung auf nationaler und globaler Ebene zu korrigieren. Da die nationalen Entscheidungsträger orientierungslos seien, falle es daher vor allem in den Aufgabenbereich der globalen Arena, die Richtung für die Gesundheitspolitik der Zukunft zu weisen (Abschnitt 4.3.4).

Auch auf europäischer Ebene sind die diskursiven Trends der letzten Dekaden ähnlich gelagert. Neben des deklarierten Ziels "Gesundheit für alle" ist auch in Europa eine schleichende Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung zu beobachten, die Gesundheitsversorgung Schritt für Schritt dem Verantwortungsbereich des Staates entzieht und in die Hände des Individuums, in den Markt und auf die supranationale Ebene verlagert (Abschnitt 4.4).

4.5.2 Zwischenreflexion

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit ist auf das Verständnis des starken Einflusses des internationalen Umfelds auf den wohlfahrtsstaatlichen Wandel in Mittelosteuropa gerichtet (vgl. Kapitel 1), was in einer Mehrebenenanalyse am Beispiel der Gesundheitspolitik im globalen Feld und in Polen erforscht wird. Das Ziel dieses Kapitels war es nun, den gesundheitspolitischen Diskurs im globalen Feld zu rekonstruieren, um in einem zweiten Schritt, der in Kapitel 6 erfolgt, seine Rezeption im nationalen Kontext verfolgen und verstehen zu können. Die hier vorgenommene Reflexion kann daher nur als Zwischenreflexion begriffen werden. Sie bietet aber möglicherweise erste Anhaltspunkte für das Verständnis der Wirkungsweise der Weltkultur der Gesundheit. Auf jeden Fall weist der gesundheitspolitische Diskurs im globalen Feld viele Merkmale des Phänomens Weltkultur auf, das die Neo-Institutionalisten in ihren Arbeiten immer wieder beschreiben (vgl. Abschnitt 2.2).

Während die Diskursstrategie "Gesundheit für alle" ihre Rechtfertigung in dem universalistischen Konzept der Menschenrechte sucht und zunächst auf

eine Aufwertung der Individuen und der Gemeinschaft abzielt, verankert sich der anfängliche Begrenzungsdiskurs, der sich mit der Zeit in die Diskursstrategie "Alle für Gesundheit" transformiert, im Theoriewerk der Ökonomie, die auf einen Rückzug des Staates aus der Gesundheitsverantwortung zugunsten eines Mehr an Eigenverantwortung der Individuen für ihre Gesundheit setzt. Bei näherer Betrachtung der diskursiven Verflechtungen der beiden Diskursstränge fällt eine kontraintuitive Parallelität auf, die sich mit Rose folgendermaßen beschreiben lässt:

Paradoxerweise bedienen sich die beiden in Anbetracht ihrer offenkundigen ideologischen Unterschiede so gegensätzlichen Auffassungen von Sicherheit eines ähnlichen Bildes vom Subjekt: Beide begreifen den Einzelnen als *aktiv und verantwortlich Handelnden*, der für die eigene und die Sicherheit jener sorgt, denen er nahe steht oder stehen sollte (Rose 2000: 86).

Neben der Aufwertung des Subjekts bzw. der Zivilgesellschaft weisen die zwei Diskursstränge eine weitere Gemeinsamkeit auf: Trotz ihrer inhaltlichen Heterogenität und gar Opposition stellen sie sich jeweils als Agenten eines breit verstandenen Gemeinwohls dar, woraus sie für die globale "professionelle" Arena eine bedeutende Rolle in der Gesundheitspolitik weltweit ableiten. Höchst interessant ist in diesem Zusammenhang die Art und Weise, wie insbesondere die WHO das Wuchern der Diskurse, die sie selbst im Grunde "nur" aktiviert, ohne sie wirklich steuern zu können, dazu nutzt, Legitimität für ihre eigene Rolle und Autorität für ihre Expertise zu konstruieren. Die Notwendigkeit einer "global health governance", in der sie selbst eine führende Rolle spiele, kann sie rückblickend nur formulieren, weil der gesundheitsökonomische Begrenzungsdiskurs die Weichen für die Diskursstrategie "Alle für Gesundheit" stellt, die den Diskurs für neue Akteure öffnet. Da der Markt nur begrenzte Legitimität erlangen kann, was unter anderem in der Verwendung des Netzwerkbegriffs anstelle des Marktbegriffs deutlich wird (vgl. Abschnitt 4.3.2), ist es vor allem die Zivilgesellschaft - von der lokalen Ebene hin zur globalen Arena -, die in dieser Diskursstrategie stark gemacht wird. Die Selbstdarstellung der

WHO als Agentin der Zivilgesellschaft einerseits *und* als professionelle Hüterin wissenschaftlicher Erkenntnisse andererseits zeugt von der hohen Legitimität, die Ende der 2000er Jahre sowohl der Zivilgesellschaft als auch der Wissenschaft bzw. Wissensgesellschaft zugeschrieben werden. Im Endergebnis führen sowohl die Aufwertung des Subjekts bzw. der Zivilgesellschaft als auch die Aufwertung der globalen "professionellen" Organisationen also zu ein und demselben Effekt: Zur nachhaltigen Dezentrierung des Staates.

Wenn man sich an dieser Stelle die zu Anfang des Kapitels rekonstruierten diskursiven Horizonte nun vor dem Hintergrund des rekonstruierten gesundheitspolitischen Diskurses vergegenwärtigt, dann lassen sich die dortigen diskursiven Entwicklungen der Entmedikalisierung und Ökonomisierung in den ihnen übergeordneten Diskursen der Wissens- und Zivilgesellschaft verorten.

So lässt sich die im Postulat von der "Krise der Medizin" formulierte Kritik an der Expertenmacht der Ärzte einem umfassenderen Diskurs zuordnen, der die "Entmündigung durch Experten" (Illich 1979) kritisiert und damit zwei Jahrzehnte beendet, in denen die Wissenschaft weitgehend unhinterfragte Autorität genießt. Die zunehmende Bedeutung von Wissen und Expertise, die in den ersten Nachkriegsjahrzehnten mit der Expansion der Wissensgesellschaft einhergeht, führt laut Junge (2008) zur Delegitimierung individueller und kollektiver Handlungsformen, "die als subjektiv, esoterisch, interessegeprägt oder schlimmstenfalls ideologisch verbrämt werden" (Junge 2008: 179). Illichs Kritik der "entmündigenden Expertenherrschaft" (Illich 1979: 7) kann als Ausdruck einer wachsenden Skepsis gegenüber dieser Entwicklung verstanden werden, im Zuge derer sich wissenschaftliches Wissen als zunehmend unsicher und mehrdeutig erweist und die schließlich in einer "Krise des Wissens" mündet (Junge 2008: 177). Diese äußert sich laut Junge darin, dass "[d]as Vertrauen in die Kraft und Innovationsfähigkeit der Wissenschaften und ihrer als Experten wahrgenommenen Akteure [...] einem Misstrauen gegenüber Wissenschaft und Technik gewichen [ist]" (Junge 2008: 177). Die Antwort auf die "Krise des Wissens" liegt jedoch keineswegs in der Abwendung von der Wissensgesellschaft, sondern in einem breit gefassten "Partizipationsimperativ" (Junge 2008), in einer stärkeren Einbeziehung der Laien.

Im gesundheitspolitischen Diskurs kommt dieser diskursive Wandel ab den ausgehenden 1970er Jahren in der skizzierten Entdeckung des "Laiensystems" (Trojan 1996) zum Ausdruck. Im entwicklungspolitischen Diskurs (Abschnitt 4.2.3) wiederum werden infolge der Kritik des "Washington-Consensus" die Nichtregierungsorganisationen als symbolische Vertreter der Zivilgesellschaft stärker in die globalen entwicklungspolitischen Maßnahmen einbezogen.

Die stärkere Einbeziehung und Aufwertung der Zivilgesellschaft als Antwort auf die "Krise des Wissens" hat, wie gesagt, kein Ende der Wissensgesellschaft zur Folge, sondern dient ihrer Erneuerung. Die Zivilgesellschaft bleibt von der Wissensgesellschaft abhängig bzw. dient lediglich ihrer Legitimierung. Laut Junge erscheint das Laienwissen zwar nun als Voraussetzung für die Konstruktion "sozial robuste[n]" Wissens (Junge 2008: 184). Gleichzeitig gilt es weiterhin als "defizitär" (Junge 2008: 310), folglich entwicklungs- und ergänzungsbedürftig. Im gesundheitspolitischen Diskurs kommt dieser Deutungswandel beispielsweise im Konzept der Gesundheitsförderung zum Ausdruck, das einerseits mehr gesundheitliche Selbstbestimmung für den Einzelnen fordert, andererseits aber für ein gesundes Leben ein lebenslanges *Lernen* vorsieht (vgl. Abschnitt 4.2.1). Auch die stärkere Einbeziehung der Nichtregierungsorganisationen - symbolische Vertreter der Zivilgesellschaft - in die Maßnahmen der internationalen "professionellen" Organisationen, die als symbolische Vertreter der Wissensgesellschaft interpretiert werden können, wird neuerdings mit dem Begriff der "Ko-optation" beschrieben (Jensen und Miszlivetz 2006b: 143). Ausgehend von der Beobachtung, dass sich zahlreiche Nichtregierungsorganisationen - aufgrund fehlender Ressourcen - in ein Abhängigkeitsverhältnis von westlichen Geldgebern stellen, kommen Jensen und Miszlivetz zu dem Schluss, dass die Zivilgesellschaftsrhetorik letzten Endes eine unabhängige Zivilgesellschaft völlig aushöhle. Anstatt gestärkt zu werden, wird die Zivilgesellschaft im Zuge der Zivilgesellschaftsrhetorik letzten Endes instrumentalisiert und geschwächt (Jensen und Miszlivetz 2006b: 143f.; 2006a).

Die Wissensgesellschaft behält demzufolge ihr Deutungsmonopol. Das heißt aber nicht, dass alles beim Alten bleibt. Am skizzierten Beispiel der "Krise der Medizin" (Abschnitt 4.2.1) kann gezeigt werden, dass die medizinische Pro-

fession durch diesen Diskurs nachhaltig delegitimiert wird. Die Zuwendung zum "Laiensystem" (Trojan 1996) ist dabei nur eine Folge, die als Ausdruck einer allgemeinen "Entdeckung" der Zivilgesellschaft zu deuten ist. Die andere Folge ist die Emergenz neuer Professionen im Feld der Gesundheit, darunter der Gesundheitsökonomik und der Gesundheitswissenschaften. Der abstrakte Diskurs der Wissensgesellschaft mag also seine Deutungshoheit trotz der "Krise des Wissens" bewahrt haben. Auf der konkreten Ebene der herrschenden Professionen ist es im Zuge dieser Prozesse jedoch - zumindest im Feld der Gesundheit - zu bedeutenden Verschiebungen gekommen. Die Delegitimierung der medizinischen Profession, die Kritik des Gesundheitssystems und die Entdeckung des "Laiensystems" (Trojan 1996) haben das Feld für neue, konkurrierende Professionen geöffnet, die im ausgehenden 20. Jahrhundert in den sog. "New Public Health"-Wissenschaften eine interdisziplinäre Synthese finden:

The New Public Health is [...] an evolving concept or approach drawing on many ideas and experiences in public health throughout the world. [...] The World Bank evaluation of cost-effective public health and medical interventions to reduce the burden of disease also contributed to the need and apply new approaches to health. The New Public Health synthesizes traditional public health with management of personal services and community action for a holistic approach (Tulchinsky und Varavikova 2000: 108).

Wie bereits aus dem ersten Satz des Zitates hervorgeht, gehört zum Selbstverständnis der neuen "Experten" nicht nur die Interdisziplinarität, sondern auch die Internationalität. Die neue Wissensgesellschaft ist eine globale Wissensgesellschaft. Aus dem gesundheitspolitischen Diskurs der Gegenwart sind die globalen Akteure - seien es die "professionellen" internationalen Organisationen wie die Weltbank, seien es die "zivilgesellschaftlichen" sozialen Bewegungen wie die People's Health Assembly - nicht wegzudenken. Inwieweit es sich dabei im historischen Rückblick um ein neues gesundheitspolitisches Paradigma handelt, ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

Kapitel 5

Das gesundheitspolitische Modell der Gegenwart im historischen Rückblick

Es gibt nicht auf der einen Seite einen Diskurs der Macht und auf der andern Seite den Diskurs, der sich ihr entgegensetzt. Die Diskurse sind taktische Elemente oder Blöcke im Feld der Kraftverhältnisse: es kann innerhalb einer Strategie verschiedene und sogar gegensätzliche Diskurse geben (Foucault 1977: 123).

Folgt man der Selbstdarstellung ihrer Diskurssprecher, so liest sich die in Kapitel 4 rekonstruierte gesundheitspolitische Debatte wie eine Diskursopposition, die durch Widerstände und Kompromisse zu einer Annäherung findet. Auch die "Global Social Policy"-Forschung sieht in den eben am Beispiel der Gesundheitspolitik skizzierten Diskursverschiebungen einen intellektuellen Umschwung gegen die neoliberale Politik des ausgehenden 20. Jahrhunderts:

My conclusion is that the intellectual tide is turning against the neoliberal social policy prescriptions arguing everywhere at a national level for targeted benefits only for the poor. The restoration of the case for good quality public services universally available with additional measures to ensure they are accessed by the poor is once again being made (Deacon 2005: 25).

Foucaults Arbeiten sensibilisieren indes dafür, dass entgegengesetzte Diskurse sich "im Rückblick wie eine einheitlich gewollte Politik" ineinander fügen können (Foucault 1977: 119). Führt man sich die Gesundheitspolitik der letzten 300 Jahre vor Augen, so lässt sich die These aufstellen, dass beide Diskursstrategien der letzten 30 Jahre trotz ihrer Rivalität *gemeinsam* dazu beitragen, ein *neues* gesundheitspolitisches Paradigma durchzusetzen, das sich allerdings erst im historischen Rückblick als solches darstellt.

Wenn wir uns also noch einmal die Anfänge des globalen Felds der Gesundheit in der Interpretation von Inoue und Drori (2006) vergegenwärtigen (vgl. Abschnitt 4.1), dann gehen die ersten global agierenden Organisationen der Gesundheitspolitik auf das Ende des 17. Jahrhunderts zurück. Ihre Aktivitäten im Bereich der Gesundheit betrachten sie als Akte der Fürsorge, was dem Verständnis von Gesundheitspolitik entspricht, wie es im 17. Jahrhundert europaweit verbreitet ist: Krankheiten bekämpft man mit Hilfe der Armenfürsorge. Von Gesundheits*politik* im heutigen Sinne kann laut Foucault jedoch noch nicht die Rede sein. Im Grunde handelt es sich um einen medizinischen Dienst, der hauptsächlich aus materiellen Hilfen besteht und im Rahmen von karitativen Stiftungen gewährleistet wird (Foucault 2003c: 21f.).

Im 18. Jahrhundert gerät die Praxis der Stiftungen in heftige Kritik. Foucault spricht von einer "generellen Überprüfung der Investitionsweise" (Foucault 2003d: 911) der Stiftungen und einer damit einhergehenden "umfassende[n] utilitäre[n] Zerlegung der Armut".¹ Ausgangspunkt ist hier die Kritik

¹Gemeint ist eine ganze Reihe an funktionalen Unterscheidungen wie: die "guten und die schlechten Armen; die freiwilligen Müssiggänger und die unfreiwilligen Arbeitslosen; diejenigen, die eine bestimmte Arbeit verrichten können, und diejenigen, die es nicht können (Foucault 2003c: 22).

der Ökonomen und Verwaltungsbeamten an der Praxis der Stiftungen, "die bedeutende Summen fest anlegen, deren Erträge dann dazu dienen, Müßiggänger zu unterhalten, die so außerhalb der Produktionskreisläufe verbleiben können" (Foucault 2003c: 22). Der Praxis der Armenfürsorge, und damit auch der Fürsorge für arme Kranke, wird vorgeworfen, jegliche ökonomische Rationalität zu vernachlässigen:

Die Wohltätigkeit verteilt Geld in einer Willkürlichkeit, die auf keinerlei ökonomische Rationalität Rücksicht nimmt. Die Hilfsleistungen dürfen nicht das Ergebnis einer moralischen Pflicht, einer umfassenden Verpflichtung des Reicheren gegenüber dem Ärmern sein. Sie müssen der Gegenstand einer sorgfältigen Berechnung sein" (Foucault 2003d: 911).

Parallel zur Delegitimierung und Ökonomisierung der Fürsorge findet eine Politisierung der Gesundheit statt, die eine Professionalisierung des Gesundheitssektors zur Folge hat. Foucault spricht vom "Erscheinen der Gesundheit und des physischen Wohlergehens der Bevölkerung im Allgemeinen als eines der wesentlichen Ziele der politischen Macht":

Es geht dabei nicht mehr um die Unterstützung für einen besonders zerbrechlichen - verwirrten und verstörten - Randbereich der Bevölkerung, sondern darum, wie sich das Gesundheitsniveau des Sozialkörpers in seiner Gesamtheit anheben lässt (Foucault 2003c: 23).²

Zu diesem Zweck wird die medizinische Praxis in die ökonomische und politische Verwaltung der Gesellschaft integriert und im Zuge der Errichtung einer "Policey" der Gesundheit im Grunde eine umfassende Verwaltungstechnik eingerichtet. Es dominiert ein objektiver Krankheitsbegriff im Sinne der

²Dieser Deutungswandel hängt mit dem Merkantilismus und der Entwicklung der Staatsräson einher. Die Merkantilisten sahen in der Bevölkerung ein "Prinzip der Schaffung von Reichtum", die Allgemeinheit wiederum ein "wesentliches Element der Kraft eines Staates" (Foucault 2003b: 905). Gesundheitspolitik galt als ein wichtiger Bestandteil der Verwaltung der Bevölkerung im Sinne einer Verwaltung der staatlichen Kräfte.

Abweichung von einer biologischen Norm. Vermittels statistischer Daten werden Krankheit und Gesundheit sichtbar gemacht:

[D]ie Gesundheit ist nun das beobachtbare Ergebnis einer Menge von Daten (Krankheitshäufigkeit, Schwangerschaft und deren jeweilige Länge, Resistenz gegenüber den potentiell krankheits-erregenden Faktoren) (Foucault 2003d: 910).

Gesundheitspolitik ist dabei nur eine Politik unter vielen, die zur Gewährleistung des "öffentlichen Wohls" eingerichtet werden (Ebd.: 913), jedoch eine bedeutende: Da die Bevölkerung als ein "wesentliches Element der Kraft eines Staates" gilt, muss die Gesundheitspolitik in der Lage sein, "die Kindersterblichkeit zu senken, den Ausbruch von Seuchen zu verhindern, die Krankheitsrate zu senken, in die Lebensbedingungen einzugreifen, um sie zu verändern und ihre Normen (im Bereich der Ernährung, des Wohnens, der Stadtgestaltung) aufzuerlegen, und für all das die notwendige Ausrüstung bereitzustellen" (Foucault 2003b: 905). Die neuen Ansprüche an die Medizin verändern auch ihren Forschungs- und Interventionsgegenstand. Laut Foucault ist ein Kennzeichen der Medizin im 18. Jahrhundert das "Auftauchen eines neuen Interventionsfeldes", "das sich von dem der Krankheit unterscheidet: die Luft, das Wasser, die Gebäude, die Gelände, die Kloaken usw. Im Verlauf des 18. Jahrhunderts wird all das zum Gegenstand der Medizin" (Foucault 2003e: 68). Gemeint ist die Geburt der Epidemiologie.

Neben der Errichtung einer von den Autoritäten beschlossenen "Verwaltung der Medizin" floriert auch eine "freiheitliche Medizin", die in einer "durch individuelle Initiative angestoßene[n] und den Mechanismen von Angebot und Nachfrage unterworfenen[n] Medizin" besteht (Foucault 2003d: 908). Beide Kehrseiten der neuen gesundheitspolitischen Entwicklung haben erhebliche Auswirkungen auf die Institutionalisierung und Professionalisierung des Gesundheitssektors:

Quantitativ gesehen vervielfachte sich damals die Zahl der Ärzte, wurden neue Spitäler gegründet und Ambulatorien eröffnet; allgemein betrachtet stieg der Konsum von Pflegeleistungen in allen Klassen der Gesellschaft an. Qualitativ gesehen kam es zu

einer standardisierten Ausbildung von Ärzten, einer besser ausgewiesenen Verbindung zwischen ihren Praktiken und der Entwicklung der medizinischen Kenntnisse, und zu einem etwas größeren Vertrauen, das in ihr Wissen und ihre Wirksamkeit gelegt wurde (Ebd.: 909).

Die eben skizzierte Transformation des Gesundheitsverständnisses braucht ein ganzes Jahrhundert zu ihrer Vollendung. Die professionelle Standardisierung wird ab dem 19. Jahrhundert auch auf globaler Ebene verfolgt (Inoue und Drori 2006).

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts gerät der Polizeistaat zunehmend in die Krise. Die Politik, Gesundheit des Wohls des Staates wegen zu sichern, verliert an Legitimität. Ab Mitte des 20. Jahrhunderts wird Gesundheit zum Menschenrecht erklärt, das die Staaten als Diener der Individuen zu gewährleisten haben. Laut Foucault wird dieses Umdenken erstmalig im Beveridgeplan von 1942 zum Ausdruck gebracht:

...bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts [bedeutete] die Gewährleistung der Gesundheit für den Staat im Wesentlichen die Erhaltung der physischen Kraft der Nation, ihrer Arbeitskraft, ihres Produktionsvermögens und ihrer militärischen Stärke. [...] Mit dem Beveridgeplan verwandelt sich die Gesundheit in einen Gegenstand, um den sich die Staaten nicht um ihrer selbst, sondern um der Individuen willen zu kümmern haben. [...] Infolgedessen kehrt sich die Formulierung des Problems um: An die Stelle des Konzepts eines Individuums, das bei guter Gesundheit ist und dem Staat dient, tritt das Konzept eines Staates, der dem Individuum in seiner guten Gesundheit dient (Foucault 2003e: 55f.).

Was folgt, ist eine Phase expansiver Wohlfahrts- und Sozialstaatlichkeit, die allerdings schon in den 1970er Jahren in die Kritik gerät (vgl. Hasse 2003).

Eine ähnliche Entwicklung ist auch in der Medizin zu beobachten. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts beginnt die "bakteriologische Ära", die die bis dahin eher intuitiv durchgeführten Aktionen der öffentlichen Gesundheit

deutlich effektiviert (Kirschner 2004: 123). Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts kommt es zu einer signifikanten Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, so dass von einer "zweiten Gesundheitsrevolution" die Rede ist (Ebd.: 129; ähnlich Kickbusch 2006: 5). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kommt dieser rasante Fortschritt in den meisten Industrieländern zu einem unerwarteten Halt. Es macht sich die Überzeugung breit, dass die therapeutische Medizin den neuen zivilisatorischen Krankheiten des ausgehenden 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts nicht gewachsen sei. Die Ursachen für den Anstieg dieser neuen Krankheiten und die Zunahme alter, die früher nicht so häufig vorkamen, werden zunehmend in den individuellen Lebensstilen gesucht (Kirschner 2004: 129). Damit erfährt eine Entwicklung ihre Fortsetzung, die sich bereits Ende des 19. Jahrhunderts anbahnt. Bereits zu diesem frühen Zeitpunkt wird die Fokussierung der "Umweltmedizin" (Foucault 2003e: 68) auf Umweltfaktoren als zu eng empfunden. In den Fokus öffentlicher Gesundheitsmaßnahmen rücken zunehmend einzelne Bevölkerungsgruppen und die sozialen Determinanten ihres Gesundheitszustands (Kirschner 2004: 123f.).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gipfeln schließlich mehrere individualisierende Diskurse in einem umfassenden Paradigmenwechsel. Der Menschenrechtsdiskurs fordert für jedes Individuum das Recht auf Gesundheit und deutet damit die Rolle des Staates vom Herren zum Diener des Individuums um. Die Gesundheitswissenschaften verlagern ihren Fokus von Umwelt- und Sozialfaktoren zunehmend auf individuelle Lebensstile. Mit dem Salutogenese-Konzept der ausgehenden 1970er Jahre wird das alte dichotomische Gesundheitsverständnis umgedeutet und Gesundheit als ein aktiv und kontinuierlich zu gestaltender Prozess verstanden (vgl. Abschnitt 4.2.1).

Die alten Autoritäten des 19. Jahrhunderts - Gesundheitspolizei und klinische Medizin - werden im Laufe des 20. Jahrhunderts schrittweise verdrängt. Ihren Gipfelpunkt erreicht die Delegitimierung der Staatsverwaltung und der klinischen Medizin in den zwei skizzierten Krisendiskursen der 1970er Jahre: "Krise der Medizin" und "Krise des Staates" (vgl. Abschnitt 4.2). Die Rolle der Experten nehmen seitdem zwei neue Professionen ein: Die Gesundheitswissenschaftler auf der einen und die Gesundheitsökonominnen auf der ande-

ren Seite. Trotz aller Rivalität transportieren sie ein neues gesundheitspolitisches Paradigma, das sich im Kern der Gesundheitsförderung verschreibt und damit eine multisektoral ausgerichtete Gesundheitspolitik fordert, die nicht mehr an der Klinik, sondern an den sozialen und individuellen Determinanten der Gesundheit ansetzt. Nicht mehr der Staat und die Ärzteschaft, sondern "Alle" sollen in die gesundheitspolitische Verantwortung mit einbezogen werden. Hinter dem Postulat "Alle für Gesundheit" verbirgt sich indes eine horizontale und vertikale Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung. Neben dem Staat sollen auch die Zivilgesellschaft, der Privatsektor und die globale Arena in die kontinuierliche Herstellung von Gesundheit - die seit den 1970er Jahren als Prozess begriffen wird, der aktiv und kontinuierlich hergestellt werden muss - einbezogen werden.

	vor 18.Jh.		18.- 19. - 20.Jh.		seit 1970er
Paradigma	Fürsorge	K	Sicherung - Versorgung Prävention	K	Förderung
Verantwortung	Individuum	R	Staat als Herr Staat als Diener	R	"Alle für Gesundheit"
Adressaten	Arme	I	Staatsbürger	I	"Gesundheit für alle"
Expertise	Stiftungen Kirchen	S	Gesundheitspolizei - Medizin - Public Health	S	New-Public- Health
Ansatz	Armenhäuser	E	Klinik - Umwelt- und Sozialmedizin	E	Lebensstile

Tabelle 5.1: 300 Jahre Gesundheitspolitik. Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 5.1 bildet den eben umrissenen historischen Rückblick der gesundheitspolitischen Entwicklung der letzten 300 Jahre ab. Betrachtet man die Veränderungen im Gesundheitsparadigma, in der Gesundheitsverantwortung, den Adressaten der Gesundheitspolitik, der gesundheitspolitischen Expertise und dem zentralen Ansatz gesundheitspolitischer Interventionen, so lässt sich die gesundheitspolitische Entwicklung der letzten 30 Jahre vor diesem Hintergrund tatsächlich als ein neues Paradigma interpretieren, dem auch *beide* in Kapitel 4 rekonstruierten Diskursstränge - "Gesundheit für alle" und "Alle

für Gesundheit“ - zum Durchbruch verhelfen. Das gemeinsam geteilte Subjektverständnis der beiden Diskursstränge, die trotz ihres unterschiedlichen Sicherheitsverständnisses von einem aktiven und verantwortlichen Subjekt ausgehen, ist in der letzten Zwischenreflexion (Abschnitt 4.5.2) bereits angesprochen worden. Auch die durch beide Diskursstränge mitgetragene Aufwertung der globalen “professionellen” Arena, die zusammen mit der Aufwertung des Subjekts zu einer umfassenden Dezentrierung des Staates beiträgt, wurde genannt. In der Sprache der Gouvernamentalitätsforschung, die auf Michel Foucault zurückgeht, und sich einer sozialwissenschaftlichen Analytik der Regierung (Lemke 2007) widmet, würde man in diesem Zusammenhang vom Durchbruch einer neuen Regierungskunst sprechen. Dass die moderne Gesundheitspolitik seit ihren Anfängen als Instrument der vorherrschenden Regierungskunst zu verstehen ist, zeigt Foucault in den weiter oben vorgestellten Arbeiten zur Geschichte der Gesundheitspolitik (Foucault 2003a; 2003e; 2003b; 2003c; 2003d). Der im vorigen Kapitel rekonstruierte Diskurs der Gesundheitspolitik der Gegenwart weist ebenfalls deutliche Parallelen zu den Erkenntnissen der Gouvernamentalitätsforscher bezüglich der Gouvernamentalität der Gegenwart. Die Regierungskunst der Gegenwart beschreibt Bröckling folgendermaßen:

An die Stelle der vertrauten Nullsummenspiele - Staat versus Markt, Konkurrenz versus Kooperation, souveräne Ordnung versus Selbstorganisation der Bürger - soll eine Win-win-Konstellation treten, die alle drei Sphären stärkt, [...]. Auf diese Weise wird es möglich, mehr Markt und mehr Staat zu fordern, den Wettbewerb zu verschärfen und mehr Solidarität einzuklagen, die Kompetenzen der Administration zu erweitern und den Einfluss zivilgesellschaftlicher Akteure zu stärken. [...] Zeitgenössische Regierungslehren zeichnen sich dadurch aus, dass sie Politik und Ökonomie gleichermaßen dezentrieren und die Sphäre der Zivilgesellschaft aufwerten (Bröckling 2005: 19).

Ausgehend vom globalen Diskurs der Gesundheitspolitik lässt sich dieses Zitat um die Beobachtung ergänzen, dass die “vertrauten Nullsummenspiele”

nicht nur in Bezug auf die horizontale Verteilung der Verantwortung zwischen Staat, Markt und Zivilgesellschaft aufgelöst werden, sondern auch auf der vertikalen Achse zwischen der lokalen, nationalen und globalen Ebene ein ähnlicher Prozess vonstatten geht, der vor allem zu einer Dezentrierung des Staates zugunsten der - lokalen und globalen - Zivilgesellschaft beiträgt.

Laut den Erkenntnissen der Gouvernamentalitätsforscher dient diese Aufwertung bzw. "Erfindung der Zivilgesellschaft" (Junge 2008: 374) jedoch nur einem Zweck, nämlich der Steigerung der Effektivität:

[D]ie "Erfindung der Zivilgesellschaft" [...] mit den Angeboten des bürgerschaftlichen Engagements, der Übernahme von staatlichen Aufgaben und der individuellen Bereitschaft interventionistisch tätig zu werden, zeugt zwar von einer veränderten Machtverteilung, jedoch geht es hierbei in erster Linie um eine Effektivierung der Durchsetzung staatlicher Regierungsstile, denn Effektivität wird nicht durch Disziplinierung geleistet, sondern durch die Mobilisierung selbstbezogener Bindungskräfte (Junge 2008: 374).

Im Grunde bleibt die aufgewertete Zivilgesellschaft in den Schranken der trotz der "Krise des Wissens" weiterhin dominierenden Wissensgesellschaft verhaftet, die zur Stabilisierung ihrer Legitimität auf drei Arten von Synthesen setzt: Wie man am Beispiel der globalen Diskurskoalition im Feld der Gesundheitspolitik zu Beginn des 21. Jahrhunderts sehen kann,

1. greift sie erstens auf die Synthese von Wissens- und Zivilgesellschaft zurück, wobei sie der Zivilgesellschaft lediglich eine legitimatorische Rolle einräumt.
2. Zweitens verbindet sie unterschiedliche Disziplinen zu einem interdisziplinären Fach, den "New Public Health"-Wissenschaften, um auch dann nicht ihre Deutungshoheit zu verlieren, wenn einzelne Disziplinen wie die Medizin oder die Gesundheitsökonomik in die Kritik geraten.
3. Drittens bricht sie die Erkenntnisse aus ihrer länderübergreifenden Forschung auf das Postulat von der Globalisierung der gesundheitspolitischen Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft herunter, die sie

wiederum zur Formulierung der Notwendigkeit einer "global health governance" nutzt, um auf diesem Weg ihre eigene Legitimität auf Dauer zu stellen.

Teil III

Gesundheitspolitik in Polen

Gegenstand des dritten Teils der Arbeit ist die Rezeption des gesundheitspolitischen “Modells der Weltkultur” im nationalen Reformdiskurs. Ähnlich wie bereits in Teil II der Arbeit wird auch im Folgenden zunächst das relevante Diskursfeld skizziert und die diskursiven Horizonte, innerhalb derer sich die nationale Reformdebatte entwickelt, der Rekonstruktion dieser vorweggenommen. Da Sinn und Zweck der Rekonstruktion die Suche nach Antworten auf die forschungsleitende Fragestellung nach der Wirkungsweise der Weltkultur ist, wird der diskursive *Verlauf* der polnischen Reformdebatte nur in groben Zügen skizziert (Abschnitt 6.3). Mehr Raum, da auch einen größeren Stellenwert für die forschungsleitende Fragestellung der vorliegenden Arbeit, nimmt die Frage danach, inwieweit zentrale Versatzstücke des globalen Diskurses in der polnischen Reformdebatte vorkommen und welchen Stellenwert sie dort einnehmen. Diese wird im zweiten Kapitel dieses Teils diskutiert (Kapitel 7), das sich in zwei Teile untergliedert: Im ersten Teil wird die Rezeption des globalen “Drehbuchs” im Spiegel polnischer Parlamentsdebatten untersucht. Im zweiten Teil erfolgt eine Untersuchung der Art und Weise, wie sich die Diskursteilnehmer auf eine breit verstandene Weltkultur beziehen.

Kapitel 6

Der gesundheitspolitische Reformdiskurs in Polen

Die August-Streikwellen und die Entstehung der NSZZ Solidarność waren Ereignisse, die unvorstellbare Mengen kreativer gesellschaftlicher Energie ausgelöst haben. Sie haben eine neue Epoche eröffnet. Es ist jedoch hervorzuheben, dass dieser Impuls auch die Aktivität vieler anregte, die formal oder institutionell auf der "Regierungsseite" blieben. Es war zu dieser Zeit, in der Atmosphäre der "August-Gespräche", dass der öffentlichen Meinung die Notwendigkeit einer Gesundheitsreform vorgestellt wurde (Włodarczyk 1998: 22).¹

¹"Strajki sierpniowe i powstanie NSZZ Solidarność były wydarzeniami, które wyzwoliły przeogromne zasoby twórczej energii społecznej, były otwarciem nowej epoki. Warto jednak zauważyć, że impuls ten pobudził także aktywność wielu spośród tych, którzy formalnie czy instytucjonalnie pozostawali po stronie "rządowej". Właśnie w tym czasie, w atmosferze debat posierpniowych, przedstawiona została opinii publicznej potrzeba reformy opieki zdrowotnej" (Włodarczyk 1998: 22).

Gegenstand dieses Kapitels ist die gesundheitspolitische Reformdebatte in Polen nach 1991. 1991 finden die ersten freien Wahlen in Polen statt. Die Entscheidungskompetenz über gesundheitspolitische Belange geht damit in die Verantwortung des polnischen Parlaments über. Wie aus dem gewählten Ankerzitat hervorgeht, wird die Notwendigkeit einer Gesundheitsreform jedoch schon viel früher formuliert. Die hier angesprochenen “August-Gespräche” zwischen der demokratischen Opposition und der kommunistischen Regierung werden 1980 infolge von landesweiten Streikwellen geführt. Der Beginn des gesundheitspolitischen Reformdiskurses in Polen unterscheidet sich zeitlich also nur unwesentlich von dem Beginn der in Kapitel 4 rekonstruierten gesundheitspolitischen Debatte im globalen Diskurs. Da jedoch erst ab 1991 die Zusammenstellung eines homogenen Textkorpus möglich ist, der in diesem Teil der Arbeit aus Parlamentsdebatten besteht, wird die diskursive Entwicklung der 1980er Jahre als diskursiver Horizont der ab 1991 im Parlament geführten Gesundheitsreformdebatte präsentiert. Die Trennung zwischen Diskurs und diskursivem Horizont ist, wie das auch schon in Kapitel 4 der Fall war, rein forschungspraktisch begründet und könnte sicherlich auch anders verlaufen. Der Rekonstruktion der diskursiven Horizonte und der diskursiven Entwicklung der nationalen Reformdebatte ist ein kurzer Abriss über das relevante Diskursfeld vorgeschaltet.

6.1 Das polnische Feld der Gesundheitspolitik

Nationalizing states such as Czechoslovakia or Poland bore the burden of heavy political cleavages and conflicts with national minorities, which were primarily conceptualized as problematic - if not as outright threats [...]. It thus seemed particularly advisable for these countries to embark on the allegedly neutral vision of a state organized along technocratic lines (Kohlrausch, Steffen und Wiederkehr 2010: 16).

Das polnische Feld der Gesundheitspolitik lässt sich nur in einem breiteren Kontext der allgemeinen Organisation des polnischen Staates und seiner Posi-

tion in der internationalen Arena nachvollziehen. In der Literatur wird Polen zu den Ländern gezählt, die der "Technokratie" im Unterschied zur "Politik" einen relativ hohen Stellenwert beimessen (vgl. Ankerbeispiel). Zarycki spricht in Anlehnung an Bourdieu von einem hohen Stellenwert des Kulturkapitals gegenüber politischem Kapital (Zarycki 2003; 2008). Für das polnische Feld der Gesundheitspolitik ist jedoch nicht nur das Verhältnis zwischen dem Kulturkapital bzw. seinen Trägern - den "Professionen" im weitesten Sinne - und dem politischen Kapital bzw. seinen Trägern - den "Politikern" - von Bedeutung. Auch Verschiebungen innerhalb dieser zwei Subfelder sind für das Verständnis der polnischen Gesundheitspolitik ausschlaggebend. Schließlich spricht vieles dafür, dass die polnische Gesundheitspolitik seit ihren Anfängen maßgeblich von externen Einflüssen geprägt wurde. Diese unterschiedlichen Einflussfaktoren auf das polnische Feld der Gesundheitspolitik werden in Abbildung 6.1 veranschaulicht und in den folgenden Abschnitten ausführlicher beschrieben.

Das große Dreieck symbolisiert die Einbettung in das internationale Umfeld, das entsprechend den drei Isomorphie-Arten nach DiMaggio und Powell (1983), wie sie im Theorieteil der vorliegenden Arbeit bereits kurz vorgestellt wurden (Abschnitt 2.2.2), gegliedert ist. Darin eingebettet ist das politische Feld Polens, das auf einer höheren Abstraktionsebene in die zwei oben angesprochenen Achsen - Kulturkapital und politisches Kapital - unterteilt werden kann. Im Kern der Abbildung befindet sich das polnische Feld der Gesundheitspolitik seit der "Systemtransformation" (Merkel 1999), auf das in den folgenden Abschnitten ausführlicher eingegangen wird. Bevor jedoch die Feldverschiebungen im Zuge der "Systemtransformation" (Merkel 1999) skizziert werden, erfolgt eine kurze Darstellung der Anfänge und der historischen Entwicklung der polnischen Gesundheitspolitik.

6.1.1 Anfänge und Entwicklung der polnischen Gesundheitspolitik

Die Anfänge einer staatlichen Gesundheitspolitik im heutigen Sinne gehen in Polen auf das beginnende 19. Jahrhundert, ein Jahrhundert der sog. Teilun-

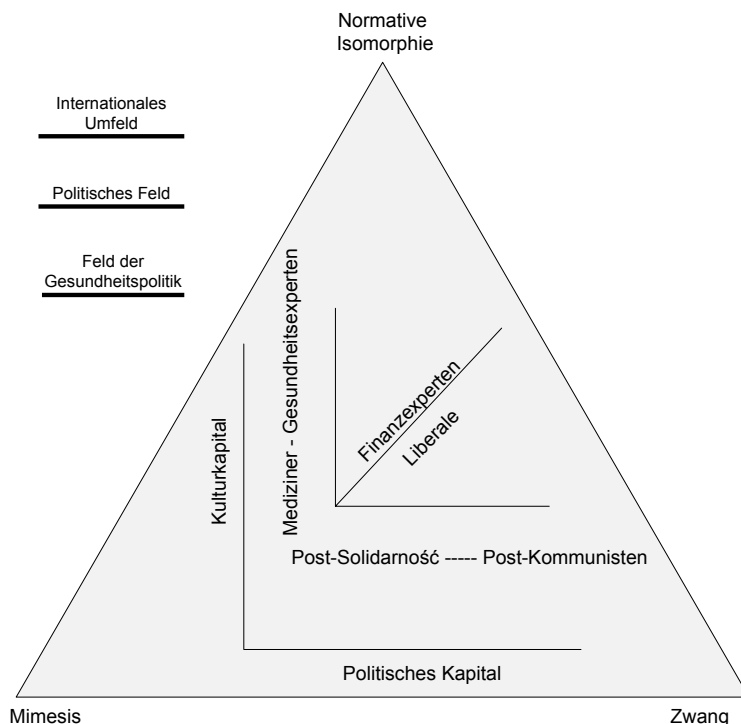


Abbildung 6.1: Das polnische Feld der Gesundheitspolitik seit der "Systemtransformation". Quelle: Eigene Darstellung.

gen, zurück.² Der polnische Staat steht damals weitgehend unter der Fremdherrschaft Preußens, der Habsburgermonarchie und Russlands, was zu einer regional unterschiedlichen Entwicklung der Gesundheitspolitik führt. Trotz aller Unterschiede ist allen drei Teilen des Landes gemeinsam, dass sie im Zuge des 19. Jahrhunderts Strukturen einer staatlichen Gesundheitsversorgung hervorbringen, wie sie in anderen Ländern Europas zu dem Zeitpunkt entstehen. Im Königreich Polen wird 1809 ein Dekret über die Einrichtung

² Im 16. bis 18. Jahrhundert wird Gesundheit rechtlich insofern geschützt, als Verletzungen bzw. Totschlag anderer strafrechtlich verfolgt werden (Zakrzewski 2004).

einer "medizinischen Polizei" verabschiedet (Jastrzębowski 1994: 32). Das ab Mitte des 19. Jahrhunderts autonome Galizien widmet sich dem Ausbau eines öffentlichen Gesundheitswesens. In den Jahren 1866-1900 befinden sich die Ausgaben für Gesundheit an dritter Stelle der gesamten Budgetausgaben. Es werden öffentliche Kliniken gebaut und diverse Institutionen wie Bezirksärzte, Gesundheitsräte, kommunale Sanitätsszentren (*gminne okręgi sanitarne*) und -kommissionen ins Leben gerufen (Ebd.: 37ff.).

Seit ihren Anfängen ist die polnische Gesundheitspolitik also stark von externen Einflüssen geprägt. Diese bestehen jedoch nicht nur in dem Zwang des jeweiligen Fremdherrschers. Auch innerhalb des nationalen Felds, das vor allem durch eine gewisse Rivalität zwischen den polnischen Ärzten und den politischen Parteien gekennzeichnet ist,³ werden sowohl von den einen als auch von den anderen ausländische Ideen rezipiert. Den Einfluss ausländischer Modelle auf die polnischen Konzeptionen der damaligen Zeit schätzt Jastrzębowski als sehr hoch ein (Jastrzębowski 1994: 169). Damit wird auch im Feld der Gesundheitspolitik eine Spaltungslinie reproduziert, die in Polen mindestens seit der Aufklärung vorherrschend ist, die Opposition zwischen "Autochtonen" und "Westernizern", "both ideal-types dominating the intellectual, social, and political life of the region" (Antoñi 2000: 63). Laut Antoñi (2000: 67f.) ist der zentrale Streitpunkt zwischen diesen zwei Lagern seit je her die Imitierung des Westens:

³Die polnischen Ärzte versammeln sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts regelmäßig in Galizien, um sich über moderne Konzeptionen der Gesundheitspolitik auszutauschen. Darüber hinaus debattieren sie in Fachzeitschriften (Jastrzębowski 1994: 38; 77). Ihr primäres politisches Ziel ist zunächst die Zulassung freier Ärztekammern, die sie Ende des 19. Jahrhunderts in Galizien und in Preußen schließlich gründen dürfen (Nasierowski 1992: 24; 28). Die polnischen Parteien wiederum geben die Hoffnung auf einen unabhängigen polnischen Staat nicht auf und bereiten sich darauf im Untergrund vor. Für die Gesundheitspolitik werden damals zwei Konzeptionen entwickelt: Einer kommunalen Gesundheitsversorgung, von der man sich verspricht, die Gesundheit der Dorfbewölkerung zu verbessern, wird die Schaffung einer allgemeinen Krankenversicherung gegenübergestellt. Anfang des 20. Jahrhunderts wird eine Zusammenführung der beiden Varianten angedacht: In der Stadt soll eine Krankenversicherung eingeführt, auf dem Land eine staatlich-kommunale Gesundheitsversorgung eingerichtet werden (Jastrzębowski 1994: 89).

The whole series of disputes opposing Autochtonists to Westernizers tends to organize itself around questions and answers related to ideas such as foreign models, cultural/historical authenticity (i.e. consistency with local models, ideas, and experiences - often regressive, almost always imaginary), alternatives to the Western canon, local knowledge and creativity. In such arguments, historical facts and the social imaginary, statistics and wishful thinking, pragmatic opportunism and (the manipulation of) collective fantasies are inextricably interwoven (Ebd.: 68).

Als Polen nach dem Ersten Weltkrieg seine Unabhängigkeit zurückgewinnt und die Fremdherrschaft also ein Ende nimmt, kommt es zu einer Verschiebung der Machtverhältnisse im polnischen Feld der Gesundheitspolitik zugunsten der nationalen Akteure. Mit dem Ende der Fremdherrschaft gehen die externen Einflüsse jedoch keineswegs zu Ende. Sie verändern sich in Form, Inhalt und Ursprung. Um sein Gesundheitswesen auszubauen, erhält der polnische Staat zahlreiche Finanzierungshilfen von Seiten internationaler Organisationen, unter anderem dem Völkerbund, der Rockefeller-Foundation und dem Internationalen Roten Kreuz. Darüber hinaus gewähren mehrere Länder, darunter die Vereinigten Staaten und Großbritannien, dem polnischen Gesundheitsministerium langfristige Kredite, die sie mit der Idee des "cordon sanitaire" begründen, einem Sicherheitsgürtel, der den Westen unter anderem vor Krankheiten aus dem Osten schützen soll (Nasierowski 1992: 118).

Das polnische Gesundheitsministerium widmet sich in dieser Zeit der Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung nach deutschem Vorbild (Chałupczak 2006: 253).⁴ Dieses stößt jedoch auf großen Widerstand zunächst innerhalb der polnischen Ärzteschaft, die in der Gründung der Krankenkassen eine Einschränkung ihrer Freiberuflichkeit sieht (Wiśniewski 2007: 23-25).⁵ Obwohl also das Gesundheitsministerium in den Händen eines Arz-

⁴1920 wird das "Gesetz über die Pflichtversicherung im Krankheitsfall" (*ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby*) verabschiedet, das sich in seinen Inhalten an der deutschen Krankenversicherung orientiert, wie sie durch das Zweite Buch der Versicherungsordnung von 1911 geregelt ist (Chałupczak 2006: 253).

⁵Die bis dahin freiberuflich tätigen Ärzte fürchten vor allem ökonomische Einbußen, Vorschriften und Kontrollen, kurzum: den Verlust ihrer freiberuflichen Privi-

tes ist, kann sich die Profession mit ihren gesundheitspolitischen Vorstellungen nicht durchsetzen. Ihre Kritik allein reicht nicht aus, um gegen die Neuerungen wirkungsvoll Widerstand zu leisten. Bereits Mitte der 1920er Jahre schließen sich den Ärzten weitere Gruppen an. Von den "Industriellen" wird die hohe finanzielle Belastung angeprangert, von den sog. "Etatisten" wiederum die Organisation der Gesundheitsversorgung problematisiert (Jastrzębowski 1988: 29). Die Sozialversicherungen sollten lediglich die Finanzierungsfunktion übernehmen, so die Kritik, die Organisation des Gesundheitswesens gehöre in die Hände des Staates und der Kommunen. Infolge dieser umfassenden Kritik werden 1933 die Leistungen der Krankenversicherung gekürzt und ihre Organisation zentralisiert (Chalupczak 2006: 294). Laut Jastrzębowski werden damit die Weichen für die spätere Einführung des sowjetischen Semashko-Modells gestellt (Jastrzębowski 1988: 31; siehe Schlaglicht 8).

Nach dem Zweiten Weltkrieg versucht die Regierung anfangs noch, an die nationalen Reformdiskurse der Vorkriegszeit anzuknüpfen und einen neuen Kompromiss zwischen der einerseits geforderten Verstaatlichung und der andererseits postulierten "Vergesellschaftung" zu finden. 1948 wird beschlossen, ein staatlich-gesellschaftliches Gesundheitswesen einzuführen, in dem große, landesweite Institutionen staatlich betrieben und lokale Einrichtungen den Kommunen übergeben werden (Jastrzębowski 1983: 33). In der Praxis geht die Verstaatlichung jedoch mit einem scharfen ideologischen Kampf

legien (Wiśniewski 2007: 23-25). Der Widerstand fällt regional unterschiedlich aus: In Großpolen und Pommern verweigern die Ärzte im Jahre 1923 beispielsweise die Unterzeichnung der Verträge mit den Kassen. Jedoch nicht alle Ärzte machen bei den Streiks mit (Ebd.: 24). Bereits Mitte der 1920er Jahre ist der Großteil der polnischen Ärzte in staatlichen bzw. kommunalen Instituten, beim Bund, bei der Eisenbahn, in einigen Universitäten oder Krankenkassen angestellt (Ebd.: 359f.). Nur ein kleiner Teil der polnischen Ärzteschaft kann sich aus seiner freiberuflichen Tätigkeit ökonomisch über Wasser halten. Mit der Einführung der Krankenkassen steigt also die Anzahl der Ärzte. Die Freiberuflichkeit geht jedoch stark zurück. Auch die Gehälter sinken dermaßen, dass in der Literatur von einer Verarmung der polnischen Ärzteschaft die Rede ist (Więckowska 2004: 258f.).

Ähnlich wie die westeuropäischen Demokratien der Nachkriegszeit ihre Gesundheitspolitik an den Idealmodellen von Bismarck bzw. Beveridge ausrichten, wird die mittelosteuropäische Gesundheitsversorgung nach dem Vorbild des sowjetischen Gesundheitswesens organisiert, dessen Konzeption auf N.A. Semashko zurückgeht. Semashko, Mediziner, Gründer des Lehrstuhls für Sozialhygiene an der Medizinischen Fakultät der Moskauer Universität (1922), leitet das sowjetische Gesundheitswesen von 1918 bis 1930 als „Volkskommissar für das Gesundheitswesen“ (Schulz 1962; Wolf 1963). Beim Aufbau des sowjetischen Gesundheitswesens lässt er sich von der vorrevolutionären russischen Medizin der Selbstverwaltungsverbände einerseits und dem europäischen Hygiene-Diskurs andererseits inspirieren. Im Endeffekt konzipiert er ein zentralistisches Gesundheitswesen, das die Kostenlosigkeit der Versorgung, Prophylaxe und die Einbindung der Bevölkerung in den Vordergrund stellt (Schulz 1962: 1). Der letztere Punkt resultiert vor allem aus einem „krasse[n] Mangel an medizinischem Personal“, insbesondere in den Außenstellen des Gesundheitswesens (Ebd.: 66). Daher fordert Semashko, „dass die lokale Bevölkerung zur Arbeit der Organe des Gesundheitswesens herangezogen werden müsste“ (Ebd.: 66). Das sowjetische Gesundheitswesen führt als allererstes weltweit eine universelle und kostenlose Gesundheitsversorgung für alle ein (Majnoni d’Intignano 2007: 102) und verschafft sich damit eine große Anerkennung auf der internationalen Arena (Włodarczyk 1998: 29). Im Mittelosteuropa der Nachkriegszeit transformiert es sich zunehmend in eine weitgehend krankenhausbasierte Gesundheitsversorgung mit einem hohen Spezialisierungsgrad und hohem Personaleinsatz in der Fürsorge. Auch die ambulante Versorgung wird durch die Krankenhäuser und Polikliniken erbracht (Kubanek 2008: 149).

Schlaglicht 8: Semashko-Modell

einher.⁶ Nach dem Motto "Kampf gegen Fehler und Abweichungen" wird sanktioniert, wer nicht die sowjetischen Erfahrungen berücksichtigt und sich nicht im Klassenkampf einbringt: Zahlreiche namhafte Mediziner und Medizinwissenschaftler werden daraufhin aus dem Gesundheitswesen entlassen (Jastrzębowski 1993: 18). Zur gleichen Zeit tritt Polen, ähnlich wie andere sozialistische Länder des Ostblocks, aus der Weltgesundheitsorganisation aus (Ebd.: 18).

Nach Stalins Tod wird der ideologische Kampf im Gesundheitswesen deutlich schwächer. Die Grundprinzipien - staatliche Versorgung, Zentralismus und Planwirtschaft - bleiben jedoch erhalten. Als zentraler Terminus und Unterscheidungsmerkmal der sozialistischen Gesundheitsversorgung wird die "Unentgeltlichkeit der Gesundheitsleistungen" propagiert (Włodarczyk 1998: 51).⁷ In den 1970er Jahren zeichnet sich schließlich eine gewisse Öffnung für westliche Einflüsse ab. Der Parteichef der 1970er Jahre, Edward Gierek, versucht Polens Wirtschaftssystem mit Hilfe westlicher Kredite und technischem Know-how konkurrenzfähiger zu machen (Ziemer und Matthes 2004: 190). Diese Öffnung für den Westen macht sich auch in der Gesundheitspolitik bemerkbar. 1973 nimmt Polen an einem WHO-Programm zur Prävention

⁶ Ab 1949 wird die Enteignung und Verstaatlichung privater, kirchlicher und karitativer Krankenhäuser vorbereitet. 1950 wird die berufliche Selbstverwaltung der Ärzte aufgelöst, um erst 1989 wieder ins Leben gerufen zu werden (Nasierowski 1992: 7). Ab 1951 werden schrittweise die Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern aufgelöst und die Apotheken verstaatlicht. Private Arztpraxen werden zunächst verschont, um ein Zusammenbrechen der ohnehin schwachen Gesundheitsversorgung zu vermeiden (Jastrzębowski 1993: 18). Die Finanzen der Sozialversicherung werden 1951 in das Staatsbudget eingegliedert (Chałupczak 2006: 349).

⁷ Bis in die 1970er Jahre hinein ist jedoch - trotz eines in der Verfassung seit 1952 verankerten Rechts auf unentgeltliche Gesundheitsversorgung - durchgehend nur ein Teil der Bevölkerung von der Gesundheitsversicherung erfasst. 1963 sind ca. 57 Prozent der Bevölkerung von der Gesundheitsversicherung erfasst. Zu den Ausgeschlossenen gehören vor allem Kleinbauern, die sich dem Kollektivierungsdruck widersetzt hatten sowie selbständige Handwerker (Sowada 2000: 195). Erst im Gefolge der politischen Unruhen von 1970 wird die unentgeltliche Gesundheitsversorgung ab 1971 schrittweise auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet (Auleytner 2004: 140; Reppegather 2006: 127). 1987 erfasst die Sozialversicherung schließlich 99,7 Prozent der Bevölkerung (Chałupczak 2006: 350).

der Koronarkrankheit teil, dem 1987 ein Nationalprogramm zur Cholesterin-Prophylaxe folgt (Tajer 2004: 270). 1984 erarbeitet Polen in Anlehnung an die WHO-Strategie "Gesundheit für alle" nationale Grundsätze und Ziele des Programms "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" (Włodarczyk 1998: 142).⁸

6.1.2 Die Feldverschiebungen im Zuge der "Systemtransformation"

Die im Kommunismus etablierte Deutungshoheit der kommunistischen Partei,⁹ die sogar die Macht hat, Vertreter der medizinischen Profession zu unterwerfen bzw. zu marginalisieren, muss im Vorfeld der "Systemtransformation" (Merkel 1999) neuen Feldkonstellationen weichen. Zu Verschiebungen kommt es sowohl auf der politischen als auch auf der professionellen Achse des polnischen Felds der Gesundheitspolitik. Auch die externen Einflüsse verändern sich erneut: Ab 1990 gründen internationale Organisationen eigene Büros in Polen, um auf diesem Wege im polnischen Feld der (Gesundheits-)Politik unmittelbar Fuß zu fassen.

Politische Achse

Ein Gespenst geht um in Osteuropa, ein Gespenst, das man im Westen "Dissidententum" nennt (Havel 1980: 9).

⁸Laut Włodarczyk (1998: 142) erlangt die polnische Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" in der kommunistischen Ära jedoch keine rechtliche Verbindlichkeit (vgl. auch Abschnitt 6.2.3). Nichtsdestotrotz ist sie für den weiteren Verlauf der gesundheitspolitischen Debatte von großer Bedeutung, insofern sie die Weichen für spätere Konzepte legt. Laut Włodarczyk wären viele spätere Arbeiten nicht möglich gewesen, hätte man die öffentliche Meinung nicht bereits zu so einem frühen Zeitpunkt mit den neuen gesundheitspolitischen Konzeptionen vertraut gemacht (Włodarczyk 1998: 143).

⁹Laut der polnischen Verfassung von 1952 lag die Entscheidungshoheit de jure beim Parlament. De facto lag sie jedoch bei der Polnischen Vereinigten Arbeiterpartei (PZPR - *Polska Zjednoczona Partia Robotnicza*), deren Führungsrolle 1976 auch in der Verfassung verankert wurde (Ziemer und Matthes 2004: 190).

Die politische Achse des polnischen Felds der Gesundheitspolitik ist maßgeblich durch die umfassenden Veränderungen im politischen Feld Polens beeinflusst. Dieses ist ab den 1970er Jahren durch die Konstitution einer immer besser organisierten Oppositionsbewegung gekennzeichnet, die Ende der 1970er Jahre sowohl Arbeiter als auch Intellektuelle, "antitotalitäre Linke" (Grzonkowski und Szkiela 2006: 36) als auch Vertreter und Anhänger der Katholischen Kirche versammelt.¹⁰ "Wir alle hatten das Gefühl, dass es zu unseren Aufgaben gehört, uns mit unseren Aktivitäten für die Menschen- und Bürgerrechte in Polen einzusetzen", sagt einer der Dissidenten, Jacek Kuroń, rückblickend in einem Interview von 1981 (Friszke und Paczkowski 2008: 160). Der Achtung der Menschenrechte verpflichtet sich Polen offiziell auf der "Konferenz für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa" 1975 in Helsinki - eine Selbstverpflichtung, die mit gravierenden Repressionsmaßnahmen gegen streikende Arbeiter noch im selben Jahr gebrochen wird und die Intellektuellen dazu bewegt, sich zum Schutz der Arbeiterschaft im legendären KOR (*Komitet Ochrony Robotników* - Komitee zur Verteidigung der Arbeiter) zu organisieren.¹¹ Über eine enge Zusammenarbeit mit westlichen Journalisten wird dafür gesorgt, dass die Weltöffentlichkeit genauestens über die Aktivitäten des KOR - und des polnischen Staates - unterrichtet wird (Ebd.: 172).

¹⁰Der umfassende Herrschaftsanspruch der kommunistischen Partei wird von der polnischen Gesellschaft von Anfang an in immer wiederkehrenden Protestwellen und Streiks herausgefordert. Ihrem Selbstverständnis nach verortet die demokratische Opposition gegen das kommunistische Regime ihre Anfänge bereits in den Danziger Streiks von 1946. Weitere Ereignisse, die in der Folgezeit symbolischen Charakter erlangen und Teil des Gründungsmythos der *Solidarność*-Bewegung werden, folgen in den Jahren 1956, 1968, 1970, 1976 und 1980 (vgl. Grzonkowski und Szkiela 2006).

¹¹1975 fallen mehrere Ereignisse zusammen, die zur Gründung des KOR führen. Zum einen werden erneute Preiserhöhungen angekündigt, die zu Streiks und Protesten der Arbeiter führen, denen wiederum gewalttätige Repressionen, mehrjährige Haftstrafen und zahlreiche Entlassungen seitens der Regierung folgen (Friszke 2008: 17-23). Kurze Zeit später - im Herbst 1975 - wird eine Verfassungsänderung angekündigt, die der PZPR (*Polska Partia Robotnicza* - Polnische Vereinigte Arbeiterpartei) nunmehr auch formal die Führungsrolle im politischen System zugesteht (Ebd.: 33; Ziemer und Matthes 2004: 190).

Die Mobilisierung der Intellektuellen zum Schutz der Arbeiterschaft führt zur Formulierung der Forderung nach einer freien Gewerkschaft. 1980 gibt das kommunistische Regime nach. Im diskursiven Kontext der sog. "August-Gespräche" kommt es zur Gründung der *Solidarność* (Grzonkowski und Szkiela 2006: 17-82), die weit mehr ist als eine bloße Gewerkschaft und die sich zu einer "sozialen Bewegung mit vielfältigen Funktionen" entwickelt (Ziemer und Matthes 2004: 190). Ihre Identität bezieht sie nicht nur aus dem Kampf gegen die kommunistische Ideologie, sondern vor allem aus dem Kampf um die Achtung der Menschen- und Bürgerrechte (Rojek 2009: 199). Auch zahlreiche Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes versammeln sich in der *Solidarność* und organisieren sich kurze Zeit später in der *Solidarność Służby Zdrowia* (Solidarität des Gesundheitsdienstes), die die etablierte Gesundheitspolitik kritisiert und eine umfassende Gesundheitsreform fordert (vgl. Abschnitt 6.2.2).

Bereits 1981 wird die *Solidarność* wieder verboten und muss in den Untergrund flüchten. Ende der 1980er Jahre betritt sie jedoch erneut die politische Bühne, um einen Systemwandel einzuleiten, der nach kurzer Zeit in einen umfassenden Systemwechsel übergeht (Ziemer und Matthes 2004: 191). Im Gefolge der am legendären "Runden Tisch" vereinbarten ersten halbfreien Wahlen von 1989 kommt es zu einer sichtbaren Entpolitisierung bzw. Entideologisierung der polnischen Politik:¹² Die politische Deutungshoheit geht von den kommunistischen Ideologen - Träger von politischem Kapital - an Träger des Kulturkapitals über. Ins polnische Parlament ziehen zahlreiche Vertreter der klassischen Intelligenz, die sich selbst als "Amateure der Politik" begreifen:

Nur wenige Mitglieder des X. polnischen Sejms verstanden sich als Vertreter parteipolitischer Interessen. Selbst die sozialistische

¹²Die Wahlen von 1989 werden deshalb als halbfrei bezeichnet, weil im Vorfeld festgelegt wird, dass die Opposition nur 35 Prozent der Sitze erringen kann. Da aber zwei kleinere kommunistische Blockparteien ihre Kooperation mit der PZPR aufkündigen, kann der damalige Ministerpräsident, Tadeusz Mazowiecki, eine Koalitionsregierung bilden, die die ehemaligen Machthaber aus der PZPR weitgehend marginalisiert (Ziemer und Matthes 2004: 192).

PZPR hatte so wenig ideologische Kandidaten wie möglich aufgestellt und deren Parteizugehörigkeit im Wahlkampf sogar verborgen. Die Abgeordneten der *Solidarność* hatten zumeist aus einer persönlichen Verpflichtung gegenüber der Oppositionsbewegung kandidiert, und viele von ihnen wurden durch persönliche Ernennung des Vorsitzenden, Lech Wałęsa, rekrutiert. Trotz der Bereitschaft, Verantwortung wahrzunehmen, verstanden sich die Vertreter der *Solidarność* nicht als Berufspolitiker. Sie einte ein streng moralisches Bekenntnis zur Demokratie, sie bewerteten reale Politiker negativ als machtorientiert und bezeichneten sich selbst als "Amateure der Politik" (Matthes 1998: 105f.).

Professionelle Achse

Ich habe beobachtet, dass heute nur Mediziner und einige wenige Ökonomen die Stimme ergreifen. ... (Stimme aus dem Saal: Noch ein Soziologe.) Ein Soziologe, ja. Aber es drängt sich doch die Frage auf, wo in dieser Kammer die Spezialisten für Reprivatisierung, für Privatisierung, für Restrukturierung sind. Wir sind doch ein Zweig der Volkswirtschaft, so will ich das betrachten. Warum gibt es hier heute keine Stimmen vernünftiger Fachleute, die helfen könnten, den Gesundheitsdienst zu reformieren? Es ist ein Drama, dass in dieser Kammer in der Debatte über ein so wichtiges Gesetz mehrheitlich Mediziner die Stimme ergreifen [...] Wir wollen, dass auch andere Spezialisten an der Reform des Gesundheitsdienstes teilnehmen (Krzyżanowski 1991: 140).¹³

¹³"...zauważyłem, że dzisiaj zabierają głos medycy, wreszcie kilku ekonomistów...(Głos z sali: Socjolog jeszcze.) Socjolog, tak. Ale ciśnie się na usta pytanie, gdzie w tej Izbie są specjaliści od reprivatyzacji, od prywatyzacji, od restrukturyzacji, bo my jesteśmy jedną z gałęzi gospodarki narodowej, tak chcemy to postrzegać. Dlaczego tu dzisiaj nie ma tych głosów rozsądnych fachowców, którzy by pomogli zreformować służbę zdrowia? Jest to dramat, że właśnie tu w tej Izbie nad tak ważną ustawą zabierają głos w większości medycy. [...] My chcemy, żeby w reformowaniu służby zdrowia uczestniczyli inni specjaliści" (Krzyżanowski 1991: 140).

Betrachtet man das polnische Feld des Kulturkapitals, so dominieren hier Vertreter der klassischen Intelligenz, Vertreter klassischer Berufe.¹⁴ Aus diversen Gründen ist es hier im 20. Jahrhundert nicht zu den Professionalisierungs- und Spezialisierungsprozessen gekommen, die sich in dieser Zeit in den westlichen Ländern abgespielt haben (vgl. Zarycki 2008: 115).¹⁵ Seit den 1980er Jahren konstituiert sich jedoch unter dem Einfluss westlichen Gedankenguts eine kleine Schar an polnischen Liberalen, die ab 1990 erfolgreich um die Deutungshoheit in der polnischen Politik kämpfen (vgl. Schlaglicht 9).

Mit der Marginalisierung der kommunistischen Machthaber hoffen auch die in der *Solidarność Służby Zdrowia* (Solidarität des Gesundheitsdienstes) versammelten medizinischen Berufe auf die politische Umsetzung ihrer Forderungen. Das Gesundheitsressort der ersten halbdemokratischen Regierung geht jedoch an das Lager der Post-Kommunisten. Das für die Finanzlage des Gesundheitsdienstes ausschlaggebende Finanzministerium erhält wiederum Leszek Balcerowicz, ein polnischer Liberaler und damit Vertreter des eben erwähnten sehr jungen Diskurslagers im polnischen Feld der Politik, ein zeitgenössischer "Westernizer" (Antoń 2000: 67), der eine rigorose, am Monetarismus orientierte Finanzpolitik betreibt und für die Anliegen der Gewerkschaft wenig Verständnis hat (Grzonkowski und Szkiela 2006: 360).

Trotz dieser anfänglichen Enttäuschung, die in der Chronik der *Solidarność Służby Zdrowia* als "Dolchstoß der eigenen Regierung" (Grzonkowski und Sz-

¹⁴Die Ausführungen schöpfen stark aus den Arbeiten Zaryckis zum polnischen Feld des Kulturkapitals (Zarycki 2003; 2005; 2008).

¹⁵Zarycki beruft sich an dieser Stelle auf Arbeiten polnischer Soziologen, die die langsame Professionalisierung der polnischen Intelligenz darauf zurückführen, dass sie lange Zeit ohne einen eigenen Staat, dafür aber mit zahlreichen beruflichen Begrenzungen durch die Fremdherrscher zurechtkommen musste. Das habe dazu geführt, dass sich Merkmale westlicher Professionen wie Individualismus, Erfolgsorientierung und Pragmatismus unter der polnischen Intelligenz kaum ausgeprägt hätten. Stattdessen gab sie sich in Gesellschaftssalons der Konstruktion von Visionen der Weltverbesserung hin. Ihre gesellschaftliche Aktivität hatte eher missionarischen Charakter anstatt auf Qualifizierung und Erfolg ausgerichtet zu sein. Diese Blockaden der Professionalisierung blieben zu Zeiten der kommunistischen Planwirtschaft bestehen (Zarycki 2008: 115).

Liberalismus “als ständig vorhandene Orientierung, die man nicht übergehen durfte” (Szacki 2003: 82) hat in Osteuropa keine langjährige Tradition. Erst in den 1970er Jahren erscheinen im polnischen Untergrund Übersetzungen der Klassiker des liberalen Denkens des 20. Jahrhunderts (Ebd.: 211). Die symbolische Geburtsstunde des modernen Liberalismus in Polen sieht Szacki in einem Text von 1980 aus der Feder von Miroslaw Dzielski mit dem Titel “Wer sind die Liberalen?” (Ebd.: 211). Mit diesem Text werden laut Szacki erstmalig “grundlegende Kategorien des liberalen Denkens in die polnische Begriffswelt der modernen Politik” eingeführt und damit eine neue Diskussionssebene geschaffen (Ebd.). Die 1980er Jahre sind “für die polnischen Liberalen vor allem eine Zeit des Studiums und der Diskussion” - “eine gut genutzt[e] Zeit”, so Szacki (Ebd.). Als sie nämlich 1988 zum ersten gesamtpolnischen Treffen in Danzig zusammenkommen, ist der Kreis der Teilnehmer “verhältnismäßig groß” (Ebd.: 212). Die sog. Danziger Liberalen organisieren sich zunächst im Liberal-Demokratischen Kongress (KLD - Kongres Liberalno-Demokratyczny), gehen 1993 in die *Freiheitsunion* (UW - *Unia Wolności*) und ab 2001 in die *Bürgerplattform* über (PO - *Platforma Obywatelska*) (Ziemer und Matthes 2004: 224). Im politischen Feld sind es vor allem sie, die Ideen aus dem Westen importieren. Mit Antohi (2000: 67) könnte man sie als die “Westernizer“ der Gegenwart bezeichnen. Laut Szacki betrachten sie es gar nicht als ihr Bestreben, sich mit ihren Argumenten als besonders originell darzustellen. Ganz im Gegenteil: “Sie [...] betrachten es als zusätzliches Argument für sich, dass sie Ansichten vertreten, die sich woanders schon bewährt haben und kein riskantes Experiment erwarten lassen“ (Szacki 2003: 229). Für die Anfangsjahre der “Systemtransformation“(Merkel 1999) - 1990 bis 1993 - wird ihnen eine diskursive Hegemonialstellung attestiert, die sich für den weiteren Verlauf der Reformen als folgenreich erweist (Holc 1997: 411).

Schlaglicht 9: Die polnischen Liberalen

kiela 2006: 339) betitelt wird, gibt die Gewerkschaft nicht nach und versucht in der Folgezeit mit Nachdruck, ihr nahe stehende Politiker in Sejm, Senat und ins Gesundheitsministerium zu entsenden und ihre gesundheitspolitischen Vorstellungen durchzusetzen: "Die Entsendung eigener Vertreter ins Parlament war u.a. Ausdruck des Vertrauensverlustes gegenüber den politischen Parteien, die sich 2 Jahre nach dem "Runden Tisch" für die Postulate der "Solidarność" und der unzufriedenen und verarmten Gesellschaft als "taub" erwiesen haben (Grzonkowski und Szkiela 2006: 373).¹⁶ Obwohl bis heute zahlreiche Gewerkschaftsfunktionäre glauben, "dass sich nur mit eigenen Leuten in der Politik etwas zu ihren Gunsten bewegen lasse" (Rode 2009: 419), nimmt der unmittelbare politische Einfluss der Gewerkschaft auch im Feld der Gesundheitspolitik mit der Zeit ab und verlagert sich auf die Organisation von Protesten und Streiks bis hin zu Hungerstreiks.

Was sich allerdings langfristig etabliert, ist die relativ starke Präsenz der medizinischen Berufe im polnischen Parlament. In den 1990er Jahren kommen zwischen 2,8 (1993-1997) und 5 Prozent (1991-1993 und 1997-2001) der Abgeordneten aus den medizinischen Berufen (Ziemer und Matthes 2004: 200). Dass sie über eine hohe Deutungsmacht verfügen, lässt sich sowohl in der Literatur (Włodarczyk 1998: 374; Grzonkowski und Szkiela 2006: 339ff.) nachlesen als auch in den untersuchten Parlamentsdebatten rekonstruieren (vgl. Ankerbeispiel und Abschnitt 6.3). Auch der Ausbildungshintergrund der polnischen Gesundheitsminister im Untersuchungszeitraum 1991-2008 - siehe Tabelle 6.1 -, die bis auf wenige Ausnahmen allesamt Mediziner sind, macht deutlich, dass die Position der polnischen Ärzte im Feld der Gesundheitspolitik durchgehend sehr stark ist. Ende der 1990er Jahre wagt es Premier Jerzy Buzek (Regierungskoalition AWS-UW) im Vorfeld der Einführung der Allgemeinen Gesundheitsversicherung, die erste Nicht-Medizinerin zur Gesundheitsministerin zu ernennen. Den Posten vertraut er allerdings einer ehemaligen *Solidarność*-Aktivistin - Franciszka Cegielska - an, die auch innerhalb der *Solidarność* des Gesundheitsdienstes eine große Legitimität genießt (Grzon-

¹⁶"Wystawienie własnej reprezentacji do parlamentu było m. in. wyrazem braku zaufania do partii politycznych, które przez 2 lata od "okrągłego stołu" okazały się "głuche" na postulaty i opinie "Solidarności" oraz niezadowolonego i biedniejszego społeczeństwa" (Grzonkowski und Szkiela 2006: 373).

kowski und Szkiela 2006: 540). Erst die post-kommunistische Regierungskoalition SLD-PSL ernennt zunächst einen Juristen und kurz darauf einen Ökonomen zum Gesundheitsminister (vgl. Tabelle 6.1). Die Nicht-Mediziner verbleiben allerdings jeweils nur eine sehr kurze Zeit im Amt. Seitdem kehren alle Parteien dazu zurück, das Amt des Gesundheitsministers Medizinern anzuvertrauen.

Zeitraum	Name	Beruflicher Hintergrund
Sept. 1989 - Dez. 1991	Andrzej Kosiniak-Kamysz	Arzt
Jan. 1991 - Dez. 1991	Władysław Sidorowicz	Arzt
Dez. 1991 - Juni 1992	Marian Miśkiewicz	Arzt
Juli 1992 - Okt. 1993	Andrzej Wojtyła	Arzt
Okt. 1993 - Sept. 1997	Ryszard Jacek Źochowski	Arzt
Sept. 1997 - Okt. 1997	Krzysztof Kuszewski	Arzt
Okt. 1997 - März 1999	Wojciech Maksymowicz	Arzt
März 1999 - Okt. 2000	Franciszka Cegielska	Finanzpolitikerin
Nov. 2000 - Okt. 2001	Grzegorz Opala	Medizinprofessor
Okt. 2001 - Jan. 2003	Mariusz Łapiński	Arzt
Jan. 2003 - April 2003	Marek Balicki	Arzt
April 2003 - Mai 2004	Leszek Sikorski	Arzt
Mai 2004	Wojciech Rudnicki	Jurist
Juni/Juli 2004	Marian Czański	Ökonom
Juli 2004 - Okt. 2005	Marek Balicki	Arzt
Okt. 2005 - Nov. 2007	Zbigniew Religa	Medizinprofessor
seit Nov. 2007	Ewa Kopacz	Ärztin

Tabelle 6.1: Gesundheitsminister in Polen seit 1989. Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Grzonkowski und Szkiela 2006; Puls Medycyny 2007; Internetportal der Polnischen Wissenschaft; Centrum Informacyjne Rządu 2004; BBC Polska 2004 und Internetportal des Polnischen Gesundheitsministeriums.

Wie jedoch aus dem obigen Ankerbeispiel von Krzyżanowski (1991) hervorgeht, bleibt diese hohe Deutungsmacht nicht unhinterfragt. Die gesundheitspolitische Reformkompetenz der medizinischen Berufe wird in den untersuchten Parlamentsdebatten wiederholt in Frage gestellt, so etwa im folgenden Zitat:

Die heute dem Sejm vorgelegten Gesetzesprojekte, die die Gesundheitsreform einleiten, zwingen mich dazu, die unlängst artikulierten Meinung zu verifizieren, dass ich nicht recht glaube, dass die Reform des Gesundheitswesens unter der Leitung eines Arztes erfolgen wird. Ich habe die Hoffnung, dass das erst die Anfangsphase ist, dass dieser ganze Prozess noch weitergehen wird und dass das einer der wenigen Ausnahmefälle sein wird, in denen ein Spezialist aus der Branche die Reform zu Ende bringt. Hoffentlich entspricht sie den Erwartungen der Gesellschaft (Pistelok 1995).¹⁷

Und obwohl - wie oben beschrieben - die medizinischen Berufe eine starke Lobby im polnischen Parlament aufbauen können (vgl. auch Grzonkowski und Szkiela 2006: 339ff. und Włodarczyk 1998: 374), lässt sich eine schleichende Ökonomisierung des polnischen Felds der Gesundheitspolitik und -praxis beobachten. Direkten Einfluss auf die Gesundheitspolitik kann die ökonomische Profession zunächst einmal über das Amt des Finanzministers ausüben, wobei das Verhältnis zwischen Gesundheits- und Finanzminister je nach Wahlperiode und politischer Konstellation variiert. Für den weiteren Verlauf der Gesundheitsreformen und der Reformdebatte am nachhaltigsten ist die rigorose Finanzpolitik des Finanzministers Balcerowicz. Ein Paradebeispiel für seine hohe Deutungsmacht in der polnischen Politik ist die Festlegung des Versicherungsbeitrags im Zuge der Einführung einer Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Obwohl kurze Zeit vorher noch 10 bis 11 Prozent im Gespräch sind (Szkop 1996; Bańkowska 1998), setzt sich plötzlich die Deutung durch, dass ein Versicherungsbeitrag in Höhe von 7,5 Prozent ausreichend sei und absolut gesehen sogar mehr Geld für Gesundheit generiere, als die ursprünglich vorgesehenen 10 bis 11 Prozent (Zbrzyzny 1998); Maksymo-

¹⁷”Wprowadzone dzisiaj pod obrady Sejmu projekty ustaw, rozpoczynające reformę służby zdrowia, każą mi zweryfikować ogłoszony nie tak dawno pogląd, iż nie bardzo wierzę w to, że pod przewodnictwem lekarza dokona się reforma służby zdrowia. Mam nadzieję, że jest to etap początkowy, który nie zakończy się na tych trzech projektach, że cały proces będzie przebiegał nadal i że będzie to jeden z nielicznych przypadków, kiedy specjalista z branży dokona tej reformy. Oby była ona taka, jakiej oczekuje społeczeństwo“ (Pistelok 1995).

wicz 1998a; Grzonkowski 1998b; Gajecka-Bożek 1998; vgl. Abschnitt 6.3.1). Laut der Chronik der *Solidarność Służby Zdrowia* (Solidarität des Gesundheitsdienstes) ist diese auch im Plenum noch sehr umstrittene Entscheidung auf ein scharfes Veto des Finanzministers Balcerowicz zurückzuführen, der sich damit gegen vehemente Proteste der *Solidarność Służby Zdrowia* und die medizinischen Berufe durchsetzt (Grzonkowski und Szkiela 2006: 587).

Neben dieser offensichtlichen Konkurrenz zwischen der medizinischen und der ökonomischen Profession in gesundheitspolitischen Fragen ist eine gewisse Ökonomisierung und Entmedikalisierung des polnischen Felds der Gesundheitspolitik und -praxis infolge der Professionalisierung der Public-Health-Wissenschaften zu erwarten, die seit 1991 im polnischen Kontext emergieren¹⁸ und seitdem auch unermüdlich um eine Teilnahme am Gesundheitsreformdiskurs kämpfen, wie man folgendem Plädoyer entnehmen kann:

Angesichts der aktuellen schwierigen Situation ist die Aktivierung aller Forschungs- und Praxisbereiche notwendig, die mit der Sozialmedizin und Public Health zusammenhängen. Der Prozess des notwendigen systemischen Wandels kann nicht ohne ihre aktive und kreative Teilnahme erfolgen (Wdowiak 2004a: 126).¹⁹

Bis zum Ende des Untersuchungszeitraums genießen die Public-Health-Wissenschaften jedoch noch nicht die von ihnen angestrebte Anerkennung (Czupryna und Włodarczyk 2002: 147).²⁰ Zu einer gewissen Ökonomisierung

¹⁸So werden ab 1991 an zahlreichen medizinischen Forschungsinstituten, in Anstalten für Sozialmedizin und an medizinischen Universitäten Abteilungen für und Aufbaustudiengänge in Public Health gegründet. Die erste polnische School of Public Health wird 1991 an der Jagiellonen-Universität Krakau gegründet. Danach folgen Łódź, Posen und Warschau (Tajer 2004: 1992).

¹⁹„W obecnej trudnej sytuacji konieczna jest aktywizacja wszystkich środowisk nauki i praktyki związanych z medycyną społeczną i zdrowiem publicznym. Proces koniecznych zmian systemowych nie może odbyć się bez ich aktywnego i twórczego udziału” (Wdowiak 2004a: 126).

²⁰Trotz der von ihnen beanspruchten Interdisziplinarität ist eine Public-Health-Ausbildung in Polen nur als Spezialisierung für Mediziner staatlich anerkannt (Wdowiak 2004a: 126). Da ein Erwerb des Dokortitels in Public Health nicht zugelassen wird, fühlen sich die Public-Health-Wissenschaften auch nicht als Forschungsdiszi-

und Entmedikalisierung des polnischen Felds der Gesundheitspolitik und -praxis tragen sie trotzdem bei, weil sie im Endeffekt diejenigen sind, die Fächer wie Buchhaltung und Finanzwirtschaft in die Medizinerausbildung einführen.²¹ Dabei werden sie sowohl finanziell als auch ideell von internationalen Organisationen unterstützt,²² die sich eine stärkere Hinwendung der neuen Disziplin in Mitteleuropa zu “New Public Health”, d.h. ganz konkret zu Fächern wie Gesundheitsförderung, Finanzierung und Management im Gesundheitswesen oder etwa der Gesundheitsökonomik in den Lehrplänen, wünschen und diese auch selbst fördern (Roberts 1994: 32-34).

Internationale Organisationen im nationalen Feld

The international community were quick to respond to the need for assistance. Polish proposals were supported by international experts and projects were developed together with international development agencies and donors. Donors had no experience of central and eastern Europe, these countries had never been beneficiaries of aid and neither side had experience of working together (Sabbat 1997: 207).

Der Einfluss internationaler Organisationen im polnischen Feld der Gesundheitspolitik beschränkt sich jedoch nicht nur auf die Förderung der Aus- und

plin anerkannt (Czupryna und Włodarczyk 2002: 147; Wdowiak 2004b; Zejda 2007; Wdowiak 2007; Stelmach et al. 2009: 109).

²¹Dazu muss man jedoch sagen, dass das Anfang der 1990er Jahre scheinbar gar nicht so einfach ist. Als die erste polnische School of Public Health in Krakau versucht, Buchhaltung und Finanzwirtschaft in ihr Curriculum aufzunehmen, stößt sie auf das Problem, dass es nur wenig Unterrichtsmaterial und Lehrpersonal gibt und die Wenigen, die Kenntnisse in den Themen haben, Autodidakten sind (Koprowski 1994: 102). Das bestätigt auch die Arbeit von Dziedziczak-Foltyn, die sich mit der Emergenz der Profession der Manager beschäftigt. Diese hat in Polen eine ähnlich junge Tradition wie die Public-Health-Wissenschaften. Sie geht auf die beginnenden 1990er Jahre zurück und orientiert sich in ihren Ausbildungsstandards maßgeblich an westlichen Modellen (Dziedziczak-Foltyn 2007: 16-18).

²²Bereits 1994 hat die Europäische Kommission 22 Millionen Dollar für Aus- und Fortbildungsmassnahmen in Public Health ausgegeben (Roberts 1994: 36).

Fortbildung in Public Health. Ab 1989 führen Vertreter internationaler Organisationen erste Gespräche mit polnischen Entscheidungsträgern. Ab 1990 gründen sie eigene Büros in Polen. Diese Aktivierung ihres Engagements in Polen ist jedoch nicht nur auf die Öffnung des Landes für westliche Einflüsse zurückzuführen. Sie ist auch und maßgeblich durch einen Diskurs zur Rolle des Westens in der "Systemtransformation" (Merkel 1999) bedingt, der in Abschnitt 6.2.1 ausführlicher vorgestellt wird.

Im Juli 1989 finden jedenfalls erste Gespräche zwischen polnischen Entscheidungsträgern und Vertretern internationaler Organisationen statt. 1990 werden Mitarbeiter der WHO und der Weltbank nach Polen eingeladen (Sabbat 1997: 212). Laut Sabbath spielen in der Anfangsphase der Gesundheitsreformen die Berater der WHO und der Weltbank eine besonders wichtige Rolle (Ebd.: 212). Anfang der 1990er Jahre eröffnen mehrere internationale bzw. supranationale Organisationen schließlich eigene Büros in Polen: Weltbank (1990), Europäische Kommission (1990), United Nations Development Programme (UNDP) (1990), WHO (1992) (Ebd.: 214f.). 1992 wird Polen Teilnehmer des OECD-Programms "Partner des Übergangs" (OECD 1992: 2). Die WHO fängt 1992 an, zweijährige Vereinbarungen - sog. *Biennial Collaborative Agreements* - mit der polnischen Regierung zu treffen. Für die Umsetzung stehen der Organisation jedoch vergleichsweise geringe Summen zur Verfügung. Anfang der 1990er Jahre werden mehrere kleinere Projekte im Rahmen bilateraler Hilfen durch einzelne Länder gesponsort, unter anderem durch die Schweiz, Japan, Frankreich, Niederlande, USA, Italien, Großbritannien, Dänemark und Schweden (Sabbat 1997: 216). 1992 starten auch zwei größere Projekte der EU und der Weltbank:

- Das EU-Programm PHARE (*Poland Hungary Assistance to Restructuring of the Economy*) soll sich auf den Ausbau von "Primary Health Care" und die Entwicklung von Management-Kompetenz konzentrieren.
- Komplementär dazu teilfinanziert die Weltbank das Projekt *Health Services Development Project*, das 4 Komponenten umfasst: Gesundheitsförderung, "Primary Health Care", Management, Regionalisierung (Ebd.: 213; World Bank 1992).

Die Absorptionsquote der Fördergelder sinkt jedoch von Jahr zu Jahr. Von den EU-Geldern werden zunächst 73 Prozent (1990), im Jahr darauf 24 Prozent (1991) und 1992 nur noch 13 Prozent verwendet (Sabbat 1997: 213ff.). Von den Geldern der Weltbank wird der Löwenanteil für Beratung ausgegeben. Von den vereinbarten Reformen wird im vereinbarten Zeitraum nahezu nichts umgesetzt, so das Ergebnis einer Untersuchung der Höchsten Kontrollkammer Polens von 1998 (Najwyższa Izba Kontroli 1998). Die niedrige Absorptionsquote wird sowohl von Seiten der Geldgeber als auch von Seiten der polnischen Regierung als Begründung *gegen* weitere Gesundheitsprojekte herangezogen (Sabbat 1997: 222). Die Form der Kooperation, die weiterhin stattfindet, sind kurze Seminare, die den ausländischen Gästen die Möglichkeit bieten, den polnischen - laut Włodarczyk in den wenigsten Fällen wirklich interessierten - Teilnehmern ihre eigenen Problemdeutungen vorzustellen. Nur wenige Polen streben einen bewussten Aufbau von Expertise an (Włodarczyk 1998: 373). Nach einer kurzen Phase der Euphorie werden die externen Berater nach einem Luxushotel in Warschau als “Marriott Brigade” bezeichnet. Auf polnischer Seite herrscht die Wahrnehmung vor, dass die Hilfsprogramme vor allem den internationalen Organisationen selbst dienen (Sabbat 1997: 223).

1994 beschließen zunächst WHO und Weltbank miteinander zu kooperieren (Ebd.: 222). Die Zusammenarbeit im globalen Feld wird Ende der 1990er Jahre auch auf die EU und die OECD ausgeweitet. Im Jahre 2000 wird beispielsweise ein Pilotprojekt zur Einführung einer nationalen Kostenrechnung im Gesundheitswesen - *A System of Health Accounts* - initiiert, das von OECD und Eurostat entworfen, von der Weltbank finanziert und von einem deutschen Institut koordiniert wird (Kawiorska 2004: 7). In den Jahren 2004 und 2005 wird das Ziel in dem Programm *Health Care Statistics* fortgesetzt, in dem die Teilnehmer auf die Einführung der nationalen Kostenrechnung im Gesundheitswesen und die routinemäßige Weitergabe der Daten an Eurostat, OECD und WHO vorbereitet werden (Baran und Zyra 2006: 6).

6.2 Diskursive Horizonte

Wie bereits zu Anfang des Kapitels angesprochen wurde, wird die Notwendigkeit einer Gesundheitsreform erstmalig im Kontext der "August-Gespräche" von 1980 artikuliert. Diese Notwendigkeit wird sowohl auf Seiten der *Solidarność* als auch auf Seiten der damals noch kommunistischen Regierung mit einer Krise des Gesundheitssystems begründet. Dieser Krisendiskurs findet natürlich nicht in einem diskursiven Vakuum statt. Zum einen spielt er sich vor dem Hintergrund des globalen Diskurses der Gesundheitspolitik ab, wie er in Kapitel 4 rekonstruiert wurde. Zum anderen ist er auf nationaler Ebene in weiterreichende Diskurse, ja geradezu einen Metadiskurs der "Systemtransformation" (Merkel 1999) eingebettet, der sich seinerseits ebenfalls mit globalen Diskurssträngen verflechtet, insbesondere zur Rolle, die der Westen in der "Systemtransformation" (Merkel 1999) spielen soll. Bevor auf die "Krise des Gesundheitssystems" eingegangen wird, erfolgt eine kurze Vorstellung dieses allgemeinen Krisendiskurses, der sich zum damaligen Zeitpunkt sowohl innerhalb der Partei als auch innerhalb der *Solidarność* entfaltet.

6.2.1 Vom allgemeinen Krisendiskurs zur "Rückkehr zur Selbstverwaltung" zur "Rückkehr nach Europa"

Die Öffnung des gesundheitspolitischen Reformdiskurses in Polen führt Włodarczyk auf den breiteren diskursiven Kontext der Streiks vom Sommer 1980 - sog. "August-Gespräche" - zurück, in Folge derer die Gründung einer unabhängigen Gewerkschaft seitens der Regierung zugelassen wird (vgl. Abschnitt 6.1.2). Diese Entscheidung der kommunistischen Partei ist auf eine umfassende Krisendiagnose zurückzuführen, aus der sie in Zusammenarbeit mit der *Solidarność* herauszukommen hofft. Letztere teilt jedoch weder die Problemdiagnose, noch die Lösungsvorschläge der Partei und muss ihre Ideen nur 15 Monate nach ihrer Gründung im Untergrund weiterspinnen. Als die zwei Diskurslager Ende der 1980er Jahre am "Runden Tisch" zusammenkommen, um über die zukünftigen Reformen des Landes zu verhandeln, scheint sich

der Diskurs für völlig neue Reformideen zu öffnen. Die Öffnung ist jedoch nur von kurzer Dauer. Bereits im Januar 1990 kann ein Diskurs Hegemonialstellung erlangen, der für Polen eine "Rückkehr nach Europa" vorsieht und dem Westen eine beachtliche Mitverantwortung für das Gelingen dieses Kurses überträgt.

Der Krisendiskurs der kommunistischen Partei

Der Protest der Arbeiterklasse gegen die Denaturalisierungen des Systems, gegen die Abkehr von den universellen Prinzipien des Sozialismus war vollkommen gerechtfertigt (Programm der PZPR 1981, zitiert nach Rojek 2009: 178).²³

Im Kontext der Streik- und Protestwellen von 1980 Jahren setzt sich in Polen ein umfassender Krisendiskurs durch, der sowohl von der kommunistischen Partei als auch von der *Solidarność*-Bewegung getragen wird. Damit enden aber auch schon die Gemeinsamkeiten. Die beiden Diskurslager teilen weder die Problemdiagnose noch die Lösungsmuster. Die Partei sieht die Ursachen der Krise einerseits in der fehlerhaften Umsetzung der sozialistischen Ideologie, die sie jedoch weiterhin für gültig hält. Andererseits macht sie feindliche Kräfte für die Krise verantwortlich (Rojek 2009: 176):

Niemand sollte sich der Illusion hingeben, dass es neben dem gerechtfertigten Protest der Arbeiterklasse nicht auch um einen scharfen ideologischen und politischen Kampf in unserem Land geht, um das Antlitz unseres Landes, um seine Stellung und Ausrichtung auf der internationalen Arena (Programm der PZPR 1981, zitiert nach Rojek 2009: 179).²⁴

²³"Protest klasy robotniczej przeciw wynaturzeniom systemu, przeciw odejściu od uniwersalnych zasad socjalizmu był w pełni uzasadniony" (Programm der PZPR 1981, zitiert nach Rojek 2009: 178).

²⁴"Nikt nie powinien mieć złudzeń, iż obok uzasadnionego protestu klasy robotniczej toczy się w naszym kraju również ostra walka ideologiczna i polityczna o władzę, o oblicze naszego kraju, o jego miejsce i orientację na arenie międzynarodowej" (Programm der PZRP 1981, zitiert nach Rojek 2009: 179).

Einen Ausweg aus der Krise sieht die Partei folglich in der Erneuerung der sozialistischen Ideologie und im Kampf gegen Feinde des Systems (Ebd.: 180). Die Zulassung einer freien Gewerkschaft just zu diesem Zeitpunkt mag möglicherweise paradox erscheinen. Laut Rojek ist das Verhältnis der kommunistischen Partei gegenüber der *Solidarność* gespalten, was vor allem daran liegt, dass sie in ihr ein heterogenes Gemisch aus Verbündeten und Feinden sieht (Ebd.: 190). Die Zulassung der Gewerkschaft erfolgt also in der Hoffnung und unter der Auflage, dass sich diese von den "feindlichen Kräften" befreit, die versuchen, am System zu rütteln (Ebd.: 191):

Wir deklarieren voller Ernsthaftigkeit: Wir sind für eine konstruktive Rolle der *Solidarność* im Leben des Landes. Die Partei wird das unterstützen müssen. Es muss klar sein, dass eine solche Rolle nur möglich ist, wenn die Arbeiter der *Solidarność* genügend Willenskraft finden, um sie von den feindlichen Kräften zu befreien, deren Ziele die unantastbaren Prinzipien unseres Systems überschreiten (Referat des ZK 1981, zitiert nach Rojek 2009: 191).²⁵

Der Krisendiskurs der NSZZ *Solidarność*

Das System, das die politische und wirtschaftliche Macht bündelt, auf einer unaufhörlichen Ingerenz der Parteielemente in die Funktionsweise der Unternehmen basiert, ist die Hauptursache der Krise, in der sich unsere Wirtschaft gegenwärtig befindet [...] (Programm der NSZZ *Solidarność* 1981, zitiert nach Rojek 2009: 206).²⁶

²⁵"Z całą powagą oświadczamy: jesteśmy za konstruktywną rolą *Solidarności* w życiu kraju. Partia będzie musiała temu sprzyjać. Musi być jasne, że taka rola jest możliwa wtedy, gdy robotnicy w *Solidarności* znajdą dość woli, by uwolnić się od wrogich sił, których cele przekraczają nienaruszalne zasady naszego ustroju" (Referat des ZK 1981, zitiert nach Rojek 2009: 191).

²⁶"System wiążący władzę polityczną i gospodarczą, oparty na nieustannej ingerencji czynników partyjnych w funkcjonowanie przedsiębiorstw, to główna przyczyna kryzysu, w jakim znajduje się nasza gospodarka [...]" (Programm der NSZZ *Solidarność* 1981, zitiert nach Rojek 2009: 206).

Die neu gegründete *Solidarność* schätzt die allgemeine gesellschaftliche und wirtschaftliche Lage in Polen zu dem Zeitpunkt ebenfalls als katastrophal ein. Allerdings führt sie das nicht auf Fehler einzelner Regierungsgruppen, sondern auf das fehlerhafte Gesellschafts- und Wirtschaftssystem zurück (Rojek 2009: 203f.). Das Hauptproblem der von ihr postulierten allgemeinen Krise sieht sie in dem Monopol des Staates bzw. der Partei:

Die NSZZ *Solidarność* vereint viele gesellschaftliche Strömungen, vereint Menschen unterschiedlicher Weltanschauungen und unterschiedlicher politischer und religiöser Überzeugungen, unabhängig von ihrer Nationalität. Vereint hat uns der Protest gegen die Ungerechtigkeit, gegen den Missbrauch der Staatsgewalt und gegen die Monopolisierung des Rechts darauf, die Ziele der gesamten Nation festzulegen und zu vertreten (Programm der NSZZ *Solidarność* 1981, zitiert nach Rojek 2009: 211).²⁷

Die Hauptlösung bestehe ihrer Meinung nach in der "Unabhängigkeit" von der Staatsmacht, was bereits in dem Namen *Niezależny Samorządny Związek Zawodowy* (Unabhängige Selbstverwaltete Gewerkschaft Solidarität) manifestiert wird (vgl. Rojek 2009: 207). In dieser Selbstbezeichnung ist neben der "Unabhängigkeit" als zentrales Ziel auch die "Selbstverwaltung" enthalten. Den Ausweg aus der allgemeinen Gesellschaftskrise sieht die *Solidarność* also vor allem in der "Unabhängigkeit" und in der "Rückkehr zur Selbstverwaltung" (Garsztecki 2009: 208), die sie nicht nur fordert, sondern auch vorlebt.

Auf einer abstrakteren Ebene geht laut Szacki (2003) mit der Gründung der *Solidarność* eine gewisse Reduktion der liberalen Ideen einher, für die sich die intellektuelle Dissidentenbewegung der 1970er Jahre einsetzte (vgl. Abschnitt 6.1.2):

²⁷"NSZZ *Solidarność* łączy w sobie wiele nurtów społecznych, łączy ludzi o różnych światopoglądach, i różnych przekonaniach politycznych i religijnych, niezależnie od narodowości. Złączył nas protest przeciwko niesprawiedliwości, nadużyciom władzy i monopolizowaniu prawa do określania i wyrażania dążeń całego narodu" (Programm der NSZZ *Solidarność* 1981 zitiert nach Rojek 2009: 211).

Die Idee der Autonomie des Individuums, die der Dissidentenbewegung zugrunde lag, ging schlicht und einfach unter, während die Idee der Zivilgesellschaft in der Weise modifiziert wurde, dass sie sich an die veränderte Situation, das andere soziale Milieu, seine Mentalitäten und Traditionen anpasste. Ich möchte behaupten, dass die Elemente liberalen Denkens [...] eine Reduktion erfuhren. Eine Reduktion, auch wenn keine vollständige Elimination, weil die "Solidarność", aus der Auflehnung gegen die Diktatur hervorgegangen, sowohl an der konsequenten Verteidigung der Menschen- und Bürgerrechte als auch an der Perspektive der liberalen Demokratie als der am ehesten zu wünschenden politischen Ordnung festhielt (Szacki 2003: 179f.).

Die Verhängung des Kriegsrechts im Dezember 1981 bedeutet für die *Solidarność* eine Ausgrenzung aus dem offiziellen, legitimen Reformdiskurs. Sie muss ihre Reformideen im Untergrund weiterspinnen. Die neue Strategie der kommunistischen Führung beruht in den 1980er Jahren darauf, ihre Reformpläne im Alleingang durchzuführen und einzelne bekannte Oppositionelle in das politische System zu integrieren. Sie stößt jedoch sowohl seitens der kommunistisch-orthodoxen Nachbarstaaten als auch im Inneren des Landes auf Kritik. Als 1988 erneute Streikwellen ausbrechen, die die politische Führung nicht mehr unterbinden kann, nimmt sie einen Vorschlag der Opposition an, gemeinsam über die Zukunft Polens zu verhandeln (Ziemer und Matthes 2004: 190f.).

Die Hegemonialstellung der "Rückkehr nach Europa"

The first, basic steps to the transformation of Eastern Europe's centrally planned economies are two. One, the eastern countries must reject any lingering ideas [...] such as chimerical "market socialism" based on public ownership or worker self-management, and go straight for a western-style market economy. Two, Western Europe, for its part, must be ready and eager to work with them, providing debt relief and finance for restructuring, to bring their reformed economies in as part of a unified European market

(Sachs 1990: 19).

Die im Zuge der endgültigen Delegitimierung der kommunistischen Regierung hervorgerufene Öffnung des "market for policy ideas" (Gowan 1995: 3) versucht sehr bald ein Diskurs zu schließen, der in einem Text von Jeffrey Sachs vom 13. Januar 1990 auch der internationalen Öffentlichkeit präsentiert wird und aus dem das obige Ankerbeispiel stammt. Wie aus dem Zitat hervorgeht, fordert Sachs, damals 35-jähriger Ökonomie-Professor von der Harvard Universität, die MOE-Länder dazu auf, gar nicht erst über alternative Wirtschaftssysteme wie einen "Marktsozialismus" nachzudenken, sondern geradewegs für ein Wirtschaftssystem westlicher Prägung zu optieren. Eine Diskussion darüber, ob sie eine Sozialdemokratie nach schwedischem Vorbild oder einen Liberalismus à la Margret Thatcher anstreben wollen, sei seiner Meinung nach ebenfalls überflüssig. Aus der Perspektive einer Planwirtschaft seien diese Modelle ohnehin fast identisch. Wenn eine Debatte stattfinden soll, dann über die Mittel und nicht das Ziel der Systemtransformation (Sachs 1990: 19). Sachs selbst ist Anhänger der polnischen Variante der sog. "Schocktherapie", an deren Konzeption er zusammen mit dem polnischen Ökonomen, Leszek Balcerowicz, damaliger Finanzminister, selbst beteiligt ist. Dieses Wirtschaftsprogramm, das binnen eines Jahres zum Ziel hat, die ökonomischen, rechtlichen und institutionellen Grundlagen für eine Marktwirtschaft zu schaffen, wird bereits am 1. Januar 1990 von der polnischen Regierung verabschiedet (Ebd.). In seinem Artikel würdigt Sachs die polnische "Schocktherapie" als Pionierarbeit und bezeichnet den Polen Balcerowicz als "brave Balcerowicz" (Ebd.: 21f.). Anhänger der *Solidarność Służby Zdrowia* (Solidarität des Gesundheitsdienstes) dagegen protestieren im Parlament gegen die Kürzungen im Gesundheitswesen, die mit Balcerowicz's Finanzpolitik einhergehen. Trotz ihrer relativ starken Lobby in Sejm und Senat können sie sich mit ihren Befürchtungen und Forderungen nicht durchsetzen (vgl. Grzonkowski und Szkiela 2006: 339).

Sachs Artikel zielt jedoch nicht nur darauf ab, Legitimation für diesen im Rückblick als neoliberal (Shields 2010: 445) eingestuften Kurs der "Systemtransformation" (Merkel 1999) zu konstruieren, sondern zu großen Teilen

auch darauf, den Westen in diesen Prozess aktiv mit einzubeziehen. In seinem Artikel stellt Sachs die Transformationsprozesse in Mittelosteuropa nämlich nur zum Teil als Sache der MOE-Länder dar. Dem Westen misst er eine nicht minder bedeutende Rolle bei, wie das obige Ankerzitat zum Ausdruck bringt. Der Westen “must provide more leadership and vision, and far more generous financial support” als dies bis dahin der Fall gewesen sei (Sachs 1990: 22).

Wie man an den Reaktionen der internationalen Organisationen sehen kann (vgl. Abschnitt 6.1.2), folgt der “Westen” dem Aufruf dieses liberalen Transformationsdiskurses à la Sachs. Auch in der polnischen Öffentlichkeit gibt es Anfang der 1990er Jahre keine Gegenstimmen. Der damalige Präsident, Lech Wałęsa, soll diesen politischen Kurs gegenüber der Arbeiterbewegung mit folgenden Worten gerechtfertigt haben: “Das Balcerowicz-Programm unterstütze ich. Es ist zwar ein Banditenprogramm, aber im Moment das einzige” (Wałęsa zitiert nach Grzonkowski und Szkiela 2006: 340).²⁸

Der polnische Soziologie Szacki erklärt die allgemeine Zustimmung für die liberale Politik der Anfangsjahre der “Systemtransformation” (Merkel 1999) damit, dass sich die Postulate des Liberalismus als eine Umkehrung des kriselnden Kommunismus lesen lassen. Trotz einer nur relativ kleinen Gruppe von polnischen Liberalen (vgl. Abschnitt 6.1.2) werden sie daher von der Gesamtgesellschaft als Umkehrung des Kommunismus per se begrüßt:

Freiheit als Gegenteil der allgegenwärtigen Verbote und Beschränkungen, Menschen- und Bürgerrechte als Gegenteil der Allmacht des Staates, Vereinigungsfreiheit als Gegenteil des grassierenden Etatismus, Markt als Gegenteil der Kommandowirtschaft und des realitätsfremden Plans, Rechtsstaatlichkeit als Gegenteil der Rechtlosigkeit und Willkür, das Recht auf eine eigene Meinung als Gegenteil des Konformismus und Zensur usw. Man brauchte nicht die Klassiker des liberalen Denkens zu studieren, um diese Prinzipien zu entdecken. [...] [N]achdem jahrzehntelang das kommunistische Prinzip “alles für den Staat” ge-

²⁸“Program Balcerowicza popieram. Jest to bandyckie podejście, ale jedyne w tej chwili” (Wałęsa zitiert nach Grzonkowski und Szkiela 2006: 340).

golten hatte, [drängten sich, Anm. d. Verf.] liberale Lösungen gleichsam von selbst auf (Szacki 2003: 120f.).

Die Hegemonialstellung, die der liberale Diskurs in den Anfangsjahren der "Systemtransformation" (Merkel 1999), 1990 bis 1993, weitgehend genießt (Holc 1997: 411), ist unter anderem auch auf seine Diskursstrategie zurückzuführen, die die Transformation des politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Systems als eine "Rückkehr nach Europa" rahmt. Dieses symbolisch-romantische Postulat steht Anfang der 1990er Jahre einerseits für eine Rückkehr zur politischen und gesellschaftlichen Normalität, andererseits für eine schrittweise Annäherung an die westlichen Strukturen, insbesondere die Europäische Gemeinschaft (vgl. Kucharczyk und Radek 2005: 19). Die hohe Zustimmung für diesen politischen Kurs führen polnische Soziologen auf den hohen Abstraktionsgrad des Postulats zurück. Der politische Konsens der damaligen Zeit wird in der polnischen Literatur als "oberflächlicher Konsens" bezeichnet (vgl. Skotnicka-Illasiewicz 1998; Kucharczyk 1999: 298; Kucharczyk und Radek 2005: 20). Sowohl die liberale Wirtschaftspolitik als auch der Beitritt in die Europäische Union werden mit der Zeit von politisch relevanten Gruppen zunehmend hinterfragt.²⁹ Am 1. Mai 2004 wird Polen jedoch trotz vehementen Widerstands seitens seiner Europaskeptiker Mitglied der Europäischen Union und damit zugleich Objekt und Subjekt europäischer Politik (Fałkowski und Kucharczyk 2005: 9), darunter auch europäischer Gesundheitspolitik (vgl. Abschnitt 4.4).

²⁹Eine Polarisierung und Politisierung des Themas EU-Mitgliedschaft erfolgt erstmalig im Wahlkampf von 1997, der dem Beginn der Beitrittsverhandlungen bloß um wenige Monate vorausgeht. Die unter der Oberfläche entstehenden Risse werden im Zuge der für die Polen unerwartet technischen Beitrittsverhandlungen immer größer. Im Jahre 2000 befürworten "nur noch" 55 bis 60 Prozent der polnischen Bevölkerung den Beitritt in die EU. In den Folgejahren organisieren sich die Beitrittsgegner immer besser und können im Zuge der Parlamentswahlen von 2001 nicht nur im öffentlichen Diskurs auftreten, sondern mit rund 20 Prozent der Sejm-Mandate auch Einfluss auf den politischen Entscheidungsfindungsprozess nehmen (Szczerbiak 2002).

6.2.2 Krise des Gesundheitssystems

Im Rahmen der oben vorgestellten umfassenden Krisendiagnose ist auch der Beginn einer Gesundheitsreformdebatte zu verorten, die durch eine ähnliche Zweigleisigkeit des Diskurses gekennzeichnet ist. Sowohl die *Solidarność* als auch die Partei sind sich darin einig, dass das polnische Gesundheitswesen in einer Krise steckt. Darüber, worin diese Krise bestehe und wie sie zu lösen sei, gehen die Deutungen jedoch ein wenig auseinander.

Krise des Gesundheitssystems aus der Sicht der *Solidarność Służby Zdrowia* (Solidarität des Gesundheitsdienstes)

Die Krise des Gesundheitsdienstes verschärft sich. Die Ursachen liegen in der Jahrzehnte langen politischen Diskriminierung des Gesundheitsdienstes, dem Mangel an grundlegenden Arzneimitteln, Verbandmaterial und Krankenhausbetten sowie an dem tragischen Zustand der Räumlichkeiten und der fortschreitenden Verwüstung der über jegliches Maß übernutzten Geräte. Der Führungskräfte-mangel, die Flucht, insbesondere des niedrigeren und mittleren Personals aus den medizinischen Berufen, hält an. Die Ärzte wandern ins Ausland oder flüchten vom Patienten in die Verwaltung. Ursache dieses Zustands ist die kontinuierliche Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Gehälter im Gesundheitsdienst. [...] Es reicht. Genug der Vernachlässigung der Gesundheit der Bürger. Genug des Mangels an Betten, Arzneimitteln und an Personal. Wir fordern eine radikale Lösung des Problems des Gesundheitsdienstes (NSZZ-„Solidarność“ 2006: 107).³⁰

³⁰„Narasta kryzys ochrony zdrowia. Jego przyczyny, to trwająca od dziesięcioleci dyskryminacyjna polityka w stosunku do Służby Zdrowia, brak podstawowych leków, środków opatrunkowych i łóżek szpitalnych oraz tragiczna sytuacja lokalowa, przy postępującej dewastacji obiektów spowodowanej ich przeciążeniem ponad wszelką miarę. Trwa negatywny dobór kadr, ucieczkę od zawodów medycznych, szczególnie personelu niższego i średniego. Lekarze emigrują za granicę i uciekają od pacjenta do administracji. Przyczyną tego stanu rzeczy są stale pogarszające się warunki pracy i płacy w Służbie Zdrowia. [...] Dość już lekceważenia zdrowia obywateli. Dość już braku łóżek, leków i personelu. Żądamy radykalnego rozwiązania problemu Służby Zdrowia” (NSZZ-„Solidarność“ 2006: 107).

Wie aus dem Ankerbeispiel hervorgeht, sucht die *Solidarność* die Ursachen für die Krise des Gesundheitswesens in der jahrzehntelangen Diskriminierung des Gesundheitsdienstes durch das kommunistische Regime. Gemeint ist damit die im Kommunismus etablierte Einstufung des Gesundheitswesens als nicht-produktiven Sektor, der im Gegensatz zum produktiven Sektor kein Bruttoinlandsprodukt produziere, sondern konsumiere.³¹ Die fehlende Anerkennung der Wohlfahrt, die der Gesundheitsdienst erbringe, sei Hauptursache für die Unterfinanzierung, die wiederum eine große Herausforderung für das ärztliche Berufsethos darstelle. Die ebenfalls durch die sozialistische Ideologie degradierte Ärzteschaft, die als nicht-produktive Arbeiterschaft "nur" Arbeiterschaft zweiter Klasse ist (Włodarczyk 1998: 50), sei durch "die monströs ausgebaute Verwaltung, das Berichterstattungssystem, die Gebote und Verbote [...] in Staatsfunktionäre umgewandelt" worden (Grzonkowski und Szkiela 2006: 232).³² Die Karrierewege im sozialistischen Gesundheitswesen beförderten Menschen ohne Rückgrat auf die Direktoren- bzw. Professorenposten, da die Aufstiegskriterien "moralisch-politischer" und nicht medizinischer Art seien. "Die fehlerhafte Organisation wurde zur Grundlage für viele ethische Verstöße" (Ebd.: 232).³³ Selbst bei bestem Willen hätten die Ärzte und Krankenschwestern nicht die nötige Zeit, um den Patienten die nötige Aufmerksamkeit zu schenken (Grzonkowski und Szkiela 2006: 233). Ihre an-

³¹In der kommunistischen Wirtschaftstheorie wurden zwei Wirtschaftssektoren unterschieden: (1) zum produktiven Sektor zählte vor allem die Industrie, weil sie maßgeblich zur Erwirtschaftung des BIP beitrug, (2) zum nicht-produktiven Sektor zählten unter anderem das Gesundheits- und das Bildungswesen, weil sie als Konsumenten des BIP galten. Obwohl sich ab den 1970er Jahren auch in Polen die Deutung durchsetzte, dass das Wirtschaftswachstum auch von sog. intensiven Produktionsfaktoren wie Wissen und technischer Fortschritt abhängen, wurde der Beitrag des Gesundheitswesens zum "Humankapital" - eine Idee, die in der westlichen Wirtschaftstheorie auf die 1960er Jahre zurückgeht (vgl. Abschnitt 4.2.2) - nicht politisch handlungsrelevant (Czajka 2004: 12).

³²"Potworna rozbudowana administracja, system sprawozdań, nakazów i zakazów zmierzają do przetworzenia lekarzy i pielęgniarek w funkcjonariuszy państwowych" (Grzonkowski und Szkiela 2006: 232).

³³"Wadliwa organizacja służby zdrowia legła kamieniem węgielnym u podstaw wielu nadużyć etycznych" (Grzonkowski und Szkiela 2006: 232).

dauernden Forderungen nach höheren Gehältern und ihre zahlreichen Nebenjobs seien auf die niedrige Entlohnung zurückzuführen.³⁴ „Der Mensch muss für seinen Lebensunterhalt sorgen“ (Grzonkowski und Szkiela 2006: 233).³⁵

Die Erhöhung der Gehälter und selbstverwaltete Ärztekammern gehören folglich zu den zentralen Anliegen der *Solidarność Służby Zdrowia* (Ebd.). Darüber hinaus prangert sie die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens in allen seinen Bereichen an, angefangen bei fehlenden Geldern für Arzneimittel bis hin zur dramatischen Lage der Gebäude. Anstatt Geld in den Sicherheitsdienst zu stecken, wird die Regierung während der wiederholten Streiks und Proteste des Gesundheitsdienstes dazu aufgefordert, mehr Geld in Arzneimittel und medizinische Ausstattung wie Nadeln und Spritzen umzuleiten (Ebd.: 284).

Mit der Krisendiagnose und den Forderungen der Gewerkschaft nach besseren Arbeitsbedingungen für das medizinische Personal gehen auch erste Reformvorschläge einher. Eines der ersten Reformkonzepte der 1980er Jahre stammt aus der Feder der *Solidarność* nahe stehender Wissenschaftler. Ihr Reformkonzept weicht von den Forderungen der Streikenden jedoch ein wenig ab. Die Hauptursache für die Versorgungsprobleme sehen die Wissenschaftler zwar ebenfalls in der unzureichenden Finanzierung. Daneben kritisieren sie jedoch auch die starke Spezialisierung der Ärzteschaft. Ihre Reformvorschläge zielen auf eine Stärkung der gesundheitlichen Grundversorgung, eine stärkere Partizipation der Bürger in der Gesundheitspolitik sowie ein Mehr an Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit (Włodarczyk 1998: 122ff.; Sowada 2000: 204) - Postulate, die deutliche Parallelen zum globalen Diskurs der damaligen Zeit vermuten lassen.

³⁴Die Gehälter im Gesundheitsdienst liegen 1980 deutlich unterhalb der Gehälter in anderen Sektoren wie dem Bildungswesen oder der Öffentlichen Verwaltung (Czajka 2004: 30). 1988 erhalten 77 Prozent der Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes ein im Landesvergleich unterdurchschnittliches Gehalt (Czajka 2004: 30).

³⁵„Człowiek musi zarobić na życie“ (Grzonkowski und Szkiela 2006: 233).

Krise des Gesundheitssystems im Spiegel der ministeriumsnahen Fachzeitschrift „Polityka Społeczna”

*...zusätzliche Untersuchungen sind kostenlos, also werden 30 Prozent der Untersuchungsergebnisse gar nicht erst abgeholt; Medikamente gibt es gratis, also gibt es davon in jedem Haushalt zu Hauf; für 20 Zloty kann man den Rettungswagen für jedes Bagatelproblem rufen; Kuraufenthalte kosten nichts, also wozu überhaupt in einen bezahlten Urlaub fahren (Garlej 1983: 7).*³⁶

Eine erste Hinterfragung der Organisation der Gesundheitsversorgung in der Planwirtschaft findet sich in der ministeriumsnahen Fachzeitschrift „Polityka Społeczna” bereits 1977 (Kostrzewski 1977). Hier wird vor allem bemängelt, dass die etablierte Planung der Gesundheitsversorgung vor allem in einer Planung der Arbeitskraft, des Materials und der Finanzmittel bestehe, ohne dass erhoben wird, welche Auswirkungen die so aufgestellten Pläne auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben (Ebd.: 6). Diesem Aufruf zur Reform des polnischen Gesundheitswesens folgt einige Jahre später ein zweiter (Garlej 1983), der gewisse Parallelen zur Krisendiagnose der *Solidarność* aufweist. Auch hier werden die steigenden Gesundheitsausgaben problematisiert und zu einem gewissen Grad auf die Organisation der Personal- und Entlohnungspolitik zurückgeführt. Ein beträchtliches Problem wird beispielsweise im nicht-ökonomischen Einsatz der Arbeitszeit des medizinischen Fachpersonals und der unaufhörlich wachsenden „Armee des Gesundheitsdienstes”, insbesondere in der Verwaltung, gesehen. Neben der organisatorischen Probleme wird jedoch auch das Arbeitsethos der Ärzte angeprangert (Ebd.: 5), die auch in anderen Beiträgen der damaligen Zeit als unethisch konstruiert werden (vgl. Paszkiewicz 1984; Budner und Kozłowska 1990). Wie aus dem obigen Ankerbeispiel hervorgeht, bleiben auch die Patienten nicht von der

³⁶“...badania dodatkowe są bezpłatne, więc 30 procent wyników się nie odbiera; leki także, więc w każdym domu ich pełno; za 20 zł można wzywać pogotowie ratunkowe do każdej błahostki; sanatoria nie kosztują, więc po co jeździć na płatne wczasy” (Garlej 1983: 7).

Kritik verschont. Ihr Verhalten sei mit Ursache für die Pathologien des Gesundheitswesens, wobei Garlej (1983) es vor allem auf die Untentgeltlichkeit der Leistungen zurückführt. Für die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens schlägt er daher ein dreistufiges System vor. Neben Beiträgen zur Sozialversicherung und Geldern aus dem Staatsbudget, soll es zu 15 bis 30 Prozent aus einem Eigenanteil der Patienten finanziert werden (Ebd.: 7). Seine Kritik und seine Reformvorschläge will der Autor zwar keineswegs als einen radikalen Wandel begriffen wissen. Doch gerade in dem Bruch mit der Unentgeltlichkeit der Leistungen nimmt der Diskurs eine gänzlich neue Wendung:

Das wirklich neue [...] war [...] das Eingeständnis der Regierung, dass der Staat nicht mehr in der Lage war, alle seine Versorgungsaufgaben und Verpflichtungen zu erfüllen (Sowada 2000: 205).

Die Lösung, die Garlej 1983 für die Reform des kranken Gesundheitsdienstes vorschlägt (Garlej 1983: 6), ist die Stärkung der gesundheitlichen Grundversorgung (*podstawowa opieka zdrowotna*), eine vereinfachte Version des globalen "Primary Health Care"-Konzepts, das in der polnischen Gesundheitsreformdebatte der 1980er Jahre zur dominierenden Reformidee avanciert (Indulski, Dawydzik und Gniazdowski 1990: 10) und dessen Einführung auch offiziell von der kommunistischen Regierung befürwortet wird, die 1984 eine polnische Strategie "Gesundheit für Alle" erarbeitet (Frackiewicz 1986). Wie bereits aus Garlejs (1983) Vorschlag, zukünftig einen Eigenbeitrag der Patienten zu erheben, hervorgeht, schleichen sich Anfang der 1980er Jahre neben der globalen Diskursstrategie "Gesundheit für alle" auch Versatzstücke der Diskursstrategie "Alle für Gesundheit" in den polnischen Reformdiskurs ein. Wie diese beiden Strategien des globalen Diskurses im nationalen Kontext rezipiert und vor allem auch modifiziert werden, ist Gegenstand der folgenden Ausführungen.

6.2.3 Rezeption des globalen Diskurses der Gesundheitspolitik im Vorfeld der “Systemtransformation”

Vor diesem Hintergrund erscheint die Dekade der 1970er Jahre klarer: die Öffnung der Grenzen, Kredite, internationaler Austausch der Führungskräfte und der Erfahrungen. Diese Phase hat die Gesellschaft und die medizinischen Kreise wachgerüttelt. Man hat die Gesundheitsreform in Angriff genommen. Das zentrale Reformpostulat lautete Integration. Es entstehen die ZOZ [Gesundheitsbetriebe, Anm. d. Verf.], das erlaubt es, die Ressourcen, die Geräte und das Personal besser zu nutzen, dank dieser Änderungen verbessert sich der Zugang. [...] Ende der 1970er Jahre verfügt jede Gemeinde über ein Gesundheitszentrum, es entstand das Modell des Gemeindezentrums für Gesundheit - eine Einheit der Grundversorgung mit einem Allgemeinarzt, einem Kinderarzt, einem Zahnarzt, einem mobilen Frauenarzt, einer Krankenschwester, einer Hebamme und einem Sozialarbeiter (Horoszkiewicz 1991: 112).³⁷

Der offiziellen Rezeption des globalen Diskurses der damaligen Zeit in der polnischen Strategie “Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ geht - zumindest in der Fachdiskussion - ein ähnlicher Deutungswandel vorweg, wie er auch im globalen Diskurs zu beobachten ist (vgl. Abschnitt 4). Den langsamen Deutungswandel veranschaulicht eine Konferenz, die 1977 stattfindet und sich thematisch der “Rolle und Position des Arztes in der sozialistischen Gesellschaft” widmet (Kamiński 1978). Eines der Themen ist die Parado-

³⁷“Na tym tle dekada lat siedemdziesiątych wydaje się jaśniejsza: otwarcie granic, kredyty, międzynarodowa wymiana kadry i doświadczeń. Okres ten pobudził społeczeństwo, i środowisko medyczne. Przystąpiono do reformowania służby zdrowia. Główne hasło reformy w tym czasie to integracja. Powstają ZOZ, pozwala to lepiej wykorzystać bazę, sprzęt i kadre, zwiększa się dzięki temu dostępność. [...] W końcu lat siedemdziesiątych każda gmina miała ośrodek zdrowia, powstał model gminnego ośrodka zdrowia - jednostki szczebla podstawowego z lekarzem ogólnym, pediatrą, stomatologiem, dojeżdżającym ginekologiem, pielęgniarką, położną oraz pracownikiem socjalnym” (Horoszkiewicz 1991: 112).

xie der Medizin: Das Paradoxe an der Medizin sei, dass sie einerseits dazu dienen soll, ein höchstmögliches Maß an gesundheitlicher Sicherheit zu gewährleisten, andererseits jedoch selbst häufig genug Ursache neuer Probleme ist, was eine gewisse Parallelität zu Ivan Illichs Postulat von der "Krise der Medizin" vermuten lässt (vgl. Abschnitt 4.2.1). Im selben Kontext werden auch die Konsequenzen des breiten Gesundheitsbegriffs der WHO diskutiert, die den modernen Arzt vor ganz neue Herausforderungen stellten. Auch in Polen wird zu dieser Zeit das Idealbild eines Allgemeinmediziners entworfen, der dem Kranken als (ganzheitlicher) Betreuer (*opiekun*) stets zur Seite steht und ihn auch dann nicht verlässt, wenn dieser von hochkarätigen Spezialisten operiert wird, sich in einem langwierigen Rehabilitationsprozess oder kurz vor seinem Lebensende befindet:

So wird der zeitgenössische Arzt zu einem, den einerseits Menschen mit einem Gefühl des Diskomforts aufsuchen, das ursprünglich auf Disfunktionen ihres biologischen Systems zurückgeht, andererseits Menschen, deren Diskomfort seine Quellen in der Disfunktionalität der gesellschaftlichen Organisation hat (Kamiński 1978: 36).³⁸

Der Autor des Artikels, Kamiński, führt die Konstruktion dieses neuen Idealbilds des Mediziners auf die damals vorherrschende Erwartung zurück, dass der rasante medizinische Fortschritt zu einer zunehmenden Spezialisierung des Arztberufs führen werde, weswegen der Aufbau eines Gegenpols nötig sei (Kamiński 1978: 36-38).

Neben dem breiten Gesundheitsbegriff der WHO und der daraus abgeleiteten Entmedikalisierung des Arztberufs wird in Polen auch das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit rezipiert. In der bereits zitierten Fachzeitschrift "Polityka Społeczna" wird das polnische Gesundheitssystem vor der

³⁸"Tak więc współczesny lekarz staje się tym, do którego trafiają ludzie z poczuciem dyskomfortu pierwotnie z niedoskonałości funkcjonowania własnego ustroju w sensie biologicznym, jak i ci, u których dyskomfort ma swe źródło w niedoskonałości funkcjonowania któregoś z elementów ustroju w sensie organizacji społecznej" (Kamiński 1978: 36).

Hintergrundfolie des "Primary Health Care"-Konzepts analysiert. Der Autor dieser Analyse schlussfolgert, dass das polnische Gesundheitssystem vor diesem Hintergrund ein relativ niedriges Niveau gesundheitlicher Versorgung aufweise (Krasucki 1981: 6). Gleichsam würde das für die zu dem Zeitpunkt bereits geforderten Reformen bedeuten, dass es nicht ausreiche, die Gehälter des medizinischen Personals zu erhöhen oder die Krankenhaus- und Laborstruktur auszubauen - vermutlich eine Anspielung auf die Forderungen der *Solidarność Służby Zdrowia* (Abschnitt 6.2.2). Eine multisektorale Gesundheitspolitik müsse eingeführt werden, wenn man ein funktionsfähiges Gesundheitssystem errichten wolle. Das bedeute eine Erweiterung der Reformdebatte um gänzlich andere Fragestellungen wie Umweltschutz, Arbeitsbedingungen, Medizinerausbildung, Alkoholismus, psychische Gesundheit etc. Aus dem Beitrag geht jedoch gleichzeitig hervor, dass die polnischen Diskursteilnehmer auf diese Forderungen zunächst verhalten reagieren. So antworten beispielsweise die "Fachkräfte zur Bekämpfung des Alkoholismus" laut Krasucki etwas melancholisch, dass der Kampf gegen Alkoholismus schwierig sei, denn: "was sollen wir anstelle des Alkohols anbieten?" (Krasucki 1981: 8).

Die zunächst unter Fachleuten geführten Diskussionen münden 1984 schließlich in einer politischen Stellungnahme. 1984 erarbeitet die kommunistische Regierung in Anlehnung an die WHO-Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" nationale Grundsätze und Ziele des Programms, eine polnische Strategie "Gesundheit für alle" (vgl. Frackiewicz 1986: 1), die auch die wichtigsten Punkte der Deklaration von Alma Ata von 1978 enthält (Tajer 2004: 192). In den Jahren 1985 bis 1990 wird ein Pilotprojekt initiiert, das die Möglichkeiten der Einführung einer am Konzept der Primären Gesundheitsversorgung angelehnten Grundversorgung in Polen erforscht (Indulski 1990). Unter Grundversorgung wird in dieser Zeit vor allem ein medizinisches Subsystem des Erstkontakts mit dem Patienten verstanden (Ebd.: 8). Von einer Primären Gesundheitsversorgung als komplexem Konzept der Gesundheitsförderung, das auf die Kompetenzen der lokalen Gemeinschaften und des Einzelnen selbst zurückgreift, ist im polnischen Kontext der ausgehenden 1980er Jahre laut Indulski und Kollegen noch nicht die Rede (Ebd.: 10). Die Forschergruppe, die das Pilotprojekt evaluiert, kommt zu dem Ergeb-

nis, dass die Grundversorgung - auch in dem einfachen Verständnis als ein Subsystem des Erstkontakts mit dem Patienten im polnischen Gesundheitswesen aus organisatorisch-technischen Gründen schwer realisierbar sei (Ebd.: 8). Es fehle an Räumlichkeiten und medizinischer Ausstattung, an entsprechend qualifiziertem Personal sowie an einem Anreizsystem, das zu einer effektiveren Arbeit mobilisieren würde (Ebd.: 8). Außerdem täusche der deklarierte Konsens bezüglich der Einführung einer an "Primary Health Care" angelehnten Grundversorgung über bedeutende Widerstände innerhalb der polnischen Gesellschaft hinweg. Zum einen opponiere die auf Spezialisierung und kurative Medizin ausgerichtete Ärzteschaft, die in einer Stärkung der gesundheitlichen Grundversorgung eine Bedrohung ihrer Arbeitsplätze und ihres Status sieht. Zum anderen bevorzuge das Gros der Bevölkerung den Kontakt mit spezialisierten Einrichtungen. Die Stärkung der Primären Gesundheitsversorgung und des Hausarztmodells stehe in den Augen der polnischen Gesellschaft für Regression (Ebd.: 10):

Das Postulat von der Stärkung der gesundheitlichen Grundversorgung erscheint in der öffentlichen Wahrnehmung häufig als der Versuch, das Niveau der Gesundheitsversorgung zurückzuschrauben. Die Idee des Hausarztes bzw. des Familienarztes wird ausschließlich als ein archaisches Modell des Arztes im 19. Jahrhundert betrachtet. [...] Auch viele Menschen, die sich an den europäischen Modellen der Gesundheitsversorgung orientieren, können sich nicht wirklich gut vorstellen, die gesundheitliche Grundversorgung mit einer Apparatur und Diagnostik auszustatten, die eine der Zeit gemäße medizinische Aktivität ermöglichen würde (Ebd.: 10).³⁹

³⁹„Wielokrotnie postulat umocnienia poz jawi się w odbiorze społecznym jako próba cofnięcia się w poziomie udzielania świadczeń medycznych, a idea lekarza domowego czy rodzinnego postrzegana jest wyłącznie jako archaiczny model lekarza XIX-wiecznego, [...]. Nawet wiele osób zorientowanych na europejskie modele służby zdrowia nie bardzo sobie wyobraża możliwość takiego oprządkowania opieki podstawowej w aparaturę i testy diagnostyczne, aby przynajmniej w działalności medycznej sprostala ona wymogom współczesności” (Indulski, Dawydzik und Gniazdowski 1990: 10).

Laut Włodarczyk (Włodarczyk 1998) habe die fehlende Umsetzung der Strategie "Gesundheit für alle" und des "Primary Health Care"-Konzepts in der kommunistischen Ära vor allem politische Gründe. Die polnische Strategie "Gesundheit für alle" sei nicht mehr als eine Absichtserklärung. Das in der Deklaration von Alma Ata transportierte Bild des dezentralisierten Staates sowie die Postulate von Bürgerbeteiligung und Selbstbestimmung musste das kommunistische Regime seiner Meinung nach nämlich als Gefahr deuten. Auch die mit einer Einführung vergleichbarer Indikatoren zur Messung des polnischen Gesundheitszustands einhergehende Transparenz hätte auf eine endgültige Demystifizierung der kommunistischen Erfolgspropaganda hinauslaufen müssen, was kaum im Sinne der Partei sein konnte, so Włodarczyk (Ebd.: 142).

Diese Interpretation stimmt jedoch skeptisch, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Partei bereits Anfang der 1980er Jahre nicht nur von einer umfassenden Krise spricht, sondern auch die Legitimität dieser Krise voll anerkennt (vgl. Abschnitt 6.2.1). Auch Garlejs (1983) Text (vgl. Abschnitt 6.2.2) zeugt davon, dass sich die "Krise des Gesundheitssystems" bereits Anfang der 1980er Jahre im Raum des Sagbaren befindet.

Womit Włodarczyk (1998) allerdings möglicherweise richtig liegt, ist die Einschätzung, dass es der kommunistischen Regierung mit dem polnischen Konzept der Grundversorgung - das sich angeblich an "Primary Health Care" orientiere - nicht in erster Linie um Dezentralisierung, Bürgerbeteiligung und Selbstbestimmung in der Gesundheitsversorgung geht. Dafür spricht bereits der Vorschlag Garlejs (1983), einen Eigenbeitrag der Patienten in Höhe von 15 bis 30 Prozent zu erheben, um die steigenden Gesundheitsausgaben in den Griff zu bekommen. Auch er schlägt als Lösung die Stärkung der Grundversorgung vor. Laut Sowada präzisiert das Partei-Lager jedoch erst 1988, was sie unter gesundheitlicher Grundversorgung verstanden wissen will:

Zu den Grundleistungen werden ausschließlich die kostengünstigsten Alternativen gezählt. Nur diese sollten den Bürgern kostenlos zur Verfügung stehen. Alle teuren Alternativen und Komfortleistungen sollten dagegen aus der Grundsicherung ausge-

geschlossen bleiben und gegen Entgelt angeboten werden (Sowada 2000: 295).

Die Idee einer Grundversorgung im Sinne eines medizinischen Subsystems des Erstkontakts mit dem Patienten wird zur Idee einer Grundsicherung umgedeutet, die nur die kostengünstigsten Gesundheitsleistungen zählt. Diese Umdeutung erscheint angesichts der Problem diagnose des parteinahen Diskurses, wie er unter anderem in Garlejs (1983) Text zum Ausdruck kommt (vgl. Abschnitt 6.2.2) nicht überraschend. In dem Moment, wo der Anstieg der Gesundheitsausgaben problematisiert und zu einem bedeutenden Teil auf den Missbrauch der umfassenden Gesundheitsleistungen durch die Patienten zurückgeführt wird, erscheint ein solcher Lösungsvorschlag plausibel. Auch die Idee, alles, was über die Grundsicherung hinausgeht, gegen Entgelt anzubieten, ist nicht neu. Im globalen Diskurs erreicht sie den Höhepunkt ihrer Legitimität 1993, als sie im Weltentwicklungsbericht der Weltbank von 1993 veröffentlicht wird. Formuliert wird sie in gesundheitsökonomischen Kreisen jedoch viel früher (vgl. Abschnitt 4.3.2). Auch im polnischen Kontext ist sie allem Anschein nach seit einigen Jahren Thema. Ein Indiz dafür ist eine 1984 durchgeführte Umfrage zur Kommerzialisierung sozialer Dienstleistungen, darunter auch zur Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. 40,1 Prozent der Befragten sprechen sich zwar gegen eine Kommerzialisierung von Gesundheitsleistungen aus. 35,5 Prozent teilen jedoch eine "pragmatische" Haltung, insofern sie eine Kommerzialisierung von Gesundheitsleistungen nicht für wünschenswert, aufgrund der ökonomischen Krise jedoch für unvermeidlich halten. 24,4 Prozent sprechen sich schließlich entschieden für eine marktförmige Organisation der Gesundheitsdienste aus (Bogus, Kwiatkowska und Szablewski 1985). Wenn man also bedenkt, dass 60 Prozent der polnischen Bevölkerung Anfang der 1980er Jahre in gewisser Weise spürt, dass in Zukunft "Alle für Gesundheit" aufkommen müssen, überrascht auch der Umdeutungsversuch der Partei nicht, das allgemein akzeptierte Postulat einer Grundversorgung Ende der 1980er Jahre in das umstrittene Konzept einer Grundsicherung umzudeuten, die darin bestehen soll, dass nur die kostengünstigsten Gesundheitsleistungen aus dem Staatsbudget und der Rest gegen Entgelt finanziert werden soll. Wie sich allerdings am Runden Tisch

herausstellt, teilt die *Solidarność* den "Pragmatismus" der Bevölkerung nicht. Eine Einschränkung der Gesundheitsleistungen im Bedarfsfall, die sie mit dem Begriff der Grundsicherung assoziiert, lehnt sie entschieden ab, woraufhin sich auch die Rhetorik des Partei-Lagers ändert:

Die Rede war nicht mehr von der Unmöglichkeit einer kostenlosen Vollversorgung, sondern nur noch von großen Schwierigkeiten bei deren Gewährleistung. Der brisante Begriff der Grundleistungen wurde beseitigt und durch den wenig präzisen Begriff des "medizinischen Standards" ersetzt. Sicherlich wollte die Regierungsseite damit die Gemüter im Land beruhigen und den Eindruck zu erwecken, es würden keine neuen Belastungen auf die Bevölkerung zukommen (Sowada 2000: 20).

6.3 Verlauf der parlamentarischen Reformdebatte

Die eben skizzierten diskursiven Horizonte stellen wesentliche Weichen für die ab 1991 im polnischen Parlament weiter geführte Gesundheitsreformdebatte. Diese lässt sich im untersuchten Zeitraum - 1991 bis 2008 - grob in drei Phasen unterteilen.⁴⁰

Den Anfang macht eine Phase der *Dezentralisierung*, die auf die hohe Deutungsmacht der *Solidarność* und ihrer Forderungen nach einer "Rückkehr zur

⁴⁰Eine ähnliche Phaseneinteilung findet sich auch bei Włodarczyk (2007: 56-59). Für einen Überblick über die Reformen des polnischen Gesundheitswesens nach 1991 lassen sich die Arbeiten von Włodarczyk (1998), Podzerek-Knop (2004); Sowada (2000), Reppegather (2006) sowie Chałupczak (2006) empfehlen. Włodarczyk präsentiert die politische Vorgeschichte und die unterschiedlichen Reformkonzepte, die in den 1980er und 1990er Jahren diskutiert wurden. Sowada und Reppegather analysieren die Gesundheitsreformen in Polen aus ökonomischer Perspektive. Podzerek-Knopp fokussiert die Auswirkungen der Reformen auf den Krankenhaussektor. Chałupczak wiederum vergleicht die Rechtsentwicklung in der polnischen Gesundheitsversicherung des 20. Jahrhunderts mit der Rechtsentwicklung der deutschen Krankenversicherung, nimmt also eine rechtsvergleichende Perspektive ein.

Selbstverwaltung" (Garsztecki 2009: 208; vgl. Abschnitt 6.2.1) zurückzuführen ist. Sie gipfelt 1999 in der Einführung eines Krankenkassensystems nach deutschem Vorbild, das allerdings kurze Zeit später - 2002 - abgeschafft und durch einen Nationalen Gesundheitsfonds ersetzt wird. Die Auflösung regionaler Krankenkassen in dem großen, zentral verwalteten Gesundheitsfonds wird in der Literatur als *Rezentralisierung* beschrieben (vgl. etwa Włodarczyk 2007: 58). Die dritte Phase der polnischen Gesundheitsreformen steht unter dem Motto der *Restrukturierung* der polnischen Gesundheitsbetriebe.

6.3.1 Dezentralisierung

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass sich ein so unfähiges Gesundheitssystem nicht reparieren lässt. Seine Reformierung ist notwendig. Das Gesetzesprojekt schlägt anstelle eines staatlichen zentralisierten Gesundheitssystems, das von Beamten der Staatsverwaltung betrieben und aus dem Staatsbudget finanziert wird, die Einführung einer Allgemeinen Gesundheitsversicherung vor, die auf dezentralen selbst verwalteten Krankenkassen basiert und von den Versicherten geführt wird, die von der Staatsverwaltung, dem Staatsbudget und politischen Querelen unabhängig sind und aus den Beiträgen der Versicherten finanziert werden. Dieser Bereich der Gesundheitsversorgung wird zusammen mit den dafür benötigten Mitteln in die Hände der Bürger übergeben (Włodarczak 1995).⁴¹

Wie bereits in Abschnitt 6.1 skizziert, geht die Deutungshoheit in gesundheitspolitischen Fragen im Zuge der "Systemtransformation" (Merkel 1999)

⁴¹"Doświadczenia ostatnich lat wykazały, że tak niewydolnego systemu ochrony zdrowia nie da się naprawić. Konieczna jest jego zmiana. Projekt ustawy w miejsce państwowego scentralizowanego systemu opieki zdrowotnej, zarządzanego przez urzędników administracji państwowej i finansowanego z budżetu państwa, proponuje wprowadzenie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, opartych na zdecentralizowanych, samorządnych kasach chorych, zarządzanych przez ubezpieczonych, niezależnych od administracji państwowej, budżetu państwa i przetargów politycznych, oraz finansowanych ze składek osób ubezpieczonych. Określony zakres opieki zdrowotnej oddany zostanie w ręce obywateli wraz ze środkami finansowymi przeznaczonymi na ten cel" (Włodarczak 1995).

zunächst an die Ärzte, genau genommen an Ärzte, die der *Solidarność* nahe stehen. Der erste polnische Gesundheitsminister nach der "Wende", Władysław Sidorowicz, ist ein ehemaliger Aktivist der *Solidarność Służby Zdrowia* (*Solidarität des Gesundheitsdienstes*). Nachdem sich der Finanzminister Balcerowicz mit seiner "Schocktherapie" unter anderem auch gegen die Forderungen der Gesundheitslobby durchsetzen kann (vgl. Grzonkowski und Szkiela 2006: 339 und Abschnitt 6.1.2;), gilt Sidorowicz, der 1991 Gesundheitsminister wird, als neuer Hoffnungsträger der Solidarität des Gesundheitsdienstes (vgl. Grzonkowski und Szkiela 2006: 359).

Noch in seiner Amtszeit wird ein erster Grundstein für die von der *Solidarność* geforderte "Rückkehr zur Selbstverwaltung" (Garsztecki 2009: 208; vgl. Abschnitt 6.2.1) gelegt. Am 30. August 1991 wird das "Gesetz über die Gesundheitsbetriebe" verabschiedet, das die bis dahin vom Staatsbudget abhängigen Gesundheitsbetriebe in autonome öffentliche Gesundheitseinrichtungen verwandelt, die organisatorisch weitgehend - mit Ausnahme spezialisierter Einrichtungen - in die Hände der territorialen Selbstverwaltung übergehen. Darüber hinaus wird die Möglichkeit geschaffen, Gesundheitseinrichtungen auch von nicht-öffentlichen Trägern wie Versicherungsanstalten, Betrieben, Gesellschaften, Kirchen und anderen Konfessionsvereinen, Stiftungen und anderen juristischen und physischen Personen betreiben zu lassen (Chalupeczak 2006: 353; Kubanek 2008: 151; Sowada 2000: 208).

Kurze Zeit später, 1992, wird die Regierung schließlich vom Parlament offiziell damit beauftragt, einen Gesetzesentwurf zur Einführung einer Allgemeinen Gesundheitsversicherung vorzulegen (Beschluss vom 22.05.1992). Der spätere post-kommunistische Gesundheitsminister Źochowski versucht noch, alternativ die Budgetfinanzierung ins Gespräch zu bringen (Źochowski 1992; Marciniak 1995):

Auf der Basis genauer Kenntnisse der weltweiten Gesundheitsfinanzierungssysteme, insbesondere in den Ländern Europas, kann man nicht eindeutig bestätigen, dass das Versicherungssystem der Budgetfinanzierung überlegen sei (Źochowski 1992).⁴²

⁴²"Na podstawie dokładnego rozpoznania systemów finansowania służby zdrowia na świecie, a szczególnie w wysoko rozwiniętych krajach Europy, nie można jed-

Die Alternative Budgetfinanzierung kann sich jedoch weder in dieser noch in späteren Debatten durchsetzen, obwohl von unterschiedlichen Seiten auf die Vorzüge der Budgetfinanzierung und die Erfahrungen anderer Länder damit verwiesen wird (Żochowski 1992; Marciniak 1995; Jurgielaniec 1998a).

Nach der als Verrat empfundenen Finanzpolitik des ersten post-kommunistischen Finanzministers Balcerowicz,^a empfiehlt die Solidarität des Gesundheitsdienstes einen ihr nahe stehenden Kandidaten für den Posten des Gesundheitsministers, Władysław Sidorowicz. Sidorowicz, ein Arzt aus Breslau, ist damals Vize-Vorsitzender der Landeskommision der Solidarität des Gesundheitsdienstes (*Krajowa Komisja Koordynacyjna Służby Zdrowia*) und genießt anfangs vollstes Vertrauen der Gewerkschaft (Grzonkowski und Szkiela 2006: 360). Ihre Forderungen nach Gehaltserhöhungen für den Gesundheitsdienst kann jedoch auch er nicht gegen den Finanzminister durchsetzen: "Meine Kollegen aus der *Solidarność* wollten mir weder vertrauen noch glauben, dass es kein böser Wille war, sondern tatsächlicher Geldmangel im Staatsbudget, der durch eine leistungsunfähige Wirtschaft verursacht war, was Gehaltserhöhungen unmöglich machte" (Sidorowicz zitiert nach Grzonkowski und Szkiela 2006: 377).^b Zum Ende des Jahres hin gilt auch er - zumindest zeitweise - als Verräter: "In ihren Augen bin ich von dem "Wir"-Lager zu dem Lager "der Anderen" übergegangen" (Sidorowicz zitiert nach Grzonkowski und Szkiela 2006: 377).^c

^aIn der Chronik der *Solidarność Służby Zdrowia* ist von einem "Dolchstoß seitens "unserer Regierung"" die Rede (Grzonkowski und Szkiela 2006: 339).

^bKoledzy z "Solidarności nie chcieli mi zaufać ani uwierzyć, że to nie zła wola nowej władzy, ale rzeczywiste braki w budżecie państwa, spowodowane niewydolną gospodarką, uniemożliwiają podwyższenie płac" (Grzonkowski und Szkiela 2006: 377).

^c"W ich oczach przeszedłem z pozycji "my" - na pozycję "oni"" (zitiert nach Grzonkowski und Szkiela 2006: 377).

Schlaglicht 10: Władysław Sidorowicz und die NSZZ Solidarność

noznacznie potwierdzić przewagi systemu ubezpieczeń zdrowotnych nad systemem budżetowym" (Żochowski 1992).

Die Befürworter des Versicherungssystems stellen es als alternativlos und der Budgetfinanzierung deutlich überlegen dar:

Der Parlamentarische Klub BBWR findet jedoch, dass es keine andere Lösung gibt als die Einführung einer Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Ihre wesentliche Überlegenheit gegenüber einem staatlichen budgetfinanzierten Versorgungssystem kommt daher, dass die Versicherungen auf starken, stabilen finanziellen Grundlagen aufbauen [...] (Kowolik 1995).⁴³

Die im letzten Zitat angesprochene Stabilität der Finanzen soll daher rühren, dass das Gesundheitsbudget in einem Versicherungssystem nicht mehr Gegenstand parteipolitischer Querelen ist, sondern von den Einnahmen der Versicherten abhängt und mit steigendem Wirtschaftswachstum sogar wächst:

Es ist erwiesen, dass die Einnahmen aus Versicherungsbeiträgen eine sichere, stabilere Finanzierungsquelle darstellen. Sie sind weniger gefährdet, zum Gegenstand von Verhandlungen zu werden als Gelder aus dem Staatsbudget, insbesondere angesichts des tiefen Zusammenbruchs der öffentlichen Finanzen (Wojtyła 1992).⁴⁴

Die Gelder für den Gesundheitsdienst werden von den Einnahmen der Versicherten abhängen und im Zuge des Wirtschaftswachstums systematisch wachsen. Das ist einer der sichtbarsten strategischen Erfolge des Gesetzes (Grzonkowski 1998a).⁴⁵

⁴³„Klub Parlamentarny BBWR uważa jednak, że nie ma innego rozwiązania jak wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jego istotna przewaga nad państwowym systemem zaopatrzenia budżetowego wynika z oparcia ubezpieczeń na silnych, stabilnych podstawach finansowych [...]” (Kowolik 1995).

⁴⁴„Udowodnione jest, że dochody ze składek są pewniejszym, bardziej stabilnym źródłem finansowania, są też źródłem mniej przetargowym niż dotacje z budżetu, zwłaszcza że finanse publiczne znajdują się w stanie głębokiego załamania” (Wojtyła 1992).

⁴⁵„Ilość pieniędzy, jaka będzie w miarę wzrostu dochodów osób ubezpieczonych i zwiększającego się wzrostu gospodarczego przeznaczana na ochronę zdrowia, od tego momentu będzie systematycznie rosła. To jest jeden z wyraźnie strategicznych sukcesów wprowadzenia tej ustawy” (Grzonkowski 1998a).

Eine Stabilisierung der Finanzen soll das geplante Kassensystem auch für die Gesundheitsbetriebe mit sich bringen, da es ihre Wirtschaftlichkeit erhöhen und einer weiteren Verschuldung vorbeugen werde, so die Argumente der Befürworter der Versicherungen (Szymański 1998).

Auf einer anderen Argumentationslinie, in der es weniger um die Finanzen, als um den Bürger und Patienten geht, soll das Versicherungssystem zu einer "Vergesellschaftung" des Gesundheitswesens beitragen und das Subjektsein des Patienten wiederherstellen. Die "Vergesellschaftung" erfolge darüber, dass "[d]er Staat [aufhört, Anm. d. Verf.], das Gesundheitssystem direkt zu verwalten. Das machen jetzt die Versicherten über gewählte Vertreter, die zu wirtschaftlichem Handeln im Sinne des Gemeinwohls verpflichtet sind" (Kny-sok 1998).⁴⁶ Für die Wiederherstellung des Subjektseins des Patienten sorgt wiederum das Prinzip "Das Geld folgt dem Patienten":

Der Patient bekommt sein Subjektsein zurück. Er wird zum Teilnehmer des Systems, zum Träger der Geldmittel gemäß dem Prinzip "Das Geld folgt dem Patienten". Dort, wo der Patient hinkommt, kommen auch entsprechende Mittel für die Finanzierung der erteilten Gesundheitsleistungen hin (Bomba 1996).⁴⁷

In den Jahren 1993-1997 geht die politische Macht an das Lager der Post-Kommunisten (Regierungskoalition SLD-PSL), die zu Beginn der Debatte eine deutliche Offenheit für eine staatliche Budgetfinanzierung signalisieren, ohne dieses Konzept jedoch politisch zu forcieren (Żochowski 1992). Nunmehr halten sie sich allerdings an den vorgebahnten Kurs, weil er ihrer Vorstellung nach den Forderungen der Gesellschaft entspricht:

Die Einführung eines Versicherungssystems anstelle der bislang funktionierenden Budgetfinanzierung fordern seit langem unter-

⁴⁶"Państwo przestaje bezpośrednio zarządzać systemem. Czynią to ubezpieczeni poprzez wybranych przedstawicieli, którzy zobowiązani są do gospodarnego działania we wspólnym interesie" (Kny-sok 1998).

⁴⁷"Pacjent odzyska rolę podmiotu, uczestnika systemu, który będzie nośnikiem środków zgodnie z zasadą "pieniądze podążają za pacjentem". Tam, gdzie trafi pacjent, trafią także odpowiednie środki na finansowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych" (Bomba 1996).

schiedliche politische und gesellschaftliche Gruppen, Gewerkschaften, Mitarbeiter des medizinischen Dienstes, Patienten sowie das Parlament (Kopczyk 1996).⁴⁸

Sowohl die SLD (*Sojusz Lewicy Demokratycznej* - *Allianz der Demokratischen Linken*) als auch die PSL (*Polskie Stronnictwo Ludowe* - *Polnische Bauernpartei*) gehen aus Parteien hervor, die bereits in der Volksrepublik aktiv waren. Vor den Parlamentswahlen von 1991 zählt die SLD zur größten Partei, wenngleich sie intern rund 30 Untergruppierungen versammelt, die teilweise gegensätzliche Interessen verfolgen. So findet sich unter ihrem Dach einerseits ein relativ starker Gewerkschaftsflügel, der auf die Achtung von Arbeitnehmerrechten pocht (Ziemer 2009: 172), andererseits zahlreiche Manager wieder, die sich im Zuge der Insider-Privatisierung Ende der 1980er Jahre früheres Staatseigentum privat angeeignet haben. Ein gemeinsamer Nenner besteht jedoch in der strikt laizistischen Ausrichtung der Partei und einer konsequenten programmatischen Befürwortung einer "sozialverträgliche[n] Durchführung des wirtschaftlichen Transformationsprozesses" (Ziemer und Matthes 2004: 221). Die andere post-kommunistische Partei, die in der Wahlperiode 1993-1997 die Koalitionsregierung stellt, ist die PSL. Im Unterschied zur SLD ist sie stark im ländlichen Raum verankert und verfolgt in den 1990er Jahren vor allem eine "strukturkonservierende und besitzstandswahrende Politik" (Ebd.: 222). Im polnischen Parteienspektrum ist sie relativ schwer zu verorten. Ende der 2000er Jahre koalitiert sie mit der liberalkonservativen PO (*Platforma Obywatelska* - *Bürgerplattform*).

Schlaglicht 11: Die post-kommunistischen Parteien SLD und PSL

Die Jahre langen Arbeiten und Diskussionen werden am 6. Februar 1997 mit dem "Gesetz über die Allgemeine Gesundheitsversicherung" vorläufig verabschiedet. In der entsprechenden Parlamentsdebatte entpuppt sich, dass die

⁴⁸"Wprowadzenia w ochronie zdrowia systemu ubezpieczeniowego w miejsce funkcjonującego dziś budżetowego domagają się od dawna różne środowiska polityczne, społeczne, związki zawodowe, pracownicy służby zdrowia, pacjenci, a także parlament" (Kopczyk 1996).

allgemeine Zustimmung zum Versicherungssystem von einer Fraktion des Post-Solidarność-Lagers, der liberalen *Freiheitsunion* (UW - *Unia Wolności*) nicht mehr getragen wird. Die UW erklärt das Versicherungssystem mit Verweis auf andere Länder zu einer anachronistischen Lösung:

Im Versicherungssystem nach einem Allheilmittel für den Gesundheitsdienst zu suchen ist in gewisser Weise ein anachronistisches Vorgehen. Zu dieser Überzeugung mussten unsere Nachbarn - die Tschechen und die Russen - gelangen, die versucht haben bzw. versuchen, ein Versicherungssystem einzuführen. Im Ergebnis stieg die Last für den Staat, ohne dass es zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung oder der Qualität der Gesundheitsleistungen gekommen wäre (Puzyna 1998).⁴⁹

Bei allem Verständnis, das sie für den Wunsch der Gesellschaft, insbesondere der medizinischen Kreise, nach der Einführung eines Versicherungssystems aufbringen will, sei die liberale *Freiheitsunion* zu dem Schluss gekommen, dass ein Versicherungssystem angesichts der Finanzlage des polnischen Staates keine adäquate Lösung fürs polnische Gesundheitswesen sei. Das geplante Versicherungssystem sei teuer und von den Bedürfnissen der Patienten zu weit entfernt. Bei der Abstimmung des Gesetzes über die Allgemeine Gesundheitsversicherung stimmt die UW dagegen. In der vorhergehenden Debatte schlägt sie stattdessen die Einführung einer Budgetfinanzierung auf Selbstverwaltungsebene vor (Zieliński 1998).

Dieser "Putsch" gegen die Einführung des Versicherungssystems ist jedoch Ende der 1990er Jahre zum Scheitern verurteilt. Die Reaktionen sind divers. Die harten Gegner des Staates kontern, dass die territoriale Selbstverwaltung

⁴⁹"Upatrywanie panaceum we wprowadzeniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych jest już dziś podejściem w pewnym sensie anachronicznym. Przekonali się o tym nasi sąsiedzi - Czesi, Rosjanie - którzy próbowali czy próbują wprowadzić system opieki zdrowotnej oparty na klasycznych ubezpieczeniach, z takim skutkiem, że gwałtownie wzrosły obciążenia państwa, natomiast trudno dostrzec efekty w postaci poprawy stanu zdrowia społeczeństwa czy poprawy jakości usług" (Puzyna 1998).

Die 1993 aus einer Fusion zwischen Intellektuellen und Liberalen hervorgegangene UW (*Unia Wolności - Freiheitsunion*) gilt in den 1990er Jahren als die Verteterin der polnischen Intelligenz. Programmatisch weist sie zahlreiche Affinitäten zur SLD auf, die “aber auf der nationalen Ebene durch die primär aus der anti-kommunistischen Vergangenheit bezogene politische Identität der Mehrheit der UW-Mitglieder konterkariert” werden (Ziemer und Matthes 2004: 225). Laut Zarycki ist die polnische Intelligenz von den westlichen Intellektuellen zu unterscheiden. In den Ländern Mittelosteuropas stellt sie eine autonome soziale Klasse dar, die sich als Ersatz für das dort unterentwickelte bzw. nicht-existente Bürgertum entwickelt (Zarycki 2003: 93). In den 1990er Jahren wird sie zunehmend dafür kritisiert, eine moralische und elitäre Superiorität zu beanspruchen, die stellenweise als politische Arroganz, als Patriarchalismus und sogar als eine antidemokratische Überzeugung eingestuft wird, der zufolge nicht jeder Bürger am politischen Prozess teilhaben könne (Zarycki 2008: 225-229). Das Festhalten an diesem umstrittenen Intelligenz-Ethos wird auch zum zentralen Streitpunkt der UW, die im Zuge der Wahlen von 2001 politisch marginalisiert wird (Ziemer und Matthes 2004: 225). Ihr Elektorat vertritt seitdem weitgehend die liberalkonservative PO (*Platforma Obywatelska - Bürgerplattform*), die sich bewusst vom Intelligenz-Ethos distanziert und sich als eine pragmatische, antielitäre Partei präsentiert, die sich ihrem Selbstverständnis nach einem “verantwortungsbewussten Populismus” verschreibt (Zarycki 2008: 225-229).

Schlaglicht 12: Die Intelligenz-Partei UW und ihre Nachfolgerin PO

ja nichts anderes sei als Staatsgewalt auf niedrigerer Ebene. Ein unabhängiger Dritter - ein Krankenkassensystem - müsse her, um die gewünschte Unabhängigkeit von Staat und Politik zu gewährleisten:

Wir sind [...] gegen das Projekt der Freiheitsunion, das von einer Budgetfinanzierung auf Selbstverwaltungsebene spricht. Das ist in gewisser Weise eine Mutation: so als würde man die Verantwortung einfach auf niedrigere Ebenen verschieben (Wędrychowicz 1998).⁵⁰

Das zu dem Zeitpunkt regierende post-kommunistische Lager, das von Anfang an kein aktiver Verfechter des Versicherungssystems und prinzipiell offen für eine Finanzierung der Gesundheit aus dem Staatsbudget war, ist mit dem unerwarteten Stimmungswandel wiederum völlig überfordert. Da die Einführung eines Versicherungssystems vereinbart wurde, hat es sich an die Vereinbarung gehalten und ein entsprechendes Gesetzesprojekt vorgelegt. Nun versteht es die Welt nicht mehr:

Ich möchte dazu sagen, dass das ein gemeinsames Werk ist, [...]. Ich weiß nicht, was passiert ist, dass wir ab einem bestimmten Zeitpunkt aufgehört haben, gemeinsam arbeiten, gemeinsam überlegen zu wollen. Aber das ist doch ein Gesetz für uns alle. Danke schön. (Applaus) (Żochowski 1996a).⁵¹

Die große Unsicherheit, die die UW mit ihrem Vorschlag in der post-kommunistischen Regierungskoalition hervorruft, führt dazu, dass diese ein 2-jähriges "vacatio legis" bis zum Inkrafttreten ihres "Gesetzes über die Allgemeine Gesundheitsversicherung" vorsieht, das der darauffolgenden Regierung die Gelegenheit geben soll, das Gesetz ihren Wünschen entsprechend zu verändern:

⁵⁰"Jesteśmy również przeciwni projektowi Unii Wolności, który mówi o samorządowym systemie budżetowym. Jest to pewna mutacja: jak gdyby przesunięcie odpowiedzialności na trochę niższe szczeble." (Wędrychowicz 1998).

⁵¹"Chcę powiedzieć również, że jest to wspólne dzieło [...] Nie wiem, co się stało, że w którymś momencie przestaliśmy chcieć wspólnie pracować, chcieć wspólnie myśleć. A przecież to jest ustawa dla nas wszystkich. Dziękuję bardzo. (Oklaski)" (Żochowski 1996a).

Ich möchte gleich zu Anfang zu dem Problem Stellung nehmen, das insbesondere in den Couloirs mehrmals angesprochen wurde, dass dieses Gesetz eine Bombe mit verspäteter Zündung ist, dass die Koalition ein Gesetz verabschiedet, das sie nicht mehr umsetzen wird. Erstens gratuliere ich Ihnen zu Ihrem Selbstbewusstsein, und das im Vorfeld der Wahlen. Zweitens, auch wenn es so kommen sollte, dann lassen zwei Jahre *vacatio legis* genügend Zeit, um eine Novelle des Gesetzes durchzuführen, das de facto stillgelegt ist, [...]. Bei zügigem Handeln der Koalitionsmehrheit im Parlament kann man das Gesetz natürlich ändern (Żochowski 1996a).⁵²

Die darauffolgende Regierungsmehrheit geht wie allseits erwartet an das mittlerweile politisch sehr heterogene Post-Solidarność-Lager (Regierungskoalition AWS-UW; siehe Schlaglicht 13) über.

Das bereits verabschiedete "Gesetz über die Allgemeine Gesundheitsversicherung" von 1997 wird noch vor seinem Inkrafttreten umfassend novelliert ("Gesetz vom 18. Juli 1998 über die Änderung des Gesetzes über die Allgemeine Gesundheitsversicherung"). Obwohl die *Freiheitsunion*, die seit Mitte der 1990er Jahre versucht, den Alternativvorschlag einer Budgetfinanzierung auf Selbstverwaltungsebene zu forcieren, Teil der Regierungskoalition ist, bleibt es beim geplanten Versicherungssystem. Das Gesundheitsressort wird von der Koalitionspartei AWS geleitet, die sich aus diversen Untergruppen der ehemaligen *Solidarność*-Bewegung zusammensetzt und trotz einer längst zerbrochenen Selbstverständlichkeit des Versicherungssystems eine erneute Öffnung des Diskurses zu verhindern versucht:

⁵²"Od razu chcę się ustosunkować do problemu, który wielokrotnie państwo poruszali, szczególnie w kuluarach, że to jest taka bomba z opóźnionym zapłonem, że ta koalicja tworzy ustawę, której nie będzie już realizować. Po pierwsze, gratuluję już dobrego samopoczucia, przed wyborami. Po drugie, nawet jeżeli tak by się stało, to przecież dwa lata *vacatio legis* to wystarczająco dużo, żeby dokonać nowelizacji ustawy, która de facto jest ustawą zamarłą, [...]. Tak że przy szybkim działaniu przyszłej większości koalicyjnej w Sejmie można oczywiście tę ustawę zmienić" (Żochowski 1996a).

Eine Reform der Gesundheitsfinanzierung ist gegenwärtig notwendig. Die Diskussionen darüber dauern seit Anfang der 1990er Jahre an. Damals sind erste Projekte zur Reform des Finanzierungssystems aufgetaucht. Diese Diskussionen wurden von großen Emotionen begleitet, die häufig dazu führten, dass kein Kompromiss in diesen Fragen erreicht werden konnte. [...] 1997 wurde das Gesetz über die Allgemeine Gesundheitsversicherung verabschiedet, das darüber bestimmte, dass das zukünftige Finanzierungssystem auf einem Versicherungsbeitrag basieren soll. Daher sind Diskussionen über das System der Gesundheitsfinanzierung heute überflüssig (Wojtyła 1998a).⁵³

Am 1.1.1999 tritt das "Gesetz über die Änderung des Gesetzes über die Allgemeine Gesundheitsversicherung" in Kraft und leitet die sog. "Große Gesundheitsreform" ein. Die Folge sind wesentliche Änderungen im polnischen Gesundheitswesen - sowohl in der Struktur, der Organisation als auch in der Finanzierung. Das Eigentum an den Gesundheitsbetrieben wird auf die territoriale Selbstverwaltung übergeben. Es wird eine Allgemeine Gesundheitsversicherung eingeführt, die sich laut Chałupczak (2006) organisatorisch am deutschen Krankenkassensystem orientiert. Um Probleme des Budgetdefizits zu vermeiden, wird das Kontraktierungsprinzip eingeführt: Anstelle der Budgetfinanzierung tritt die Kontraktierung von Gesundheitsleistungen durch Krankenkassen bei Leistungsanbietern. Die Kosten werden aus den Beiträgen zur Gesundheitsversicherung abgedeckt, die für alle Bürger Pflicht ist. Der Versicherungsbeitrag wird auf 7,5 Prozent festgelegt (Chałupczak 2006: 357; 413-415), was für den Großteil der Parlamentarier überraschend

⁵³"Reforma systemu finansowania ochrony zdrowia jest w chwili obecnej konieczna. Dyskusje na ten temat trwają od początku lat dziewięćdziesiątych. Wtedy też pojawiły się pierwsze projekty reformy systemu finansowania. Dyskusjom towarzyszyły ogromne emocje, które często skutkowały brakiem możliwości uzyskania kompromisu w tej kwestii. [...] W 1997 r. uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przesądzając o tym, że przyszły system finansowania ma opierać się na składce ubezpieczeniowej. Dlatego w dniu dzisiejszym dyskusje na temat systemu, zasad finansowania ochrony zdrowia są zbędne" (Wojtyła 1998a).

“Kennzeichen des Post-*Solidarność*-Lagers, das sich von mitte-links bis mitte-rechts und bis hin zu den National-Klerikalen erstreckt, war [...] Zersplitterung”, schreiben Ziemer und Matthes (2004: 223). Diese Zersplitterung versuchen die mitte-rechts angesiedelten Gruppierungen im Vorfeld der Wahlen von 1997 dadurch zu überwinden, dass sie sich zu einem Wahlbündnis zusammenschließen. Die aus dieser Überlegung heraus gegründete AWS (*Akcja Wyborcza Solidarność* - *Wahlaktion Solidarität*) umfasst 1996 rund 50 politische Gruppierungen unterschiedlicher Größe und erreicht bei den Wahlen von 1997 33 Prozent der Stimmen (Ebd.: 223). Als sie die Regierungskoalition mit der UW eingeht, scheint sich in Polen ein bipolares Parteiensystem “mit einer rechten (AWS) und einer linken (SLD) ”Volkspartei“ sowie einem liberalen ”Zünglein an der Waage“ (UW)” herauszukristallisieren (Ebd.). Der Schein trügt jedoch. Die AWS schafft es nicht, ihre unterschiedlichen Strömungen in Einklang zu bringen. Wiederholt scheitern wichtige ausgehandelte Koalitionsvereinbarungen im Parlament an abweichendem Stimmverhalten seitens einzelner AWS-Gruppierungen (Ebd.: 224). Infolge der zunehmenden Zersplitterung der AWS bilden sich im Vorfeld der Wahlen von 2001 mehrere neue Gruppierungen, darunter die bereits vorgestellte PO (*Platforma Obywatelska* - *Bürgerplattform*) und die noch zu skizzierende PIS (*Prawo i Sprawiedliwość* - *Recht und Gerechtigkeit*). Sowohl die AWS als auch die UW werden mit den Wahlen von 2001 politisch völlig marginalisiert.

Schlaglicht 13: AWS und das zersplitterte Post-Solidarność-Lager

und beunruhigend ist, da bis dahin selbst 10 Prozent als zu niedrig galten, um die hohen Ausgaben des Gesundheitsdienstes zu decken:

Wir erinnern uns alle an die Proteste seitens der “Solidarność”-Anhänger, die letztes Jahr stattgefunden haben, als das damalige Parlament das Gesetz über die Gesundheitsversicherung verabschiedete. Damals wurden Anträge auch beim Verfassungsgericht eingereicht, mit der Begründung, dass ein 10-prozentiger Versicherungsbeitrag nicht ausreicht, um alle Erwartungen der medizinischen Kreise und der Versicherten zu decken. Gegenwärtig

tig wird uns ein 7,5-prozentiger Beitrag vorgeschlagen, der nun allen Postulaten der Gewerkschaften und der Ärztekammern des letzten Jahres und von noch früher gerecht werden soll. Es ist offensichtlich, dass mit einem Versicherungsbeitrag von 7,5 Prozent eine Begrenzung dessen einhergeht, was die Koalition SLD und PSL vorgeschlagen hatte, auch wenn die Regierung beteuert, dass ein Teil der Gesundheitsleistungen zusätzlich vom Staatsbudget finanziert wird (Bańkowska 1998).⁵⁴

Selbst Untergruppen der Regierungskoalition äußern ihre Bedenken, können an der Entscheidung jedoch nichts mehr ändern:

Eine sehr wichtige Angelegenheit ist die Höhe des Versicherungsbeitrags. Gegenwärtig wurde sie auf 7,5 Prozent festgelegt. Dem Gesundheitsdienst nahe stehende Kreise finden, dass das zu niedrig ist. Diese Höhe garantiert keine ausreichenden Mittel für eine korrekte Funktionsweise der Krankenkassen sowie die Erbringung medizinischer Leistungen durch die Gesundheitseinrichtungen. [...] Die Höhe des Beitrags zur Gesundheitsversicherung in einem so wohlhabenden Land wie Österreich liegt beispielsweise bei 10 Prozent (Jaszewski 1998).⁵⁵

⁵⁴„Przypominamy sobie wszyscy wiele protestów ze strony środowisk związanych z „Solidarnością”, które miały miejsce w ubiegłym roku w momencie, gdy poprzedni Sejm uchwalił ustawę o ubezpieczeniach zdrowotnych. Wtedy to kierowane były również do Trybunału Konstytucyjnego wnioski z zarzutami, iż przyjęta przez poprzedni rząd składka 10 procent nie jest wystarczająca, aby spełnić wszystkie oczekiwania środowisk medycznych i osób ubezpieczonych. W tej chwili proponuje nam się składkę 7,5 procent, jako wystarczającą do zaspokojenia wszystkich, w ubiegłym roku i jeszcze wcześniej, wysuwanych przez związki zawodowe i izbę lekarską postulatów. Oczywiście jest to, że przy tej składce wynoszącej 7,5 procent, nawet gdyby przyjąć zapewnienia rządu, że oprócz tego część usług medycznych będzie finansowana bezpośrednio z budżetu państwa, nowelizacja ustawy musi się wiązać z pewnymi ograniczeniami w stosunku do tego, co zaproponował rząd SLD i PSL“ (Bańkowska 1998).

⁵⁵„Bardzo ważną sprawą jest wysokość składki ubezpieczeniowej. Obecnie została ona określona na 7,5 procent. Środowiska związane z ochroną zdrowia uważają,

Die Deckelung des Versicherungsbeitrags geht laut Sekundärliteratur auf den damaligen Finanzminister und Vizepremier Leszek Balcerowicz zurück, der ein Veto gegen einen höheren Versicherungsbeitrag einlegt und sich damit auch gegen die Proteste der NSZZ *Solidarność* durchsetzen kann (Grzonkowski und Szkiela 2006: 587).

6.3.2 Rezentralisierung

Der bereits 1998 brüchige Konsens über die Einführung eines Versicherungssystems ermöglicht es gerade so, dieses zu verabschieden. Eine längerfristige Legitimität kann er allerdings nicht gewährleisten. Kurze Zeit nach ihrer Einführung werden die Krankenkassen parteiübergreifend kritisiert und nur 3 Jahre nach ihrer Gründung in einer zentralistisch organisierten Krankenkasse, dem Nationalen Gesundheitsfonds, aufgelöst.

Die Weichen für diese Entwicklung stellt der bereits angesprochene “Putsch” der *Freiheitsunion* (UW) gegen das Versicherungssystem, der diskursiv in einer Abwertung der Krankenkassen besteht. Rückblickend wirkt das folgende Zitat, in dem die Krankenkassen bereits im Vorfeld ihrer Einführung als ein bürokratischer Apparat entmystifiziert werden, wie eine Prophezeiung:

Entgegen der Ankündigung wird der Patient keine freie Arztwahl treffen können. Erstens, weil die Kasse per Gesetz nicht dazu berechtigt sein wird, mit allen aktuell praktizierenden Ärzten Verträge abzuschließen. Zweitens, weil die Einführung der Ausschreibungen gleich zu Anfang aus dem Kassenbeamten in gewisser Weise den einzigen Entscheidungsberechtigten darüber macht, ob ein Vertrag mit einem Arzt abgeschlossen wird oder nicht. [...] Ich denke, dass der Patient darüber entscheiden sollte, welcher Arzt, welcher Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes

że jest ona zbyt niska. Jej wysokość nie zagwarantuje odpowiednich środków na prawidłowe funkcjonowanie kas chorych oraz wykonywanie procedur medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej. [...] Przykładowa wysokość składki na ubezpieczenia zdrowotne w tak bogatym kraju jak Austria wynosi 10 procent“ (Jaszewski 1998).

auf dem Markt der Gesundheitsleistungen bestehen bleibt und nicht ein Kassenbeamter oder ein Gesetz von oben. Außerdem ist zweifelhaft und fragwürdig, anhand welcher Kriterien der Kassenbeamte die Angebote des medizinischen Personals, das an einem Vertrag mit der Kasse interessiert ist, bewerten wird. Die bisher beschäftigten Mitarbeiter der Krankenkassen wecken, wie wir wissen, viele Zweifel (Radziszewska 1998).⁵⁶

Zum damaligen Zeitpunkt will ihr noch niemand Glauben schenken, einige Jahre später sind alle vom "Diktat der Krankenkassen" (Łapiński 2002a; Podraza 2002) bzw. der "kranken Kassen" (Lepper 2002) überzeugt. Das in den 1990er Jahren zum Äquivalent der Demokratie erhobene Kassensystem wird Anfang der 2000er Jahre zum Inbegriff der Diktatur, deren "monopolistische" und "aufoktrozierende" (Podraza 2002) Entscheidungen an den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung vorbeigehen (Łapiński 2002a), deren riesige Anzahl an ca. 1000 überflüssigen Beamten (Ściepień 2002) riesige Geldsummen verschwendet (Lepper 2002) und das drei Viertel der Bevölkerung negativ bewerten (Podraza 2002).⁵⁷ Das Geld, das die Krankenkassenverwal-

⁵⁶"Pacjent, mimo zapowiedzi, nie będzie mógł dokonać wolnego wyboru lekarza, bo, po pierwsze, z mocy ustawy kasa nie będzie mogła zawrzeć kontraktów z dużą częścią funkcjonujących obecnie lekarzy. Po drugie, wprowadzenie już na samym początku konkursu ofert uczyni niejako urzędnika kasy chorych jedynym uprawnionym do decydowania o zawieraniu lub nie umowy z danym lekarzem. [...] Wydaje mi się, że to jednak pacjent powinien decydować, który lekarz, który pracownik służby zdrowia utrzyma się na rynku usług medycznych, nie urzędnik kasy i nie ustawa z góry. A poza tym budzi wątpliwości i pytania to, według jakich kryteriów urzędnik kasy będzie oceniał oferty pracowników medycznych chcących z tą kasą zawrzeć umowę. Jak wiemy, wiele wątpliwości pozostawiają, przynajmniej dotychczasowo zatrudnieni, pracownicy kas chorych" (Radziszewska 1998).

⁵⁷Eine Kontrolle der Polnischen Kontrollkammer von 2000 ergibt tatsächlich, dass die Gehälter der ca. 4700 Krankenkassenfunktionäre im Durchschnitt 50 Prozent über dem durchschnittlichen Gehalt im öffentlichen Dienst liegen. Laut Czajka (2004: 43) rufen die hohen Gehälter und neuen Bürogebäude der Krankenkassen insbesondere vor dem Hintergrund der Deckelung der Gesundheitsausgaben gesellschaftliche Kritik und allgemeinen Unmut hervor.

tung “verfüttert” (Lepper 2002)⁵⁸, sollte besser für Gesundheitsleistungen verwendet werden (Stępień 2002).

Mit den Wahlen von 2001 geht die Regierungsmacht erneut an die post-kommunistische SLD (Regierungskoalition SLD-UP), die bereits im Wahlkampf ankündigt, die Krankenkassen abschaffen zu wollen (Podraza 2002).

Bei den Wahlen von 2001 geht die post-kommunistische SLD mit 41 Prozent der Stimmen als größte Siegerpartei hervor. In der Wahlperiode 2001 bis 2005 koalitiert sie mit der UP (*Unia Pracy - Arbeitsunion*), in der sich seit 1992 Politiker organisieren, die aus dem früheren “linken, laizistisch orientierten *Solidarność*-Lager” stammen und die sich als “*Labour Party* im Sinne westeuropäischer sozialdemokratischer und sozialistischer Parteien” versteht (Ziemer und Matthes 2004: 222). Infolge mehrerer Skandale und Korruptionsaffären verliert die SLD zunehmend an Popularität, bis sie schließlich kurz vor den Wahlen im September 2005 nur noch 7 Prozent der potentiellen Wähler für sich gewinnen kann (Szawiel 2007: 3).

Schlaglicht 14: Sieg und Zusammenbruch der SLD

Stattdessen wird die Einführung eines Nationalen Gesundheitsfonds vorgeschlagen, der die heterogene Gesundheitspolitik der regionalen Krankenkassen in eine einheitliche gesundheitspolitische Strategie überführen soll (Podraza 2002). Die Menschen sollen wieder wissen, wer die Gesundheitsverantwortung im Land trägt:

Wir zeigen endlich, dass jemand für die Gesundheit der Gesellschaft Verantwortung trägt. 3 Jahre lang, oder sogar länger als 3 Jahre, hat niemand die Verantwortung getragen. Herr Minister Opala [vorheriger Gesundheitsminister, Anm. d. Verf.] antwortete auf Anfragen: Das ist nicht meine Angelegenheit, geht zu den Direktoren der Krankenkassen, geht zu den Direktoren der Gesundheitsbetriebe. So ist das nicht. Der Staat, die Regierung

⁵⁸“Przejadanie pieniędzy [...]” (Lepper 2002)

trägt die Verantwortung für die Gesundheit der Gesellschaft. Wir führen diese Lösung wieder ein (GMIN Łapiński 02).⁵⁹

Mit dieser Rhetorik schließt sich Łapiński einem neuen diskursiven Trend an, der sich mit den Wahlen von 2001 anbahnt und Mitte der 2000er Jahre seine Blütezeit erreicht: Laut Zarycki lassen sich die Wahlen von 2001 - hier insbesondere die Marginalisierung der Intelligenz-Partei *Freiheitsunion* (UW - *Unia Wolności*) - als der Durchbruch eines Antielitarismus deuten, der unterschiedlichen Spielarten populistischer Diskurse - vom antieuropäischen Populismus der polnischen Europa-Skeptiker hin zum "verantwortungsbewussten" Populismus der liberalkonservativen PO - bedeutende Weichen stellt (Zarycki 2003; Zarycki 2008: 225-228; siehe Schlaglicht 15).

Das Charakteristische an dieser diskursiven Wende ist, dass sie den Staat wieder aufwertet, ohne jedoch die "Rückkehr zur Selbstverwaltung" aufzugeben (vgl. Abschnitt 6.2.1). Das, was Anfang der 1990er Jahre als unvereinbar schienen, versucht man nun, zusammenzufügen. Und so deklariert auch Łapiński, dass neben dem Staat auch den Selbstverwaltungen wieder mehr Mitsprache eingeräumt werden soll. Schließlich soll die Gesundheitsversorgung wieder der Bedürfnisstruktur der Patienten entsprechen. Den Selbstverwaltungen soll daher die Erstellung regionaler Gesundheitspläne anvertraut werden. Außerdem sollen in den Wojewodschaften Sozialräte eingerichtet werden, die die regionalen Abteilungen des Nationalen Gesundheitsfonds beraten:

Eine wesentliche Änderung im Vergleich zur gegenwärtigen Regelung ist die Berufung von Sozialräten - beratenden Organen der regionalen Abteilungen des Fonds. Damit wird das Postulat der Beteiligung der territorialen Selbstverwaltung, der beruflichen Selbstverwaltung und der Gewerkschaften an der Gestaltung der Gesundheitspolitik umgesetzt. Die präsentierten Ziele sind Teil

⁵⁹"Pokazujemy nareszcie, że ktoś odpowiada za zdrowie społeczeństwa. Przez te 3 lata, czy ponad 3 lata, nikt nie odpowiadał. Pan minister Opala, gdy się przychodziło z problemami, mówił: To nie moja sprawa, idźcie sobie do dyrektorów kas chorych, idźcie sobie do dyrektorów szpitali. Tak nie jest. To państwo odpowiada, to rząd odpowiada za zdrowie swojego społeczeństwa. My tylko przywracamy takie rozwiązanie" (GMIN Łapiński 02).

Bereits im Zuge der Wahlen von 2001 ist laut Zarycki (Zarycki 2003) ein überraschender Durchbruch des Antielitarismus zu beobachten. Neben der post-kommunistischen Siegerpartei SLD ziehen vor allem die populistischen Parteien SO (*Samoobrona - Selbstverteidigung*), LPR (*Liga Polskich Rodzin - Liga der Polnischen Familien*), PIS (*Prawo i Sprawiedliwość - Recht und Gerechtigkeit*) sowie die bereits vorgestellte PO (*Platforma Obywatelska - Bürgerplattform*), die sich einem "verantwortungsbewussten Populismus" (Zarycki 2008: 225-229) verschreibt, ins polnische Parlament. Nach dem Zusammenbruch der SLD geht der Wahlsieg von 2005 an die zwei Mitte-Rechts-Parteien PO und PIS, die im Vorfeld der Wahlen versprechen, eine gemeinsame Regierungskoalition zu bilden (Szawiel 2007: 3). Stattdessen bildet die PIS zusammen mit der "militanten anti-liberalen Bauernbewegung" (Zarycki 2003: 95) SO und der "katholisch-konservativen und anti-europäischen" (Ebd.: 95) LPR eine "konservativ-national-populistische Koalition" (Szawiel 2007: 3). Die PIS selbst wird gern als "law and order"-Partei bezeichnet (Ziemer und Matthes 2004: 224). Von Majcherek wird sie als "konservativ und katholisch, aber auch deklarativ modernistisch" beschrieben (Majcherek 2006: 3). Im Wahlkampf von 2005 stellt sie sich als Vertreterin des "solidaristischen Polen" dar, um sich von dem "liberalen Polen, d.h. dem ungerechten, unmoralischen und unmenschlichen" abzugrenzen (Ebd.: 7). Sowohl im Wahlkampf 2005 als auch 2007 wird sie offen von der *Solidarność* unterstützt, die "die Bevölkerung dazu aufruft, für die PIS-Kandidaten zu stimmen" (Rode 2009: 419). In den vorgezogenen Neuwahlen von Oktober 2007 wird sie jedoch von der liberalkonservativen PO besiegt, die seitdem zusammen mit der bereits vorgestellten Bauernpartei PSL regiert. Kennzeichnend für die Regierung des ehemaligen Danziger Liberalen Donald Tusk sei laut Vetter der Versuch einer "Synthese zwischen wirtschaftlicher Freiheit und gesellschaftlicher Solidarität" (Vetter 2008: 2).

Schlaglicht 15: Der erstarkende Populismus der 2000er Jahre

einer langjährigen Gesundheitspolitik des Staates, der einerseits unter der Kontrolle der Regierung steht, andererseits eng mit der territorialen Selbstverwaltung zusammenarbeitet (Łapiński 2002a).⁶⁰

Zu guter Letzt beruft sich Łapiński zur Untermauerung seines Gesetzesvorschlages auf die Empfehlungen der WHO - "Wir orientieren uns [...] an den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation" (Łapiński 2002b)⁶¹ - und den gesundheitspolitischen Trends anderer Länder:

Die seit 1999 forcierte Lösung widerspricht den Trends, die sich in den Gesundheitssystemen weltweit beobachten lassen und die bestimmte Elemente dieser Systeme, in denen die Konkurrenz um den Patienten durch Kooperation ersetzt wird, integrieren. Es stimmt traurig, dass unser Land, das so viel Erfahrung im Bereich der Integration im Gesundheitsdienst hat, ein Experiment durchmachen muss, das der Logik und Kunst des Managements solcher Systeme widerspricht, anstatt rationale Management-Methoden einzuführen (Łapiński 2002a).⁶²

⁶⁰"Istotną zmianą w stosunku do dotychczas obowiązujących przepisów jest powołanie przy oddziałach wojewódzkich funduszu organów o charakterze opiniodawczym - rad społecznych. Stanowi to urzeczywistnienie postulatów udziału przedstawicieli samorządów terytorialnych, samorządów zawodowych, związków zawodowych w kształtowaniu polityki w dziedzinie ochrony zdrowia. Przedstawione cele są składowymi koncepcji budowania wieloletniej polityki zdrowotnej państwa pod nadzorem rządu, a jednocześnie przy ścisłej współpracy z samorządem terytorialnym" (Łapiński 2002a).

⁶¹"Kierujemy się [...] rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia" (Łapiński 2002b).

⁶²"Porsowane od 1999 r. rozwiązanie jest niespójne z dającymi się zauważyć w systemach opieki zdrowotnej na świecie trendami integrującymi poszczególne elementy systemu, w którym konkurencja o pacjenta jest zastępowana współpracą. Smutkiem napawa fakt, że nasz kraj, mając tak wiele doświadczeń na polu integracji w opiece zdrowotnej, zamiast wprowadzać racjonalne metody zarządzania, przeżywa eksperyment sprzeczny z logiką i sztuką zarządzania tego typu systemami" (Łapiński 2002a).

6.3.3 Restrukturierung

Kurze Zeit nach der Verabschiedung des Nationalen Gesundheitsfonds - im Jahre 2003 - legt die noch amtierende Regierungskoalition SLD-UP ein Gesetzesprojekt zur Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe vor. Das Ziel ist die finanzwirtschaftliche Autonomie der Gesundheitsbetriebe, von der man sich auch Effizienzsteigerungen erhofft. Das Mittel: Eine gesetzlich forcierte Umwandlung ihrer Organisationsform in Gesellschaften des Handelsrechts.

Der Grundstein für die "Errichtung selbständig agierender, öffentlicher und privater Gesundheitseinrichtungen" (Sowada 2000: 208) wird eigentlich bereits mit dem "Gesetz über die Gesundheitsbetriebe" von 1991 gelegt. Wenngleich das Gesetz die rechtlichen Grundlagen für ein Mehr an Autonomie der Gesundheitsbetriebe schafft, forciert es jedoch nicht ihre Umsetzung. Und so wird bereits 1992 bemängelt, dass die Verselbständigung der Gesundheitsbetriebe nur schleppend vorangehe (Seferowicz 1992). Es setzt sich der Verdacht durch, dass der Willen zur Selbständigkeit unter den Direktoren der Gesundheitsbetriebe relativ gering sei (Żochowski 1995a), weil sie sich möglicherweise auch nicht auf die Selbständigkeit vorbereitet fühlen (Jur-gielaniec 1996). Mit der Einführung des Kontraktierungsprinzips sollen sie jedoch keine Wahl mehr haben: "Für die öffentlichen Betriebe wird dieses Prinzip die Notwendigkeit nach sich ziehen, sich in selbständige Einheiten - Rechtssubjekte, die sich aus eigenen Einnahmen finanzieren - umzuwandeln" (Żochowski 1995a).⁶³ Sind sie erst autonom, werden sie sich nicht mehr verschulden (Żochowski 1995a). Diese einfache Formel, die die gesamten 1990er Jahre über parteiübergreifend geteilt wird, geht jedoch nicht auf. Bereits Ende der 1990er Jahre zeigt sich Gesundheitsminister Maksymowicz angesichts der unerwartet hohen Verschuldung der Gesundheitsbetriebe einerseits und der weiterhin unzufriedenstellend verlaufenden Verselbständigung der Gesundheitsbetriebe andererseits sehr besorgt (Maksymowicz 1998a):

⁶³"Przyjęcie takiej zasady [kontraktowania świadczeń, M.R.] oznaczać będzie dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej konieczność przekształcenia się w jednostki samodzielne - podmioty prawne utrzymujące się z uzyskiwanych dochodów [...] (Żochowski 1995a).

Die nächste Frage betraf die Verschuldung. Das ist in der Tat das Element, das mich traurig stimmte, als ich mit ihm in Berührung kam: die Höhe der Verschuldung war bedeutend, hat in der Tat sämtliche Relationen überschritten, mit denen ich zuvor konfrontiert wurde. Seit Anfang des Jahres ist das Phänomen wieder aufgetaucht. Diese Mechanismen müssen durch die Verbreitung der Selbständigkeit aufgehalten werden. Leider verläuft der Prozess der Verselbständigung...(Maksymowicz 1998a).⁶⁴

Der Versuch, den Druck auf die Gesundheitsbetriebe dadurch zu erhöhen, dass man im neuen Finanzierungssystem nur autonomen Gesundheitsbetrieben ermöglicht, Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen, scheitert letzten Endes an dem passiven Widerstand der Gesundheitsbetriebe, von denen bis Ende der 1990er Jahre nur ein Drittel zur Selbständigkeit übergeht (Jaszewski 1998). Und obwohl die Regierung versichert, alle Schulden der Gesundheitsbetriebe zu übernehmen, die sich verselbständigen, muss sie im Endeffekt klein beigeben und auch für die nicht-selbständigen Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeit der Kontraktierung von Gesundheitsleistungen mit den Krankenkassen vorsehen (Knysok 1998). Mit der Einführung der Krankenkassen und des Kontraktierungsprinzips geht also weder die erhoffte Autonomie der Gesundheitsbetriebe noch ein Ende ihrer wachsenden Verschuldung einher. Als sich Anfang der 2000er Jahre also entpuppt, dass weder die rechtlichen Weichen für ein Mehr an Autonomie, noch Anreize in Form von umfassenden Entschuldungsgarantien, noch der Druck zur Umwandlung, der mit der Einführung des Kontraktierungsprinzips einhergeht, Abhilfe schaffen, emergiert die Idee, die Gesundheitsbetriebe in Kapitalgesellschaften umzuwandeln (Sikorski 2003). Das Problemmuster, aus dem die Idee resultiert, wird jedoch nicht von allen Diskursteilnehmern geteilt. Im Lauf der 2000er Jahre kristallisieren sich zunehmend zwei Diskursstränge heraus, die

⁶⁴"Pytanie następne, dotyczące zadłużania. Jest to faktycznie ten element, z którym zetknięcie się było dla mnie przykre: poziom zadłużenia był znaczący, rzeczywiście przekroczył relacje, z którymi spotykałem się wcześniej. Od początku roku natomiast to zadłużanie rzeczywiście się jeszcze pojawia. Te mechanizmy muszą być powstrzymane przez rozszerzenie procesu usamodzielniania. Niestety, proces usamodzielniania..."(Maksymowicz 1998a).

beide die Problem diagnose "wachsende Verschuldung" teilen, allerdings ihre Ursachen jeweils in ganz anderen Zusammenhängen suchen und dementsprechend jeweils unterschiedliche Lösungen fordern. In ihren jeweiligen Argumentationen konstruieren sie zwei unterschiedliche Bilder des Gesundheitssystems. Während die einen von einem System sprechen, das erst abgedichtet werden muss, bevor man Geld hineinpumpt, sprechen die anderen von einem ungesüßten Tee, der - ohne, dass man Zucker hineingibt - vom Rühren allein nicht süßer wird.

Das undichte System

Meine Damen und Herren, Abdichtung - das ist ein adäquates Management der Gesundheitseinrichtungen, das ist die Eliminierung der Schulden, [...], die ein Klotz am Bein vieler Direktoren sind, das ist schließlich die Liquidierung der Zinsen, die nicht klein sind, [...]. Das ist professionelles Management dieser Gesundheitseinrichtungen, mit einer angemessenen Dosis an Freiheit, aber auch einem gewissen Druck auf das Verantwortungsbewusstsein, auch die persönliche Verantwortung für eine negative finanzielle Bilanz des jeweiligen Betriebs. Das ist auch, meine Damen und Herren, [...] die Umwandlung des Betriebs in eine Gesellschaft, die sich bewährt hat - die Kapitalgesellschaft (Kopacz 2008a).⁶⁵ Das Bild von einem undichten System kursiert in der polnischen Reformdebatte seit etwa Mitte der 1990er Jahre. Anfangs steht es noch für so unterschiedliche Probleme wie die "Abdichtung" des Eingangs ins System mit Hilfe der "Überweisung des

⁶⁵"Proszę państwa, uszczelnianie to odpowiednie zarządzanie placówkami ochrony zdrowia, to eliminowanie długów, [...], które są kulą u nogi wielu dyrektorów, to wreszcie likwidowanie odsetek od kredytów i zadłużeń, wcale niemałych, [...]. To profesjonalne zarządzanie tymi placówkami, z odpowiednią dozą wolności i z położeniem nacisku na poczucie obowiązku, a więc również na osobistą odpowiedzialność za ujemny wynik finansowy danego zakładu. To również, proszę państwa, [...], przekształcenie zakładu w taką spółkę, która się sprawdziła - spółkę kapitałową" (Kopacz 2008a).

Arztes der Grundversorgung” (Kopczyk 1995)⁶⁶ oder die “Abdichtung” gegen Korruptionspraktiken der Kliniken (Kralkowska 2002; Głowa 2004) oder der “unehrlichen Ärzte” (Jagiello 2004).⁶⁷ Von Anfang an gehört allerdings auch die “Abdichtung” gegen einen “unnötigen Abfluss an Geldern aus dem System” (Żochowski 1995b; ähnlich Tyma 2004)⁶⁸ dazu. Mit dem Restrukturierungsprojekt avanciert die “Abdichtung des Systems“ zum dominierenden Imperativ der polnischen Reformdebatte, der seine Deutungshoheit trotz eines erstarkenden Gegendiskurses (siehe unten) bis zum Ende des Untersuchungszeitraums halten kann. Ausgehend von der Beobachtung, dass es trotz wiederholter Entschuldungen zu erneuten Verschuldungen der Gesundheitsbetriebe kommt (Derech-Krzycki 2005), wird in diesem Deutungsmuster die “Abdichtung” des Systems zur Bedingung einer Erhöhung der Gesundheitsausgaben gemacht: Erst wenn das Gesundheitssystem “dicht“ sei, lohne es sich wieder, zusätzliches Geld hineinzupumpen. Andernfalls wird es wieder nur “zerfließen“ (Brzezinka 2008). Das würden auch die Erfahrungen anderer Länder bestätigen:

Wie die Erfahrungen anderer Länder zeigen, ist die Erhöhung der Finanzierung bei einer fehlerhaften Struktur des Gesundheitsdienstes wirkungslos. Und hier ist auch die Antwort auf die Frage, warum wir die Reform mit einem Paket an Reparaturmaßnahmen beginnen - zuerst beschäftigen wir uns mit der Re-

⁶⁶“Pozytywy projektu ustawy to: próba uszczelnienia systemu poprzez określenie trybu wchodzenia w system bezpłatnej opieki zdrowotnej, czyli skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (Kopczyk 1995).

⁶⁷“Klub Poselski Partii Ludowo-Demokratycznej uważa, iż należy uszczelnić system świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie możemy dalej dopuszczać do milionowych nadużyć, jakich dokonują nieuczciwi lekarze. System opieki zdrowotnej nie może dawać możliwości zarabiania na fałszowanych receptach oraz różnego rodzaju nieprawidłowości w rozliczanych świadczeniach zakładów opieki zdrowotnej” (Jagiello 2004).

⁶⁸“...będzie uszczelniony system, ograniczony pewien niepotrzebny wypływ pieniądza, który niestety teraz ma miejsce” (Żochowski 1995b).

paratur, und später dann mit der Finanzierung (Małeck-Libera 2008a).⁶⁹

Um festzustellen, an welcher Stelle das System undicht und reparaturbedürftig sei, lässt die Regierung SLD-UP 2003 die Ursachen der Verschuldung analysieren. Die Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass "inmitten der zahlreichen Ursachen an erster Stelle [...] das unvollkommene Management der Gesundheitsbetriebe" (Kralkowska 2003) stehe. Wie könnte die Politik nun dazu beitragen, dass sich dieses verbessere? Indem sie eine Professionalisierung der Manager ermöglicht, die bislang gar keine adäquaten Bedingungen für ein professionelles Management hatten, so die Argumentationslinie der Restrukturierungsbefürworter. Daran hindere sie das "enge Korsett" der Organisationsform des SPZOZ - selbständiger öffentlicher Gesundheitsbetrieb -, das nur seinem Namen nach selbständig sei (Szczepańczyk 2003). Würde man die Gesundheitsbetriebe in die "bewährte" (Sikorski 2003) Rechtsform der Kapitalgesellschaft umwandeln, so würden die Manager deutlich effizienter managen können als das bislang in den selbständigen öffentlichen Gesundheitsbetrieben der Fall gewesen sei (Ebd.).

Mit diesem Deutungsmuster kann sich die post-kommunistische Regierung in der ersten Hälfte der 2000er Jahre zwar nicht durchsetzen: Ihr Gesetzesvorschlag zur Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe wird im Gesetzgebungsprozess 2005 endgültig abgelehnt. Das Thema der Restrukturierung ist damit jedoch nicht gestorben. Ganz im Gegenteil, im selben Jahr werden mehrere Gesetzesvorschläge vorgelegt, die sich die Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe zum Ziel nehmen. Das Deutungsmuster vom undichten Gesundheitssystem, das erst abgedichtet werden müsse, bevor man weiteres Geld hineinpumpt, reaktiviert Mitte der 2000er Jahre vor allem die liberal-konservative PO. Auch sie versteht unter "Abdichtung" die Professionalisierung des Managements und eine Umwandlung der Gesundheitsbetriebe in Kapitalgesellschaften (siehe Ankerbeispiel).

⁶⁹"Jak pokazują jednak doświadczenia innych państw, przy wadliwej strukturze systemu ochrony zdrowia zwiększenie poziomu finansowania jest działaniem nieskutecznym. I tutaj jest odpowiedź na pytanie, dlaczego właśnie zaczynamy tę reformę od pakietu ustaw naprawczych - najpierw zajmiemy się naprawą, a dopiero później dofinansowaniem" (Małeck-Libera 2008a).

Der Tee ohne Zucker

Meine Damen und Herren Abgeordneten! Stefan Kisielewski sagte immer, dass der Tee nicht vom Umrühren des Löffels im Glas süßer wird, sondern davon, dass man Zucker hineingibt. [...] Solange das Versicherungssystem mit den aktuell zur Verfügung stehenden Mitteln arbeiten muss, wird sich der Zustand des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht ändern. [...] Das Allheilmittel, das die Regierung vorschlägt, [...], ist das System abzudichten, aber vor wem genau, vielleicht vor Ausländern? (Kopacz 2002).⁷⁰ Die seit 2003 vorgestellten Pläne zur Umwandlung der Gesundheitsbetriebe in Gesellschaften des Handelsrechts stößt bis zum Ende des Untersuchungszeitraums - 2008 - auf vehementen Widerstand. Während die Befürworter des Imperativs der "Abdichtung des Systems" einen Wandel der Organisationsform der Gesundheitsbetriebe in Gesellschaften des Handelsrechts fordern, halten die Gegner dieses Wandels dagegen, dass diese Reformpläne an dem eigentlichen und zentralen Problem des polnischen Gesundheitssystems vorbeigehen, nämlich der chronischen Unterfinanzierung. Nicht das Management, die Organisationsform oder die Ausgaben seien das Problem, sondern die fehlenden Einnahmen:

Aus den vielen, jahrelangen Problemen, denn die Krankenhäuser in Polen haben jahrelange finanzielle Probleme, sollen sie plötzlich in eine leuchtende Zukunft und in funktionsfähige Finanzierungsbedingungen übergehen, nur weil sie sich in Gesellschaften umwandeln. Das ist doch gar nicht möglich, weil die Elemente, aus denen sich die Finanzlage der Krankenhäuser zusammensetzt, divers sind. Das sind nicht nur die Ausgaben, das sind auch die Einnahmen (Piecha 2005).⁷¹

⁷⁰"Panie i Panowie Posłowie! Stefan Kisielewski mawiał, że herbata nie staje się słodsza od mieszanja łyżeczką w szklance, lecz od dosypywania do niej cukru. [...] Dopóki system ubezpieczenia zdrowotnego będzie obracał dotychczasowymi środkami, obecny stan publicznej służby zdrowia pozostanie niezmieniony. [...] Panaceum, jakie proponuje rząd, to zamienić jeden urząd na drugi, uszczelnić system, ale tak naprawdę przed kim, chyba przed obcymi?" (Kopacz 2002).

⁷¹"Z ogromnych, wieloletnich kłopotów, bo szpitale w Polsce mają kilkudziesięcioletnie kłopoty finansowe, mają nagle doprowadzić do świetlanej przyszłości

Die Lösung sei daher die Erhöhung des Versicherungsbeitrags und der Staatsausgaben für Gesundheit und sicherlich nicht die Umwandlung in Gesellschaften des Handelsrechts. Dafür spreche auch der internationale Vergleich:

Wir sind an letzter Stelle in Europa, wenn es um die Mittel geht, die für den Gesundheitsdienst verwendet werden, [...]. Ich gebe ein Beispiel: in Tschechien, bei unseren Nachbarn, beträgt der Beitrag zur Gesundheitsversicherung 13,5 [Prozent], in der Slowakei - 14 [Prozent], in Frankreich - bereits 18,5 [Prozent], in Ungarn - 14 [Prozent]. Meine Damen und Herren, es ist schwer darüber zu diskutieren, weil man darüber nicht diskutieren kann. Es ist offensichtlich, dass wir die Mittel für den Gesundheitsdienst erhöhen müssen (Kamiński 2008a).⁷²

Der Vergleich der polnischen Gesundheitsausgaben mit denen anderer Länder kommt im gesamten Untersuchungszeitraum vor, dient anfangs jedoch noch nicht dazu, eine Erhöhung der Gelder für Gesundheit zu erwirken. Mehr Geld für Gesundheit auszugeben, wird Anfang der 1990er Jahre als unmöglich dargestellt (Szarmach 1991: 39):

Wir sind uns dessen voll bewusst, dass wir nicht wesentlich mehr Mittel für die Modernisierung und Reparatur des Gesundheitsdienstes verwenden können, unsere Aufgabe ist es folglich, die Mittel, die wir haben, so gut wie möglich zu nutzen (Szarmach 1991: 39).⁷³

i sprawnych warunków finansowania tylko dlatego, że przekształcą się w spółki. Przecież to nie jest możliwe, bo elementów, które składają się na sprawy finansowe szpitali, jest wiele. To nie są tylko wydatki, to również są przychody" (Piecha 2005).

⁷²"Jesteśmy na ostatnim miejscu w Europie, jeżeli chodzi o środki przeznaczone na służbę zdrowia, [...]. Podam przykład: w Czechach, u naszych sąsiadów, składka zdrowotna wynosi 13,5 [procent], na Słowacji - 14 [procent], we Francji - już 18,5 [procent], na Węgrzech - 14 procent. Szanowni państwo, ciężko z tym dyskutować, bo z tym się nie da dyskutować. Oczywiście nakłady na służbę zdrowia musimy zwiększyć" (Kamiński 2008a).

⁷³"Mamy pełną świadomość, że nie można przeznaczyć znacznie więcej środków na unowocześnienie i usprawnienie działalności służby zdrowia, zadaniem naszym jest więc jak najlepsze wykorzystanie tego, co posiadamy" (Szarmach 1991: 39).

Zum handfesten Streitpunkt wird die Höhe der Gesundheitsausgaben erst Ende der 1990er Jahre, als im Zuge der Einführung des Versicherungssystems der Beitrag auf 7,5 Prozent festgelegt wird. Auch wenn sie sich zu dem Zeitpunkt nicht durchsetzen können, warnen viele Stimmen bereits davor, dass ein solch niedriger Beitrag nichts Gutes mit sich bringe:

Auch das beste System, insbesondere am Anfang, braucht Geld, und davon wird in Polen schlicht zu wenig für die Bedürfnisse des Gesundheitsdienstes verwendet, und das seit vielen, vielen Jahren. Jede Aktivität zur Erhöhung einer effizienteren Mittelverwendung ist unterstützungswürdig, aber aus Nichts kommt Nichts. Daher sollte man neben den auf eine Verbesserung des Gesundheitsdienstes abzielenden Reformaktivitäten nicht vergessen, die Mittel für Gesundheit zu erhöhen, denn im Vergleich zu Ländern, in denen die Gesundheitsversorgung ein relativ gutes Niveau aufweist, sind unsere Gesundheitsausgaben um einiges zu niedrig - im Vergleich mit genau den Ländern, die wir uns zum Vorbild nehmen können (Masternak 1998).⁷⁴

Als die post-kommunistische Regierungskoalition bei dem 1998 verabschiedeten Versicherungsbeitrag bleibt und die Deutung durchzusetzen versucht, dass nicht die Geldmittel, sondern die undichten Stellen im System das Problem seien...:

Abgeordneter Borczyk war so freundlich, danach zu fragen, wieviel Geld die Gesundheitsversorgung wirklich braucht, um nicht ständig in einen Krisenzustand zu geraten. Es lässt sich nicht sagen, wie viel, weil auch Länder, die viel wohlhabender sind als

⁷⁴„Najlepszy system, szczególnie na starcie, potrzebuje pieniędzy, a tych w Polsce na potrzeby służby zdrowia przeznaczonych jest po prostu za mało i to już przez kolejnych wiele, wiele lat. Każde działanie na rzecz bardziej efektywnego ich wykorzystania jest godne poparcia, ale trudno nalać z pustego. Tak więc obok ulepszających służbę zdrowia reformatorskich działań nie należy zapominać o zwiększaniu nakładów, gdyż w porównaniu z krajami, gdzie opieka zdrowotna postawiona jest na względnie dobrym poziomie, nasze nakłady są o wiele za niskie - w porównaniu z tymi właśnie krajami, z których możemy brać wzorce” (Masternak 1998).

wir, bis zu 15 [Prozent] des BIP dafür verwenden und trotzdem sagen, dass das Geld nicht reicht. Meiner Meinung nach gibt es die Geldmenge nicht, die für die Gesundheitsversorgung ausreichen würde. Angesichts der geringen Finanzmittel, über die wir verfügen, ist es umso wichtiger, sie auf eine rationale Weise auszugeben und jeden Zloty mehrmals in der Hand umzudrehen, bevor er ausgegeben wird (Kralkowska 2003).⁷⁵

...wird die Kritik an der Unterfinanzierung immer lauter und die Forderungen nach einer Erhöhung des Versicherungsbeitrags immer häufiger. Anfang der 2000er Jahre taucht in diesem Zusammenhang zum ersten Mal eine Metapher auf, die von den Verfechtern einer Erhöhung der Gesundheitsausgaben noch bis zum Ende des Untersuchungszeitraums verwendet wird: Die Metapher eines Tees, der vom Rühren allein nicht süß wird, wenn man keinen Zucker dazugibt. Gemeint ist das Gesundheitswesen, das von weiteren Reformen nicht funktionsfähiger wird, solange man nicht auch die Gesundheitsausgaben erhöht. Paradoxerweise wird die Tee-Metapher ausgerechnet von der Partei in den Diskurs eingebracht, die kurze Zeit später die "Abdichtung des Systems" zum Imperativ erhebt - von der liberalkonservativen PO (siehe Ankerbeispiel).

Es erscheint ein wenig ironisch, dass die Abgeordnete Kopacz einige Jahre später genau dieselbe Argumentation von der Regierungsopposition zu hören bekommt, als sie selbst das Amt der Gesundheitsministerin bekleidet:

Ich richte mich auch an Frau Minister [Kopacz, Anm. d. Verf.].
Sämtliche der aktuellen Gesetzesprojekte werden die einfache und brutale Wahrheit nicht verschleiern können. Die Hauptkrankheit des polnischen Gesundheitssystems ist der chronische

⁷⁵"[P]an poseł Borczyk był uprzejmy zapytać, ile tak naprawdę pieniędzy potrzeba na ochronę zdrowia, żeby nie występował ciągle stan krytyczny? Nie da się powiedzieć ile, bo kraje znacznie bogatsze od nas przeznaczają nawet do 15 [procent] PKB i jeszcze mówią, że jest za mało tych pieniędzy. Także według mnie nie ma takiej ilości pieniędzy, która byłaby wystarczająca dla ochrony zdrowia. Natomiast przy tych niewielkich środkach finansowych, którymi dysponujemy, tym bardziej ważne jest, żebyśmy je wydawali w sposób racjonalny i żebyśmy bardzo oglądali każdą złotówkę zanim zostanie ona wydana" (Kralkowska 2003).

Mangel an Mitteln für die Therapie. Die Erhöhung der Mittel ist die einzige wirkungsvolle Hilfe für den Patienten. Vom Rühren allein wird der Tee nicht süßer, man muss noch ein wenig Zucker dazugeben. Danke schön (Applaus) (Matuszczak 2008).⁷⁶

Gerade dieses Beispiel bestätigt aufs Neue, dass Diskurse nicht an konkrete Akteure und Akteure nicht an bestimmte Diskurse gebunden sind. Für die polnische Restrukturierungsdebatte lässt sich zwar die abstrakte Zuordnung treffen, dass die Befürworter der Restrukturierung das oben rekonstruierte Deutungsmuster "undichtes System" verfechten, während ihnen die Gegner einer solchen Politik das Deutungsmuster "Tee ohne Zucker" entgegenstellen. Am Beispiel der PO lässt sich beobachten, dass sie in der Zeit ihrer Opposition gegen den Restrukturierungsvorschlag der post-kommunistischen Regierung das Deutungsmuster "Tee ohne Zucker" aktiviert. Als sie einige Zeit später zur Verfechterin der Restrukturierung wird, wechselt sie das Diskurslager und schließt sich dem Deutungsmuster "undichtes System" an. Dieser Wechsel bedeutet jedoch keineswegs ein Ende des Deutungsmusters "Tee ohne Zucker". Von nun an wird es von der neuen Opposition reaktiviert, auch wenn sich diese aus anderen Akteuren zusammensetzt.

6.4 Zusammenfassung und Zwischenreflexion

6.4.1 Zusammenfassung

Das polnische Feld der Gesundheitspolitik

Das polnische Feld der Gesundheitspolitik ist seit seinen Anfängen durch eine Rivalität der medizinischen Profession und der politischen Akteure einerseits

⁷⁶"Zwracam się też do pani minister. Wszelkie obecne projekty zmian legislacyjnych nie zdołają przesłonić prostej i brutalnej prawdy. Główną chorobą, na którą cierpiał i cierpi polski system opieki zdrowotnej, jest chroniczny niedobór środków na leczenie. Zwiększenie środków jest jedyną skuteczną pomocą dla pacjenta. Od samego mieszania herbata nie staje się słodsza, trzeba jeszcze dodać trochę cukru. Dziękuję bardzo. (Oklaski)" (Matuszczak 2008).

sowie durch starke externe Einflüsse gekennzeichnet. Während in der Zeit der sog. Teilungen der Zwang der Fremdherrscher die Gesundheitspolitik bestimmt und die nationalen Akteure sehr wenig Mitsprache haben, krempeln sich die Verhältnisse mit der polnischen Unabhängigkeit nach dem Ersten Weltkrieg um. Das nationale Feld und damit auch die Konflikte zwischen der medizinischen Profession auf der einen Seite und den polnischen Parteien auf der anderen Seite, gewinnen die Oberhand wieder. Der Einfluss des Auslands beschränkt sich auf finanzielle und ideelle Unterstützung. Ausländische Modelle wie die deutschen Krankenkassen werden in Polen nicht infolge von Zwang übernommen, sondern freiwillig nachgeahmt. Mit dem Durchbruch des Kommunismus wird das Feld erneut komplett umgekrempelt. Die gesundheitspolitische Deutungshoheit reißt die kommunistische Partei an sich, die auch nicht davor zurückschreckt, namhafte polnische Mediziner und Medizinwissenschaftler zu diffamieren und zu degradieren. Das handlungsrelevante gesundheitspolitische Modell dieser Zeit ist das sowjetische Semashko-Modell. Seine Nachahmung ist ideologisch begründet und auf die Deutungshoheit der kommunistischen Partei zurückzuführen. Der Austritt Polens aus der Weltgesundheitsorganisation steht symbolisch für eine Abwendung von westlichen Einflüssen. Für diese öffnet sich die polnische Politik erst ab den 1970er Jahren wieder (Abschnitt 6.1.1).

Im Zuge dieser Öffnung kommt es auch zu erneuten Verschiebungen im polnischen Feld zunächst der Politik und in der Folgezeit auch der enger gefassten Gesundheitspolitik. Ab den 1970er Jahren ist in Polen ein Erstarken der demokratischen Opposition zu beobachten, die sich unter anderem im Menschenrechtsdiskurs verankert. Zur selben Zeit fängt auch eine zunächst kleine, aber wachsende Schar an polnischen Liberalen an, Klassiker des westlichen liberalen Denkens ins Polnische zu übersetzen und zu studieren. In gewisser Weise ist die Emergenz dieser neuen Akteure im polnischen Feld der Politik auf die Grundprinzipien der westlichen Weltkultur zurückzuführen, die in der Verfolgung von Gerechtigkeit (durch Achtung der Menschenrechte) und Fortschritt (durch ökonomische Entwicklung) bestehen (vgl. Abschnitt 2.2.2). Im Gefolge der "Systemtransformation" (Merkel 1999) wird dieser bis dahin noch diffuse Einfluss konkreter. Ab 1991 unterstützen internationa-

le Organisationen finanziell und ideell die Professionalisierungsbestrebungen einer neuen Profession, den Public-Health-Wissenschaften. Darüber hinaus werden sie im polnischen Feld der Gesundheitspolitik selbst aktiv, indem sie eigene Büros in Polen eröffnen, finanzielle Unterstützung anbieten und dem polnischen Gesundheitsministerium bei der Erstellung erster Reformkonzepte kräftig unter die Arme greifen. Mit diesen konkreten und direkten Einflussnahmen sind die internationalen Organisationen jedoch weniger erfolgreich. Die Public-Health-Wissenschaften genießen im polnischen Feld der Gesundheitspolitik und -praxis bis heute eine relativ geringe Anerkennung. Die Vertreter internationaler Organisationen wiederum erhalten den abwertenden Spitznamen "Marriott Brigade". Es setzt sich die Wahrnehmung durch, dass ihre Hilfsprogramme in erster Linie ihnen selbst dienen (Abschnitt 6.1.2).

Diskursive Horizonte

Die Notwendigkeit einer Gesundheitsreform in Polen wird erstmalig im Kontext der sog. "August-Gespräche" von 1980 formuliert. Sowohl die damals frisch zugelassene *Solidarność* als auch die kommunistische Partei sind sich darin einig, dass das polnische Wirtschafts- und Gesellschaftssystem, darunter auch das Gesundheitssystem, in einer tiefen Krise steckt. Während die Partei die Ursache der Krise in fehlerhaften Entscheidungen der vergangenen Regierungen sucht, dabei jedoch weiterhin an der Richtigkeit der sozialistischen Ideologie festhält, macht die *Solidarność* das System und die Ideologie für die Probleme in Wirtschaft, Gesellschaft und Gesundheitsdienst verantwortlich. Aus ihrer Sicht besteht der einzige Ausweg aus der Krise in der Abschaffung des staatlichen Monopols auf die Repräsentation gesellschaftlicher Ziele und eine "Rückkehr zur Selbstverwaltung". Nur 15 Monate nach ihrer Gründung wird die junge Gewerkschaft wieder verboten, entfaltet ihre Reformideen jedoch im Untergrund weiter. Währenddessen versucht die kommunistische Regierung, das Land im Alleingang zu reformieren bzw. einige der Oppositionsvertreter auf ihre Seite zu ziehen. Dieser Kurs ist zum Scheitern verurteilt, so dass sie sich bereits Ende der 1980er Jahre bereit erklärt, sich mit der Opposition an den legendären Runden Tisch zu setzen, um über die Zukunft Polens zu verhandeln. Die damit einhergehende Öff-

nung des Diskurses für völlig neue Reformideen wird kurze Zeit später von einem Diskurs geschlossen, der in den ersten Jahren der "Systemtransformation" (Merkel 1999) - 1990 bis 1993 - im polnischen Kontext Hegemonialstellung erlangen kann. Dabei handelt es sich um eine eigenartige diskursive Verflechtung, die im polnischen Kontext von den polnischen Liberalen getragen, in der Weltöffentlichkeit wiederum von einem jungen Ökonomen von der Harvard-Universität, Jeffrey Sachs, vertreten wird. Während die polnischen Liberalen im Inneren des Landes mit der legendären "Schocktherapie" eine als "Rückkehr nach Europa" gerahmte liberale Richtung der "Systemtransformation" (Merkel 1999) einleiten, setzt sich Sachs im Westen dafür ein, aktive Unterstützung für diesen Kurs der Polen zu generieren. Die Aktivierung des Westens versucht er darüber zu erreichen, dass er ihn für das Gelingen der "Systemtransformation" (Merkel 1999) als mitverantwortlich konstruiert und die bisherige Praxis der internationalen Organisationen als zögerlich und ungenügend kritisiert (Abschnitt 6.2.1).

In diesem diskursiven Setting entfaltet sich auch die ebenfalls 1980 begonnene Gesundheitsreformdebatte. Auch diese ist anfangs durch eine Zweigleisigkeit des Diskurses gekennzeichnet, der zwar bezüglich der Krise des Gesundheitssystems nur eine Stimme verzeichnet. Wenn es um die Problem- und Lösungsmuster geht, so fallen die Bewertungen der zwei zentralen Diskursprecher - kommunistische Partei und *Solidarność* des Gesundheitsdienstes - gänzlich unterschiedlich aus. Während der parteinahe Diskurs die Pathologien des Gesundheitsdienstes auf die ineffiziente Organisation, unter anderem auch die wenig motivierende Entlohnungspolitik, vor allem aber auf die Unentgeltlichkeit der Gesundheitsleistungen zurückführt und unter anderem die Einführung eines Eigenbeitrags der Patienten fordert, macht die Gewerkschaft die kommunistische Ideologie für die Probleme des Gesundheitswesens verantwortlich. Die ideologisch begründete Diskriminierung des Gesundheitsdienstes habe zu seiner gravierenden Unterfinanzierung geführt. Die ideologisch begründete Diskriminierung des medizinischen Personals habe zu einem Verfall des ärztlichen Berufsethos geführt. Das Gesundheitswesen und das medizinische Personal bräuchten und verdienten mehr Geld bzw. höhere Gehälter (Abschnitt 6.2.2).

Diese ersten Reformvorschläge und -forderungen sind dabei nicht nur in den oben skizzierten umfassenden Krisendiskurs eingebettet, sondern maßgeblich auch vom globalen Diskurs der Gesundheitspolitik beeinflusst. Es gibt zahlreiche Hinweise dafür, dass der globale Diskurs der Gesundheitspolitik der damaligen Zeit auch im polnischen Kontext rezipiert wird. Allerdings unterscheidet sich diese Rezeption in polnischen Fachkreisen von der Rezeption im politischen Diskurs. Obwohl im Fachdiskurs bereits rezipiert, setzt sich das Konzept der Gesundheitsförderung in der politischen Debatte der 1980er Jahre noch nicht durch. Das globale Drehbuch wird hier in einer deutlich einfacheren Version - allerdings lagerübergreifend - rezipiert. Ende der 1980er Jahre macht ein Konzept Karriere, das in Anlehnung an das "Primary Health Care"-Konzept für die Stärkung des medizinischen Subsystems des Erstkontakts mit dem Patienten steht: Gesundheitliche Grundversorgung (*podstawowa opieka zdrowotna*). Dieser Konsens entpuppt sich jedoch bereits am Runden Tisch als oberflächlich. Das Partei-Lager will unter Grundversorgung eine Grundsicherung verstanden wissen, die nur die kostengünstigsten Gesundheitsleistungen umfasst, ein Vorschlag, der stark an die Reformvorschläge des Weltentwicklungsberichts der Weltbank von 1993 - Vorläufer der globalen Diskursstrategie "Alle für Gesundheit" - erinnert. Die *Solidarność*-Vertreter am Runden Tisch sind strikt dagegen. Das Partei-Lager lässt den Umdeutungsversuch in der Folge fallen. Man einigt sich auf den Begriff des "medizinischen Standards" anstelle der kostengünstigsten Grundleistungen. Dem Beginn der parlamentarischen Gesundheitsreformdebatte geht also bereits ein erster Deutungskampf vorweg. Der Illusion des Konsenses gibt sich keiner der beteiligten Diskursakteure mehr hin (Abschnitt 6.2.3).

Verlauf der parlamentarischen Reformdebatte

Die parlamentarische Gesundheitsreformdebatte Polens nach der "Wende" lässt sich grob in drei Phasen unterteilen. In der ersten Reformphase wird eine Dezentralisierung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung angestrebt. Im Kern wird die Einführung einer Allgemeinen Gesundheitsversicherung vorbereitet, die am 1. Januar 1999 in Kraft tritt und ein Krankenkassenmodell nach deutschem Vorbild einführt. Das Versicherungssystem

kann sich in den 1990er Jahren deshalb durchsetzen, weil es mit der Unabhängigkeit des Gesundheitswesens vom Staat sowie mit einer "Rückkehr zur Selbstverwaltung" und zum Subjektsein des Patienten assoziiert wird. Von diesen geplanten Änderungen erhofft man sich einerseits eine Stabilisierung der Finanzlage, andererseits eine Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an den Bedürfnissen der Bevölkerung. Das anfangs kaum hinterfragte Versicherungssystem verliert ab Mitte der 1990er Jahre jedoch an Selbstverständlichkeit. Aufgrund der hohen Deutungsmacht des Post-Solidarność-Lagers kann es im Gesetzgebungsprozess zwar durchgesetzt werden (Abschnitt 6.3.1). Den Praxistest besteht es allerdings nicht. Die brüchige Legitimität, die es bereits zum Zeitpunkt seiner Einführung genießt, degradiert in der Folgezeit dramatisch. Im Wahlkampf von 2001 wird es parteiübergreifend kritisiert. Den Wahlsieg trägt das post-kommunistische Lager davon, das im Wahlkampf die Abschaffung der Krankenkassen ankündigt und kurze Zeit später auch realpolitisch durchsetzt. Im Jahre 2002 werden die regionalen Krankenkassen in einer großen, zentral verwalteten Kasse, dem Nationalen Gesundheitsfonds, aufgelöst und damit eine Phase der Rezentralisierung des polnischen Gesundheitswesens eingeleitet. Begründet wird der Schritt von der damaligen Regierung unter anderem mit Verweis auf die Empfehlungen der WHO und die Gesundheitssystemreformen in anderen Ländern der Welt (Abschnitt 6.3.2).

Die dritte Phase der polnischen Gesundheitsreformen steht unter dem Motto der *Restrukturierung* der polnischen Gesundheitsbetriebe. Sie wird im Jahre 2003 mit einem Gesetzesvorschlag eingeleitet, der die Umwandlung der Gesundheitseinrichtungen in Kapitalgesellschaften vorsieht. Dahinter steckt ein Deutungsmuster, das das Gesundheitssystem als "undicht" konstruiert und die Ursache für die "Löcher" beim Management der Gesundheitsbetriebe sucht. Dabei wird allerdings davon ausgegangen, dass die polnischen Manager schlecht managen, weil sie gar nicht die rechtlichen Rahmenbedingungen für ein professionelles Management haben. Von der Umwandlung der Gesundheitsbetriebe in Kapitalgesellschaften verspricht man sich eine Professionalisierung des Managements, davon wiederum eine Zunahme der Wirtschaftlichkeit und davon schließlich ein Ende der als dramatisch wahrgenommenen Verschuldung.

Gegen das Restrukturierungsprojekt formiert sich Widerstand, der die Hauptursache für die Probleme des polnischen Gesundheitswesens in seiner Unterfinanzierung sucht und der Metapher vom “undichten Gesundheitssystem” die Metapher vom “Tee ohne Zucker” entgegenstellt. So, wie ein Tee nicht vom Rühren allein süßer wird, so wird auch das polnische Gesundheitssystem nicht von weiteren Reformen besser. Um einen Tee süßer zu machen, muss man Zucker dazugeben. Um das polnische Gesundheitswesen zu verbessern, muss man die Gesundheitsausgaben erhöhen, so die Argumentation in diesem Deutungsmuster. Sowohl die Befürworter als auch die Gegner einer Erhöhung der Gesundheitsausgaben berufen sich auf die Erfahrungen bzw. die Praxis anderer Länder (Abschnitt 6.3.3).

6.4.2 Zwischenreflexion

Das Ziel des dritten Teils der Arbeit besteht darin, den Einfluss der Weltkultur auf den gesundheitspolitischen Reformdiskurs in Polen nachzuvollziehen. Zu diesem Zweck wird in diesem Kapitel zunächst der polnische Gesundheitsreformdiskurs in den Unterkategorien Diskursfeld, diskursive Horizonte und Etappen der diskursiven Entwicklung rekonstruiert. Für jede der Unterkategorien wird aufgezeigt, inwiefern hier jeweils externe Einflüsse zum Tragen kommen.

Was sich bei einer solchen Defokussierung der externen Einflüsse kontraintuitiver Weise herausstellt, ist die schiere Omnipräsenz externer Einflüsse. Sei es die Fremdherrschaft zu Zeiten der Teilungen, die finanziellen Hilfen internationaler Organisationen in der Zwischenkriegszeit, die Nachahmung des sowjetischen Semashko-Modells im Kommunismus oder die Erarbeitung einer polnischen Strategie “Gesundheit für alle” in den 1980er Jahren - alle diese Einflüsse lassen sich einer der drei Kategorien von Isomorphie zuordnen, die DiMaggio und Powell (1983) erarbeitet haben:

1. Zwang (“coercive isomorphism”),
2. Nachahmung (“mimetic isomorphism”) und
3. Anpassung an die Rationalitätsparadigmen herrschender Professionen (“normative isomorphism”).

Damit erscheint polnische Gesundheitspolitik tatsächlich seit ihren Anfängen von extern “gemacht” oder zumindest beeinflusst. Während in der Anfangszeit der polnischen Gesundheitspolitik der Zwang der Fremdherrscher dominiert, gewinnt in der Zwischenkriegszeit die Nachahmung die Oberhand. Für die Nachkriegszeit ist die Klassifizierung nicht einfach, weil sich in der polnischen Gesundheitspolitik dieser Zeit Ideologie mit Zwang und Nachahmung verbünden. Seit den 1990er Jahren kann daher eigentlich weder von einem Verschwinden noch von einem Erstarken der “Weltkultur” die Rede sein. Was sich anhand der bisherigen Ausführungen allem Anschein nach ändert, ist (1) der relevante “reflexive *Beobachtungszusammenhang*” (Krücken 2002), (2) die herrschenden *Professionen* und (3) die Art des *Zwangs*.

Mit der Aufnahme der Beitrittsverhandlungen in die Europäische Union und später auch im Zuge des EU-Beitritts setzt sich Polen einem externen Einfluss aus, den man mit DiMaggio und Powell (1983) als *Zwang* klassifizieren würde: dem Recht der Europäischen Union (vgl. Abschnitt 4.4). Während sich die gesundheitspolitische Deutungshoheit im Kommunismus in den Händen der sozialistischen Ideologen - Trägern von politischem Kapital - befindet, geht sie im Zuge der “Systemtransformation” (Merkel 1999) wieder in die Hände von “*Professionen*” - Trägern von Kulturkapital - über. Wie man an der aktiven Unterstützung der Professionalisierung der Public-Health-Wissenschaften durch internationale Organisationen sieht, bietet auch dieser Wandel gewisse Freiräume für externe Einflüsse. Aus der kurzen Skizzierung der parlamentarischen Reformdebatte geht schließlich hervor, dass sowohl die Empfehlungen internationaler Organisationen als auch die Reformpolitik anderer Länder im polnischen Reformdiskurs zumindest einen Referenzrahmen bilden. Im Kontext des diskursiven Horizonts “Rückkehr nach Europa” ist zu vermuten, dass sich die polnische Gesundheitspolitik spätestens ab 1990 nicht mehr am sowjetischen Semashko-Modell, sondern an westlichen Modellen der Gesundheitsversorgung orientiert. Welche Länder von nun an zum “reflexiven *Beobachtungszusammenhang*” (Krücken 2002) Polens dazugehören, wie die Empfehlungen internationaler Organisationen und Professionen im polnischen Reformdiskurs rezipiert werden und inwieweit der Beitritt zur Europäischen Union als Zwang wahrgenommen wird, bedarf allerdings einer

weiteren Untersuchung, deren Ergebnisse im folgenden Kapitel der Arbeit präsentiert werden.

Kapitel 7

Weltkultur im Spiegel der gesundheitspolitischen Parlamentsdebatte

Nachdem das vorherige Kapitel eher um eine Defokussierung externer Einflüsse bemüht war, wird Weltkultur in diesem Kapitel in den Fokus der Betrachtung gerückt. In Abschnitt 7.1 geht es um die Frage, inwieweit der in Teil II der Arbeit rekonstruierte globale Diskurs der Gesundheitspolitik im Spiegel der Parlamentsdebatten rezipiert wird. In Abschnitt 7.2 wird die Rolle der Weltkultur in den Argumentationsstrategien der Diskursteilnehmer rekonstruiert.

7.1 Das gesundheitspolitische “Modell der Weltkultur” im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten

*Die dogmatische und pathologische Version sozialistischer Medizin in Polen erschwert die Akzeptanz in entwickelten Ländern allgemein akzeptierter moderner Methoden staatlicher Regulierung und Intervention in diesem Bereich (Sidorowicz 1991: 23).*¹

Dass der globale Diskurs der Gesundheitspolitik bereits im Polen der 1980er Jahre rezipiert wird, ist bereits in Abschnitt 6.2.3 diskutiert worden. Dass diese Rezeption auch die parlamentarische Gesundheitsreformdebatte nach 1991 prägt, lässt sich relativ kurz und knapp zeigen, wenn man das Exposé des ersten demokratischen Gesundheitsministers, Sidorowicz, von 1991 vorstellt (Sidorowicz 1991).

Sidorowicz betont in seiner Rede die große Bedeutung der Lebensstile - insbesondere Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung, sportliche Betätigung und aktive Entspannung - für die individuelle Gesundheit. Daneben zählt er das Lebensniveau und die Lebensbedingungen auf. Wesentlichen Einfluss habe auch die Umwelt und das Arbeitsumfeld (Sidorowicz 1991: 23). Aus einem solchen Gesundheitsverständnis leite sich seiner Meinung nach ein anderes Verständnis von gesundheitlicher Sicherheit und folglich auch eine andere Rolle für den Staat ab als die, die ihm von der Gesellschaft in erster Linie zugeschrieben wird. Streng genommen habe gesundheitliche Sicherheit wenig mit dem Zugang zu Gesundheitsleistungen zu tun. Folglich sei auch die Gewährleistung von Gesundheitsleistungen nicht primäre Aufgabe des Staates. Laut Sidorowicz ist der Staat vielmehr für eine Gesundheitspolitik zuständig, die im globalen Diskurs als “multisektoral” bezeichnet wird:

¹“Dogmatyczna i spatologizowana wersja socjalistycznej medycyny w Polsce utrudnia akceptację powszechnie uznanych w krajach rozwiniętych metod nowoczesnej regulacji i interwencjonizmu państwowego w tej sferze“ (Sidorowicz 1991: 23).

Die Basis gesundheitlicher Sicherheit ist die Fähigkeit des Staates, Gefahren in der menschlichen Umwelt wirkungsvoll zu kontrollieren. Dabei geht es um so Sachen wie die natürliche Umwelt, das Wohn- und das Arbeitsumfeld, die Qualität der Lebensmittel und der Nutzungsgegenstände. In einem geringeren - im Empfinden der Gesellschaft jedoch bedeutenden - Maße, beruht gesundheitliche Sicherheit auf dem Zugang zu Gesundheitsleistungen [...] (Ebd.: 24).²

Sidorowicz fordert daher einen Rückzug des Staates aus der direkten Einflussnahme und Organisation der Gesundheitsversorgung. Eine solche Rolle des Staates entspreche nicht mehr "in entwickelten Ländern allgemein akzeptierten modernen Regulierungs- und Interventionsmethoden des Staates in diesem Bereich" (Ebd.: 23).³ Das heißt für ihn keineswegs, dass der Staat sich aus seiner Gesundheits*verantwortung* zurückziehe: "...der Rückzug des Staates aus der direkten Einflussnahme und dem Management der Gesundheitsversorgung bedeutet keine Ablehnung der staatlichen Garantie und Verantwortung für die gesundheitliche Sicherheit eines jeden Bürgers" (Ebd.).⁴ Er bedeute lediglich eine Veränderung seiner Rolle. Stärke man den Privatsektor und übertrage das Management des Gesundheitsdienstes an die lokale Ebene der Gesellschaft, dann bedeute das für den Staat neue Aufgaben: "die Schaffung neuer Spielregeln rechtlicher, finanzieller, organisatorischer Art, die Sorge für eine demokratische Arena der Zusammenarbeit und Verhandlung

²"Podstawowym wymiarem bezpieczeństwa zdrowotnego jest zdolność aparatu państwowego do skutecznej kontroli zagrożeń pojawiających się także w otoczeniu człowieka. Chodzi przynajmniej o takie sprawy, jak środowisko naturalne, środowisko zamieszkania, środowisko pracy, jakość żywnością, jakość przedmiotów znajdujących się w użyciu i w obrocie. W węższym wymiarze, ale w odczuciu społecznym wymiarze o szczególnym znaczeniu, bezpieczeństwo zdrowotne polega na uzyskaniu świadczeń [...]" (Ebd.: 24).

³"...powszechnie uznanych w krajach rozwiniętych metod nowoczesnej regulacji i interwencjonizmu państwowego w tej sferze" (Sidorowicz 1991: 23; vgl. Ankerbeispiel).

⁴"...wycofanie się państwa z bezpośredniego wpływu i zarządzania opieką zdrowotną nie oznacza odrzucenia gawarancji państwa i odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne każdego obywatela" (Ebd.).

sowie die Garantie entsprechender Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit” (Ebd.: 23f.).

Der erste demokratische Gesundheitsminister scheint das “Modell der Weltkultur“ begriffen zu haben. Auf seinem Reformprogramm steht die “Schwächung der Versorgungsfunktion des Staates und seines direkten Engagements in der Organisation und Umsetzung der Aufgaben der Gesundheitsversorgung” (Ebd.: 23),⁵ eine “Stärkung der Rolle des Privatsektors im Vergleich zum öffentlichen, die Einführung von Wettbewerb und ökonomischer Kostenrechnung, die Erhöhung der Rechte und der Wahlfreiheit der Patienten, die Dezentralisierung des Managements auf die lokale Ebene der Gesellschaft, die Ausweitung der Finanzierungsquellen [...]” (Ebd.: 23-24.).⁶

Die Vision des Gesundheitsministers ist ein Konsens in Bezug auf die Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung und ein Gleichgewicht in Bezug auf die Gesundheitsfinanzierung - der in einem Gesellschaftsvertrag festgehalten werden soll. Die Gesundheitsverantwortung soll nicht nur der Staat schultern, sondern auch die Selbstverwaltungen, das medizinische Personal und die Bürger selbst. Die Finanzierungslast sollte weder die Wirtschaft, noch die Bürger zu stark beeinträchtigen und dennoch eine Gesundheitsversorgung ermöglichen, die gesellschaftlich akzeptiert ist (Ebd.: 23f.). Der aus dem *Solidarność*-Lager hervorgegangene und später in den Dienst der WHO übergegangene (<http://www.sidorowicz.org/zyciorys.html>) erste postkommunistische Gesundheitsminister kennt allerdings nicht nur das “Modell der Weltkultur“. Er kennt auch die Erwartungen der polnischen Gesellschaft und erwartet für sein gesundheitspolitisches Reformprogramm Widerstände, in seinen eigenen Worten: “Gefahren“, darunter:

eine passive und fordernde Einstellung und Ablehnung der Übernahme eines Teils der Gesundheitsverantwortung durch die Bürger und lokale Gemeinschaften; die Ablehnung der Teilnahme

⁵“...osłabieni[e] opiekuńczej roli państwa i jego bezpośredniego zaangażowania w organizowanie i realizowanie zadań opieki zdrowotnej” (Ebd.).

⁶“...zwiększenie roli sektora prywatnego wobec publicznego wprowadzenia mechanizmów konkurencji i rachunku ekonomicznego działań zdrowotnych, zwiększenie praw i swobody wyboru pacjenta, decentralizacja zarządzania na szczebel społeczności lokalnych, rozszerzenie źródeł finansowania [...]” (Ebd.: 23-24.).

an demokratischen Verhandlungen und dem neuen Konsens im Rahmen eines neuen Gesellschaftsvertrags für Gesundheit; [...] die Ablehnung der Kooperation seitens des frustrierten medizinischen Personals und die Erwartung der Reform als sofortiges Heilmittel gegen alle unsere Wehwehchen. [...] ...das Risiko politischer Demagogie [...], die zu einer Blockade der geplanten Gesundheitsreformen führen kann. [...] (S. 24-25).⁷

Ein kurzer Blick in die chronologisch letzte der analysierten Parlamentsdebatten deutet tatsächlich darauf hin, dass viele der Postulate, die 1991 von Sidorowicz formuliert werden, auch 2008 immer noch umstritten sind. Insbesondere bezüglich der Rolle des Staates scheint noch kein Konsens in Sicht. Laut Zbigniew Religa, dem Gesundheitsminister der Jahre 2005 bis 2007, scheitert jeglicher Konsens an der unterschiedlichen Auffassung von der Gesundheitsverantwortung des Staates:

[W]enn es dazu kommen soll, dass wir gemeinsam etwas machen, dann muss eine Frage beantwortet werden: Welche Gesundheitsverantwortung trägt der Staat. Sind wir alle bereit, die gleiche Antwort auf diese Frage abzugeben. (...) Das ist eine prinzipielle Frage. (Applaus) Soll der Staat, die Regierung, wie in anderen Ländern Europas, die Verantwortung für die Gesundheit seiner Bürger übernehmen, oder wälzen wir diese Verantwortung, unter anderem die finanzielle, auf die Bürger ab, ohne jegliche Anstrengung von Seiten des Staatsbudgets. (Applaus) Das ist eine prinzipielle Frage (Religa 2008a).⁸

⁷"Dziś stawiamy przed szeregami zagrożeń: Po pierwsze, podtrzymanie biernej, roszczeniowej postawy i odmowa przejęcia części odpowiedzialności za zdrowie przez obywateli i społeczności lokalne; odmowa udziału w demokratycznych negocjacjach i próbie budowania consensusu w ramach nowej umowy społecznej dotyczącej zdrowia. [...] ...odmowa współpracy personelu służby zdrowia, sfrustrowanego brakiem widocznych zmian w systemie, i oczekiwanie na reformę jako natychmiastowe panaceum na wszelkie nasze dolegliwości. [...]...ryzyko demagogii politycznej [...] mogącej zablokować wdrożenie przygotowanego pakietu reform systemu opieki zdrowotnej. [...]" (Sidorowicz 1991: 24f.).

⁸"... trzeba jasno powiedzieć, że jeżeli miałyby się tak stać, że wspólnie coś robimy, to trzeba odpowiedzieć na jedno pytanie, jaka jest odpowiedzialność państwa

Um die Rezeption des globalen Diskurses in der polnischen Gesundheitsreformdebatte der Zwischenzeit - 1991 bis 2008 - zu rekonstruieren, wird die folgende Darstellung in zwei Teile gegliedert, die den zwei Diskurssträngen des globalen Diskurses der Gesundheitspolitik - "Gesundheit für alle" und "Alle für Gesundheit" - entsprechen.

7.1.1 "Gesundheit für alle"

Wie in Kapitel 4 herausgearbeitet wurde, verbergen sich hinter der WHO-Strategie "Gesundheit für alle", die im Gefolge der Deklaration von Alma Ata von 1978 initiiert wird, mehrere Umdeutungen des bis dahin vorherrschenden Gesundheitsverständnisses. "Gesundheit für alle" steht in erster Linie für Gesundheit als Menschenrecht und folglich für Individualismus und Universalismus. Gleichzeitig steht es für einen neuen Gesundheitsbegriff, der Gesundheit im Gefolge des salutogenetischen Konzepts (a) prozessual und (b) umfassend als Wohlbefinden begreift. Für die Gesundheitspolitik bedeutet (a) eine stärkere Akzentverschiebung gesundheitspolitischer Maßnahmen auf Gesundheitsförderung und Prävention, (b) hingegen eine multisektorale Ausrichtung von Gesundheitspolitik, die über den engen Bereich des Gesundheitswesens die umfassenden sozialen Determinanten von Gesundheit in den Blick nimmt.

Im polnischen Kontext erfolgt eine gewisse Rezeption des Diskursstrangs "Gesundheit für alle" bereits in der kommunistischen Ära (vgl. Abschnitt 6.2.3). Welchen Einfluss es zu der damaligen Zeit entfaltet, ist umstritten. Während Włodarczyk (1998: 140-143) darin lediglich eine Absichtserklärung sieht, die keine rechtliche Verbindlichkeit entfaltet, weisen die Arbeiten von Indulski und Kollegen (1990) darauf hin, dass es bereits zu diesem Zeitpunkt ein Pilotprojekt und damit einen Versuch gibt, das Modell der Primären Gesundheitsversorgung - zumindest in einem einfachen Verständnis eines me-

za zdrowie, czy wszyscy jesteśmy w stanie jednakowo na to odpowiedzieć.(...) To jest pytanie zasadnicze. (Oklaski) Czy, tak jak to jest w innych krajach europejskich, państwo, rząd mają wziąć odpowiedzialność za zdrowie swoich obywateli, czy też tą odpowiedzialność, w tym finansową, zrzucamy na obywateli, bez żadnego wysiłku ze strony budżetu państwa. (Oklaski) To jest pytanie zasadnicze" (Religa 2008a).

dizinischen Subsystems des Erstkontakts mit dem Patienten - im polnischen Kontext umzusetzen. Dieser stößt allerdings auf materielle Probleme einerseits und Widerstände seitens der Gesellschaft und des medizinischen Personals andererseits (Indulski, Dawydzik und Gniazdowski 1990: 10). Worin sich die Literatur hingegen einig ist, ist die Vorbildfunktion der polnischen Strategie "Gesundheit für alle" von 1984 für die ab 1989 erarbeiteten Nationalen Gesundheitsprogramme, die sich der Umsetzung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung verschreiben (vgl. Włodarczyk 1998: 143; Tajer 2004: 192). Wie aus der Arbeit von Tajer (2004) hervorgeht, lässt die Umsetzung dieser Prinzipien in der gesundheitspolitischen Praxis jedoch zu wünschen übrig. Wie die folgende Analyse offenlegt, werden einzelne Elemente der Diskursstrategie "Gesundheit für alle" im polnischen Kontext zwar aktiviert, sind jedoch keineswegs unumstritten. Nicht alle der mit "Gesundheit für alle" einhergehenden Umdeutungen werden im polnischen Reformdiskurs in gleichem Maße übernommen.

Direkte Bezüge auf die WHO-Strategie "Gesundheit für alle"

Sollen Reiche, die einen höheren Beitrag zahlen, in denselben Krankenhäusern, in den selben Einrichtungen einen besseren Zugang, Zugang zu einem größeren Leistungsspektrum haben? Denken Sie das wirklich? Was hat das denn noch mit dem WHO-Programm "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" zu tun, in dem es deutlich heißt: gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen (Żochowski 1996b).⁹

Ein direkter Bezug auf die WHO-Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" kommt in dem untersuchten Material nur zwei Mal vor. In beiden Fällen wird die Strategie von Vertretern post-kommunistischer Parteien aktiviert und egalitaristisch mit gleichem Zugang zur Gesundheitsversorgung

⁹"Czy bogaci, którzy płacą większą składkę, mają mieć w tych samych szpitalach, w tych samych miejscach lepszy dostęp, dostęp do większego zakresu usług? Czy tak państwo myślicie? Co to ma wspólnego z zapisami Światowej Organizacji Zdrowia zawartymi w dokumencie programowym "Zdrowie dla wszystkich do roku 2000", w którym mówi się wyraźnie: równy dostęp do świadczeń" (Żochowski 1996b).

gleichgesetzt. Laut einem Abgeordneten der *Polnischen Sozialistischen Partei* (PPS - *Polska Partia Socjalistyczna*) sei im Gefolge der Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" anzustreben, "Unterschiede im Zugang zu Gesundheitsleistungen zwischen den Bewohnern unterschiedlicher Regionen bzw. zwischen unterschiedlichen sozialen und Einkommensgruppen zu nivellieren bzw. zu begrenzen" (Miżejewski 1995).¹⁰ Auch der erste Gesundheitsminister des post-kommunistischen Lagers, Źochowski (1996b, vgl. Ankerbeispiel), bringt in seiner Argumentation die WHO-Strategie "Gesundheit für alle" ein, um gegen eine Differenzierung des Leistungsangebots nach Beitragshöhe zu argumentieren. Wie aus dem Ankerbeispiel hervorgeht, habe es seiner Meinung nach nichts mit "Gesundheit für alle" zu tun, wenn Wohlhabende gegen einen höheren Versicherungsbeitrag umfassendere Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen könnten.

Im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten ist weder eine alternative Deutung noch eine offene Ablehnung der WHO-Strategie "Gesundheit für alle" vorzufinden. Was sich allerdings sehr wohl beobachten lässt, ist eine klare Ablehnung einer egalitaristischen Gesundheitsversorgung, wie sie in den obigen Zitaten mit Verweis auf "Gesundheit für alle" gefordert wird. Von Beginn des Untersuchungszeitraums an wird von einem Teil der Diskursteilnehmer eine Differenzierung der Gesundheitsversorgung in eine Basis- und eine Zusatzversorgung gefordert, die idealerweise mit der Schaffung eines Marktes für Zusatzversicherungen einhergehen soll. Bis zum Ende des Untersuchungszeitraums wird von Seiten der Befürworter einer egalitaristischen Gesundheitsversorgung auf solche Vorschläge jedoch mit Empörung reagiert. Noch 2008 argumentiert ein Abgeordneter von der national-konservativen PIS, dass es unzulässig und verfassungswidrig sei, Patienten, die etwas mehr bezahlen, beispielsweise ein besseres Zimmer in einem öffentlichen Krankenhaus zu geben:

¹⁰"Tym ważniejsze jest, [...] żeby zgodnie z założeniami programu Światowej Organizacji Zdrowia (zatytułowanego "Zdrowie dla wszystkich do roku 2000") były niwelowane lub ograniczane różnice w dostępie do usług między mieszkańcami różnych regionów czy też członkami różnych grup społecznych lub dochodowych" (Miżejewski 1995).

Zum Schluss sage ich noch einige Sätze zu den hier erwähnten Zusatzversicherungen. Meine Damen und Herren, [...] wir können über die Zusatzversicherungen diskutieren, aber nicht in der Form, wie Sie das vorschlagen, [...], wo das eine Art Luxussteuer ist, die darin besteht, dass der Patient, der zusätzlich zahlt, einen Speziaalsaal im öffentlichen Krankenhaus bekommt. Eine solche Differenzierung der Patienten ist unzulässig und verfassungswidrig. Die einen werden in schlechteren Sälen, auf dem Flur liegen, und jemand anderes wird unter Extra-Bedingungen bedient, nur weil er zusätzlich versichert ist (Latos 2008).¹¹

Da es keine alternativen Deutungen der Strategie "Gesundheit für alle" gibt, eine egalitaristische Gesundheitsversorgung jedoch keine allgemeine Zustimmung genießt, liegt die Interpretation nahe, dass die WHO-Strategie "Gesundheit für alle" im Grunde keine allgemeine Zustimmung genießt, ihre Ablehnung jedoch nicht "sagbar" ist. Für eine solche Interpretation spricht auch die Arbeit von Watson (Watson 2006), die ebenfalls belegt, dass "Gesundheit für alle" im polnischen Kontext keinen allgemeinen Zuspruch erfährt. Laut Watson habe der Vize-Staatssekretär für Gesundheit das europäische Gesundheitsprogramm "Enabling Good Health for All" kurz nach dem Beitritt Polens in die Europäische Union mit folgenden Worten kommentiert:

I do not like "for all" for two reasons [...]. First, it is unrealistic. It is impossible to offer good health for all citizens of Europe, because some of them do not want good health, they simply need to be ill to play their social roles; because others have very bad genes or are just not lucky enough. The second reason for my

¹¹"Na koniec powiem parę zdań na temat wspomnianych tutaj ubezpieczeń dodatkowych. [...] Możemy dyskutować o ubezpieczeniach dodatkowych, ale nie w takiej formie, jak państwo proponujecie, [...], kiedy jest to swego rodzaju podatek od luksusu polegający na tym, że pacjent, który płaci dodatkowo, będzie miał specjalną salę w szpitalu publicznym. Takie różnicowanie pacjentów jest niedopuszczalne i niezgodne z konstytucją. Jedni będą leżeć w gorszych salach będą na korytarzu, a ktoś inny, dlatego że jest dodatkowo ubezpieczony, będzie obsługiwany w ekstra warunkach" (Latos 2008).

dislike of the phrase “for all” is its close relation to communistic slogan (Nizankowski, zitiert nach Watson 2006: 1080).¹²

Die Stellungnahme wird bald darauf zurückgenommen und durch eine diplomatischere ersetzt (Watson 2006: 1080). Sie macht jedoch deutlich, dass “Gesundheit für alle” im polnischen Kontext alles andere als selbstverständlich ist, ihre offizielle Ablehnung allerdings nicht in den Raum des Sagbaren gehört. Wie aus dem obigen Zitat hervorgeht, wird die Strategie vor allem deshalb abgelehnt, weil sie mit der kommunistischen Propaganda assoziiert wird und weil sie - zumindest in der polnischen Rezeption - dem neuen Wissen über die sozialen Determinanten von Gesundheit widerspricht.

Anhand der Analyse einzelner Unterpunkte, die die Diskursstrategie “Gesundheit für alle” transportiert, lässt sich zeigen, dass sich hinter der deklarierten Selbstverständlichkeit der Strategie und ihrer Implikationen signifikante Umdeutungsversuche verbergen. Am heftigsten umstritten ist in den untersuchten Parlamentsdebatten das Recht auf Gesundheit.

Das Recht auf Gesundheit

Jeder hat das Recht auf Schutz der Gesundheit. Unabhängig von der materiellen Situation des Einzelnen, sichert der Staat jedem Bürger einen gleichen Zugang zu den aus öffentlichen Mitteln finanzierten Gesundheitsleistungen zu (Verfassung der Republik Polen 1997).¹³

Von herausragender Bedeutung für die polnische Gesundheitsreformdebatte ist das Recht auf staatliche Gesundheitsversorgung, das 1997 in der “großen” Verfassung der post-kommunistischen Republik Polen verankert wird. Laut Sowada werden damit “die von Polen eingegangenen Verpflichtungen der Europäischen Sozialcharta von 1961, der Sozialcharta der Europäischen Union

¹²Laut Watson stammt das Zitat aus einem Brief von Rafał Nizankowski an David Byrne vom 30. August 2004 (Watson 2006: 1092).

¹³“Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [...]“ (Verfassung der Republik Polen 1997).

von 1989, der Menschenrechtskonvention der UNO und der Weltgesundheitsdeklaration der WHO von Alma Ata aus dem Jahr 1978 bestätigt (Sowada 2000: 210).

Die Diskussionen darüber, was das Recht auf Gesundheit bedeutet und woraus es sich ableitet, finden in der polnischen Gesundheitsreformdebatte jedoch schon viel früher an, was unter anderem damit zu tun hat, dass dieses Recht auch schon in der kommunistischen Verfassung der Volksrepublik Polen verankert war (Verfassung der Volksrepublik Polen 1952). Anfang der 1990er Jahre dreht sich die Debatte vor allem darum, ob das Recht auf Gesundheit für das Recht auf eine *kostenlose Vollversorgung* stehe. Die Verfechter der kostenlosen Vollversorgung leiten dieses Recht aus der polnischen Verfassung ab und sehen keine weitere Begründungsnotwendigkeit:

Art. 68 der Polnischen Verfassung besagt: [...] Der Staat ist auch für den vollen Zugang zur Gesundheitsversorgung auf aktuellem medizinischen Wissensstand verantwortlich (Gajecka-Bożek 1998).¹⁴

Sämtliche Versuche der Begrenzung der kostenlosen Vollversorgung - seien es Zuzahlungen, Wartelisten oder die Einführung eines Leistungskatalogs - müssen sich wiederholt mit der Frage auseinandersetzen, ob sie denn verfassungskonform seien oder nicht, so beispielsweise der erste Entwurf eines Leistungskatalogs:

Ob das Gesetzesprojekt [...] nicht verfassungswidrig ist? Nein, es ist nicht verfassungswidrig. Die Verfassung besagt, dass jeder Bürger das Recht auf eine kostenlose ärztliche Versorgung hat. Wir umgehen dieses Recht nicht (Żochowski 1995b).¹⁵

¹⁴„Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej mówi: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.“ Panie Marszałku! Panie i Panowie Posłowie! Państwo odpowiada także za pełną dostępność opieki zdrowotnej na poziomie aktualnej wiedzy medycznej” (Gajecka-Bożek 1998).

¹⁵„Czy projekt ustawy [...] jest niezgodny z konstytucją? Nie, nie jest niezgodny z konstytucją. Konstytucja mówi, że każdy obywatel ma prawo do nieodpłatnej opieki lekarskiej. My tego prawa nie podważamy” (Żochowski 1995b).

Diese verfassungsrechtliche Verankerung der Kostenlosigkeit einer Vollversorgung wird jedoch von Anfang des Untersuchungszeitraums an herausgefordert. Eine Delegitimierungsstrategie besteht darin, die Idee der Kostenlosigkeit als kommunistische Propaganda zu diffamieren, die den Menschen Jahre lang etwas eingeredet habe, was nicht stimme:

...Jahre lang hat die kommunistische Propaganda den Leuten eingeredet, dass der Gesundheitsdienst kostenlos und allgemein sei und nur Wenige waren sich des Zustands bewusst, in dem sich die Krankenhäuser, die Geräte oder die Organisation mit ihrer überbordenden Verwaltung und anderen Widrigkeiten befanden (Krupa 2002).¹⁶

Die "Wahrheit" der Gegner einer kostenlosen Vollversorgung lautet, dass die Versorgung mit Gesundheitsleistungen alles andere als kostenlos sei und dies auch in der kommunistischen Ära nicht war. Damals musste die Bevölkerung zwar keinen monetären, dafür aber einen physischen und psychischen Preis bezahlen:

Die Kostenlosigkeit der Gesundheitsleistungen überforderte die Leistungsfähigkeit des Systems, diese zu gewährleisten. Die Patienten zahlten für die medizinischen Leistungen auf informelle Art und Weise: dadurch, dass sie keinen psychischen und physischen Komfort hatten. Gleichzeitig war der Zugang zu modernen Diagnose- und Therapie-Methoden begrenzt. Daher waren die faktischen Kosten der Behandlung niedrig. Im Endeffekt waren sowohl Patienten als auch Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes mit einem solchen System unzufrieden (Wojtyła 1992).¹⁷

¹⁶"...przez całe lata propaganda komunistyczna wmawiała ludziom, że służba zdrowia jest bezpłatna, powszechna i niewielu tak naprawdę miało świadomość, jaki był stan szpitali, wyposażenia czy też organizacji z przerostem administracji i innymi nieprawidłowościami" (Krupa 2002).

¹⁷"Bezpłatność świadczeń zdrowotnych przekraczała zdolność systemu do pełnego zapewnienia tych świadczeń. Pacjenci płacili za usługi medyczne w sposób nieformalny: swoim czasem, tym, że nie mieli komfortu psychicznego i fizycznego. Jednocześnie dostępność nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych była

Die florierende Grauzone für Gesundheitsleistungen wird in diesem Diskursstrang als Beweis dafür angeführt, dass eine kostenlose Vollversorgung für den Staat finanziell nicht möglich sei. Weil es aber keine formale Regelung gebe, habe sich eine informelle Regelung etabliert, was dazu geführt habe, dass de facto "Bekanntschaften und Geld" (Balicki 1995)¹⁸ über den Zugang zu Gesundheitsleistungen entscheiden.

Zur weiteren Legitimierung ihrer Argumentation greifen die Gegner der kostenlosen Vollversorgung schließlich auf den Vergleich mit anderen Ländern zurück (Choryngiewicz 1996). Gerade die Erfahrungen anderer Länder zeigten, dass es nicht möglich sei, die Bedürfnisse der Gesellschaft zu 100 Prozent zu befriedigen, weil diese mit wachsendem Wohlstand ebenfalls wachsen würden (Wojtyła 2002a). Aufgrund dieser wachsenden Gesundheitsbedürfnisse und des rasanten medizinischen Fortschritts stünden im Endeffekt alle anderen Gesundheitssysteme der Welt vor den gleichen Herausforderungen wie Polen: Angesichts der begrenzten Finanzmittel einen allgemeinen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewährleisten (Błońska-Fajfrowska 2004), der aus den aufgeführten Gründen nicht in einer kostenlosen Vollversorgung bestehen könne.

Daher wird in diesem Diskursstrang eine Begrenzung dessen gefordert, was der Staat an Gesundheitsleistungen für den Einzelnen finanziert. Um die Wahlfreiheit der Patienten dadurch nicht einzuschränken, soll es über die staatlich finanzierte Gesundheitsversorgung hinaus ein System privater Zusatzversorgung geben. Das polnische Gesundheitswesen soll in dieser Vorstellung in eine Grund- und eine Zusatzversorgung aufgeteilt werden (Balicki 1995).

Der eben skizzierte Deutungskampf erinnert stark an die anfängliche Diskursopposition im globalen Diskurs (vgl. Abschnitt 4.3.1), in der Vertreter des "klassischen Universalismus" für eine umfassende Gesundheitsversorgung

ograniczona. W związku z tym rzeczywisty koszt leczenia był stosunkowo niski. W rezultacie zarówno pacjenci, jak i pracownicy służby zdrowia byli niezadowoleni z takiego systemu" (Wojtyła 1992).

¹⁸"Mówiąc po prostu, coraz częściej o dostępie do świadczeń decydują znajomości albo pieniądze" (Balicki 1995).

für alle plädieren, während Vertreter des Begrenzungsdiskurses eine Zweiteilung des Gesundheitswesens in eine staatlich finanzierte Basis- und eine privat finanzierte Zusatzversorgung fordern. In der polnischen Debatte berufen sich die Anhänger einer umfassenden Vollversorgung vor allem auf die eigene Verfassung und die "sozialen Errungenschaften" (Żochowski 1995c).¹⁹ Wenn sie sich in ihrer Argumentation gegen die geforderte Zweiteilung der Gesundheitsversorgung auf den globalen Diskurs beziehen, dann auf die WHO-Strategie "Gesundheit für alle", die sie egalitaristisch auslegen (siehe oben).

Was bei der Rezeption des Begrenzungsdiskurses auffällt, ist, dass hier nur die abstrakte Idee übernommen wird, dass der Staat begrenzte Möglichkeiten habe und deswegen nur eine begrenzte Gesundheitsversorgung anbieten könne. Von einer Gesundheitspolitik nach dem Nützlichkeitskalkül, wie sie etwa im Weltentwicklungsbericht der Weltbank von 1993 gefordert wird (World Bank 1993; vgl. Abschnitt 4.3.1) ist in der polnischen Gesundheitsreformdebatte keine Spur. Die Verfechter einer umfangreichen Gesundheitsversorgung haben zu diesem Zeitpunkt allem Anschein nach eine relativ starke Position, die zwar nicht dafür ausreicht, um eine Begrenzung der staatlich garantierten Leistungen zu verhindern, aber immerhin dafür ausreicht, dass der ausgehandelte Kompromiss vorerst alles beim Alten lässt. In den ersten Entwürfen und Diskussionen zu einem staatlich garantierten Leistungskatalog wird nämlich nicht gewagt, die sozialen Errungenschaften im Gesundheitswesen wesentlich zu beschränken. Aus der staatlichen Garantie werden lediglich nicht-medizinische Leistungen wie Hotelleistungen oder Schönheitsoperationen ausgegliedert. Dabei wird ausdrücklich beteuert, dass der gesetzlich garantierte Leistungskatalog im Grunde alle Leistungen umfasst, die den Bürgern ohnehin schon immer zustanden: "Wie ich sagte, ist das praktisch der gleiche Umfang an Leistungen, der aktuell zusteht" (Żochowski 1995c).²⁰

Eine Umkehrung der Deutungshoheit setzt sich erst Mitte der 2000er Jahre durch, als das Thema der Verschuldung der polnischen Gesundheitsbetriebe immer dominanter wird. Die in den gesamten 1990er Jahren diskutierte

¹⁹"uprawnien już nabytych przez większość społeczeństwa" (Żochowski 1995c).

²⁰"Jest to, jak mówiłem, praktycznie ten sam zakres świadczeń, który przysługuje obecnie" (Żochowski 1995c).

Begrenzung der staatlich garantierten Leistungen, die als eine Begrenzung des Rechts auf Gesundheit abgelehnt wurde, ist plötzlich kein Thema mehr. Die verfassungsrechtliche Verantwortung des Staates wird nicht mehr als die Pflicht gedeutet, eine kostenlose Vollversorgung für alle sicherzustellen, sondern als die Pflicht, die begrenzten Mittel zu priorisieren und für Transparenz zu sorgen:

Wie Feuer fürchten Sie das zentrale Problem, das Problem der verfassungsrechtlichen Verantwortung für die Gesundheit der Polen. Lest endlich Art. 68 der Verfassung und sagt den Bürgern, wie Ihr das Geld aus ihren Pflichtbeiträgen zur Gesundheitsversicherung verwenden wollt. Sagt den Bürgern endlich, was wir, der polnische Staat, was sich diese Regierung leisten kann. Scheinbar hat diese Regierung weder die Idee noch den Mut, das zu sagen. [...] ...aber ohne eine klare Festlegung dessen, wie die öffentlichen Mittel für Gesundheit verwendet werden sollen und was sie in erster Linie gewährleisten sollen, werden wir vor dem Problem der Verschuldung nicht flüchten können (Piecha 2003).²¹

Diese Umdeutung wird schließlich mit einem Urteil des Polnischen Verfassungsgerichts von 2004 besiegelt, das im Spiegel der Parlamentsdebatten besagt, "dass jeder Bürger den Leistungsumfang, der ihm zusteht sowie die Bedingungen, zu welchen er ihn erhalten kann, kennen muss" (Czakański 2004; ähnlich Polnisches Verfassungsgericht 2003).²² Damit wird klar gesagt, dass das Recht auf Gesundheit zwar weiterhin für alle Bürger gelte, jedoch nicht

²¹"Jak ognia boicie się państwo podejsia do problemu głównego, do problemu wzięcia odpowiedzialności konstytucyjnej za zdrowie Polaków. Przeczytajcie wreszcie art. 68 konstytucji i powiedzcie obywatelom, jak rozdysponujecie ich pieniądze pochodzące z obowiązkowej dzisiaj składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Powiedzcie wreszcie tym obywatelom na co nas, państwo polskie, na co ten rząd stać. Ten rząd widocznie nie ma żadnego pomysłu ani odwagi, żeby to powiedzieć. [...], ale bez jasnego określenia, jak środek publiczny ma być wydatkowany na nasze zdrowie i co w pierwszej kolejności ma zapewnić od żadnego problemu zadłużenia nie uciekniemy" (Piecha 2003).

²²"[...] każdy obywatel musi znać przysługujący mu zakres świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki i zasady, na jakich może je otrzymać" (Czakański 2004).

mehr für alle nachgefragten Gesundheitsleistungen - eine "begrenzte Gesundheit für alle" also, wie sie im globalen Diskurs das WHO-Konzept des "Neuen Universalismus" vorschlägt (vgl. Abschnitt 4.3.2).

Die WHO-Definition von Gesundheit als Wohlbefinden

Die Weltgesundheitsorganisation hat Gesundheit als Zustand des vollen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens definiert und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen. Wir appellieren daher ganz stark an die Regierung der Bürgerplattform und PSL: in Zeiten niedriger Renten sowie angesichts eines essentiellen Bedarfs dieser Bevölkerungsgruppe [Rentenempfänger, Anm. d. Verf.] für Gesundheitsleistungen solltet ihr endlich aufhören, unvernünftige Slogans von ihrem vermeintlichen Missbrauch der ärztlichen Hilfe zu verkünden. Es reicht, die Gesundheitsdefinition zu betrachten. Und hört auf, in ihre leeren Taschen zu greifen. Der Zugang zu Gesundheit für alle Patienten rettet nicht nur Leben, sondern ist in der Regel auch langfristig billiger fürs Staatsbudget (Hoc 2008).²³

Es ist sehr interessant, wie die WHO-Definition von Gesundheit als Wohlbefinden in den Gesundheitsreformdebatten zur Verteidigung der Bevölkerung instrumentalisiert wird. Im polnischen Reformdiskurs formiert sich nämlich ein Diskursstrang, der die Schuld für die wachsenden Schulden des polnischen Gesundheitswesens unter anderem bei den Senioren, Emeritierten und Rentenempfängern sucht, die die kostenlosen Gesundheitsleistungen vermeintlich über Maß nutzen bzw. missbrauchen würden. In der amerikanischen Literatur

²³"Światowa Organizacja Zdrowia określiła zdrowie jako stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby czy zniechęcenia. Jest więc gorący apel do rządu Platformy Obywatelskiej i PSL-u: w dobie niskich emerytur i rent oraz znacznego zapotrzebowania na usługi zdrowotne tej grupy ludzi przestańcie uporczywie głosić nieroztropne hasła o rzekomym nadużywaniu przez nich pomocy lekarskiej. Wystarczy spojrzeć na definicję zdrowia. Przestańcie też sięgać do ich dość płytkiej, jak dotąd, kieszeni. Umożliwienie każdemu pacjentowi dostępu do służby zdrowia niejednokrotnie nie tylko ratuje życie, ale z reguły jest na dłuższą metę tańsze dla budżetu państwa" (Hoc 2008).

wird diese Diskursstrategie als “victim-blaming” bezeichnet (Crawford 1977). Gegen diese Beschuldigungsrhetorik entsteht ein Widerstand, der in seiner Argumentation eben auf die WHO-Definition von Gesundheit zurückgreift. Wenn Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit bedeute, dann könne auch bei den zahlreichen Arztbesuchen der älteren Menschen nicht die Rede von Missbrauch sein.

Soziale Determinanten der Gesundheit und multisektorale Gesundheitspolitik

Heute sind wir uns des Gesundheitszustands der Gesellschaft und der Gefahren für die Gesundheit, die aus unterschiedlichen Quellen stammen, voll bewusst und wir haben das Wissen über die Ursachen dieses Zustands [...] (Ejsmont 1991: 142).²⁴

Das “neue Wissen”, von dem im Ankerzitat die Rede ist und das die gesundheitspolitische Wissensordnung des post-kommunistischen Polens Anfang der 1990er Jahre zu revolutionieren scheint, ist das Konzept von den sozialen Determinanten der Gesundheit, das in Polen gern auf eine modifizierte Version des Vier-Felder-Schemas des kanadischen Gesundheitsministers Marc Lalonde reduziert wird. In der polnischen Rezeption dieses Konzepts wird bereits Anfang der 1990er Jahre eine generalisierte Quantifizierung der Gesundheitsfaktoren vorgenommen,²⁵ die dem Einfluss des Gesundheitswesens auf die Gesundheit der Polen eine vergleichsweise geringe Bedeutung beimisst und dafür die Lebensstile sehr stark herausstellt - ein Deutungsmuster, das sich im gesamten Untersuchungszeitraum beobachten lässt, wie die folgenden zwei Zitate von 1991 und 2008 veranschaulichen:

²⁴“Dzisiaj ma[my] pełną świadomość stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowotnych płynących z różnych źródeł oraz posiada[my] wiedzę na temat przyczyn takiego stanu rzeczy [...]“ (Ejsmont 1991: 142).

²⁵Laut Wysocki und Miller sieht Lalonde selbst keine generalisierte Quantifizierung seines Feldkonzepts vor. Eine Quantifizierung führt er lediglich für den Fall der Verkehrsunfälle durch (vgl. Wysocki und Miller 2004: 147).

Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung nur zu einem geringen Anteil von dem Gesundheitsdienst allein abhängt, lediglich zu etwa 20 [Prozent], [...]. Zu großen Teilen entscheidet darüber die Gesellschaft, der Lebensstil der Gesellschaft, der gesunde, und auch andere Ressorts, nicht nur das Gesundheitsressort, bestimmte Ministerien - Industrie, Transport, Kultur, Bildung etc. (Kowal 1991: 146).²⁶

In diesem Zitat von 1991 wird dem Gesundheitswesen circa 20 Prozent Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zugeschrieben. Den wesentlichen Anteil daran hätten die Lebensstile. Aus einem Zitat von 2008 erfahren wir, dass diese zu circa 50 Prozent für die Gesundheit des Einzelnen verantwortlich seien:

Die Experten haben schon längst nachgewiesen, dass über 50 [Prozent] des Einflusses auf den Gesundheitszustand der Gesellschaft aus den pro-gesundheitlichen Lebensstilen rühren, 25 [Prozent] auf den Umweltschutz, einige Prozent auf andere Faktoren und nur 15 [Prozent] auf den Zustand des Gesundheitsdienstes zurückzuführen sind (Wojtas 2008).²⁷

Auch in der Zeit dazwischen gelten ähnliche Zahlen. Im Nationalen Gesundheitsprogramm für die Jahre 1996 - 2005 wird festgeschrieben, dass der individuelle Gesundheitszustand in Polen zu circa 50 bis 60 Prozent von den Lebensstilen, zu circa 20 Prozent von Umweltfaktoren, zu circa 20 Prozent von der Veranlagung und zu dem verbleibenden Anteil vom Gesundheitssystem abhängen (vgl. Wysocki und Miller 2004: 147). Diese Zahlen werden an sich

²⁶„Chcę zwrócić uwagę, że stan zdrowia społeczeństwa niewiele zależy od samej służby zdrowia, tylko w granicach do 20 [procent], [...]. W dużej mierze decyduje właśnie o tym samo społeczeństwo, zachowanie tego społeczeństwa, prozdrowotne, również inne resorty, nie tylko resort służby zdrowia, poszczególne ministerstwa - przemysłu, transportu, kultury, edukacji narodowej itd.“ (Kowal 1991: 146).

²⁷„Eksperci już dawno udowodnili, że ponad 50 [procent] wpływu na stan zdrowia społeczeństwa mają przede wszystkim zachowania prozdrowotne, 25 [procent] ochrona środowiska, kilka procent inne czynniki, a tylko 15 [procent] stan służby zdrowia. [...]“ (Wojtas 2008).

zwar an keiner Stelle hinterfragt. Viele Aussagen sprechen jedoch dafür, dass dieses Bild der polnischen Realität nicht von allen Diskursteilnehmern geteilt wird. Insbesondere für zwei Gruppen - die Kriegsinvaliden und die Bauern - wird die Lebensstil-These abgelehnt. Diese beiden Bevölkerungsgruppen hätten ihre Gesundheit nicht durch ihre Lebensstile eingebüßt, sondern weil sie "einst um die Unabhängigkeit kämpften oder beim Bund dienten" (Kopczyk 1996)²⁸ bzw. weil sie "eine Arbeit vom Morgengrauen bis in die Nacht hinein, ohne Sonn- und Feiertage, freie Samstage, Krankmeldungen und Urlaube" verrichteten (Choryngiewicz 1996).²⁹

Auch die aus dem Lebensstil-Konzept abgeleitete Forderung nach einer Politik, die gesunde Lebensstile "erzwingt" (Wojtas 2008), genießt keine allgemeine Zustimmung. So antwortet Gesundheitsminister Maksymowicz Ende der 1990er Jahre auf die ständigen Forderungen nach mehr Gesundheitsförderung und Prävention damit, dass das polnische Gesundheitswesen noch nicht in der Phase angekommen sei, in der es sich nur noch um Prävention kümmern könne und Verbesserungen des Gesundheitswesens kein Thema mehr seien. Im Vergleich zu anderen Ländern habe der polnische Gesundheitsdienst deutlich weniger Geld und weise auch weniger Effizienz auf. In Polen sei es noch notwendig, die therapeutische medizinische Versorgung zu verbessern. Prävention komme erst danach:

Was die Aussage des Abgeordneten Puzyna betrifft, so möchte ich ein wenig Polemik einführen. Es gab die Feststellung, dass wir als Regierung zu viel Augenmerk auf die therapeutische Medizin legen und es ein Mythos sei, dass gerade die therapeutische Medizin ausschlaggebend sei. Ich würde mich damit nicht einverstanden erklären. Die therapeutische Medizin befindet sich in Polen weiterhin im Mangel und man kann schlecht fordern, die Mittel nur für Präventionsmaßnahmen zu verwenden. Es wurde das Verhältnis zwischen den Gesundheitsausgaben und den Effekten herausgestellt und dass man das verbessern müsse. Man

²⁸"...kiedyś walczyli o niepodległość albo służyli w wojsku i z tego tytułu utracili zdrowie" (Kopczyk 1996).

²⁹"...bez niedziel i świąt, wolnych sobót, zwolnień chorobowych i urlopów, codzienną od świtu do nocy pracę" (Choryngiewicz 1996).

muss sich bewusst machen, dass - in der Tat - verbessert werden muss, so gut es geht, damit die Effizienz noch größer wird, aber eine so hohe Effizienz wie sie in der Welt vorzufinden ist, haben wir zweifellos selten, weil wir gegenwärtig zwanzig Mal so wenige Mittel zur Verfügung haben.[...] Daher lässt sich schlecht sagen, dass wir in einer Phase sind, in der die therapeutische Medizin in Polen erledigt ist und wir uns jetzt nur noch mit der Präventionsmedizin beschäftigen (Maksymowicz 1998a).³⁰

Prävention sei zwar ehrenwert, so auch eine Abgeordnete der *Liga der Polnischen Familien* Anfang der 2000er Jahre, aber wirkliches Ziel der Gesundheitspolitik sollte der Zugang zu Gesundheitsleistungen, Arzneimitteln, Kliniken, Rehabilitationen und Kuraufenthalten sein - eine Deutung der gesundheitspolitischen Ziele, die der von Sidorowicz geradezu diametral entgegengesetzt ist (vgl. Sidorowicz 1991 und Reflexion dazu in Abschnitt 7.1):

Die Präventionsziele [...] sind ehrenhaft, doch faktisches Ziel sollte vor allem anderen die Gewährleistung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und Arzneimitteln, zu Krankenhäusern, Rehabilitationen und Kuraufenthalten sein [...] (Krupa 2002).³¹

Eine etwas anders geartete Kritik der parteiübergreifend geforderten Lebensstil-Politik finden wir zum Ende des Untersuchungszeitraums insofern,

³⁰„Co do wypowiedzi posła Puzyny chciałbym wprowadzić trochę polemiki. Było stwierdzenie, że my jako rząd za bardzo kładziemy nacisk na medycynę naprawczą i że to mity, że właśnie naprawcza medycyna jest znacząca. Ja bym się nie zgodził z tą opinią. Medycyna naprawcza w Polsce jest nadal w niedostatku i trudno powiedzieć, że można przesunąć środki tylko na profilaktykę. Zwracano uwagę na stosunek: nakłady a efekty, że to trzeba poprawić. Trzeba sobie zdawać sprawę, że owszem, trzeba poprawiać, jak najbardziej się da, żeby efektywność była jeszcze większa, ale niewątpliwie rzadko mamy tak wysoką efektywność jak spotykana na świecie ze względu na to, że w tej chwili posiadamy środki dwudziestokrotnie mniejsze. [...] W związku z tym trudno powiedzieć, że jesteśmy na takim etapie, że medycyna naprawcza w Polsce jest już sprawą załatwioną, a teraz zajmujemy się tylko medycyną profilaktyczną” (Maksymowicz 1998a).

³¹„Chwalebne są cele profilaktyczne [...], jednak rzeczywistym celem powinno być zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych i leków, hospitalizacji, rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego, [...]” (Krupa 2002).

als das Menschenbild entlarvt wird, das diesem Postulat implizit zugrunde liegt. Die Forderung nach einer Politik, die gesunde Lebensstile finanziell fördere und damit Krankheit sanktioniere, wird hier als skandalös bewertet, da sie von einer im Grunde jungen und gesunden Gesellschaft ausgehe und darüber hinwegsehe, dass die polnische Gesellschaft auch aus einer älteren Generation bestehe, die stärker krankheitsanfällig sei und durch solche Maßnahmen wie Zuzahlungen angemessener Therapiestandards beraubt werde:

Nach der Lektüre [...] lässt sich unschwer erkennen, dass keines der Gesetzesprojekte die gesellschaftlichen Erwartungen erfüllt. Mich persönlich hat die Aussage des Abgeordneten Aleksander Sopiński von der PSL [Bauernpartei, Anm. d. Verf.] beunruhigt, der irgendwann meinte, dass die Gesellschaft, insbesondere die jüngeren Jahrgänge auf ein Angebot des Staates warten, sowie die Aussage der Abgeordneten Małecka-Libera von der Bürgerplattform, die in ihrem Auftritt sagte, dass wir den Aufbau des neuen Gesundheitssystems auf einer Gesellschaft aufbauen sollten, die sich selbst bewusst gesund hält, und dass wir dieses Bewusstsein durch Zuzahlungen aufrecht erhalten. Das sind skandalöse Aussagen. Herr Abgeordneter Sopiński hat vergessen, dass unsere Gesellschaft auch aus älteren Jahrgängen besteht und dass gerade die ältere Generation auf ein Angebot des Staates wartet... [...]...weil sie stärker krankheitsanfällig ist. Frau Małecka-Libera wiederum nimmt den armen Menschen, hauptsächlich den Emeritierten und den Rentnern, adäquate Therapiestandards weg (Maciejewski 2008).³²

³²Po lekturze, [...] nie jest trudno stwierdzić, że żaden z przedstawionych projektów nie spełnia oczekiwań społecznych. Mnie osobiście zaniepokoiła wypowiedź posła Aleksandra Sopińskiego z PSL, który w pewnym momencie stwierdził, że nasze społeczeństwo, zwłaszcza młodsze roczniki oczekują na ofertę od państwa, oraz wypowiedź pani poseł Małeckiej-Libery z Platformy Obywatelskiej, która w swoim wystąpieniu powiedziała, że budowanie systemu opieki zdrowotnej powinniśmy opierać na społeczeństwie świadomie leczącym się, a tę świadomość podnosimy przez dodatkowe opłaty za leczenie. To są skandaliczne stwierdzenia. Pan poseł Aleksander Sopiński zapomniał, że nasze społeczeństwo składa się również ze starszych roczni-

7.1.2 "Alle für Gesundheit"

Um die oben aufgezeigten Ziele zu erreichen, ist es notwendig, die Grenzen der Verantwortung des Staates für die Realisierung des Bürgerrechts auf Gesundheit festzulegen, die Grenzen der Verantwortung der Selbstverwaltung, des medizinischen Personals, d.h. des Gesundheitsdienstes, und der Bürger selbst. Die Grenzen der gegenseitigen Verpflichtungen sollte ein Gesellschaftsvertrag festlegen (Sidorowicz 1991: 24).³³

Unter "Alle für Gesundheit" wird in der vorliegenden Arbeit die Diskursstrategie des globalen Felds der Gesundheit gefasst, die die Gesundheitsverantwortung nicht mehr allein beim Staat verortet sieht, sondern auf eine umfassende - horizontale und vertikale - Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung abzielt. Diskursiv hervorgegangen ist die Strategie aus dem Begrenzungsdiskurs der Gesundheitsökonomien der 1980er und 1990er Jahre. Bereits Ende der 1990er Jahre ist jedoch eine Akzentverschiebung zu beobachten, in dem Sinne, dass der Staat nicht mehr Gegenstand der Kritik, sondern Objekt einer *aufwertenden* Umdeutung ist. Seine neue Rolle soll die des "stewards" sein, der die entstehenden marktförmig organisierten Gesundheitsnetzwerke steuern soll. Unterstützt wird er sowohl "von unten", von der lokalen Gemeinschaft und nationalen Gesellschaft, sowie "von oben", von der "global governance". Auch wenn erst deutlich später von einem "Alle für Gesundheit" gesprochen wird, so werden mit dem Weltgesundheitsbericht 2000 die diskursiven Weichen dafür gestellt, dass die ursprünglich stark kritisier-

ków i to właśnie te roczniki oczekują na ofertę od państwa...[...]...ponieważ bardziej narażone są na choroby. Natomiast pani poseł Małecka-Libera pozbawia ludzi biednych, głównie emerytów i rencistów, właściwych standardów leczenia" (Maciejewski 2008).

³³"Dla osiągnięcia wskazanych wyżej celów konieczne jest ustalenie granic odpowiedzialności państwa za stwarzanie warunków realizacji prawa obywatela do zdrowia, odpowiedzialności władzy samorządowej, odpowiedzialności pracowników medycznych, czyli służby zdrowia, i odpowiedzialności samych obywateli. Granice wzajemnych zobowiązań powinna wyznaczać umowa społeczna w sprawach ochrony zdrowia" (Sidorowicz 1991: 24).

te Begrenzungsstrategie in diesem neuen Gewand allgemeine Zustimmung erfährt (vgl. Abschnitt 4.3).

Die Frage, inwieweit sich in Polen die Strategie "Alle für Gesundheit" durchsetzt, wird anhand der Debatten zur Rolle des Staates, der Zivilgesellschaft und des Marktes analysiert. Eine solche Fokussierung ist methodisch notwendig, um den umfassenden Textkorpus für eine qualitative Inhaltsanalyse handhabbar zu machen.

Bilder des Staates: Von der Staatsphobie zur Wiederaufwertung des Staates

Wie aus dem in Abschnitt 6.3 skizzierten Verlauf der polnischen Gesundheitsreformdebatte hervorgeht, ist die erste Dekade der Reformen durch das Bestreben gekennzeichnet, einen umfangreichen Rückzug des Staates aus der Gesundheitsversorgung zu erwirken. Die vehemente Ablehnung sowohl einer staatlichen Budgetfinanzierung als auch eines zentralistisch organisierten Versicherungssystems basiert in dieser Zeit auf zwei diametral entgegengesetzten Bildern des Staates. Beiträge, die von der kommunistischen Erfahrung ausgehen, konstruieren das Bild eines starken Staates, der für die Zukunft des polnischen Gesundheitssystems unerwünscht sei. In diesem Diskurs der "Staatsphobie" (Foucault 2000) wird der Staat mit einer "omnipotenten Institution" (Dmochowska 1995) gleichgesetzt, die für Abhängigkeit stehe und Entmündigung hervorrufe:

Den Versicherten, also den potentiellen Patienten, fällt es heute angesichts des öffentlichen Monopols, das heißt der kostenlosen Gesundheitsversorgung, ungemein schwer, ihre Rechte einzufordern. Die Menschen haben Angst davor, sich der omnipotenten Institution auszuliefern, in der Sorge, dass sie dadurch schlechter behandelt werden, und deshalb sagen sie nichts gegen die fatale Organisation, die Vernachlässigung ihrer Meinung, ihrer Würde und ihrer Bedürfnisse (Ebd.).³⁴

³⁴"Ubezpieczonym, czyli potencjalnym pacjentom jest dziś niezmiernie trudno w sytuacji monopolu publicznej, a więc bezpłatnej służby zdrowia egzekwować należne

Von den Gesundheitsreformen erhofft man sich in diesem Deutungsmuster eine Unabhängigkeit vom Staatsbudget und von der Staatsverwaltung sowie eine "Rückkehr zur Selbstverwaltung" (Garsztecki 2009). Beides soll in einem Krankenkassensystem gewährleistet sein:

Die Krankenkassen sind unabhängig vom Staatsbudget, politischen Einflüssen sowie finanziellen Krisen. Die Krankenkassen - als selbstverwaltete Institutionen - sind darüber hinaus unabhängig von der Staatsverwaltung (Włodarczak 1995).³⁵

Während dieses Deutungsmuster der "Staatsphobie" (Foucault 2000) deutliche Parallelen zum Metadiskurs der *Solidarność*-Bewegung aufweist, indem es die "Unabhängigkeit" vom Staat und die "Rückkehr zur Selbstverwaltung" betont (vgl. Abschnitt 6.2.1), lässt sich in der polnischen Reformdebatte ein zweites Deutungsmuster rekonstruieren, das eine gewisse Parallelität zum globalen Begrenzungsdiskurs (Abschnitte 4.3.1 und 4.3.2) aufweist. Hier wird der Staat als grundsätzlich wohlwollend, in seinen finanziellen Möglichkeiten jedoch begrenzt, konstruiert: "Jeder Staat ist bemüht, seinen Bürgern einen allgemeinen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewährleisten" (Horoszkiewicz 1991: 112).³⁶ "[D]ie wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und der schnelle Fortschritt medizinischer Technologien, zu denen es vor allem aufgrund der begrenzten Finanzmittel immer schwieriger ist, den Zugang zu gewährleisten" (Błońska-Fajfrowska 2004)³⁷ stellen alle Ge-

im prawa. Ludzie boją się narażać wszechwładnej instytucji w obawie, że zostaną przez to gorzej jeszcze potraktowani i dlatego godzą się na fatalną organizację, nie liczenie się z ich opinią, godnością i potrzebami (Dmochowska 1995).

³⁵"Kasy chorych [...] są niezależne od budżetu państwa, wpływów politycznych oraz kryzysów finansów publicznych. Kasy chorych, jako instytucje samorządne, są również niezależne od administracji państwowej" (Włodarczak 1995).

³⁶"Każde państwo stara się zapewnić swoim obywatelom powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych" (Horoszkiewicz 1991: 112).

³⁷"Przedstawiony Wysokiej Izbie projekt [...] wprowadza nowe rozwiązania mające na celu sprostanie wymogom, jakie obecnie stawiają przed każdym systemem ochrony zdrowia takie zjawiska, jak wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i szybki rozwój drogich technologii medycznych, do których coraz trudniej zapewnić odpowiedni dostęp przede wszystkim ze względu na ograniczone środki finansowe" (Błońska-Fajfrowska 2004).

sundheitssysteme weltweit vor große Herausforderungen. Für den polnischen Staat gelingt es in diesem Deutungsmuster der "Begrenzten Möglichkeiten des Staates", das Bild von einem "Zusammenbruch der öffentlichen Finanzen" (Seferowicz 1992)³⁸ und später immerhin noch das Bild von einer "schwierigen finanziellen Lage" (Żochowski 1995d)³⁹ zu konstruieren, das die gesundheitspolitische Schlussfolgerung ermöglicht:

In einem Staat, dem Gelder fehlen, kann es keine kostspielige Verwaltung, teure Gesundheitsleistungen oder eine kostenlose Deckung aller Gesundheitsbedürfnisse geben (Kwietniewska 1991: 37).⁴⁰

Und so verbünden sich die zwei in ihrem Kern konträren Bilder des Staates, die auch aus unterschiedlichen Diskursen stammen, zu einer Politikstrategie, die es in den 1990er Jahren ermöglicht, ein dezentralisiertes Versicherungssystem einzuführen, das staatliche Einflüsse in der Gesundheitsversorgung stark marginalisiert.

Obwohl es in diesem Fall tatsächlich möglich ist, relativ klar zwischen einem "eigenen" und einem "externen" diskursiven Einfluss zu unterscheiden, ist auch im "eigenen" Diskurs ein gewisser Einfluss der Weltkultur am Werk. Für die realpolitische Umsetzung der "Rückkehr zur Selbstverwaltung" (Garsztecki 2009) orientiert sich das Diskurslager der "Staatsphobie" an dem deutschen Krankenkassenmodell (vgl. Abschnitt 6.3.1).

Gegen die starke Delegitimierung des Staates, die mit den obigen Bildern des Staates einhergeht, formiert sich ein drittes Deutungsmuster, das den Staat zum "Garanten der gesundheitlichen Sicherheit" der Bürger konstruiert und einen dieser Rolle entsprechenden Handlungsspielraum in der Gesundheitsversorgung fordert:

³⁸"sytuacj[a] załamywania się finansów publicznych" (Seferowicz 1992)

³⁹"trudn[e] warunk[i] finansow[e]" (Żochowski 1995d)

⁴⁰"..., w państwie, w którym brakuje środków, nie może być kosztownej administracji, kosztownych świadczeń ani pełnego bezpłatnego pokrycia wszystkich potrzeb zdrowotnych" (Kwietniewska 1991: 37).

Ich stelle die Rolle, die die Kassen in der Vergesellschaftung der Gesundheitsverantwortung spielen werden, nicht in Frage, aber es sollte auch ein Handlungsspielraum für den Staat übrig bleiben, der es ihm ermöglicht, der staatlichen Garantie für die gesundheitliche Sicherheit der Bürger nachzukommen (Szkop 1995).⁴¹

Das Zusammenspiel dieser drei Deutungsmuster (vgl. Tabelle 7.1), die sowohl "eigene" als auch "externe" Einflüsse erkennen lassen, führt Ende der 1990er Jahre dazu, dass ein Versicherungssystem eingeführt wird, jedoch auch "[n]ach Einführung des Versicherungssystems [...] einige Aufgaben in der Hand des Staates [bleiben] und [...] aus dem Staatsbudget finanziert werden" (Knysok 1998).⁴²

Deutungsmuster	Bild des Staates	Politisches Ziel
Staatsphobie	omnipotenter Staat	Entstaatlichung
Grenzen des Staates	schwacher Staat	Entstaatlichung
Garant gesundheitlicher Sicherheit	verantwortungsbewusster Staat	Festhalten am Staat

Tabelle 7.1: Deutungsmuster des Staates. Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Dieser Kompromiss wird dem neu eingeführten Versicherungssystem jedoch sehr bald nach seiner Einführung zum Verhängnis. Als 2002 der Gesetzesvorschlag kommt, das Krankenkassensystem abzuschaffen und stattdessen einen Nationalen Gesundheitsfonds einzurichten (vgl. Abschnitt 6.3.2), erfolgt die Delegitimierung des bestehenden Modells unter anderem mit Verweis auf seinen "originellen" Charakter, der "nirgendwo sonst in der zivilisierten Welt" vorzufinden sei:

⁴¹"Nie kwestionuję roli, jaką odegrają kasy w społecznieniu troski o zdrowie, ale powinno pozostać pole do spełnienia gwarancji państwa dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli" (Szkop 1995).

⁴²"[p]o wprowadzeniu ubezpieczeń zdrowotnych niektóre zadania nadal pozostaną obowiązkiem państwa i [będą finansowane] z budżetu państwa" (Knysok 1998).

Das gegenwärtige Gesundheitssystem Polens ist schwer zu klassifizieren. Eines ist sicher: Es ist ein überaus originelles System. Man kann es als ein chaotisches parabudgetäres-paraselbstverwaltetes System beschreiben. Eine eigensinnige Mischung; die Funktion des Zahlers wurde teilweise aus dem deutschen Versicherungssystem abgeguckt, die Organisation des Systems wiederum teilweise aus dem britischen Budgetsystem. In der vorigen Wahlperiode wurde ein Modell geschaffen, das nirgendwo sonst in der zivilisierten Welt existiert (Podraza 2002).⁴³

Die Krise des Kassensystems bedeutet für den Staat eine bedeutende Wiederaufwertung. Die Anfang der 1990er Jahre relativ starke "Staatsphobie" hat viel von ihrer Deutungsmacht verloren. Damit öffnet sich der Diskurs erneut für die in den 1990er Jahren marginalisierten Vorschläge von einer stärkeren Rolle des Staates, so beispielsweise für den Vorschlag einer staatlichen Budgetfinanzierung:

Wir brauchen [...] einen Wandel des Denkens über das Modell der Gesundheitsversorgung. Das unfreundliche und teure Versicherungsmodell muss verworfen werden. Recht und Gerechtigkeit spricht sich konsequent für die Übernahme der Gesundheitsverantwortung der Bürger [durch den Staat, Anm. d. Verf.] aus. In der Situation Anno Domini 2002 besteht eine solche Lösung in einem budgetfinanzierten Gesundheitssystem, [...] (Piecha 2002).⁴⁴

⁴³"Obecnie funkcjonujący w Polsce system ochrony zdrowia trudno sklasyfikować. Jedno jest pewne: jest to system nad wyraz oryginalny. Można go określić jako chaotyczny system parabudżetowo-parasamorządowy. To swoista mieszanka; funkcja płatnika została zaczerpnięta z części niemieckiego systemu ubezpieczeniowego, zaś organizacja systemu - z części brytyjskiego systemu budżetowego. W poprzedniej kadencji Sejmu stworzono model niewystępujący nigdzie w cywilizowanym świecie" (Podraza 2002).

⁴⁴"Potrzeba nam [...] zmiany myślenia o modelu ochrony zdrowia. Należy zarzucić nieprzyjazny i drogi model ubezpieczeniowy. Prawo i Sprawiedliwość konsekwentnie opowiada się za przyjęciem odpowiedzialności za zdrowie obywateli. W sytuacji

Was sich schließlich realpolitisch durchsetzt, ist eine Zentralisierung der Krankenkassen im Nationalen Gesundheitsfonds, die damit begründet wird, dass ein solcher Schritt mit der Politik der Gesundheitssysteme weltweit im Einklang stehe und den Empfehlungen der WHO entspreche (vgl. Abschnitt 6.3.2). Mit Verweis auf andere Länder und internationale Organisationen wird also ein Politikmodell delegitimiert - das Versicherungssystem -, das paradoxerweise einem anderen Land abgesehen und mit einem Diskurs legitimiert wurde, der zumindest teilweise auf den globalen Diskurs der Gesundheitspolitik zurückgeht.

Bilder der Gesellschaft: Zwischen Subjektivierung, Aktivierung und Verarmung

Das [...] Reformprojekt sollte sich auf die Subjektivierung des Patienten und der Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes, auf die Vergesellschaftung des Gesundheitswesens und auf die Dezentralisierung stützen; [...] (Żochowski 1992).⁴⁵

Mit den Deutungskämpfen über die neue Rolle des Staates in der Gesundheitsversorgung geht auch ein Deutungskampf über die neue Rolle der Gesellschaft einher, in dem jedoch nicht nur die zukünftige Rolle der Gesellschaft in der Gesundheitsversorgung verhandelt, sondern auch das Bild der alten - kommunistischen - Gesellschaft mitkonstruiert wird. Vereinfacht gesagt korrespondieren mit den drei oben konstruierten Bildern des Staates entsprechende Bilder der Gesellschaft (vgl. Tabelle 7.2). Das Deutungsmuster der "Staatsphobie", das mit einem starken Demokratisierungspostulat einhergeht, konstruiert das Bild der "selbstbestimmten Gesellschaft". Das Deutungsmuster der "Grenzen des Staates", das vor allem eine stärkere finanzielle Eigenverantwortung der Bürger fordert, konstruiert das Bild einer "aktivierungsbe-

Anno Domini 2002 takim rozwiązaniem jest budżetowy system zdrowia, [...]" (Piecha 2002).

⁴⁵"Tak rozumiany projekt reformy winien być oparty na upodmiotowieniu pacjenta i pracownika służby zdrowia, uspołecznieniu systemu opieki zdrowotnej i decentralizacji" (Żochowski 1992).

dürftigen Gesellschaft". Das Deutungsmuster des Staates als "Garant gesundheitlicher Sicherheit", das die zentrale Gesundheitsverantwortung beim Staat verortet, konstruiert das Bild von einer "verarmten Gesellschaft", das sich sowohl der Aktivierungs- als auch der Subjektivierungsrhetorik der ersten beiden Deutungsmuster entgegensetzt.

Deutungsmuster des Staates	Deutungsmuster der Gesellschaft	Politisches Ziel
Staatsphobie	selbstbestimmte Gesellschaft	Vergesellschaftung/ Demokratisierung
Grenzen des Staates	aktivierungsbedürftige Gesellschaft	Aktivierung/ Individualisierung
Garant gesundheitlicher Sicherheit	verarmte Gesellschaft Gesellschaft	Verstaatlichung

Tabelle 7.2: Deutungsmuster der Gesellschaft. Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Das Anfang der 1990er Jahre relativ mächtige Deutungsmuster der "Staatsphobie", in dem ein radikaler Rückzug des Staates gefordert wird, sieht die zukünftige Hauptrolle in der Gesundheitsversorgung in den Händen der Gesellschaft. Die Einführung einer Allgemeinen Gesundheitsversicherung genießt in dieser Zeit gerade deswegen eine so große Popularität, weil es Anfang der 1990er Jahre gelingt, diese als Inbegriff der "Vergesellschaftung" zu konstruieren:

[Das Versicherungsprojekt, M.R.] übergibt die Verantwortung für das Gesundheitswesen und die Gesundheit der Gesellschaft in die Hände dieser Gesellschaft (Trawicki 1995).⁴⁶

⁴⁶"Troskę o ochronę zdrowia i zdrowie społeczeństwa oddaje w ręce tego społeczeństwa" (Trawicki 1995).

Mit der "Vergesellschaftung" der Gesundheitsversorgung soll auch das "Subjektsein" des Patienten wiederhergestellt werden,⁴⁷ der im alten System zum "Bittsteller" (Dmochowska 1995) degradiert wurde. Von der Gesundheitspolitik der Zukunft wird erwartet,

[...], dass er [der Patient, Anm. d. Verf.] als Subjekt den Leistungsanbieter wählt, aber auch den Versicherer, der in seinem Namen die Gesundheitsleistungen aufkauft. [...] [W]ichtig ist, dass das Geld dem Patienten folgt, damit die guten Einrichtungen verdienen, die sich durch ihre Fachlichkeit, Qualität und Patientenfreundlichkeit auszeichnen, in denen es keine Unehrllichkeit gibt (Radziszewska 2004).⁴⁸

Auch das Deutungsmuster von der "aktivierungsbedürftigen Gesellschaft" schließt sich der Subjektivierungsrhetorik an. Im neuen Gesundheitssystem sollen die Patienten zu "gleichberechtigten Partnern des Systems" werden und sich in starken Konsumentenverbänden organisieren (Sidorowicz 1991), heißt es hier. Auch gegenüber dem Arzt sollen sie ermächtigt werden (Łukacijewska 2008) und zum gleichberechtigten Teilnehmer des Behandlungsprozesses avancieren (Ziętek 2008). Bisher waren sie hier Objekt, von nun an sollen sie Subjekt sein. Das trage nämlich zur schnelleren Heilung und damit auch zu niedrigeren Kosten für Patient und Staat bei (Kozłowska-Rajewicz 2008).

⁴⁷In den Zitaten wird abwechselnd von "Subjekt" ["podmiot[...]"] (Bomba 1996; Włodarczak 1995; Bomba 1995; Podraza 2002; Łukacijewska 2008; Sławiak 2008; Kozłowska-Rajewicz 2008; Sopliński 2008; Małecka-Libera 2008b; Katulski 2008), "Subjektsein" ["podmiotowość"] (Stanibuła 1996; Radziszewska 2004), "Sujektrolle" ["podmiotow[a] rol[a]"] (Łapiński 2002a) und "Subjektivierung" des Bürgers, des Patienten bzw. des Kranken ["upodmiotowienie"] (Januła 1995; Piecka 1996) gesprochen.

⁴⁸"Oczekujemy [...], podmiotowości pacjenta, tego, że to pacjent jako podmiot wybiera sobie świadczeniodawcę, ale wybiera również ubezpieczyciela, który w jego imieniu ma kupować dla niego świadczenia medyczne. [...] [W]ażne, by pieniądze szły za pacjentem, by zarabiał dobre placówki, wyróżniające się fachowością, jakością usług i przyjaznym stosunkiem do pacjenta, takie, w których nie ma nieuczciwości" (Radziszewska 2004).

Im Kern geht es in diesem Deutungsmuster jedoch weniger um Selbstbestimmung, denn um die Aktivierung einer Gesellschaft, die als passiv und daher als "Gefahr" für die neue Gesundheitspolitik konstruiert wird:

Heute stehen wir vor einer Reihe an Gefahren: Erstens, die Aufrechterhaltung einer passiven, fordernden Einstellung und die Ablehnung der Übernahme eines Teils der Gesundheitsverantwortung durch die Bürger und die lokalen Gemeinschaften (Sidorowicz 1991: 24).⁴⁹

Das Problem sei, dass "die kostenlose und an jedem Ort und zu jeder Zeit zugängliche Gesundheitsversorgung etwas Selbstverständliches war" (Choryngiewicz 1996)⁵⁰ und die Menschen daher nur ein geringes Bewusstsein für die Kosten der Gesundheitsversorgung entwickelt hatten (Ebd.). Auch der Zusammenhang zwischen einem gesunden Leben und den dadurch möglichen Ersparnissen in den Gesundheitsausgaben sei niemandem bewusst:

In der Gesellschaft hat sich das Bewusstsein dafür, dass der Schutz der Gesundheit finanzielle Effekte haben kann, dass die Pflege der eigenen Gesundheit mit konkreten Ersparnissen einhergeht, nicht entwickelt (Wojtyła 1992).⁵¹

Im alten System brauchte man sich nicht um seine Gesundheit zu kümmern, weil der Staat die Gesundheitsversorgung zahlte:

Das bisherige System erfordert auch deswegen eine Reform, weil es den Gesundheitsschutz durch die Bürger selbst nicht förderte. Es gab keine Wertschätzung für die eigene Gesundheit; die eigene

⁴⁹"Dziś stajemy przed szeregiem zagrożeń: Po pierwsze, podtrzymanie biernej, roszczeniowej postawy i odmowa przejęcia części odpowiedzialności za zdrowie przez obywateli i społeczności lokalne" (Sidorowicz 1991: 24).

⁵⁰"Opieka zdrowotna, bezpłatna i dostępna w każdym miejscu i czasie, była również czymś oczywistym" (Choryngiewicz 1996).

⁵¹"W społeczeństwie nie wykształciła się świadomość, że ochrona zdrowia może mieć skutki finansowe, że dbałość o własne zdrowie wiąże się z konkretnymi oszczędnościami (Wojtyła 1992).

Gesundheit wurde vernachlässigt, weil doch der Staat alles zahlte
(Pistelok 1995).⁵²

In der neuen gesundheitspolitischen Realität soll sich das ändern. Die Menschen sollen dazu bewogen werden, in ihre Gesundheit selbst zu investieren: "Jeder Mensch sollte selbst für seine Gesundheit sorgen" (Olszewski 1998).⁵³ Das Idealbild des neuen Patienten, auf dem die polnische Gesundheitspolitik der Zukunft aufbauen soll, beschreibt Małeck-Libera folgendermaßen:

Ich habe [...] die Hoffnung, dass wir dank der privaten Zusatzversicherungen Gesundheit endlich als das größte Gut betrachten. Damit geht die Gestaltung neuer gesundheitsförderlicher Prinzipien und Verantwortung für die eigene Gesundheit einher, sowie ein verantwortungsvoller Patient, der seine Gesundheit pflegt und bewusst an der Finanzierung seiner Behandlung teilnimmt, das ist der Bürger, auf dem wir in Zukunft das neue Gesundheitssystem bauen sollten (Małeck-Libera 2008b).⁵⁴

Gegen das Bild von der "selbstbestimmten Gesellschaft" und das geforderte Subjektsein des Patienten opponiert niemand, allerdings wird in einigen Beiträgen eine große Skepsis bezüglich der Frage sichtbar, ob sich die Gesellschaft überhaupt der Vorteile bewusst sei, die mit der neuen Gesundheitspolitik einhergehen sollen:

...[B]eunruhigend ist die Unwissenheit der Gesellschaft über die prinzipiellen Unterschiede zwischen einer Budgetfinanzierung

⁵²"Dotychczasowy system wymaga reformy również dlatego, że nie promował ochrony zdrowia przez samego obywatela. Nie było szacunku dla własnego zdrowia; lekceważono własne zdrowie, bo przecież państwo płaciło" (Pistelok 1995).

⁵³"Każdy człowiek winien sam dbać o swoje zdrowie" (Olszewski 1998).

⁵⁴"[M]am nadzieję, że właśnie dzięki tym prywatnym dodatkowym ubezpieczeniom wreszcie w naszym społeczeństwie zaczniemy mówić o zdrowiu jako o największej wartości. To kształtowanie nowych zasad prozdrowotnych, odpowiedzialności za swoje zdrowie, a odpowiedzialny pacjent, który dba o swoje zdrowie i świadomie współuczestniczy w finansowaniu swego leczenia, to właśnie taki obywatel, na jakim powinniśmy w przyszłości opierać budowany system" (Małeck-Libera 2008b).

und einem Versicherungssystem. In den Medien hat niemand den Kopf dazu, die neuen Prinzipien zu erklären [...]. Von den Personen, mit denen ich die Gelegenheit hatte, darüber zu sprechen, weiß fast niemand, worin die wesentlichen Veränderungen in der Finanzierung des Gesundheitssystems bestehen und was die Kassen der Allgemeinen Gesundheitsversicherungen sein werden. [...] Wenn sich das Wissen darüber, welche direkten Vorteile die Einführung des Versicherungssystems mit sich bringt, in der Gesellschaft nicht verbreitet, dann kann es sein, dass sich die Überzeugung durchsetzt, die neuen Lösungen hätten rein kosmetischen Charakter. So ein Bild wird nämlich gegenwärtig in den Medien lanciert [...] (Zajac 1996).⁵⁵

Ein weiterer Grund zur Skepsis gegen die Selbstbestimmungsrhetorik ist ihre Kehrseite, die in einem Mehr an finanzieller Mitverantwortung liegt:

Wir schätzen die Vorteile des Präsidentensystems [Präsidentenprojekt des Gesetzes über die Allgemeine Gesundheitsversicherung, Anm. d. Verf.] , zu denen vor allem die größere Demokratie, die Subjektivierung des Bürgers gehört, aber es hat trotz der sehr richtigen Ideen, sehr ernsthafte Nachteile, [...] auf Seiten der Subjekte, das heißt der Bürger, werden die Aufgaben im Bereich der Gesundheitsleistungen und in der Konsequenz beim Versicherungsbeitrag, erhöht (Januła 1995).⁵⁶

⁵⁵W tym kontekście niepokojący jest stan niewiedzy w społeczeństwie o zasadniczych różnicach pomiędzy budżetowym a ubezpieczeniowym systemem finansowania ochrony zdrowia. W mediach nikt nie ma głowy do objaśniania nowych zasad, [...]. Spośród osób, z którymi miałem okazję na ten temat rozmawiać, prawie nikt nie wie, na czym polegają istotne zmiany sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia i czym będą kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. [...] Jeśli w społeczeństwie nie upowszechni się wiedzy o tym, jakie bezpośrednie korzyści wynikają z wprowadzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych, może przeważać opinia oceniająca nowe rozwiązania jako zabiegi czysto kosmetyczne. Taki bowiem obraz lansuje się obecnie w mediach, [...] (Zajac 1996).

⁵⁶"Doceniamy zalety systemu prezydenckiego, którymi są przede wszystkim większa demokratyzacja wewnątrz systemu, upodmiotowienie obywatela, ale ma on

Aus der Ablehnung der finanziellen Mitbeteiligung der Bürger an ihrer Gesundheitsversorgung heraus emergiert ein Bild der polnischen Gesellschaft, das eine "verarmte Gesellschaft" skizziert. Dieses Bild verbündet sich mit der Forderung nach einem Staat, der hauptsächlich "Garant der gesundheitlichen Sicherheit" sein soll. Die Argumentation lautet hier in groben Zügen,

1. dass die finanziellen Möglichkeiten der verarmten polnischen Gesellschaft begrenzt seien,
2. dass die auf eine Erhöhung der individuellen Gesundheitsverantwortung abzielenden Zuzahlungen in der Praxis genau das Gegenteil hervorrufen würden,
3. dass die finanzielle Mitbeteiligung keine Akzeptanz in der Gesellschaft genieße, diese aber für die erfolgreiche Durchsetzung der Gesundheitsreformen notwendig sei,
4. dass die Bürger in der Praxis ohnehin schon einen sehr hohen Eigenbeitrag von ca. 40 Prozent leisten.

Ad. 1): Selbst die Befürworter der finanziellen Mitbeteiligung der Bürger heben von Anfang an hervor, dass die Bürger nicht überlastet werden dürfen:

...der polnische Bürger darf nicht plötzlich [...] mit Beiträgen zur Sozial- und Gesundheitsversicherung belastet werden, ohne dass eine entsprechende Simulation und Erfassung des Zustands und der Belastbarkeit seiner Tasche durchgeführt wird (Balicki 1992).⁵⁷

Die Gesellschaft habe geringe Einnahmen und könne das viele Geld für die neue Gesundheitspolitik nicht aufbringen. Das Argument von der verarmten Gesellschaft wird immer wieder aktiviert: Egal ob es um die Einführung

jednak, mimo bardzo słusznych idei, bardzo poważne mankamenty, [...], zwiększanie po stronie podmiotów, którymi będą obywatele, żądań dotyczących zakresu świadczeń służby zdrowia i w konsekwencji składki" (Januła 1995).

⁵⁷"...polski obywatel nie może być nagle obciążony [...] składkami na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne bez przeprowadzenia właściwej symulacji i określenia stanu i wytrzymałości kieszeni obywatela" (Balicki 1992).

und Erhöhung des Versicherungsbeitrags, der geplanten Zuzahlungen, privater Zusatzversicherungen oder auch um das Vorauszahlen von Gesundheitsleistungen geht, es wird immer wieder die Frage aufgeworfen, "wer sich das angesichts des gegenwärtigen Wohlstands der Gesellschaft [...] leisten kann" (Jurgielaniec 1998b).⁵⁸

Ad. 2): Die vermeintlich auf die Erhöhung der individuellen Gesundheitsverantwortung abzielenden Zuzahlungen hätten in der Praxis einen kontraproduktiven Effekt: Der Versuch, die polnischen Bürger mit Hilfe von Zuzahlungen zu einem gesünderen Lebensstil zu bewegen, kehre sich in der Praxis in sein Gegenteil um. 2002 heißt es, dass "36 Prozent der Kranken die Apotheke verlassen, ohne die Medikamente zu kaufen, weil sie das aus finanziellen Gründen nicht tun können" (Podraza 2002).⁵⁹ Sehr beliebt wird das Argument, dass die Zuzahlungen zu Medikamenten viele Menschen, insbesondere die Rentner, vor das Dilemma stellten: "Medikamente kaufen und verhungern oder Lebensmittel kaufen und durch Krankheit sterben" (Lepper 2002).⁶⁰ Polen bräuchte daher Lösungen, die die Menschen nicht vor die "Wahl zwischen dem Laib Brot und der Gesundheit" stellten (Błońska-Fajfrowska 2004).⁶¹ An eine gesunde Ernährung, die vielen Krankheiten vorbeugen könnte, wäre angesichts solcher Dilemmata nicht zu denken: "Die Emeritierten und die Rentner, die sich heute nicht leisten können, ihre Rezepte aufzukaufen, können sich auch nicht leisten, sich normal zu ernähren, was Ursache vieler Krankheiten ist" (Lepper 2003).⁶² Am Beispiel der Zahnheilkunde ließen sich die Anpassungsreaktionen ebenfalls sehr gut beobachten:

⁵⁸"...kogo, przy dzisiejszej zamożności społeczeństwa [...] na to stać, [...]" (Jurgielaniec 1998b).

⁵⁹"Dziś 36 [procent] chorych odchodzi od okienka aptecznego, nie wykupiwszy leku, bo nie mogą tego zrobić z przyczyn finansowych" (Podraza 2002).

⁶⁰"[...] kupić leki i umrzeć z głodu albo kupić żywność i umrzeć z powodu choroby" (Lepper 2002).

⁶¹"Spróbujmy więc wspólnie szukać rozwiązań, które nie będą stawiać emerytów i rodzin wielodzietnych w sytuacji wyborów między potrzebą zakupu bochenka chleba, a potrzebą ratowania zdrowia" (Błońska-Fajfrowska 2004).

⁶²"Emerytom i rencistom, których dzisiaj nie stać na to, żeby wykupić receptę, nie stać na to, żeby odżywiać się normalnie, co jest przyczyną wielu chorób" (Lepper 2003).

Was sagt Ihr zu den alternativen Gesundheitsleistungen, die sich die Regierung ausgedacht hat? Die Effekte der Alternative in der Zahnheilkunde kennen wir bereits nach einigen Jahren: Das "Stattdessen" zeigt sich heute darin, dass circa 80 [Prozent] der Bevölkerung Polens sich überhaupt nicht mehr behandeln lässt und die Zahnärzte für den Broterwerb in die ganze Welt hinauswandern (Stryjewski 2004).⁶³

Ad. 3): Von den finanziellen Möglichkeiten ganz abgesehen, wird darüber hinaus argumentiert, dass eine zusätzliche finanzielle Belastung keine Akzeptanz der Gesellschaft genieße. Erstens, weil die Menschen nicht das Geld hätten, und zweitens, weil sie keinen Einfluss darauf hätten, dass das zusätzliche Geld auch tatsächlich in eine bessere Gesundheitsversorgung fließe: "...[W]oher sollen sie das Geld nehmen und wer kontrolliert, dass dafür nicht eine neues Stahlwerk Katowice oder ein zweiter Nordhafen entsteht?" (Trawicki 1995).⁶⁴

Ad. 4): Die Einführung von Zuzahlungen, Zusatzleistungen und Zusatzversicherungen sei nicht zu rechtfertigen, da die polnischen Patienten bereits auf informellem Wege einen relativ hohen Eigenanteil an den Gesundheitskosten tragen. Ende der 1990er Jahre sollen das ca. 40 Prozent der Gesundheitsausgaben sein, was zu dem Zeitpunkt definitiv als zu hoch eingeschätzt wird:

Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsversorgung haben sich in den letzten Jahren auf circa 4,5 [Prozent] das Bruttoinlandsprodukts eingependelt, was lediglich 60 Prozent der Ausgaben für diesen Bereich deckt. Die restlichen Ausgaben zahlen bereits heute die Patienten. [...] Die Daten weisen darauf hin, dass die Kranken von Jahr zu Jahr immer mehr für den Schutz ihrer

⁶³"A co powiecie o grupie świadczeń alternatywnych wymyślonych przez rząd? Skutki alternatywy w leczeniu chorób jamy ustnej i uzębienia znamy już po kilku latach reformy. To "zamiast" w leczeniu objawia się już dzisiaj tym, że około 80 [procent] populacji Polaków nie leczy się w ogóle, a polscy stomatolodzy rozjeżdżają się za chlebem po świecie" (Stryjewski 2004).

⁶⁴"...skąd oni mają wziąć na to pieniądze i kto będzie czuwał, żeby za nie nie wybudowano nowej Huty Katowice czy drugiego Portu Północnego"(Trawicki 1995).

Gesundheit ausgeben. Angesichts einer allgemeinen Verarmung der Gesellschaft ist das eine Situation, die einen gerechtfertigten gesellschaftlichen Protest hervorruft (Sikorska-Trela 1998a).⁶⁵

Dem Bild von der "aktivierungsbedürftigen Gesellschaft" wird also ein Bild der polnischen Gesellschaft entgegengestellt, die genug Opfer gezeigt und genug Eigenverantwortung übernommen hat, die nicht durch Lebensstile selbstverschuldet, sondern alters- bzw. armutsbedingt krank ist.

Inwieweit kommt nun hier der globale Diskurs zum Tragen? Wenn man den Kern des globalen "Modells" in der Aktivierung der Zivilgesellschaft zu gesünderen Lebensstilen und zu mehr finanzieller Mitverantwortung für Gesundheit sieht, dann lässt sich eine solche Strategie ganz eindeutig auch im polnischen Diskurs verorten. Aber auch das starke Demokratisierungspostulat und die Forderung nach einer Wiederherstellung des Subjektseins des Patienten erinnern an die im globalen Diskurs formulierten Forderungen nach mehr Bürgerbeteiligung und Selbstbestimmung der Patienten. Beide Politikstrategien stoßen in der polnischen Reformdebatte jedoch auf den Widerstand eines Diskurses, der ihre jeweiligen Kehrseiten entlarvt. Die Selbstbestimmungsstrategie wird sehr skeptisch betrachtet, weil erkannt wird, dass sie als Kehrseite die finanzielle Mitverantwortung transportiert. Die Aktivierungsstrategie wird abgelehnt, weil sie die bereits geleistete Eigenverantwortung der polnischen Bürger abwertet. Beiden Diskursstrategien wird in gewisser Weise unterstellt, nicht von der polnischen Realität auszugehen.

⁶⁵"Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w ostatnich latach kształtowały się na poziomie około 4,5 [procent] produktu krajowego brutto, co stanowiło jedynie 60 [procent] pełnych wydatków na tą sferę. Resztę wydatków ponoszą już dziś pacjenci. [...] Dane wskazują, że chorzy z roku na rok płacą na ochronę swojego zdrowia coraz więcej. Przy ogólnym zubożeniu społeczeństwa jest to sytuacja nie do zaakceptowania i budzi słuszny społeczny protest" (Sikorska-Trela 1998a).

Bilder des Gesundheitssystems: Der umstrittene Grad an Autonomie

Mit den Deutungskämpfen zur Rolle des Staates und der Gesellschaft in der zukünftigen Gesundheitspolitik Polens geht auch ein Kampf um das Bild des zukünftigen Gesundheitssystems einher. Anfang der 1990er Jahre herrscht noch weitgehend Konsens darüber, dass die Akteure des Gesundheitswesens - die Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäuser und Krankenkassen - finanziell autonom sein, nach der Einführung des Versicherungssystems auf einem inneren Markt agieren werden und sich das Gesundheitssystem "ohne Zutun der Staatsverwaltung" (Bomba 1996; ähnlich Źochowski 1995a)⁶⁶ weitgehend selbst steuert.

Der innere Markt genießt zu dieser Zeit parteiübergreifend eine hohe Legitimität, weil er für die angestrebten Veränderungen wie Effizienzsteigerung und Verbesserung des Leistungsangebots als notwendig erachtet wird, gleichzeitig angenommen wird, dass sich die erwünschten Veränderungen im Zuge seiner Einführung von selbst - ohne "manuelle Steuerung" durch den Minister - einstellen werden:

Ich denke, dass das System selbst die Verlagerungen erzwingt, von denen wir sprechen, und nicht die Entscheidung - die manuelle Steuerung - des Ministers, dass von dieser Klinik dies und das dorthin verlagert werden soll. [...] Das System wird auch dazu führen, dass in den Kontrakten mit den Krankenhäusern Effizienz berücksichtigt wird, weil davon der Preis abhängen wird. Diese Effizienz wird zweifellos damit einhergehen, dass man beispielsweise nicht ganz so viele Ärzte einer Spezialisierung am selben Ort benötigen wird (Maksymowicz 1998b).⁶⁷

⁶⁶"bez udziału administracji" (Bomba 1996; Źochowski 1995a).

⁶⁷"Myślę, że właśnie sam system wymusi te przemieszczenia, o których mówimy, a nie decyzyja $\frac{1}{2}$ ręczne sterowanie $\frac{1}{2}$ ministra, że z tego szpitala należy to przesunąć tam. [...] [S]am system spowoduje, że w umowach zawieranych ze szpitalami będzie brana pod uwagę efektywność, ponieważ od tego będzie zależna cena. Niewątpliwie ta efektywność łączy się z tym, że na przykład nie trzeba będzie aż tylu lekarzy niektórych specjalności w jednym miejscu" (Maksymowicz 1998b).

Darüber hinaus wird die "Subjektivierung" des Patienten direkt mit dem inneren Markt in Verbindung gebracht. Nach dem Motto "Das Geld folgt dem Patienten" soll der Patient in Zukunft entscheiden, welche Gesundheitsleistungen er in Anspruch nimmt und welche nicht. Dort, wo der Patient sich hinbegibt, soll dann auch das Geld hinfließen. Dadurch entstehe ein starker Wettbewerb: "Jetzt werden sich sowohl die Ärzte als auch die Einheiten des Gesundheitsdienstes um die Patienten bemühen" (Sikorska-Trela 1998b).⁶⁸

Schließlich wird der innere Markt auch mit Verweis auf die guten Erfahrungen legitimiert, die die Polen bereits in der Vergangenheit mit dem Markt gemacht hätten: "Die Existenz eines Privatmarktes für Dienstleistungen hat im Polen der Nachkriegszeit zu einer höheren Qualität der Gesundheitsleistungen in unserem Land im Vergleich zu anderen Ländern des Ostblocks geführt" (Wojtyła 1998b).⁶⁹

Trotz der grundsätzlichen Bejahung der Selbststeuerung des Gesundheitssystems, das aus autonomen Einheiten bestehen soll, zeichnet sich mit der Zeit jedoch ab, dass der angestrebte Grad an Autonomie höchst umstritten ist. Im Kern geht es um die Frage, ob der Staat für Defizite der Krankenkassen und Gesundheitseinrichtungen aus dem Staatsbudget aufkommt oder nicht, und zwar auch dann nicht, wenn ihnen der Konkurs droht. In den Parlamentsdebatten konkurrieren zu diesem Thema zwei dominante Problemdeutungen. Während ein Teil der Diskursteilnehmer solche Garantien ablehnt, fordert der andere Teil eine staatliche Absicherung sowohl für die Krankenkassen als auch für die Gesundheitsbetriebe. Die Gegner staatlicher Garantien argumentieren, dass bei einer solchen Lösung "keine ökonomische Motivation zur Kostenkontrolle" bestünde (Balicki 1996a)⁷⁰ und Defizite sowohl der Krankenkassen

⁶⁸"Teraz zarówno lekarze, jak i jednostki służby zdrowia zabiegać będą o pacjentów" (Sikorska-Trela 1998b).

⁶⁹"...istnienie w Polsce prywatnego rynku usług po wojnie skutkowało wyższą jakością usług zdrowotnych w naszym kraju, aniżeli w innych krajach naszego bloku" (Wojtyła 1998b).

⁷⁰"...kasy nie będą miały ekonomicznej motywacji do kontroli kosztów" (Balicki 1996a).

als auch der Gesundheitsbetriebe nicht auszuschließen (Balicki 1996b),⁷¹ sogar vorprogrammiert, seien (Balicki 1996a).⁷²

Das Gegenlager argumentiert hingegen, dass das Verfassungsrecht der Bürger auf Gesundheitsversorgung nicht umgesetzt werde, wenn die Kassen nur so viel Gesundheit anbieten, wie sie finanzieren können:

Welche verfassungsrechtlichen Garantien gibt dem Bürger die unsichere Regelung über die finanziellen Möglichkeiten der Kassen vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Garantie des Staates über eine gesundheitliche Grundversorgung? Diese Regelung setzt diese Garantie doch gar nicht um. Und in dieser Sache betrügen Sie die polnischen Bürger (Dyduch 1998).⁷³

Für die Krankenkassen setzen sich die Befürworter einer vollständigen Autonomie durch. Staatliche Finanzgarantien werden ihnen verweigert (vgl. Sowada 2000: 215f.).

Für die Gesundheitsbetriebe geht die Debatte hingegen bis zum Ende des Untersuchungszeitraums weiter. Obwohl mit der "Großen Gesundheitsreform" von 1999 eine formale Ausgliederung der Gesundheitseinrichtungen aus dem Staatsbudget erreicht wird (Czajka 2004: 38) und die von nun an selbständigen SPZOZ⁷⁴ für ihre Verbindlichkeiten selbst verantwortlich sind, verläuft die angestrebte Autonomie nicht zur Zufriedenheit der Diskursteilnehmer. Laut Aussagen der Parlamentsabgeordneten werden die Gesundheitseinrichtungen in vielen Fällen von ihren Trägern, den Gemeinden, subventioniert: "Die Selbstverwaltungen sind Träger und kümmern sich seit vielen Jahren

⁷¹"Hier können zwei Defizite auftreten" ["Mogą tu być dwa deficyty"] (Balicki 1996b).

⁷²"...ein Defizit muss sein" [...deficyt być musi"] (Balicki 1996a).

⁷³"Jakie gwarancje konstytucyjne daje obywatelowi zapis niepewny i sprowadzający się tylko do możliwości finansowych kasy w kontekście konstytucyjnej gwarancji państwa dotyczącej podstawowej opieki zdrowotnej? Przecież takie zapisy takiej gwarancji nie dają. I w tej sprawie państwo oszukujecie polskich obywateli" (Dyduch 1998).

⁷⁴SPZOZ steht für die Rechtsform des "selbständigen öffentlichen Gesundheitsbetriebs".

nicht um die ihnen geschuldeten Zinsen, sondern sie finanzieren die Gesundheitseinrichtungen, und das in Höhe von circa 20 [Prozent] der allgemeinen Ausgaben für Gesundheit“ (Wojtyła 2003).⁷⁵ Auch der Staat sieht sich weiterhin dazu veranlasst, den Gesundheitsbetrieben mit Entschuldungsprogrammen weiterzuhelfen. Dazu trägt auch ein Urteil des Polnischen Verfassungsgerichts vom Dezember 2002 bei, das die Regierung dazu verpflichtet, sich an der Begleichung der Verbindlichkeiten der Gesundheitsbetriebe mitzubeteiligen.⁷⁶

In diesem diskursiven Kontext der wachsenden Verschuldung, unzufriedenstellenden Autonomie und verfassungsrechtlichen Verpflichtung des Staates zur finanziellen Mitverantwortung für die Schulden der formal selbständigen Gesundheitsbetriebe, wird das erste Gesetzesprojekt zur Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe vorgelegt, das deren Umwandlung in Gesellschaften des Handelsrechts und damit auch explizit eine Vermarktlichung des Gesundheitswesens vorsieht (vgl. Abschnitt 6.3.3). Sinn und Zweck der Befürworter des Projekts ist die "Lockerung des Korsetts, das die selbständigen öffentlichen Gesundheitsbetriebe fesselt“ (Szczepańczyk 2003)⁷⁷ und das

⁷⁵„Samorządy bowiem są organami założycielskimi i od wielu lat nie tylko nie zabiegają o należne im podatki, ale dofinansowują placówki ochrony zdrowia, i to w wysokości około 20 [procent] ogólnych wydatków na ochronę zdrowia“ (Wojtyła 2003).

⁷⁶Im Dezember 2002 entscheidet das Polnische Verfassungsgericht, dass das Staatsbudget für die Auszahlung der Gehaltserhöhungen aus dem sog. Gesetz 203 mitverantwortlich sei (Czajka 2004: 54). Das Gesetz 203 wird im Dezember 2000 infolge umfassender Streiks des medizinischen Personals verabschiedet, das sich trotz der formalen Selbständigkeit der Gesundheitsbetriebe mit seinen Gehaltsforderungen weiterhin an den Staat wendet. Es verpflichtet die Gesundheitsbetriebe gesetzlich dazu, dem medizinischen Personal eine Gehaltserhöhung in Höhe von 203 Zloty auszusahlen. Daraufhin kommt es zu zahlreichen Klagen der Mitarbeiter gegen ihre Arbeitgeber, woraufhin die Gesundheitsbetriebe wiederum gegen das Gesetz klagen und das Polnische Verfassungsgericht ihnen im Dezember 2002 teilweise Recht gibt und den Staat zur Mitfinanzierung der gesetzlich vorgesehenen Gehaltserhöhungen verpflichtet (Czajka 2004: 48-54).

⁷⁷„...rozluźnien[ie] tego gorsetu, który krępuje samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej“ (Szczepańczyk 2003).

vor allem an der Organisationsform des SPZOZ liege, die "einem effektiven Management der Gesundheitseinrichtung nicht förderlich ist" (Ebd.):

Bevor ein Krankenhaus, eine Praxis, medizinische Geräte in ihren Bestand übernimmt, muss der Direktor dieser Einrichtung eine Art Pilgerfahrt unternehmen, die darin besteht, die Sozialräte und das Trägerorgan aufzusuchen, und diese Prozedur dauert Wochen, was einem effektiven Management der Gesundheitseinrichtung nicht förderlich ist. Im Grunde kommt die Selbständigkeit der gegenwärtig angeblich selbständigen öffentlichen Gesundheitsbetriebe am ehesten in ihrer Bezeichnung zum Ausdruck, die besagt, dass sie selbständig sind (Ebd.).⁷⁸

Um eine echte Autonomie und Professionalisierung des Managements zu ermöglichen, sollen die Gesundheitsbetriebe über die Umwandlung in Gesellschaften des Handelsrechts im Endeffekt dem Markt ausgesetzt werden, der von den Befürwortern dieser Maßnahme mit Freiheit, Flexibilität und Professionalität des Managements gleichgesetzt wird. Dieser Deutung des Marktes zufolge müssen Entscheidungen kontinuierlich und schnell getroffen werden, was im Rahmen der bestehenden Regelungen oftmals nicht möglich sei. Nun soll das Handelsrecht dem Management die nötige Freiheit einräumen und ein "rechtmäßiges, verantwortungsvolles, transparentes Management" ermöglichen (Szkop 2003):

[...] [W]as ist passiert, dass die Betriebe sich so stark verschuldet haben, drei Mal entschuldet wurden, bei Null neu angefangen haben und sich weiterhin verschulden; es wird auf das Problem des Managements dieser Betriebe verwiesen, aber nicht des Managements in dem Sinne, dass der Manager schlecht ist, sondern der

⁷⁸"Zanim szpital, zanim przychodnia przyjmie na swoje wyposażenie sprzęt medyczny, dyrektor tej placówki musi odbyć swoistą pielgrzymkę, odwiedzając rady społeczne, organ założycielski, i ta procedura trwa tygodniami, co, [...], nie sprzyja skutecznemu zarządzaniu placówką służby zdrowia. Tak naprawdę samodzielność obecnych samodzielnych podobno publicznych zakładów opieki zdrowotnej najlepiej realizuje się w ich nazwie, że są niby samodzielne (Ebd.).

Manager ist häufig unfrei, umgarnt mit diversen Entscheidungen, aufgeschobenen Entscheidungen, denn der Sozialrat muss mitreden, das Trägerorgan muss mitreden, der Bezirksrat, der Landtag muss erst Entscheidungen treffen, die den Manager des Betriebs zur endgültigen Unterschrift berechtigen. Das erleichtert nicht die Funktionsfähigkeit auf dem Markt der Gesundheitsleistungen. Es gibt Entscheidungen, die aus ökonomischer Perspektive von Stunde zu Stunde, von Tag zu Tag getroffen werden müssen, und die Suche nach kollegialer Unterstützung in solchen Fragen mutiert zur Hürde. Der Handelskodex schafft nun folgende Möglichkeit und besagt: wenn Du bewusst einen Vertrag über den Einkauf von Geräten, Materialien und anderen Produkten abschließt und weißt, dass Du dafür nicht bezahlen wirst, dann unterliegst Du einer strafrechtlichen Sanktion, und das bedeutet, dass der Manager eine Entscheidungsfreiheit hat, ohne die Möglichkeit des Betrugs zu haben, weil die strafrechtliche Kodifizierung dieses Tatbestands das so vorsieht. Das ist rechtmäßiges Management, das ist verantwortungsvolles Management, das ist die Festlegung klarer, transparenter Regeln für alle heutigen [...] Leistungsanbieter auf dem Markt (Ebd.).⁷⁹

⁷⁹"[...] [C]o się stało, że te zakłady tak bardzo się zadłużyły, były oddłużane 3 razy, wychodziły na zero, startowały od zera i nadal ciągle zadłużają się; podnoszony jest problem zarządzania tymi zakładami, ale nie zarządzania w tym znaczeniu, że zarządca jest zły, tylko zarządca jest bardzo często bezwolny, opleciony różnego rodzaju decyzjami, odkładanymi decyzjami, bowiem to musi rada społeczna, to musi organ założycielski, rada powiatu, sejmik wojewódzki podejmować decyzje, które uprawniają zarządzającego zakładem do finalnego podpisu. To nie ułatwia możliwości funkcjonowania na rynku świadczeń zdrowotnych. Są takie decyzje, które muszą być podejmowane z punktu widzenia gospodarczego z godziny na godzinę, z dnia na dzień, a poszukiwanie wsparcia w tej materii i decyzji kolegialnych zaczyna być przeszkodą. Kodeks handlowy stwarza oto taką możliwość i mówi: jeżeli świadomie zawierasz umowę na dostawę sprzętu, materiałów i innych produktów i wiesz, że za to nie zapłacisz, to podlegasz sankcji karnej, a to oznacza, że zarządzający ma swobodę decyzji, ale bez możliwości oszustwa, bo taka jest kodyfikacja karna tego postępowania. To jest prawność zarządzania, to jest odpowiedzialne zarządzanie, to

Neben der Freiheit lässt sich aus zahlreichen anderen Aussagen dieser Zeit rekonstruieren, dass der Markt daneben auch mit Härte assoziiert wird. Das Bild des Marktes als einer harten Bewährungsprobe wird parteiübergreifend transportiert. Von den Befürwortern der Restrukturierung wird diese Härte des Marktes zum alternativlosen Mittel im Kampf gegen die wachsende Verschuldung und Korruption konstruiert:

Die Grauzone. Genau. [...] Das ist der Weg. Eine harte Finanzwirtschaft, damit die Beziehungen zu anderen Subjekten durch gutes, bewährtes Recht geregelt sind, und der Handelskodex, [...], ist in diesem Sinne eine bewährte Lösung. Es ist die selbständige Person, die sich als ein Experiment entpuppt hat, das unter den Bedingungen des freien Marktes fehlgeschlagen hat, das in vielen Fällen funktioniert hat, aber in den meisten Fällen nicht (Balicki 2005).⁸⁰

Die Gegner dieser "Grammatik der Härte" (Fach 2000) - die das Bild des Marktes als Härtetest durchaus mittragen - argumentieren jedoch, dass die Gesundheitsbetriebe auf dem freien Markt keine Überlebenschancen hätten. Ihrer Meinung nach bedeute der Markt den Untergang, im Gesundheitswesen wie auch anderswo:

Das Gesetz [...] ist fast eine Kopie eines ähnlichen Gesetzes [...] über öffentliche Hilfe für Unternehmen mit besonderer Bedeutung für den Arbeitsmarkt. Im Ergebnis jenes Gesetzes [...] wurden nur wenige [Unternehmen, Anm. d. Verf.] nicht liquidiert. Die Gesundheit und das Leben der polnischen Bevölkerung sind

jest określenie jasnych, przejrzystych reguł dla wszystkich dzisiejszych, jak mówiłem wcześniej, świadczeniodawców działających na rynku" (Szkop 2003).

⁸⁰"Szara strefa. No właśnie. [...] To jest droga. Twarda gospodarka finansowa, żeby te relacje z innymi podmiotami były określone prawem dobrym, bo sprawdzonym, a Kodeks handlowy, teraz Kodeks spółek handlowych, jest w tym sensie rozwiązaniem sprawdzonym. To jednostka samodzielna okazała się eksperymentem, który nie wypalił na tej linii współpracy z otoczeniem wolnorynkowym, w wielu miejscach zadziałał, ale w większości nie" (Balicki 2005).

heute in der gleichen Situation und es ist kein besseres Ergebnis zu erwarten [...] (Sowińska 2005).⁸¹

Zwischen den Gegnern und den Verfechtern eines freien Marktes im Gesundheitswesen lassen sich mehrere Zwischenpositionen beobachten, die eine jeweils eigene Vorstellung vom polnischen Gesundheitswesen der Zukunft haben. Die vehementesten Gegner des Restrukturierungsprojekts sprechen sich gegen eine Umwandlung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe in Gesellschaften des Handelsrechts aus, weil sie davon eine "wilde Privatisierung" fürchten, die sie mit einer Enteignung des Volkes gleichsetzen. In ihren Aussagen wird wiederholt die Angst vor einer Art feindlicher Übernahme des polnischen Gesundheitsdienstes und -marktes unter anderem durch ausländische Investoren geschürt (Stryjewski 2005). Dabei hätten die Polen das öffentliche Gesundheitswesen aus eigener Kraft gemeinsam aufgebaut. Eine "Privatisierung des Volksvermögens, das von uns allen erarbeitet wurde" (Szumska 2005)⁸² wird in diesem Diskurslager kompromisslos abgelehnt. Das heißt nicht, dass der Privatsektor per se abgelehnt wird. Ganz im Gegenteil: Solange der Privatsektor aus eigener finanzieller Kraft entsteht, "haben wir nichts dagegen, dass es private Krankenhäuser, private Kliniken" gibt (Lepper 2005).⁸³: "[S]olche Kliniken sollen in Polen ruhig entstehen - wir werden uns darüber freuen - aber nicht auf unsere Kosten, von unserem Geld" (Ebd.).⁸⁴

Anders argumentieren die grundsätzlichen Befürworter einer Restrukturierung, deren Finalziel sie jedoch nicht in einem freien, sondern in einem "regulierten Wettbewerbsmarkt" sehen. Den freien Markt werten sie als eine "neue

⁸¹"[...] [U]stawy, [...], jest niemal powieleniem podobnej ustawy [...] o pomocy publicznej dla przedsiębiorstw o szczególnym znaczeniu dla rynku pracy. [...] [W] wyniku tamtej ustawy [...] zaledwie kilkanaście nie uległo upadłości. Dzisiaj zdrowie i życie społeczeństwa polskiego znalazło się na równi pochyłej i nie rokuje to lepiej niż w przypadku wyniku ustawy o pomocy społecznej dla przedsiębiorstw (Sowińska 2005).

⁸²"...prywatyzowanie majątku narodowego wypracowanego przez nas wszystkich" (Szumska 2005).

⁸³"My nie mamy nic przeciwko temu, żeby były prywatne szpitale, prywatne kliniki" (Lepper 2005).

⁸⁴"...niech takie kliniki powstają w Polsce, tylko się cieszyć z tego będziemy, ale nie za nasze pieniądze" (Ebd.).

Mode“ der ”neo-liberalen Globalisierung“ ab. Ihrer Argumentation zufolge sei Gesundheit keine Ware. Das Gesundheitswesen brauche folglich keinen freien Markt:

Woher die teuflische Idee, dass die in der Ära der neo-liberalen Globalisierung herrschende neue Mode der sog. Vermarktlichung sich auch auf das Gesundheitswesen ausweiten muss? Ist jemand jemals auf die Idee gekommen, zum Beispiel die freiwillige Feuerwehr zu vermarktlchen? Können Sie sich vorstellen, dass Feuer zur Ware werden könnte? Ähnlich verhält es sich mit Gesundheit. Und dennoch nimmt die Regierung Bürgerplattform und Bauernpartei an, dass Gesundheit zur Ware werden kann. Kann man mit Gesundheit Geld verdienen? Das Gesundheitssystem braucht keinen freien Markt. Es braucht höchstens einen regulierten Wettbewerbsmarkt. Gesundheit ist ein gesellschaftlicher Wert, ein vorrangiger Wert, und man darf ihn nicht dem freien Markt aussetzen (Hoc 2008).⁸⁵

Als Mittelweg wird hier vorgeschlagen, die Gesundheitsbetriebe zu restrukturieren, dabei allerdings ein staatlich gefördertes Kliniknetz aufzubauen, das unter besonderem Schutz des Staates stehen soll, um unerwünschten Effekten eines freien Marktspiels vorzubeugen und beispielsweise sicherzustellen, dass eine Gesundheitsversorgung flächendeckend gewährleistet ist:

Wie denken Sie soll der freie Markt dazu führen, dass die Krankenhäuser dort entstehen, wo die Patienten sind, und nicht dort,

⁸⁵„Skąd diabelski pomysł, że panująca w dobie neo-liberalnej globalizacji nowa moda tzw. urynkowania musi odnieść się także do zdrowia? Czy komuś przyszło kiedykolwiek na myśl, by na przykład urynkować straż pożarną? Wyobraźcie sobie, że pożar mógłby być towarem. Podobnie ze zdrowiem. A jednak rząd Platformy Obywatelskiej i Polskiego Stronnictwa Ludowego zakłada, że zdrowie może stać się towarem. Czy można zarabiać na zdrowiu? System ochrony zdrowia nie potrzebuje wolnego rynku. Potrzebuje najwyżej rynku regulowanego i konkurencyjnego. Zdrowie jest wartością społeczną, nadrzędną i nie wolno go wystawiać na wolny rynek” (Hoc 2008).

wo das Geld ist? Die öffentliche Gewalt kann darauf [Kliniknetz, Anm. d. Verf.] nicht verzichten (Balicki 2008).⁸⁶

Die Gegner des Kliniknetzes lehnen dieses wiederum mit der Forderung nach einem "echten Marktwettbewerb" (Kopacz 2003) ab. Ihre Begründung lautet, dass der Markt seine Wirkung nur dann entfalte, wenn ausnahmslos alle Beteiligten ihm ausgesetzt seien:

Im Grunde wird es keinen echten Marktwettbewerb geben. Laut der Projektanten sollten die Gesundheitsbetriebe nach der Restrukturierung der Rigueur des Marktes ausgesetzt werden, d.h. auf einem offenen, Konkurrenzmarkt selbst zurecht kommen und im Falle des Scheiterns, d.h. der Zahlungsunfähigkeit, einem Insolvenzverfahren unterzogen werden. Hier ist jedoch etwas Zweideutiges; insbesondere, da es Gesundheitsbetriebe geben wird, die sich außerhalb dieser Regelung befinden werden, die aus Prinzip wohlhabender sein werden und außerhalb einiger wichtiger Spielregeln stehen werden. Wovon spreche ich? Von dem Nationalen Kliniknetz (Ebd.).⁸⁷

Ob das Gesundheitswesen nun einen freien Markt braucht oder nicht, bleibt bis zum Ende des Untersuchungszeitraums umstritten. Die in den 1990er Jahren dominierende Vision eines inneren Marktes verliert in den 2000er Jahren an Bedeutung. In den 2000er Jahren stehen sich im Deutungskampf

⁸⁶"Planowanie sieci placówek zdrowotnych, regionalnych sieci szpitali. Jak państwo myśli, wolny rynek, mechanizmy rynkowe spowodują, że szpitale powstaną tam, gdzie są pacjenci, a nie tam, gdzie są pieniądze? Z tego władza publiczna nie może zrezygnować." (Balicki 2008).

⁸⁷Tak naprawdę prawdziwej konkurencji rynkowej nie będzie. Zdaniem projektodawców po restrukturyzacji zakłady opieki zdrowotnej powinny zostać poddane rygorom rynku, tzn. dawać dobre radę na otwartym, konkurencyjnym rynku, a w razie przegranej, czyli niewypłacalności, poddać się procedurze układowej lub upadłościowej. Jest w tym coś bardzo dwuznacznego; tym bardziej że będą takie zakłady opieki zdrowotnej, które znajdą się poza regułami konkurencji, które z zasady będą bogatsze i pozostaną poza kilkoma ważnymi regułami gry. O czym mówię? Otóż o Krajowej Sieci Szpitali (Kopacz 2003).

vor allem die zwei Konzeptionen "freier Markt" und "Kliniknetz" gegenüber. Sie verflochten sich mit den bereits rekonstruierten unterschiedlichen Bildern des Staates und der Gesellschaft (vgl. Tabelle 7.3).

Deutungs- muster des Staates	Deutungs- muster der Gesellschaft	Deutungs- muster des Gesundheits- systems	Politikstrategie (vgl. Abschnitt 6.3)
Staatsphobie	selbst- bestimmte Gesellschaft	innerer Markt	Entstaatlichung und Vergesellschaftung durch Dezentralisierung
Grenzen des Staates	aktivierungs- bedürftige Gesellschaft	freier Markt	Individualisierung und Vermarktlichung durch Restrukturierung
Garant gesundheitli- cher Sicherheit	verarmte Gesellschaft	Kliniknetz	Festhalten am Staat durch Rezentralisierung und Kliniknetz

Tabelle 7.3: Deutungsmuster des Gesundheitssystems. Quelle:
Eigene Zusammenstellung.

Betrachtet man die eben skizzierten unterschiedlichen Visionen zur Zukunft des polnischen Gesundheitswesens vor dem Hintergrund des globalen Diskurses, so lassen sich erneut zahlreiche Parallelen aufzeigen. Die im Weltgesundheitsbericht 2000 formulierte Vision des Gesundheitssystems als Netzwerk autonomer und semi-autonomer Akteure unter dem "stewardship" des Staates (vgl. Abschnitt 4.3.2) ist definitiv auch in der polnischen Gesundheitsreformdebatte zu beobachten. Die Autonomie der Akteure des Gesundheitswesens ist hier von Beginn der Reformen an explizites Ziel. Umstritten ist zwar der Grad an Autonomie. Man kann jedoch sagen, dass alle drei der konkurrierenden Visionen des Gesundheitssystems im polnischen Kontext in gewisser Parallelität zum globalen Diskurs stehen, da sie grundsätzlich von einer markt- bzw. netzwerkförmigen Organisation des Gesundheitswesens ausgehen oder

zumindest die Markt- und Netzwerkmetapher zu dessen Beschreibung verwenden.

Gerade das obige Zitat von Hoc (2008) macht aber deutlich, dass sich auch die polnischen Gegner dieser Visionen des Gesundheitswesens auf Versatzstücke des globalen Diskurses berufen. Die Globalisierungskritik und die Überlegung, dass Gesundheit keine Ware sei, die sich in diesem Zitat wiederfinden, erinnern an den globalen Widerstandsdiskurs der 2000er Jahre (vgl. Abschnitt 4.3.3).

Und so vermischen sich erneut Versatzstücke des heterogenen globalen Diskurses auf eigentümlichste Weise mit Deutungen, die aus der nationalen Diskurstradition stammen, wie etwa die Vorstellung von einem Volksvermögen, das das gesamte Volk aufgebaut und der Staat als Manager zu verwalten habe - eine Vorstellung, die im Grunde der sozialistischen Ideologie entspringt. In der sozialistischen Eigentumsordnung gilt das Volk als kollektiver Eigentümer des gesamten Produktionskapitals:

Technically speaking, it was not "the state" but another abstract entity, "the people as a whole" or "the whole people" who owned state property; the state (better said, the *party*-state) served merely as the embodiment of that collective actor, managing state property in the people's interest (Verdery 2000: 184).

7.2 Bezugnahmen auf Weltkultur in der polnischen Gesundheitsreformdebatte

Gegenstand dieses Kapitels ist die Fokussierung der Weltkultur im Spiegel der polnischen Gesundheitsreformdebatte. Im obigen Abschnitt wurde untersucht, ob und gegebenenfalls wie zentrale Deutungsmuster des globalen Diskurses in der polnischen Gesundheitsreformdebatte rezipiert werden. In diesem Abschnitt werden die Bezugnahmen auf eine breit verstandene Weltkultur rekonstruiert. Zur Strukturierung der Untersuchung und der Ergebnisdarstellung wird auf das bereits vorgestellte Konzept der Isomorphie von

DiMaggio und Powell (1983) zurückgegriffen, die drei Isomorphie-Arten unterscheiden: (1) Zwang, (2) Nachahmung und (3) Anpassung an die Rationalitätskriterien herrschender Professionen (normative Isomorphie)(vgl. Abschnitt 6.4.2).

7.2.1 Konstruktion externer Zwänge

Wir sollten daran denken, dass wir heute in der Europäischen Union sind und dass unser gesamtes Informations- und Informatiksystem eigentlich mit der allgemeinen Politik der Europäischen Kommission kompatibel sein muss. Wir können heute nicht irgendein Informationssystem einführen, das dann plötzlich ausgewechselt wird, weil das keine so einfache Angelegenheit ist. Ich versichere Ihnen ebenfalls, dass sie im Moment zu kostspielig ist, als dass man ein System alle paar Monate auswechseln könnte (Kopacz 2008b).⁸⁸

In der sozialkonstruktivistischen Lesart der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie, wie sie in der vorliegenden Arbeit rezipiert wird (vgl. Abschnitt 2.5), kann bei der Frage nach externen "Zwängen" eigentlich nur der Frage nach der diskursiven Konstruktion solcher Zwänge nachgegangen werden. Die erste Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist, woran sich "Zwang" in Aussagen festmachen lässt. Geht man davon aus, dass beispielsweise Verben wie "müssen" (siehe Ankerzitat) auf der einen Seite oder "zulassen" auf der anderen Seite auf ein Zwangsverhältnis zwischen zwei Akteuren hindeuten, dann lässt sich tatsächlich zeigen, dass der Beitritt in die Europäische Union in den polnischen Gesundheitsreformdebatten auch für die Gesundheitspolitik - zumindest in der Wahrnehmung der Diskursteilnehmer - gewisse "Zwänge" bzw. starke Anreize mit sich bringt.

⁸⁸ "...[P]amiętajmy również o tym, że dzisiaj jesteśmy w Unii Europejskiej i tak naprawdę cały nasz system informacyjny i informatyczny musi być kompatybilny z ogólną polityką Komisji Europejskiej. To nie jest tak, że dzisiaj możemy sobie wprowadzić system informatyczny, który będzie potem nagle zmieniany, bo nie jest to zbyt prosta sprawa. Ręczę państwu także, że w tej chwili zbyt kosztowna, żeby można było ten system zmieniać co kilka miesięcy" (Kopacz 2008b).

Das Ankerbeispiel, in dem die Kompatibilität der nationalen Informationssysteme mit denen der Europäischen Kommission zur Notwendigkeit erklärt wird, macht deutlich, dass ein "Zwang" nicht zwangsläufig "objektiv" im Sinne einer Rechtsnorm gegeben - wie in Abschnitt 4.4 diskutiert wurde, hat die Europäische Union in Fragen des Gesundheitswesens nur begrenzt formale Kompetenz - und schon gar nicht aktuell bedrohlich sein muss, um bereits in der Gegenwart als handlungsrelevant konstruiert zu werden.

Das folgende Beispiel wiederum zeigt, wie "Zwänge" aus anderen Bereichen des EU-Rechts auf gedanklichen Umwegen als "Zwänge" der polnischen Gesundheitspolitik konstruiert werden. In dem Zitat wird die Ablehnung der ab Mitte der 2000er Jahre immer vehementer geforderten Erhöhung der Gesundheitsausgaben (vgl. Abschnitt 6.3.3) damit begründet, dass eine mit ihr einhergehende Erhöhung des Staatsdefizits möglicherweise auch finanzielle Sanktionen durch die EU nach sich ziehen könnte:

Eine solche Erhöhung des Defizits der öffentlichen Finanzen [infolge einer Erhöhung der Gesundheitsausgaben, Anm. d. Verf.] würde [...] eine ernsthafte Gefahr bedeuten, die darin bestünde, dass Polen die Bedingungen der Europäischen Union bezüglich der Grenzen des zulässigen Staatsdefizits nicht erfüllt. Daher ist das auch potentiell mit der Möglichkeit verbunden, die mehreren Milliarden aus dem Europäischen Integrationsfonds zu verlieren, die einen wesentlichen Beitrag zur Finanzierung des Straßenbaus leisten. Dank der EU-Fonds, die natürlich einen grundsätzlichen Motor des Wirtschaftswachstums darstellen, einen sehr wichtigen Motor, vielleicht nicht einen grundsätzlichen, wird dieses Wirtschaftswachstum die Staatseinnahmen sicherstellen und damit insbesondere auch die Einnahmen des NFZ [Nationaler Gesundheitsfonds, Anm. d. Verf.], gar nicht so sehr die Staatseinnahmen, sondern die Einnahmen des NFZ, und wird daher über

die Höhe der Gesundheitsausgaben in den kommenden Jahren
entscheiden (Vincent-Rostowski 2008).⁸⁹

Als drittes Beispiel soll die Rezeption der EU-Richtlinie Nr. 2003/88/EG vorgestellt und diskutiert werden, die eine der wenigen genuin gesundheitspolitischen Rechtsnormen der EU darstellt. Anhand dieses Beispiels kann gezeigt werden, dass selbst der harte “Zwang” des EU-Rechts im nationalen Kontext eine Auslegungs- und ganz konkret auch Übersetzungsfrage ist. In der eben genannten EU-Richtlinie werden die maximalen Arbeitszeiten für Mediziner festgelegt, dabei jedoch unterschiedliche Regelungen für arriviertes Personal und für Personal in der Ausbildung getroffen. Als es darum geht, die EU-Richtlinie ins polnische Recht zu übernehmen, stellt sich das Problem, dass die europäischen Kategorien nicht den polnischen entsprechen:

Ist ein Praktikant einer, der in der Ausbildung ist, denn in der europäischen Rechtsordnung und den Direktiven wird der Begriff “training doctor” verwendet. Findet die Ausbildung nur während des Praktikums statt oder ist damit der gesamte Prozess bis zur Erlangung der Spezialisierung gemeint? (Piecha 2008a).⁹⁰

In der gleichen Diskussion stellt sich zudem heraus, dass die Festlegung maximaler Arbeitszeiten, wie sie in der EU-Richtlinie Nr. 2003/88/EG erfolgt, im nationalen Kontext immer noch genügend Spielraum für unterschiedliche

⁸⁹“Takie zwiększenie deficytu sektora finansów publicznych oznaczałoby [...] poważne zagrożenie polegające na niespełnieniu przez Polskę wymogów Unii Europejskiej dotyczących unikania nadmiernego deficytu i wobec tego potencjalnie to jest związane z możliwością utraty wielomiliardowych funduszy spójności, które są zasadniczym elementem finansowania programu budowy dróg. Dzięki funduszom unijnym, które oczywiście także stanowią zasadniczy motor wzrostu gospodarczego, ważny motor, może nie zasadniczy, ale bardzo ważnym motor wzrostu gospodarczego, ten wzrost gospodarczy będzie zapewniać dochody budżetowi państwa, dochody NFZ-owi zaś szczególnie, nie tyle budżetowi państwa, ale NFZ-owi i wobec tego wydatki na zdrowie w latach przyszłych” (Vincent-Rostowski 2008).

⁹⁰“Czy stażysta, to ten, który się szkoli, bo w europejskim porządku prawnym i w dyrektywach stosuje się określenie “training doctor”, i czy szkolenie polega tylko na stażu, czy też szkolenie to jest cały proces zdobywania specjalizacji aż do jej uzyskania?” (Piecha 2008a).

nationale Lösungen bietet, die trotz aller Verweise auf das EU-Recht von den nationalen Abgeordneten ausgehandelt werden müssen. Der Versuch, einen Gesetzesvorschlag mit Verweis auf den "Zwang" der EU-Richtlinie zu legitimieren, wird hier als Täuschungsversuch demaskiert:

Es ist schwer, sich mit der Begründung einverstanden zu erklären, die für die Verlängerung der Arbeitszeiten einer großen Zahl der Arbeitnehmer mit der Notwendigkeit der Anpassung an die Direktive des Europäischen Parlaments und des Minister-rats vom 4. November 2003 spricht. Das Ziel dieser Direktive ist die Festlegung maximaler Arbeits- und Ruhezeiten, und nicht die Verlängerung der Arbeitszeiten. [...] Es gibt keine rechtliche Grundlage in den Direktiven der Europäischen Union, die eine Verlängerung der Arbeitszeiten [...] vorschlägt [...] Das ist völlig absurd. Und es ist schwer, den Autoren des Gesetzesprojekts Naivität zu unterstellen. Und wenn es nicht Naivität ist, stellt sich die Frage: Was ist das wahre Ziel (Szczypińska 2008)?⁹¹

Damit sollte deutlich gemacht werden, dass der Versuch, die gelebte Praxis oder das Recht der Europäischen Union als "Zwang" für die nationale Politik zu konstruieren, stets in Gefahr ist, nicht von allen Diskursteilnehmern als "Zwang" wahrgenommen zu werden. Auch diese Autorität muss sich im Deutungskampf bewähren. Neben Verweisen auf den Interpretationsspielraum bei der Übersetzung des EU-Rechts in den nationalen Kontext bedienen sich die Gegner eines "Determinismus" des EU-Rechts auch des Ländervergleichs. In anderen Ländern herrsche auch ein freier Umgang mit dem EU-Recht vor. Da habe auch niemand Angst, irgendwelche EU-Richtlinien zu brechen:

⁹¹"Trudno jest przecież się zgodzić z uzasadnieniem wydłużenia czasu pracy szerokiej rzeszy pracowników, mówiącym o konieczności dostosowania tego do przepisów dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. Celem tejże dyrektywy jest przecież określenie ochronnych maksymalnych norm czasu pracy i czasu odpoczynku pracowników, a nie wydłużanie czasu pracy. [...] Nie ma żadnej podstawy prawnej w dyrektywach Unii Europejskiej do proponowania wydłużenia czasu pracy [...] Przecież to jest kompletny absurd. Trudno pośądzać autorów o naiwność w tej sprawie. A jeśli to nie naiwność, to nasuwa się pytanie: A jaki jest prawdziwy cel? (Szczypińska 2008).

In anderen Ländern der Europäischen Union beruft sich bei den Arzneimittelpreisen niemand auf den freien Markt. [...] Wie man sieht, haben die wohlhabendsten Länder Europas keine Angst davor, des Verstoßes gegen den freien Markt angeklagt zu werden, sie haben keine Angst davor, EU-Direktiven zu verletzen, sondern handeln im Interesse der eigenen Bürger (Budner 2004).⁹²

Das Recht bzw. die Praxis der Europäischen Union im nationalen Kontext als "Zwang" wahrzunehmen und zu akzeptieren, scheitert schließlich auch daran, dass die europäische Politik als von ihren Mitgliedsstaaten gemacht und daher auch grundsätzlich als veränderbar betrachtet wird:

Und schließlich das von medizinischen Kreisen seit längerem geforderte Postulat der Einführung einer null-prozentigen MwSt auf Gesundheitsleistungen und medizinische Geräte. [...] In Portugal gibt es so ein System. Wenn das einer EU-Regelung bedarf, dann würde ich gern wissen, ob Frau Ministerin erwägt, einen solchen Vorschlag zu unterbreiten. Denn angeblich haben wir, jetzt wo wir in der EU sind, Einfluss auf alles (Masłowska 2008).⁹³

7.2.2 Verweis auf andere Länder

Ein Weg zurück zur Normalität [...] könnte darin bestehen, Lösungen zu übernehmen, die in Westeuropa funktionieren; in diesen Ländern, die nicht

⁹²"W innych krajach Unii Europejskiej w sprawie cen leków nikt się nie powołuje na wolny rynek. [...] Jak z tego widać, najbogatsze kraje Europy nie boją się posądzeń o łamanie zasad wolnego rynku, nie boją się, że naruszają dyrektywy unijne, tylko podejmują działanie w interesie własnych obywateli" (Budner 2004).

⁹³"I wreszcie powtarzany przez środowiska medyczne już od dłuższego czasu postulat wprowadzenia zerowej stawki podatku VAT od usług medycznych i sprzętu medycznego. [...] W Portugalii jest taki system. Jeżeli wymaga to regulacji unijnych, to czy pani minister rozważa potrzebę wystąpienia z taką propozycją? Bo podobno będąc w Unii Europejskiej, mamy na wszystko mieć wpływ (Masłowska 2008).

*dem zerstörenden Versuch des Staatskommunismus ausgesetzt waren. Es gibt jedoch keine einfachen Rezepte. In jedem europäischen Land sind sowohl das Versicherungssystem als auch das System der Gesundheitsfinanzierung als auch die Organisation der Gesundheitsleistungen anders gelöst. Meistens sind das Mischsysteme, auch wenn in einigen Ländern - wie bei uns - Budgetsysteme, in anderen Versicherungssysteme funktionieren. In einigen Ländern ist der Beitrag fest, einheitlich für alle; in anderen - flexibel - er besteht aus einem Prozentsatz des Einkommens. Es gibt also nicht ein Muster, das man in unseren Kontext übertragen könnte (Matyjek 1992).*⁹⁴

Der Verweis auf andere Länder ist in der polnischen Gesundheitsreformdebatte gang und gäbe. Wie schon im Ankerbeispiel wird auch bis zum Ende des Untersuchungszeitraums hin immer wieder auf das "westliche Vorbild" (Sikorska-Trela 1998a),⁹⁵ die "Erfahrungen des Großteils der Welt" (Łapiński 2002b),⁹⁶ oder auch auf konkrete Länder des Westens, der Europäischen Union, Mittel- und Osteuropas, Lateinamerikas, Afrikas und der Dritten Welt verwiesen. "Wir reden hier ständig von ausländischen Beispielen" (Żochowski 1996b)⁹⁷, heißt es an einer Stelle. Wenn diese jedoch mal ausbleiben, so wird dies sofort beanstandet:

Ich möchte auch unterstreichen, dass in diesem Projekt keine Beschreibung der Lösungen [...] in anderen Ländern, insbesondere in der Europäischen Union, vorhanden ist. Das Wissen darüber,

⁹⁴"Jedną z dróg powrotu do normalności [...] mogłoby być przyjęcie rozwiązań podobnych do tych, które funkcjonują w krajach Europy Zachodniej; w tych krajach, które nie zostały poddane niszczącej próbie komunizmu państwowego. Nie ma jednak prostej recepty. W każdym kraju europejskim zarówno system ubezpieczeniowy, jak i system finansowania służby zdrowia i organizacja świadczeń zdrowotnych są rozwiązane inaczej. Najczęściej są to systemy mieszane, choć w niektórych krajach funkcjonują - jak u nas - systemy budżetowe, a w innych ubezpieczeniowe. W jednych krajach składka jest sztywna, jednakowa dla wszystkich; w innych - zmienna, stanowi pewien procent od wynagrodzenia. Nie ma więc jednego wzoru do przeniesienia w nasze warunki" (Matyjek 1992).

⁹⁵"Wzorem krajów zachodnich" (Sikorska-Trela 1998a).

⁹⁶"doświadczenia większości państw świata" (Łapiński 2002b).

⁹⁷"[T]u ciągle mówimy o przykładach zagranicznych" (Żochowski 1996b).

wie andere die Probleme des Gesundheitsdienstes lösen, wäre
nützlich (Kopacz 2003).⁹⁸

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass ein gewisser abstrakter Konsens darüber herrscht, dass Polen seine Gesundheitspolitik an den Ländern des Westens bzw. Europas orientieren sollte, auch wenn diese Ausrichtung unterschiedlich begründet wird. In einem Teil der Aussagen geht es eindeutig um Identität und Zugehörigkeit. Hier wird die Befolgung der gesundheitspolitischen Trends des "Westens" als das entscheidende Kriterium für "richtige" Zugehörigkeit konstruiert, wie aus dem folgenden Zitat hervorgeht:

Die Erhöhung des Beitrags zur Gesundheitsversicherung ist eine Notwendigkeit. Wenn wir so richtig in Europa sein und uns nicht schämen wollen, dass andere uns nahe stehende Staaten uns überholt haben, dann bitte ich Sie, diese Vorschläge in Erwägung zu ziehen [...] (Janowska 2008).⁹⁹

Umgekehrt wird in der Nichtbefolgung der globalen Trends - hier am Beispiel der Höhe der Gesundheitsausgaben - die Gefahr gesehen, aus der Gemeinschaft der modernen Staaten ausgeschlossen und zum Entwicklungsland bzw. zu einem Nichts zu werden:

Mir wurde die Frage gestellt, ob das ein Wettrennen ist, wer am meisten für das Gesundheitswesen ausgibt und wo es die höchsten Versicherungsbeiträge gibt. In der Tat ist das eine Art Wettrennen, weil sich die ganze Welt vorwärts bewegt, weil sich alle Technologien weiterentwickeln, immer moderner werden, insbesondere in der Gesundheitsversorgung, und immer mehr kosten. Das hoch qualifizierte Personal wird geradezu eingeladen, in

⁹⁸"Chcę też jeszcze podkreślić, że w tymże projekcie nie ma również opisu rozwiązań [...] w innych krajach, przede wszystkim w Unii Europejskiej. Przydałaby się wiedza co do tego, jak problemy służby zdrowia rozwiązuje się gdzie indziej (Kopacz 2003).

⁹⁹"...podniesienie składki zdrowotnej jest koniecznością. Jeśli chcemy tak naprawdę być w Europie i nie wstydzić się tego, że inne bliskie nam kraje nas przegoniły, to proszę wziąć pod uwagę te propozycje [...] (Janowska 2008).

entwickelte Länder zu gehen, ich spreche hier von Skandinavien, Westeuropa und schließlich auch von den Vereinigten Staaten. Wenn wir aus diesem Wettrennen ausscheiden, nicht mehr mitkommen, dann wird es uns nicht mehr geben. Wir werden zu einem Land der Dritten Welt, wo die Gesundheitsausgaben am niedrigsten sind (Kamiński 2008b).¹⁰⁰

In anderen Aussagen wird weniger mit der Identität und Zugehörigkeit, sondern mit der Funktionalität bestimmter Lösungen für das polnische Gesundheitssystem argumentiert, so auch im folgenden Zitat, in dem explizit betont wird, dass es nicht um Polens Platz in der internationalen Rangordnung, sondern um das langfristige Überleben des polnischen Gesundheitssystems gehe:

Warum brauchen wir einen Regierungsplan für die Entwicklung medizinischen Personals? Nicht, [...] weil wir das Schlusslicht Europas sind, was die Anzahl der Ärzte und Krankenschwestern pro Bewohner angeht, [...], sondern [...] damit es in einigen zig Jahren, wenn die Anzahl der Über-65-jährigen doppelt so hoch sein wird wie heute, nicht an Ärzten und Krankenschwestern fehlt (Balicki 2008).¹⁰¹

¹⁰⁰„Było jednak jedno pytanie skierowane do mnie, czy to jest wyścig, kto najwięcej będzie wydawał na służbę zdrowia i gdzie będą wyższe składki. Otóż jest to pewnego rodzaju wyścig, bo cały świat idzie do przodu, wszystkie technologie się rozwijają, są coraz bardziej nowoczesne, zwłaszcza w służbie zdrowia, i kosztują coraz więcej. Wysoko wykwalifikowana kadra jest wprost zapraszana do krajów rozwiniętych, mówią tu o Skandynawii, o zachodzie Europy, wreszcie o Stanach Zjednoczonych. Jeżeli odpadniemy z tego wyścigu, nie będziemy nadążać, to nas nie będzie. Staniemy się jednym z krajów Trzeciego Świata, gdzie nakłady na służbę zdrowia są najmniejsze“ (Kamiński 2008b)

¹⁰¹„Dlaczego jest potrzeby rządowy plan rozwoju kadr medycznych? Nie dlatego, [...], że jesteśmy w ogonie Europy, jeśli chodzi o liczbę lekarzy i pielęgniarek na liczbę mieszkańców, [...], tylko [...] do tego, że za kilkanaście lat, kiedy liczba osób powyżej 65. roku życia będzie dwa razy większa niż dzisiaj, nie zabraknie lekarzy i pielęgniarek“ (Balicki 2008).

Und so kann sich die Praxis anderer Länder bei genauerer Betrachtung für den polnischen Kontext als nicht praktikabel erweisen, weil sie beispielsweise zu teuer (Stanibula 1995), zu fortgeschritten (Maksymowicz 1998a) oder umgekehrt nicht mehr zeitgemäß ist, wie im folgenden Zitat für den Arbeitgeberanteil behauptet wird:

Die Wahl der eben vorgestellten Methode [...] bedeutet gleichzeitig, dass der anfangs diskutierte Arbeitgeberanteil fallen gelassen wird. Diese Lösung lässt sich in anderen Versicherungssystemen vorfinden, hat dort jedoch in erster Linie eine historische Dimension und es ist nicht gerechtfertigt, sie in die heutige Zeit für das System zu verwenden, das wir gerade aufbauen, [...]. Die Entscheidung gegen den Arbeitgeberanteil haben ausgezeichnete Experten aus den Ländern unterstützt, in denen Arbeitnehmer und Arbeitgeber zusammen die Kosten der Gesundheitsversicherung tragen. Diese Lösung, die wir vollständig durchdacht haben, entspricht unserer Meinung nach einer zeitgemäßen Lösung (Żochowski 1995a).¹⁰²

Nur, ob ein Politikmodell zu teuer, zu fortgeschritten oder zeitgemäß ist, kann unter Umständen umstritten sein. Im obigen Zitat wird die Ablehnung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung mit Verweis auf die Experten des Landes gestützt, dessen Modell abgelehnt wird. Die Beobachtung und Bewertung anderer Gesundheitssysteme erfolgt also durch das Prisma von "Experten". Wie die Diskussion zum Versicherungssystem zeigt, können "Expertenbewertungen" jedoch unterschiedlich ausfallen:

¹⁰²"Wybór przedstawionej metody naliczania kompensacji składki oznacza zarazem rezygnację z rozważanego początkowo obciążenia częścią składki ubezpieczeniowej również pracodawców. Takie istniejące w systemach ubezpieczeniowych rozwiązanie ma w pierwszym rzędzie wymiar historyczny i nie jest uzasadnione przenoszenie go na czasy dzisiejsze na użytek systemu właśnie tworzonego, [...]. Rezygnacja z obciążenia składką pracodawców wsparli wybitni eksperci z tych krajów, w których pracodawcy i pracownicy pokrywają wspólnie składki ubezpieczeniowe. Rozwiązanie to, prowadzone z całą premedytacją, jest, w naszym pojęciu, rozwiązaniem na miarę obecnego czasu" (Żochowski 1995a).

In ganz Europa, und nicht nur in Europa, dauern seit mindestens zig Jahren Streitigkeiten über Gestalt und Prinzipien von Systemen der Gesundheitsversicherung. [...] Auch die Bewertung ihrer Funktionsfähigkeit fällt unterschiedlich aus (Budkiewicz 1996).¹⁰³

Gerade die polnische Debatte in der Reformphase der "Dezentralisierung" (vgl. Abschnitt 6.3.1) macht deutlich, dass die Politik anderer Länder, so sehr sie auch von vielen "Anderen" betrieben und von "Experten" als erfolgreich bewertet wird, im nationalen Diskurs sinnhaft gemacht werden muss. Dass es 1999 gelingt, ein Krankenkassenmodell nach deutschem Vorbild einzuführen, ist - zumindest im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten - weniger darauf zurückzuführen, dass Deutschland zu diesem Zeitpunkt eine besondere Vorbildfunktion für Polen spielt oder das besagte Krankenkassenmodell als "best practice" gilt. Der Verweis darauf, dass sich das Modell im Nachbarland bewährt habe, ist nur ein kleiner Teil der Legitimierungsstrategie. Im Kern geht es darum, erstens "Unabhängigkeit" vom Staat und zweitens eine "Rückkehr zur Selbstverwaltung" zu erreichen (vgl. Abschnitt 6.2.1). Beides wird Anfang der 1990er Jahre mit einem *dezentralen* Versicherungssystem äquivalent gesetzt. Die Alternative einer Budgetfinanzierung kann marginalisiert werden, weil sie mit Abhängigkeit vom Staat gleichgesetzt wird und folglich der Forderung nach "Unabhängigkeit" widerspricht. Die Alternative eines *zentralistisch* organisierten Versicherungssystems kann wiederum marginalisiert werden, weil sie - zumindest in der vorherrschenden Deutung der damaligen Zeit - die Forderung nach einer "Rückkehr zur Selbstverwaltung" der Bürger nicht in die Praxis umsetzt.

Gerade an dem Misserfolg des Alternativvorschlags Budgetfinanzierung wird deutlich, dass der Verweis auf andere erfolgreiche Länder und auf internationale Expertise keineswegs ausreicht, um ein bestimmtes Politikmodell im nationalen Reformdiskurs salonfähig - sinnhaft - zu machen. Die Budgetfinanzierung wird Anfang der 1990er Jahre - ganz genauso wie das Versiche-

¹⁰³"W całej Europie, i nie tylko w Europie, co najmniej od kilkunastu lat trwają bowiem spory nad kształtem i zasadami systemów ubezpieczeń zdrowotnych. [...] , różne też są oceny sprawności ich funkcjonowania" (Budkiewicz 1996).

runssystem - mit Verweis auf andere Länder, globale Trends und internationale Empfehlungen in die polnische Gesundheitsreformdebatte eingebracht, kann sich trotzdem die gesamten 1990er Jahre über nicht als ernsthafte Alternative durchsetzen (vgl. Abschnitt 6.3.1).

7.2.3 Die Rolle internationaler Organisationen und Experten

Die Beobachtung der Gesundheitssysteme der entwickelten Länder, d.h. der OECD-Länder, darunter auch Polens, ermöglicht es nicht, ein einziges Modell aufzuzeigen, dessen Einführung Lösungen für alle aktuellen und zukünftigen Probleme bieten könnte, mit denen Patienten, Ärzte sowie die Organisatoren der Gesundheitsversorgung konfrontiert sind. Auch in den von der Gesellschaft best benoteten Gesundheitssystemen gibt es Wartelisten, Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsleistungen, Fachkräftemangel, Ineffizienz in der Mittelverwendung, und Druck zur Kostendämpfung. Daher beobachten wir nahezu überall Anpassungs- und Reparaturprozesse, die auf den Analysen nationaler Experten und internationaler Institutionen wie der WHO oder der OECD beruhen (Podraza 2002).¹⁰⁴

Im *obigen* Abschnitt wurde ein Punkt angesprochen, der hier wieder aufgegriffen werden soll, nämlich die Beobachtung, dass der Verweis auf andere Länder durch das Prisma von Experten erfolgt. Wie aus dem Ankerbeispiel

¹⁰⁴„Przegląd systemów opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych, tj. trzydziestki zrzeszonych w OECD, w tym Polska, nie pozwala na wskazanie jednego modelu, którego wdrożenie mogłoby przynieść rozwiązania wszystkich obecnych i przyszłych problemów, przed jakimi stają pacjenci, lekarze oraz organizatorzy ochrony zdrowia. Nawet w najlepiej ocenianych przez społeczeństwo systemach opieki zdrowotnej występują listy pacjentów oczekujących na świadczenia, problemy nierównego dostępu, niedobory profesjonalnej kadry, nieefektywność wykorzystania zasobów, presja na ograniczenie kosztów. Stąd niemal wszędzie obserwujemy procesy dostosowawcze i naprawcze oparte na analizach ekspertów krajowych oraz międzynarodowych instytucji, takich jak WHO czy OECD (Podraza 2002).“

dieses Abschnitts hervorgeht, kann die Rolle der Experten weit darüber hinausgehen, wenn sich die Wahrnehmung durchsetzt, dass kein Land nachahmungswürdig und alle Länder in der Reform begriffen sind. Dann liegt es an den Experten, den politischen Entscheidungsträgern den Weg zu weisen - ein Deutungsmuster, das stark an die Selbstdarstellung der WHO im Weltgesundheitsbericht 2008 erinnert, in dem sie die nationalen Entscheidungsträger als desorientiert und das von ihr verfasste Reformkonzept als richtungsweisend konstruiert (vgl. Abschnitt 4.3.4).

In diesem Abschnitt soll es nun darum gehen, aus den Bezugnahmen auf internationale Organisationen und Experten herauszuarbeiten, welche Rolle sie im polnischen Reformdiskurs spielen und worauf diese Rolle zurückzuführen ist.

Anhand ausgewählter Beispiele wird zunächst gezeigt, dass internationale Organisationen und Experten in der polnischen Gesundheitsreformdebatte eine relativ hohe - wenngleich nicht völlig unkritische - Autorität genießen. Nicht immer werden konkrete Organisationen, Institute oder Experten benannt. Wenn dies jedoch geschieht, dann gehören die Weltgesundheitsorganisation, die Europäische Union und die OECD zu den häufigsten Nennungen. Gelegentlich wird aber auch auf die Weltbank, USAID, ILO, den Europarat, auf wissenschaftliche Institute wie das Max-Planck-Institut, konkrete Universitäten wie die Harvard-Universität oder auch auf einzelne Professoren aus dem In- und Ausland verwiesen. In diesen Verweisen werden die internationalen Organisationen und Experten durchgehend als Autoritäten konstruiert. Diese Konstruktionsprozesse werden im Folgenden am Beispiel der Weltgesundheitsorganisation vorgestellt.

Die Autorität der WHO wird im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten unter anderem darüber konstruiert, dass auf ihre umfassende Forschungsarbeit verwiesen wird:

Bei der Durchsetzung der Patientenrechte weltweit hat die WHO, die 1994 ein Mustermodell der Deklaration der Patientenrechte vorgestellt hat, eine enorme Rolle gespielt. Die Organisation hat in den 1980er und 1990er Jahren Forschungsarbeiten

in 26 Ländern durchgeführt. Diese Arbeiten haben gezeigt, dass der Patient eines rechtlichen Schutzes bedarf und dieser Bedarf aus den folgenden Punkten resultiert: [...] (Ziętek 2008).¹⁰⁵

Mit ihren Analysen bestätige sie Fakten, heißt es darüber hinaus (Marciniak 1995). Die ihr zugeschriebene Autorität kommt unter anderem auch darin zum Ausdruck, dass man vorgibt bzw. fordert, die polnischen Gesetzesprojekte an ihren Kriterien, ihrem Kanon und ihren Empfehlungen auszurichten. Sei es "das benötigte Minimum [...], das für eine rechtmäßige Funktionsweise der Gesundheitsversorgung auf einem Mindestniveau nötig ist" (Marciniak 1996),¹⁰⁶ ihr "Kanon" gesundheitspolitischer Ziele (Marciniak 1995) oder die von ihr festgelegten "wichtigsten Kriterien eines Gesundheitssystems",¹⁰⁷ in zahlreichen Aussagen wird behauptet, die vorgelegten Gesetzesprojekte daran ausgerichtet zu haben. Wenn das nicht erfolgt, so wird gefordert, sich an ihren Empfehlungen zu orientieren. Ihre Definitionen von Gesundheit (Ziętek 2008; Hoc 2008) und Patient (Arlukowicz 2008) werden wie selbstverständlich übernommen. Der Organisation wird schließlich auch die Autorität zugeschrieben, Vorbilder zu ernennen. Laut einer Aussage wurde Polen "von der WHO als Vorbild einer adäquaten Gesundheitsversorgung für Mutter und Kind vorgezeigt" (Szczeпаńczyk 2002): "Zurecht waren wir stolz" (Ebd.), heißt es im Anschluss daran.¹⁰⁸

Aus den obigen Zitaten geht hervor, dass internationale Organisationen, insbesondere die Weltgesundheitsorganisation, eine relativ hohe Autorität ge-

¹⁰⁵"W tworzeniu praw pacjenta na całym świecie ogromną rolę odegrało WHO, które w 1994 r. przedstawiło wzorcowy model Deklaracji Praw Pacjenta. Organizacja ta przeprowadziła badania w 26 krajach w latach 80. i 90. Wykazały one, że pacjent wymaga ochrony prawnej, a potrzeba ta wynikała z następujących przesłanek: [...]" (Ziętek 2008).

¹⁰⁶"...niezbędne[...] minimum, jakie jest potrzebne do prawidłowego funkcjonowania na minimalnym poziomie służby zdrowia i opieki zdrowotnej (Marciniak 1996).

¹⁰⁷"najważniejsze kryteria systemu opieki zdrowotnej" (Łapiński 2002b).

¹⁰⁸"Byliśmy przez Światową Organizację Zdrowia pokazywani jako wzorzec właściwej opieki nad matką i dzieckiem. Słusznie szczyliciliśmy się posiadaniem dobrze zorganizowanego systemu szczepień ochronnych, który został rozwalony, a obecnie z takim trudem jest odbudowywany" (Szczeпаńczyk 2002).

nießen. Doch worauf basiert diese Autorität? Anhand des obigen Zitats wurde argumentiert, dass diese Autorität weitgehend auf der Vorstellung ruht, dass in diesen Organisationen viele kluge Köpfe tätig sind. Den internationalen Organisationen wird in erster Linie "Expertise" zugeschrieben. Anhand des folgenden Beispiels wird deutlich, dass allein die Vorstellung von der hohen Expertise der internationalen Organisationen - in diesem Fallbeispiel wieder die WHO - selbst Empfehlungen "rezipierbar" macht, die man im nationalen Kontext nicht auf Anhieb für sinnvoll hält. Nach dem Motto, dass sich die Experten dabei schon etwas gedacht haben werden, können Zweifel oder Kritik an bestimmten Politiklösungen mit Verweis darauf ausgemerzt werden, dass sich diese Ideen eben nicht die polnischen Politiker, sondern die Experten der WHO ausgedacht haben. In dem Fallbeispiel, das anhand von zwei Zitaten vorgestellt wird, geht es inhaltlich um einen Gesetzesvorschlag, in dem für bestimmte Bevölkerungsgruppen eine Reihe an Medikamenten für einen Zloty zur Verfügung gestellt werden sollen, die angeblich von der WHO empfohlen sind, deren Wirkungskraft im Parlament jedoch angezweifelt wird:

Noch, Entschuldigung, die Sache der Ein-Zloty-Medikamente. [...] Wenn es um den Vorwurf geht, dass diese Medikamente nicht heilen, dass sie aus dem Umlauf zurückgezogen wurden, dann habe ich größere Dummheiten einfach noch nicht gehört. Das ist Quatsch, ganz einfach. Die Medikamente, die wir verwenden, sind grundlegende Arzneimittel in der Behandlung von kranken Menschen, die von der WHO empfohlen werden. Die WHO empfiehlt sie, das ist eine Liste. Wir verwenden die Medikamente, die als grundlegend für die Behandlung der Menschen ausgewiesen sind. Sitzen in der Weltgesundheitsorganisation dumme Leute? Verstehen sie nicht, was los ist? Führen sie alte Medikamente ein (Łapiński 2002c)?¹⁰⁹

¹⁰⁹„Jeszcze, przepraszam, sprawa leków za złotówkę. [...] Jeśli chodzi o zarzut, że te leki nie leczą, że są wycofane, to po prostu większych bzdur nie słyszałem. To są bzdury po prostu. Leki, które stosujemy, są to leki podstawowe w leczeniu ludzi chorych, zalecane przez WHO. WHO zaleca, to jest lista. My stosujemy te leki, które są podane jako leki podstawowe w leczeniu ludzi. Czy w Światowej Organizacji Zdro-

Über die Medikamente für einen Zloty hat Herr Minister bereits gesprochen. Das sind Medikamente, die sich auf der Liste der WHO befinden, die im April 2000 herausgegeben wurde. Ich würde es nicht wagen - obwohl ich viel Berufserfahrung habe - zu sagen, dass diese Medikamente nicht wirkungsvoll sind und nicht wirken. Darüber müssen wissenschaftliche Autoritäten befinden, aber hier im Saal sitzen ja Leute, die sich damit auskennen. Tja, man muss sagen, Genies. Meine Damen und Herren! Wir warten auf den Nobelpreis in der Medizin. Hier verschwenden Sie Ihr Talent, wenn Sie davon so viel haben (Gajecka-Bożek 2002).¹¹⁰

Aus diesen beiden Zitaten lässt sich zweierlei entnehmen. Erstens wird deutlich, dass eine bedeutende Quelle der Autorität der WHO darin liegt, dass ihr eine umfangreiche Fachkompetenz zugeschrieben wird. Zweitens wird deutlich, dass genau diese Fachkompetenz den polnischen Abgeordneten im Sejm abgesprochen wird.

Es soll zunächst auf den ersten Punkt eingegangen werden. Die Autorität der internationalen Organisationen beruht zu einem großen Teil auf der ihnen zugeschriebenen Expertise. Aus den Parlamentsdebatten geht des weiteren hervor, dass der Umkehrschluss nicht gilt: Expertise wird nicht ausschließlich internationalen Organisationen zugeschrieben. Neben der Bezugnahme auf internationale Organisationen wird in den analysierten Parlamentsdebatten auf Konsultationen mit "ausländischen Experten" (Dmochowska 1996), einem "Professor Baron von Maydell vom Max-Planck-Institut" (Kuszewski 1995a), "internationalen Gesundheitsexperten aus Köln" (Jurgielaniec 1996), den "besten Krankenversicherungsexperten Europas" (Żochowski 1996c) und

wia głupi ludzie siedzą? Nie rozumieją tego, co się dzieje? Stare leki wprowadzają?" (Łapiński 2002c).

¹¹⁰"O lekach za złotówkę pan minister już mówił. Są to leki, które znajdują się na liście WHO wydanej w kwietniu 2000 r. Nie ośmieliłabym się powiedzieć, mimo że mam duże doświadczenie zawodowe, że te leki są nieskuteczne i nie działają. O tym muszą się wypowiedzieć autorytety naukowe, ale tu na tej sali są ludzie, którzy się na tym znają. Ba, trzeba powiedzieć, że geniusze. Proszę Państwa! Czekamy na nagrodę Nobla w medycynie. Tu się państwo marnujecie, jeżeli jesteście tacy zdolni (Gajecka-Bożek 2002).

“Gesundheitsexperten, von denen es in Polen, und in Europa, und in der WHO einige gibt” (Piecha 2008b) verwiesen.

Internationale Expertise genießt jedoch keine grenzenlose Autorität. Gelegentlich wird sie auch kritisiert. Interessant ist indes, dass die Kritik dann vor allem darauf abzielt, den vermeintlichen “Experten” ihre Expertise abzusprechen, indem beispielsweise die verbreiteten Trends nicht als Fachwissen, sondern als “Mode” eingestuft und damit abgewertet werden:

Woher die teuflische Idee, dass die in der Ära der neo-liberalen Globalisierung vorherrschende Mode der sog. Vermarktlichung sich auf Gesundheit beziehen muss (Hoc 2008)?¹¹¹

Ein weiteres Mittel, die Autorität internationaler Organisationen zu diffamieren, ist es, ihre Expertise in ein Diktat umzudeuten:

Warum machen wir das nicht? Jemand befiehlt es uns nicht? Herr Minister, vielleicht sollten wir uns die Wahrheit sagen, vielleicht befiehlt es uns die Weltbank oder die Europäische Union nicht, [...] (Lepper 2002)?¹¹²

Neben Zweifeln an der “Zwanglosigkeit” der internationalen Empfehlungen kann auch der Verdacht einer fehlenden “Interesselosigkeit” dazu genutzt werden, die Autorität der internationalen Experten anzugreifen:

In einer der Zeitschriften ist der Bericht von einem Seminar, das in Warschau unter Beteiligung des Herrn Hausner [damaliger Minister für Wirtschaft, Arbeit und Sozialpolitik, Anm. d. Verf.], des Gesundheitsministers und der Weltbank stattgefunden hat, wo die Schätzungen darüber abgegeben werden, wie viele Haushalte ergänzende Zusatzversicherungen in Anspruch nehmen würden, die die Regierung neben den Zuzahlungen einführen will. In dem Artikel ist von Haushalten die Rede, nicht

¹¹¹“Skąd diabelski pomysł, że panująca w dobie neo-liberalnej globalizacji nowa moda tzw. urynkowania musi odnieść się także do zdrowia?” (Hoc 2008).

¹¹²“Dlaczego nie robimy tego? Ktoś nam nie każe? Panie ministrze, może powiedzmy sobie prawdę, może Bank Światowy nie każe albo Unia Europejska, [...]“ (Lepper 2002).

von Menschen, von Patienten, überall herrschen nur der Gewinn
und das Geld (Krupa 2003).¹¹³

Schließlich können internationale Organisationen bzw. Experten dann zum Gegenstand der Kritik werden und ihre Autorität verlieren, wenn sie als die für die jeweiligen Themen falschen Experten wahrgenommen werden und ihnen zudem unterstellt wird, ihre Theorien auf ein Gebiet überzustülpen, das nicht ihres ist und für das sie sich nicht eignen. Auf diese Weise versucht man in der polnischen Gesundheitsreformdebatte die ökonomische Expertise gegen die Expertise der "Gesundheitsexperten" zu verteidigen. Die Ablehnung der ökonomischen Begrifflichkeiten und Kategorien wie Haushalt statt Mensch bzw. Patient geht bereits aus dem obigen Zitat hervor. Im folgenden zwei weitere, in denen eine starke Abwehr des ökonomischen Denkens bzw. der ökonomischen Expertise in Gesundheitsfragen hervorgeht:

[D]ie Regierenden fragen sich, wie man die Nachfrage nach freiwilligen Zusatzversicherungen erhöhen kann. Laut der liberalen Ökonomen würde ein höheres Risiko, die Behandlungskosten aus der eigenen Tasche bezahlen zu müssen, dazu beitragen. Das wiederum [...] Diese Artikel behandeln den Menschen und seine Gesundheit wie eine einfache Ökonomie. Sie zeugen leider, nicht nur von einer tiefen Degradation, sondern sogar Psychopathologisierung dieser Art von Managern (Ebd.).¹¹⁴

¹¹³"W jednym z czasopism jest relacja z seminarium, jakie odbyło się w Warszawie z udziałem pana Hausnera, ministra zdrowia i Banku Światowego, gdzie podane są szacunki, ile gospodarstw skorzystałoby z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jakie rząd ma zamiar wprowadzić oprócz współpłacenia. W artykule pisze się o gospodarstwach, nie ma mowy o ludziach, o pacjentach, jest tylko zysk i pieniądź" (Krupa 2003).

¹¹⁴"...[R]zządzający zastanawiają się, w jaki sposób zwiększyć popyt na dobrowolne ubezpieczenia. Okazuje się, że według tych liberalnych ekonomów takim czynnikiem byłby wzrost ryzyka ponoszenia kosztów leczenia opłacanych z własnych dochodów, co nastąpiłoby wtedy, gdyby wzrosły ceny za usługi kupowane prywatnie. A te z kolei [...] Te artykuły traktują człowieka i jego zdrowie jak zwykłą ekonomię. Świadczą one, niestety, nie tylko o głębokiej degradacji, ale nawet psychopatyzacji tego rodzaju menedżerów (Ebd.).

Sind die Experten aus dem Gesundheitsbereich, und davon gibt es in Polen, in Europa, und in der Weltgesundheitsorganisation viele, Experten zweiter Kategorie und wissen nicht, was sie sagen, und der einzige, der weiß, was er sagt, ist der Finanzminister? Und er jongliert mit den Begriffen der Lebenserwartung und der Säuglingssterblichkeit? Wie jeder Schüler der Public-Health-Wissenschaften weiß, hängt das von den berühmten Feldern Lalondes ab, von denen vorhin die Rede war. Die therapeutische Medizin hat keinen Einfluss auf die Lebenserwartung, vielleicht nur einen geringen Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit, aber in der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist auch nicht von der Lebenserwartung oder der Säuglingssterblichkeit die Rede. Ich habe eine Frage: Verurteilen Sie die Experten [...] der Weltgesundheitsorganisation, die sagen, dass man ohne 6 [Prozent] des Bruttoinlandsprodukts keine sinnvolle Gesundheitspolitik, darunter auch therapeutischer Medizin, machen kann? Danke (Applaus)” (Piecha 2008b).¹¹⁵

Wie aus dem folgenden Zitat, das bereits in Abschnitt 6.1.2 vorgestellt wurde, hervorgeht, wird die gesundheitspolitische Reformkompetenz der Ökonomen nicht einstimmig in Frage gestellt. Es gibt auch einen Diskursstrang, der gerade die Beteiligung der Ökonomie an der Gesundheitsreform fordert und den Medizinern abspricht, die Reform des Gesundheitswesens erfolgreich zu Ende zu bringen:

¹¹⁵”Czy eksperci z zakresu ochrony zdrowia, a jest ich i w Polsce, i w Europie, i Światowej organizacji sporo, są ekspertami gorszej kategorii, i nie wiedzą, co mówią, a jedyny, który wie, co mówi, to jest minister finansów? I żongluje hasłem o długości życia i umieralności okołoporodowej noworodków? Jak każdy adept zdrowia publicznego wie, zależy to od słynnych pól Lalonda, o których przed chwilą mówił pan poseł. Medycyna naprawcza nie wpływa na długość życia, może w niewielkim stopniu wpłynąć na umieralność okołoporodową noworodków, ale też w definicji Światowej Organizacji Zdrowia nie definiuje się długości życia czy umieralności okołoporodowej noworodków. Mam pytanie: Czy pan minister w czambuł potępia ekspertów [...] Światowej Organizacji Zdrowia, którzy mówią, że bez 6 [procent] PKB, pieniędzy publicznych nie da się prowadzić sensownej polityki zdrowotnej, w tym medycyny naprawczej? Dziękuję. (Oklaski) “ (Piecha 2008b).

Ich habe beobachtet, dass heute nur Mediziner und einige wenige Ökonomen die Stimme ergreifen. ...(*Stimme aus dem Saal*: Noch ein Soziologe.) Ein Soziologe, ja. Aber es drängt sich doch die Frage auf, wo in dieser Kammer die Spezialisten für Reprivatisierung, für Privatisierung, für Restrukturierung sind. Wir sind doch ein Zweig der Volkswirtschaft, so will ich das betrachten. Warum gibt es hier heute keine Stimmen vernünftiger Fachleute, die helfen könnten, den Gesundheitsdienst zu reformieren? Es ist ein Drama, dass in dieser Kammer in der Debatte über ein so wichtiges Gesetz mehrheitlich Mediziner die Stimme ergreifen [...] Wir wollen, dass auch andere Spezialisten an der Reform des Gesundheitsdienstes teilnehmen (Krzyżanowski 1991: 139).¹¹⁶

Bisher ist argumentiert worden, dass die internationalen Organisationen vor allem deswegen eine hohe Autorität genießen, weil ihnen eine große Fachkompetenz zugeschrieben wird. Wird ihnen die Fachkompetenz abgesprochen, so werden sie kritisierbar. Zwei Punkte sollten in diesem Zusammenhang noch angesprochen werden, weil sie zu einem ganzheitlicheren Verständnis der hohen Autorität der internationalen Organisationen in Polen beitragen. Erstens sind in gewisser Weise die internationalen Organisationen und Experten - zumindest im Polen der 1990er Jahre - die einzigen, denen eine Fachkenntnis zugeschrieben wird. So werden im Vorfeld der Einführung des Versicherungssystems zahlreiche internationale Experten konsultiert, was damit begründet wird, dass "wir in Polen [...] wenig Erfahrung mit Arbeiten zum Thema

¹¹⁶ "...zauważyłem, że dzisiaj zabierają głos medycy, wreszcie kilku ekonomistów...(*Głos z sali*: Socjolog jeszcze.) Socjolog, tak. Ale ciśnie się na usta pytanie, gdzie w tej Izbie są specjaliści od reprivatyzacji, od prywatyzacji, od restrukturyzacji, bo my jesteśmy jedną z gałęzi gospodarki narodowej, tak chcemy to postrzegać. Dlaczego tu dzisiaj nie ma tych głosów rozsądnych fachowców, którzy by pomogli zreformować służbę zdrowia? Jest to dramat, że właśnie tu w tej Izbie nad tak ważną ustawą zabierają głos w większości medycy. [...] My chcemy, żeby w reformowaniu służby zdrowia uczestniczyli inni specjaliści" (Krzyżanowski 1991: 139).

der Gesundheitsversicherung [haben]“ (Żochowski 1996c).¹¹⁷ Wenn im Plenum Kritik an Gesetzesprojekten geäußert wird, die mit Verweis auf internationale Expertise legitimiert werden, dann kann es vorkommen, dass die Fachkompetenz und Qualifikation der polnischen “Kritiker” in Frage gestellt wird, wie das folgende Zitat deutlich macht:

Zum Abschluss meines Auftritts möchte ich zu den Vorwürfen Stellung nehmen, die an das Gesetzesprojekt [...] adressiert wurden und werden. Man kann jede Lösung, jeden Artikel kritisieren, aber die Kritik sollte meritorisch und konstruktiv sein und auf Wissen basieren, aus dem sich die Rechte der Autoren ableiten. Wer von den Kritikern kann Beweise des eigenen Wissens vorzeigen, Diplome, Zertifikate? Wo sind ihre Veröffentlichungen zum Thema Gesundheitsversicherung? Wer und wo hat sie herausgegeben? Wir haben in Polen wenige Experten für Gesundheitsversicherungen, dafür haben wir viele Kritiker, die das Recht usurpieren, die öffentliche Meinung zu gestalten, die sich der Desinformation bedienen [...]. (Bomba 1996).¹¹⁸

Auch die Kompetenz der polnischen Abgeordneten, die über Nachweise für ihre Expertise verfügen, wird in Frage gestellt, wie man am Beispiel eines Abgeordneten sehen kann, der Gesundheitssysteme studiert hat und seine Autorität auch im Diskurs mit Verweis auf dieses Studium zu legitimieren versucht:

¹¹⁷“W Polsce mamy mało doświadczenia z pracami na temat ubezpieczeń zdrowotnych” (Żochowski 1996c).

¹¹⁸“Na zakończenie swojego wystąpienia chciałbym ustosunkować się do zarzutów, jakie były i będą zgłaszane do projektu ustawy [...]. Krytyka może dotyczyć każdego rozwiązania, każdego zapisu artykułu, ale powinna być merytoryczna i konstruktywna, oparta na wiedzy i wynikających z niej uprawnień autorów. Kto z krytyków może przedstawić dowody własnej wiedzy, dyplomy, certyfikaty? Gdzie są ich publikacje na temat ubezpieczeń zdrowotnych? Kto i gdzie je wydał? W Polsce nie mamy wielu ekspertów od spraw ubezpieczeń zdrowotnych, mamy natomiast wielu krytyków uzurpujących sobie prawo do kształtowania opinii publicznej, posługujących się dezinformacją [...].“ (Bomba 1996).

Die letzten vier Jahre über habe ich die Gesundheitssysteme und -reformen auf der ganzen Welt studiert. Ich finde, dass es meine moralische Pflicht ist, die Unvollkommenheiten des Reformprozesses in Polen aufzuzeigen (Wojtyła 1998b).¹¹⁹

Seine Expertise wird dennoch angezweifelt. Weil er in den USA studiert hat, wird ihm unterstellt, eine Vorliebe für das amerikanische Gesundheitssystem zu haben, was für Polen als Negativbeispiel konstruiert wird:

Ich erinnere mich [...], dass sich der Herr Abgeordnete in den USA ausgebildet hat, er studierte dort die Organisation des Gesundheitswesens. Gewiss ist Herr Abgeordnete in deren System vernarrt. Ich denke jedoch, dass wir uns nicht an das System dort anpassen sollten [...] (Łapiński 2002c).¹²⁰

Auch wenn der Abgeordnete beteuert, "die Gesundheitssysteme auf der ganzen Welt, nicht nur in den Staaten" zu kennen,¹²¹ so genießt seine Expertise keine unhinterfragte Autorität mehr. Der Umstand, dass den nationalen Akteuren nur wenig "Expertise" zugeschrieben wird, erhöht in gewisser Weise die Autorität der internationalen Organisationen und Experten. Wie auch aus dem folgenden Zitat hervorgeht, gelten sie bei schwierigen, unlösbaren Problemen, als die letzte Hoffnung:

Die Mittel [der Städte, Anm. d. Verf.] müssen um den Wert vermindert werden [...], zu dem die Gesundheitsleistungen aus den Versicherungsbeiträgen gedeckt werden. Das ist völlig offensichtlich. Wie man das macht: technisch ist das, Herr Abgeordneter, überaus schwierig. [...] Wir haben zu diesem Thema

¹¹⁹"Przez ostatnie cztery lata zajmowałem się studiowaniem systemów zdrowotnych i reform zdrowotnych na świecie. Uważam, że moim moralnym obowiązkiem jest wskazywanie na niedoskonałości procesu reform w Polsce, [...]" (Wojtyła 1998b).

¹²⁰"Pamiętam [...], że pan poseł szkolił się w Stanach Zjednoczonych, studiował tam organizację ochrony zdrowia. Najpewniej pan poseł jest zapatrzony w tamten system. Myślę jednak, że nie należy dopasowywać się do tamtego systemu, [...]" (Łapiński 2002c).

¹²¹"...znam systemy zdrowotne na całym świecie, nie tylko w Stanach" (Wojtyła 2002b).

mehrere Symposien veranstaltet [...]. Wir haben sogar USAID eingeschaltet, die Experten aus Harvard für die Ausarbeitung einer Methode engagiert haben, und niemand war in der Lage, das genau einzuschätzen (Kuszewski 1995b).¹²²

Bisher ist argumentiert worden, dass die Autorität der internationalen Organisationen maßgeblich auf die ihnen zugeschriebene Expertise zurückzuführen ist, die man unter polnischen Akteuren vermisst bzw. in Frage stellt. Neben der relativ schwachen Anerkennung nationaler Experten ist es der hohe Stellenwert der "Meritorik" gegenüber der "Politik", der die polnische Gesundheitsreformdebatte charakterisiert und dazu führt, dass die Autorität der internationalen *Experten* die Autorität der polnischen *Politiker* - bzw. "Kritiker" - in den Schatten stellt. Um die hohe Bedeutung von "Meritorik" und ihre Opposition zur "Politik" zu veranschaulichen, wird erneut auf ein bereits vorgestelltes Zitat zurückgegriffen, aus dem deutlich hervorgeht, dass der polnische Diskurs nur meritorische und konstruktive Stimmen von Experten zulässt, die ihre Expertise glaubwürdig nachweisen können, was im Umkehrschluss bedeutet, dass er für die als nicht-meritorisch eingestuften Stimmen von Nicht-Experten weitgehend geschlossen ist und dagegen auch verteidigt wird:

Die Kritik kann alle Lösungen, alle Artikel betreffen, aber sie sollte meritorisch und konstruktiv sein, auf Wissen basieren, das ihre Autoren dazu berechtigt. Welcher von den Kritikern kann Beweise des eigenen Wissens vorlegen, Diplome, Zertifikate? Wo sind ihre Veröffentlichungen zum Thema der Gesundheitsversicherungen? Von wem und wo wurden sie herausgegeben? (Bomba 1996).¹²³

¹²²"Tam te środki muszą być zmniejszone [...] o tyle, na ile świadczenia zdrowotne będą pokrywane ze składki. To jest zupełnie oczywiste. Jak to zrobić: technicznie jest to, panie pośle, niezwykle trudne. [...] Odbyliśmy na ten temat parę sympozjów [...] Nawet włączyliśmy USID, które użyło ekspertów harwardzkich do opracowania metody, i na dobrą sprawę nikt nie był tego w stanie dokładnie ocenić [...]" (Kuszewski 1995b).

¹²³"Krytyka może dotyczyć każdego rozwiązania, każdego zapisu artykułu, ale powinna być merytoryczna i konstruktywna, oparta na wiedzy i wynikających z niej

Die Diskursteilnehmer der analysierten Parlamentsdebatten werfen sich nun gegenseitig nahezu permanent vor, nicht meritorisch, sondern politisch zu argumentieren. "Wenn man das nicht aus einem politischen, sondern aus einem meritorischen Standpunkt betrachtet, dann" lassen sich die Vorwürfe der Opposition nicht bestätigen (Piecka 1996).¹²⁴ Und fordern sich dabei gleichzeitig gegenseitig auf, sich "über politische Spaltungen und persönliche Animositäten" (Łapiński 2002b)¹²⁵ zu erheben: "[E]s ist höchste Zeit, das Kriegsbeil zu begraben und zu beginnen, für das Wohl des Patienten meritorisch zu arbeiten" (Gajecka-Bożek 2002).¹²⁶ Der politische Kampf wird marginalisiert: "Es geht uns doch nicht um politischen Kampf, sondern um eine Reform des Systems" (Małecka-Libera 2008b).¹²⁷ Die Stärkung der Meritorik hat eine "Entpolitisierung" (Frączek 1998)¹²⁸ zum Ziel. Begünstigt wird der Durchbruch und Erfolg dieser Deutung der Gesundheitspolitik maßgeblich durch den oben skizzierten Diskurs der "Staatsphobie" (Foucault 2000), der jegliche Politisierung des Gesundheitswesens im Sinne einer Abhängigkeit von politischen Entscheidungen vehement ablehnt und eine "Vergesellschaftung" des polnischen Gesundheitswesens fordert. Wie aus diesem Abschnitt hervorgeht, tritt weniger eine "Vergesellschaftung" denn eine "Verwissenschaftlichung" des polnischen Felds der Gesundheitspolitik ein. Wobei sich in den 2000er Jahren ein Widerstand gegen die Entpolitisierung und Verwissenschaftlichung der Gesundheitspolitik regt, der zum Ende des Untersuchungszeitraums anhält. In diesem Widerstandsdiskurs wird in Frage gestellt, dass Gesundheitspolitik eine rein sachlich zu lösende Angelegenheit sei: "Die Gesundheitsversorgung

uprawnień autorów. Kto z krytyków może przedstawić dowody własnej wiedzy, dyplomy, certyfikaty? Gdzie są ich publikacje na temat ubezpieczeń zdrowotnych? Kto i gdzie je wydał?" (Bomba 1996).

¹²⁴"Jeżeli podchodzimy do tego nie z punktu widzenia politycznego, lecz merytorycznego, to przyjrzyjmy się zarzutom opozycji, [...] tego nie potwierdza" (Piecka 1996).

¹²⁵"potrafimy wznieść się ponad podziały polityczne i osobiste animozje" (Łapiński 2002b).

¹²⁶"[J]uż najwyższy czas zakopać topór wojenny i zacząć merytorycznie pracować dla dobra pacjenta" (Gajecka-Bożek 2002).

¹²⁷"Przecież nie chodzi nam o walkę polityczną, tylko o reformę systemu" (Małecka-Libera 2008b).

¹²⁸"odpolityczni[enie]" (Frączek 1998)

ist Gegenstand vieler widersprüchlicher Interessen. [...] Der Schlüssel zu einer wirkungsvollen Gesundheitspolitik ist daher häufig die Schlichtung von Konflikten und nicht die Lösung von Problemen" (Podraza 2004).¹²⁹ Zum Ende des Untersuchungszeitraums hin lässt sich ein regelrechtes Plädoyer eines ehemaligen Gesundheitsministers an den Finanzminister für eine Repolitisierung der Parlamentsdebatte im Allgemeinen und der Gesundheitspolitik im Speziellen vorfinden, dem zufolge Gesundheitspolitik als eine Frage der Wahl und der gesellschaftlichen Prioritäten konstruiert wird:

Ich weiss nicht, wessen Auftritt emotionaler war - meiner, oder Ihrer. (Applaus) Ich habe den Eindruck, dass Ihrer, er war sicherlich parteilicher. (Applaus) Aber gerade dafür ist das Parlament da, damit Politik in ihm präsent ist, deshalb mache ich Ihnen keine Vorwürfe. Man betreibt hier rechtmäßig Politik und dieses Gesetz erfordert in der Tat eine politische Entscheidung von außerordentlicher Bedeutung. Und das steht nicht zur Diskussion. [...] Herr Minister, die Politik ist eine Frage von Entscheidungen. Das ist echte Politik und die Entscheidung über Teile des Budgets und die damit verbundenen finanziellen Konsequenzen ist eine Frage politischen Mutes und einer anderen Sache - der Frage, ob wir die Gesundheit der Polen als eine Priorität betrachten oder nicht, ob wir es mit anderen gesellschaftlichen Bedürfnissen gleichsetzen. (Applaus) [...] (Religa 2008b).¹³⁰

¹²⁹"Opieka zdrowotna jest przedmiotem wielu sprzecznych interesów. [...] Kluczem do skutecznej polityki zdrowotnej jest więc często rozstrzyganie konfliktów, a nie rozwiązywanie problemów" (Podraza 2004).

¹³⁰"Nie wiem, czyje wystąpienie było jednak bardziej emocjonalne - czy moje, czy pana. (Oklaski) Odnoszę wrażenie, że pana, a na pewno było bardziej partyjne. (Oklaski) Jednak po to właśnie jest Sejm, żeby była w nim obecna polityka, więc nie mam o to do pana pretensji. Prawdłowo uprawia się tutaj politykę i ta ustawa rzeczywiście jest decyzją polityczną, niezwykle ważną. I to jest poza dyskusją. [...] Panie ministrze, polityka to jest kwestia wyborów. To jest prawdziwa polityka i decyzja dotycząca uszczerbku dla budżetu i konsekwencji finansowych z tym związanych jest kwestią odwagi politycznej i jednej rzeczy - tego, czy traktujemy zdrowie Polaków jako priorytet, czy nie, czy stawiamy to na równi z innymi potrzebami społecznymi. (Oklaski) [...]" (Religa 2008b).

7.3 Zusammenfassung und Zwischenreflexion

Das Ziel dieses Kapitels besteht darin, die Relevanz der Weltkultur für die nationale Gesundheitsreformdebatte im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten zu erforschen. Zu diesem Zweck wird in einem ersten Schritt untersucht, inwieweit die zwei zentralen Diskursstrategien des globalen Diskurses - "Gesundheit für alle" und "Alle für Gesundheit" - in den gesundheitspolitischen Parlamentsdebatten Polens rezipiert werden. In einem zweiten Schritt werden die Bezüge auf eine breit verstandene Weltkultur untersucht, um herauszufinden, welche Länder von nun an zum "reflexiven Beobachtungszusammenhang" (Krücken 2002) Polens gehören, worauf die Autorität internationaler Organisationen und Professionen gründet und welchen Einfluss externe Zwänge entfalten können.

7.3.1 Zusammenfassung

"Gesundheit für alle" im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten

Wie im vorigen Kapitel angesprochen wurde, werden Versatzstücke des globalen Diskurses bereits in der polnischen Reformdebatte der kommunistischen Ära rezipiert. Am offensichtlichsten ist der Einfluss der Diskursstrategie "Gesundheit für alle", der 1984 in der Erarbeitung einer polnischen Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" gipfelt. Daneben lassen sich aber auch Elemente der globalen Begrenzungsstrategie vorfinden, die einen Rückzug des Staates und eine Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung zwischen Staat, Markt und Bürger fordert (Abschnitt 6.2.3).

Um die Rezeption der Diskursstrategie "Gesundheit für alle" in der polnischen Gesundheitsreformdebatte der Jahre 1991-2008 systematisch zu untersuchen, wird sie in diesem Kapitel in vier Unterpunkte heruntergebrochen: Untersucht werden (1) direkte Bezüge auf das WHO-Dokument "Gesundheit

für alle“, (2) die Diskussion zum Thema ”Recht auf Gesundheit“, (3) die Rezeption der WHO-Definition von Gesundheit als Wohlbefinden sowie (4) die Rezeption des Gesundheitsfaktoren- und -förderungskonzepts. Eine solch differenzierte Auseinandersetzung mit der Rezeption der Diskursstrategie ”Gesundheit für alle“ im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten nach 1991 macht deutlich, dass sich die Strategie einer höchst ambivalenten Zustimmung im polnischen Kontext erfreut. Einige der untersuchten Konzepte wie die WHO-Definition von Gesundheit als Wohlbefinden und das Vier-Felder-Schema von Marc Lalonde (vgl. Abschnitt 4.2.1) genießen eine hohe Popularität. Das heißt aber nicht, dass die aus ihnen resultierenden gesundheitspolitischen Implikationen auf breite Zustimmung treffen. Obwohl das ”neue Wissen“, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung nur zu einem geringen Anteil auf die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens zurückzuführen ist, völlig unhinterfragt ist, wird den Forderungen nach mehr Gesundheitsförderung entgegengehalten, dass die eigentlichen Ziele der Gesundheitspolitik im Zugang zu Gesundheitsleistungen und in der Verbesserung der therapeutischen Medizin bestehen.

Betrachtet man die direkten Bezüge auf ”Gesundheit für alle“, so wird auch hier eine gewisse Diskrepanz deutlich. Aus der Analyse der direkten Bezüge auf ”Gesundheit für alle“ geht eindeutig hervor, dass die Strategie im polnischen Kontext egalitaristisch ausgelegt wird und der Delegitimierung einer differenzierten Gesundheitsversorgung - einer ”Zweiklassenmedizin“ - dient. Obwohl die WHO-Strategie selbst nicht in Frage gestellt wird, erfreut sich eine egalitaristische Gesundheitsversorgung keiner allgemeinen Zustimmung. Ganz im Gegenteil, ein bedeutender Teil der Diskursteilnehmer ist sichtlich darum bemüht, die polnische Gesundheitsversorgung stärker zu differenzieren.

Die Diskussion zum ”Recht auf Gesundheit“ macht schließlich deutlich, dass sich im polnischen Kontext nicht nur eine egalitaristische, sondern auch eine kostenlose Vollversorgung für alle nicht dauerhaft halten kann. Ihre Gegner setzen die kostenlose Vollversorgung einerseits mit kommunistischer Propaganda gleich, andererseits verweisen sie auf die Erfahrungen anderer Länder. Diese doppelte Delegitimierungsstrategie führt letzten Endes tatsächlich da-

zu, dass sich die Definition des “Rechts auf Gesundheit” mit der Zeit verändert. Vor dem Hintergrund des globalen Diskurses erinnert der Umdeutungsprozess sogar an den Übergang vom Konzept des ”klassischen Universalismus“ zum Konzept des ”neuen Universalismus“, das im Weltgesundheitsbericht 2000 (World Health Organization 2000) emergiert (vgl. Abschnitte 4.3.1 und 4.3.2). Im polnischen Kontext ist es unter anderem ein Urteil des Polnischen Verfassungsgerichts von 2004, das der neuen Deutung zum Durchbruch verhilft und das besagt: Es reiche nicht, *de jure* festzulegen, dass jeder Bürger ein Recht auf Gesundheit habe. Jeder Bürger habe das Recht, zu erfahren, was ihm *de facto* an staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehe. Im Umkehrschluss wird damit die Deutung von den Grenzen des Staates anerkannt und die Forderung nach einer kostenlosen Vollversorgung vollends delegitimiert (Abschnitt 7.1.1).

“Alle für Gesundheit” im Spiegel polnischer Parlamentsdebatten

Für die Rezeption der Diskursstrategie ”Alle für Gesundheit“ im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten werden in diesem Kapitel die unterschiedlichen Bilder des Staates, der Zivilgesellschaft und des Gesundheitswesens rekonstruiert. Im Zuge dieser Rekonstruktion stellt sich heraus, dass in der polnischen Gesundheitspolitik - ähnlich wie dies in der globalen Diskursstrategie ”Alle für Gesundheit“ gefordert wird - eine grundlegende Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung angestrebt wird. Von Beginn der 1990er Jahre an wird ein umfassender Rückzug des Staates aus der Finanzierung und Organisation der Gesundheitsversorgung, ein Mehr an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Bürger sowie eine weitgehende Autonomie der Akteure des Gesundheitswesens gefordert. In den 1990er Jahren genießen die Postulate von der Zurückdrängung des Staates, der “Vergesellschaftung” des Gesundheitswesens und der Errichtung eines “inneren Marktes” eine kaum hinterfragte Deutungshoheit. Ihre hohe Deutungsmacht haben sie jedoch einer spezifischen diskursiven Verflechtung zu verdanken: Neben Deutungsmustern, die an die globale Diskursstrategie ”Alle für Gesundheit“ erinnern, ist es vor

allem der *Solidarność*-Diskurs mit seinen Forderungen nach einer "Unabhängigkeit" vom Staat und einer "Rückkehr zur Selbstverwaltung" (Garsztecki 2009) (vgl. Abschnitt 6.2.1), der einen umfassenden Rückzug des Staates legitimiert. Als er Anfang der 2000er Jahre seine Deutungshoheit verliert, wird eine Wiederaufwertung des Staates möglich, die politisch in der Rezentralisierung des Versicherungssystems zum Ausdruck kommt (vgl. Abschnitt 6.3.2). Das damit einhergehende Bild der Gesellschaft ist das einer "verarmten Gesellschaft", die ohnehin schon einen erheblichen Beitrag zu ihrer Gesundheit leiste und die sich ein Mehr an finanzieller Mitverantwortung für ihre Gesundheit nicht leisten könne. Auch die Autonomie der Gesundheitsbetriebe, von der man in den 1990er Jahren gedacht hat, dass sie sich von selbst einstellen würde, erweist sich als widerspenstiger und umstrittener als ursprünglich gedacht. Obwohl das "Alle für Gesundheit" Anfang der 1990er Jahre eine breite Zustimmung genießt, ist zum Ende des Untersuchungszeitraums immer noch umstritten, wer wieviel und welche Art von Gesundheitsverantwortung übernimmt.

Bezugnahmen auf Weltkultur im Spiegel polnischer Parlamentsdebatten

Für eine strukturierte Untersuchung der Bezugnahmen auf Weltkultur im polnischen Reformdiskurs wird in diesem Kapitel auf das bereits zitierte Isomorphie-Konzept von DiMaggio und Powell (1983) zurückgegriffen. Das heißt, dass drei Arten von Aussagen näher untersucht werden: (1) Aussagen, die externe Zwänge konstruieren bzw. dekonstruieren, (2) Aussagen, die auf andere Länder verweisen und (3) Aussagen, in denen eine Anpassung der polnischen Gesundheitspolitik an die Empfehlungen internationaler Organisationen und Experten diskutiert wird.

Betrachtet man den Umgang mit externen "Zwängen" genauer, so stellt sich dreierlei heraus: Erstens können im nationalen Diskurs "Zwänge" dort konstruiert werden, wo es sie "objektiv" im Sinne rechtlich verbindlicher Regelungen gar nicht gibt. Zweitens kann es sein, dass rechtlich verbindliche Regelungen gar nicht als "Zwang" wahrgenommen bzw. akzeptiert werden. Drittens kann es bei externen "Zwängen", die als solche wahrgenommen und

grundsätzlich akzeptiert werden, sein, dass auf ihren breiten Interpretationsspielraum hingewiesen und innerhalb dieses Spielraums um ihre Übersetzung und Auslegung gekämpft wird.

Auch die Untersuchung der Verweise auf andere Länder macht deutlich, dass Nachahmung ein sehr voraussetzungsreicher Prozess ist. Zwar sind die Verweise auf die gesundheitspolitischen Erfahrungen anderer Länder geradezu omnipräsent. Aber welche Länder in welcher Hinsicht nachahmungswürdig sind, ist höchst umstritten. In der polnischen Gesundheitspolitik gilt zwar ein abstrakter Konsens darüber, dass sich Polen an den westlichen Ländern orientieren sollte. Dieser rührt einerseits daher, dass man zum "Westen" dazugehören will. Andererseits gilt die Gesundheitspolitik der westlichen Länder als die fortgeschrittenste. Wenngleich nicht darüber diskutiert wird, welche Länder zum "Westen" gehören - was rein theoretisch denkbar wäre - so wird durchaus darüber verhandelt, welches Land die bessere Gesundheitspolitik macht. Für die Bewertung der Gesundheitspolitik anderer Länder wird nicht selten auf Expertenurteile verwiesen. Die wohl interessanteste Erkenntnis aus der Analyse der polnischen Gesundheitsreformdebatte unter diesem Gesichtspunkt ist allerdings die Feststellung, dass die Politik eines anderen Landes trotz einer guten Bewertung nicht durchgesetzt werden kann, wenn sie nicht mit den herrschenden Diskursen kompatibel ist. Im polnischen Fall ist es die Budgetfinanzierung der Gesundheitsversorgung, die man mit Verweis auf die Weltgesundheitsorganisation und die Politik anderer Länder zu legitimieren versucht, die allerdings an der Deutungshoheit einer "Staatsphobie" scheitert, die aus dem Krisendiskurs der *Solidarność* hervorgeht und Anfang der 1990er Jahre geradezu ein Deutungsmonopol inne hat.

Die Analyse der "normativen Isomorphie" erfolgt in diesem Kapitel in etwas eigenwilliger Weise. In DiMaggios und Powells (1983) Konzept geht es bei diesem Unterpunkt um die Anpassung an Rationalitätskriterien herrschender Professionen. Dass im polnischen Gesundheitsreformdiskurs eine gewisse Anpassung an den globalen Diskurs, insbesondere an das dort produzierte "neue Wissen" über moderne Gesundheitspolitik, stattfindet, ist bereits vorgestellt worden. In diesem Unterkapitel geht es folglich darum, herauszufinden, welche Autorität internationalen Organisationen und Professionen

zugeschrieben wird. Was sich dabei zunächst bestätigt, ist, dass die Autorität internationaler Organisationen in Polen tatsächlich auf der ihnen zugeschriebenen Expertise, unter anderem auch im Sinne politischer Interesselosigkeit, beruht. Den polnischen Diskursteilnehmern wird hingegen systematisch abgesprochen, "meritorisch" zu argumentieren. Sie werden als unprofessionelle "Kritiker" konstruiert, was die Autorität der externen Experten in gewisser Weise konkurrenzlos macht. Wäre da nicht der Umstand, dass im polnischen Kontext durchaus wahrgenommen wird, dass sich im Feld der Gesundheitspolitik mindestens zwei konkurrierende Professionen tummeln: die "Gesundheitsexperten" und die "Finanzexperten". Während ein Teil der Diskursteilnehmer den Finanzexperten die Expertise in Gesundheitsfragen abspricht, ist der andere Teil der Diskursteilnehmer skeptisch, ob Mediziner die Gesundheitsreform erfolgreich umsetzen können. Die Anpassung an Rationalitätskriterien herrschender Professionen kann also ebenfalls nicht als Automatismus begriffen werden, da die "Expertise" - wie im Falle der Gesundheitspolitik - von unterschiedlichen konkurrierenden Professionen beansprucht werden kann. Vor allem aber kann es vorkommen, dass die Überlegenheit von professionellen Lösungen gegenüber politischen Kompromissen an sich in Frage gestellt wird, was in der polnischen Parlamentsdebatte zum Ende des Untersuchungszeitraums erfolgt, wo das Parlament zu einem Ort des Politischen und die Gesundheitspolitik zu einer Frage politischer Entscheidungen umgedeutet wird. Eine Umdeutung, die definitiv als ein Versuch gedeutet werden kann, die Gesundheitspolitik nicht nur durch die Politik, sondern vor allem durch nationale Akteure zurückerobern zu wollen.

7.3.2 Zwischenreflexion

Im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten bestätigt sich aufs Neue, dass eine breit verstandene Weltkultur in der polnischen Gesundheitsreformdebatte geradezu omnipräsent ist. In den Parlamentsdebatten wird wiederholt auf die Empfehlungen externer Experten, auf die Erfahrung anderer Länder und auf Zwänge verwiesen, die vor allem mit dem Beitritt in die Europäische Union assoziiert werden. Eine differenzierte Analyse der Bezugnahmen auf alle

diese Punkte bringt jedoch ans Licht, dass sie alle keineswegs selbstverständlichen Charakter haben. Ob und welche Regelungen der Europäischen Union als Zwang wahrgenommen werden, ist Gegenstand von Deutungskämpfen. Welche Politiklösungen welcher Länder für Polen als Vorbild dienen können, ist Gegenstand von Deutungskämpfen. Welche "Experten" die relevanten Experten in Fragen der Gesundheitspolitik sind und ob überhaupt Expertise eine relevante Entscheidungsgrundlage für gesundheitspolitische Fragestellungen sein kann, ist ebenfalls Gegenstand von Deutungskämpfen. Dass alle diese Deutungskämpfe möglich sind, liegt nicht zuletzt an der Heterogenität der Weltkultur selbst, an der Pluralität konkurrierender Professionen, an der Vielzahl prinzipiell nachahmungswürdiger Länder und schließlich auch an der variierenden Verbindlichkeit ihrer "Zwänge".

Und so kann es nicht verwundern, dass sich beim inhaltlichen Abgleich zwischen dem globalen und dem nationalen Gesundheitsreformdiskurs eine nahezu vollständige Rezeption des globalen Diskurses im nationalen Rahmen rekonstruieren lässt (vgl. Abschnitt 7.1). Aufgrund seiner Heterogenität ist es im Endeffekt allen nationalen Diskursteilnehmern möglich, sich auf einzelne Versatzstücke des globalen Diskurses zu berufen, sie mit ihren eigenen Wirklichkeitsdeutungen zu verflechten und für ihre eigenen politischen Forderungen zu instrumentalisieren. Was sich dabei beobachten lässt, ist dass die Wirkungskraft der globalen Deutungsmuster von ihrer Rahmung und ihrer Anschlussfähigkeit an herrschende Deutungsmuster im nationalen Diskurs abhängt. Im polnischen Kontext genießt die Diskursstrategie "Alle für Gesundheit" in den 1990er Jahren eine nahezu unhinterfragte Deutungshoheit, weil sich ihre Postulate vom Rückzug des Staates, der Ermächtigung der Zivilgesellschaft und einer netzwerkförmigen Organisation des Gesundheitswesens mit den von der *Solidarność* artikulierten Forderungen nach der "Unabhängigkeit" vom Staat, der "Vergesellschaftung" des Gesundheitswesens und der Einführung eines inneren Marktes weitgehend decken. Umgekehrt wird die Diskursstrategie "Gesundheit für alle" nur sehr verhalten rezipiert, weil sie mit einer kommunistischen Gesundheitspolitik assoziiert wird, die der herrschende Diskurs ja gerade hinter sich lassen will.

Im Spiegel der polnischen Parlamentsdebatten wirkt die Autorität der Weltkultur also alles andere als selbstverständlich, einflussreich oder gar deterministisch, sondern ganz im Gegenteil als höchst umstritten und ambivalent. Aus der Vogelperspektive heraus betrachtet kann man dennoch sagen, dass die Gesundheitspolitik Polens den globalen Trends folgt. Wie lassen sich diese widersprüchlichen Erkenntnisse nun auflösen? Eine Reflexion dieser Frage erfolgt in der abschließenden Diskussion, in der die Ergebnisse, Zwischenreflexionen und noch offenen Fragen der vorliegenden Arbeit zusammengefügt und zu einer Antwort auf die anfangs formulierte Forschungsfrage (Abschnitt 1.4) verdichtet werden.

Teil IV

Abschließende Diskussion

Kapitel 8

Weltkultur am Werk?

Alles Wissen und alle Vermehrung unseres Wissens endet nicht mit einem Schlusspunkt, sondern mit Fragezeichen (Hermann Hesse).

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit ist auf das Verständnis der starken Einflüsse des internationalen Umfelds gerichtet, die im politischen Prozess Mitteleuropas beobachtet werden. In Abgrenzung zu rationalistischen Ansätzen einerseits und den konstruktivistischen Internationalen Beziehungen andererseits wählt die vorliegende Arbeit einen kulturalistischen Problemzugang, der auf das hermeneutische “Verstehen” anstelle des naturwissenschaftlichen “Erklärens” ausgerichtet ist. Im Vordergrund der Analyse steht folglich das “Wie” der analysierten sozialen Realität. Wie wirkt Weltkultur im nationalen Kontext? Dieser Frage wird am Beispiel der Gesundheitspolitik in der Welt und in Polen nachgegangen. Um dem “Wie” in der forschungsleitenden Fragestellung gerecht zu werden, wird ein diskursanalytischer Zugang gewählt.

Das Ziel der abschließenden Diskussion ist es nun, die empirischen Befunde der Arbeit mit den theoretischen Prämissen, die die Ausgangsperspektive der vorliegenden Arbeit bilden, in Verbindung zu setzen. Zu diesem Zweck erfolgt zunächst eine abschließende Reflexion der empirischen Befunde, anschließend

eine Revision der theoretischen Prämissen und zu guter Letzt eine Diskussion der forschungsleitenden Fragestellung nach der Wirkungsweise der Weltkultur. Das Kapitel schließt mit einer Reflexion der Qualität der generierten Ergebnisse.

8.1 Empirische Befunde

Der gesundheitspolitische Diskurs der Weltkultur, der in der vorliegenden Arbeit analysiert wurde, zeichnet sich durch zwei Diskursstrategien aus: "Gesundheit für alle" und "Alle für Gesundheit". Diese aus den Daten herausgearbeiteten Bezeichnungen lassen sich auf einer abstrakteren Ebene auf die zwei Finalziele Gerechtigkeit und Rationalität herunterbrechen, die die Neo-Institutionalisten als die Kernprinzipien der Weltkultur der Gegenwart identifizieren. Damit gehen jedoch bedeutende Erkenntnisse verloren, die für die inhaltliche Bestimmung der Weltkultur der Gegenwart fruchtbar wären. Die diskursanalytische Untersuchung des gesundheitspolitischen "Modells der Weltkultur" führt nämlich zu der Erkenntnis, dass die auf den ersten Blick *oppositionellen* Diskursstränge bei näherer Betrachtung zu einer *gemeinsamen* Politikstrategie beitragen. Trotz gegensätzlicher Auffassungen von gesundheitlicher Sicherheit aktivieren beide ein ähnliches Subjektverständnis: Sowohl im Diskursstrang "Gesundheit für alle", der ein Mehr an Selbstbestimmung und Bürgerbeteiligung fordert, als auch im Diskursstrang "Alle für Gesundheit", in dem ein Mehr an individueller Eigenverantwortung gefordert wird, werden der Einzelne und die Gemeinschaft als aktiv und verantwortlich begriffen. Neben dieser Aufwertung des Subjekts und der Zivilgesellschaft tragen sie beide zu einer Aufwertung der globalen "professionellen" Arena bei, der sie eine bedeutende Rolle für die globale Gesundheitspolitik zuschreiben. Mit dieser Aufwertung der lokalen Zivilgesellschaft einerseits und der globalen Arena andererseits tragen sie im Endeffekt zu einer Dezentrierung des Staates bei, dem in dem Diskursstrang "Alle für Gesundheit" auch auf horizontaler Ebene attestiert wird, den Anforderungen moderner Gesundheitspolitik nicht mehr allein gerecht zu werden: Auch auf horizontaler Achse sollte der Staat einen Teil

seiner Gesundheitsverantwortung an die Zivilgesellschaft einerseits und den Markt andererseits abtreten, so die Quintessenz des hier dominierenden Deutungsmusters.

Betrachtet man nun die polnische Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund des globalen Diskurses, so lässt sich eine gewisse Rezeption der globalen Ideen bereits in der kommunistischen Ära verzeichnen. Die kommunistische Ideologie sieht für den Staat jedoch eine zentrale Rolle in der Gesellschaftspolitik, darunter auch Gesundheitspolitik, vor, so dass die globale Politikstrategie der Dezentrierung des Staates vor der "Wende" nur in Grenzen zum Tragen kommen kann. Als im Zuge der "Systemtransformation" (Merkel 1999) die demokratische Opposition, konkret die *Solidarność*-Bewegung, die Deutungshoheit erlangt, schafft sie mit ihrem Diskurs der "Staatsphobie" (Foucault 2000) einen sehr günstigen Rahmen für die Rezeption des globalen "Modells" der Gesundheitspolitik. Mit der Einführung eines dezentralen Versicherungssystems Ende der 1990er Jahre sollen explizit Prozesse der "Entpolitisierung" im Sinne einer "Entstaatlichung", "Vergesellschaftung" und "Vermarktlichung" des polnischen Gesundheitswesens eingeleitet werden. Bei der politischen Umsetzung werden von Beginn an nationale und internationale "Experten" herangezogen, was in der Anfangszeit unhinterfragt bleibt. Erst zum Ende des Untersuchungszeitraums formiert sich Widerstand gegen die "Meritokratisierung" der Gesundheitspolitik, die sich als ein Versuch interpretieren lässt, die gesundheitspolitische Entscheidungshoheit durch nationale, politische Akteure zurückerobern zu wollen.

8.2 Theoretische Prämissen

Welchen Beitrag leistet die vorliegende Arbeit nun zum theoretischen Verständnis der globalen Wissensdiffusion?

Vergegenwärtigt man sich erneut die *rationalistischen* Erklärungsansätze, die die Übernahme externer Politikmodelle auf das rationale Kalkül der nationalen Entscheidungsträger zurückführen, so ist ihnen in *einer* Weise

Recht zu geben: Am Beispiel des polnischen Gesundheitsreformdiskurses wird deutlich, dass die Rationalität eines Politikmodells ein bedeutendes Kriterium in der Diskussion ist. In den untersuchten Parlamentsdebatten herrscht nahezu durchgehend Konsens darüber, dass eine rationale im Sinne einer sachlichen, "meritorischen", funktionalen Lösung gesucht wird. Ausgehend von der vorliegenden Arbeit lassen sich jedoch drei Einschränkungen des rationalistischen Postulats aufzeigen. *Erstens* wird anhand der polnischen Gesundheitsreformdebatte deutlich, dass die hohe Komplexität des Themas und seine umfassenden Verschränkungen mit anderen Politikbereichen ein eindeutiges rationales Kalkül sehr schwierig machen. Es scheint schlicht nicht ermittelbar, welche die rationalste Lösung sein soll. *Zweitens* lässt sich zeigen, dass nicht immer die rationalere im Sinne einer ökonomischeren Lösung gewählt wird. Im polnischen Fall wird Ende der 1990er Jahre ein Versicherungssystem eingeführt, obwohl es bereits Hinweise dafür gibt, dass eine Budgetfinanzierung kostengünstiger wäre. Der Grund ist streng genommen kein zweckrationaler, sondern allein im Kontext der zu der Zeit vorherrschenden Diskurse nachzuvollziehen: Die Budgetfinanzierung wird mit einer Abhängigkeit vom Staat äquivalent gesetzt, die den damaligen Forderungen der *Solidarność* nach einer "Unabhängigkeit" vom Staat und einer "Rückkehr zur Selbstverwaltung" diametral entgegensteht. Mit dem dezentralen Versicherungssystem wird dagegen die angestrebte "Vergesellschaftung" assoziiert, die es ermöglicht, alternative Politikmodelle an den Rand des Diskurses zu drängen. *Drittens* zeichnet sich im polnischen Kontext zum Ende des Untersuchungszeitraums ab, dass der Konsens bezüglich einer rationalen Lösung keineswegs unantastbar ist. Im polnischen Diskurs kündigt ein Diskurslager diesen Konsens mit der Begründung auf, dass es bei Gesundheitspolitik nicht um die Lösung von Problemen, sondern um die Vermittlung von konfligierenden Interessen ginge, dass Gesundheitspolitik keine Frage sachlicher Kalküle, sondern eine Frage politischer Entscheidungen und gesellschaftlicher Prioritäten sei, ein Bereich also, der weniger "meritokratischer" denn politischer Lösungen bedürfe.

Betrachtet man hingegen die Postulate der *konstruktivistischen* Internationalen Beziehungen, die die globale Diffusion von Politikmodellen auf das Anerkennungsstreben der Staaten und auf die Sozialisierung nationalstaatlicher Akteure im internationalen Umfeld zurückführen, so zeigt die vorliegende Arbeit auch hier die Notwendigkeit zur Differenzierung auf. Freilich lässt sich in der polnischen Gesundheitsreformdebatte ein Diskursstrang identifizieren, der sich auf Polens Position auf der internationalen Bühne beruft, um eine bestimmte Politik zu legitimieren bzw. zu delegitimieren. Dieser Versuch muss sich jedoch mit Gegenargumenten konfrontieren, die eine differenzierte Nachahmung externer Modelle und Trends fordern. Nur weil Holland viele Fahrräder habe, heiße noch lange nicht, dass es viele Rennfahrer habe. Nur weil andere Länder hohe Gesundheitsausgaben haben, heiße noch lange nicht, dass ihre Bevölkerungen gesünder seien. Die Nachahmung anderer Länder wird nur dort akzeptiert, wo sie auch "Sinn" macht bzw. "sinnhaft" gemacht werden kann. Die Sorge um die internationale Anerkennung ist zwar durchaus zu beobachten, als Legitimation für die Übernahme einer bestimmten Politiklösung muss sie jedoch mit anderen Zielen und Wünschen konkurrieren, für die ebenfalls "Sinnhaftigkeit" beansprucht wird.

Was die Sozialisierung nationalstaatlicher Akteure im Ausland betrifft, so verschafft auch diese nicht automatisch eine höhere Deutungsmacht. Am Beispiel des Abgeordneten Wojtyła kann gezeigt werden, dass sein Versuch, sich und seine Argumentation über sein Studium im Ausland zu legitimieren, mit Leichtigkeit entkräftet werden kann. Mit der Unterstellung, er habe sich von der Politik seines Gastlandes blenden lassen, die für Polen jedoch nicht zur Nachahmung taugte, wird Wojtyła für die geforderte "meritorische" Diskussion zumindest vorübergehend disqualifiziert (Abschnitt 7.2.3).

Auf die Frage, wie Weltkultur wirkt, hat neben den rationalistischen und konstruktivistischen Ansätzen auch die *neo-institutionalistische Weltkulturtheorie* umfassende Antworten gegeben. Sie ist theoretischer Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit. Ihr Mehrwert im Vergleich zu anderen Diffusionstheorien und Erklärungsansätzen der Wohlfahrtsstaatsforschung besteht darin, dass sie auf die weltweite Diffusion kognitiver Modelle durch "disinterested

professional others“ aufmerksam macht, die nicht zwangsläufig einen relationalen Charakter haben muss. Im untersuchten Fall bestätigt sich, dass für die Diffusion hoch abstrakter Deutungsmuster in der Tat keine Beziehung zwischen "Sender" und "Empfänger" bestehen muss, eine solche sich sogar kontraproduktiv auf die Diffusion auswirken kann. Die reelle Präsenz von Vertretern internationaler Organisationen im Land kann nämlich zu einer "Entzauberung" führen: Der Kontakt mit realen Personen kann dazu führen, dass die vermeintlich interesselosen, professionellen Anderen nicht mehr als interesselos oder professionell wahrgenommen werden. Im untersuchten Fall werden die Vertreter der internationalen Hilfsprogramme nach einiger Zeit abwertend als "Marriott Brigade" bezeichnet. Es machen sich Zweifel breit, ob ihre Hilfsprogramme nicht doch nur ihnen selbst dienen. In der Folge sinkt die Absorptionsquote der von ihnen zur Verfügung gestellten Fördergelder, was sich als Ausdruck eines Autoritätsverlustes interpretieren lässt.

Und dennoch kann man nicht sagen, dass Weltkultur nicht am Werk sei! Strukturiert man die Wirkungsweisen der Weltkultur mit Hilfe der drei Isomorphie-Kategorien von DiMaggio und Powell (1983) - Zwang, Nachahmung und Anpassung an die Rationalitätskriterien herrschender Professionen - so lässt sich auf einem höheren Abstraktionsniveau sogar behaupten, dass eine breit verstandene Weltkultur im nationalen Reformprozess geradezu omnipräsent ist. An welche international verbindlichen Vorgaben man sich als Land zu halten hat, welche Gesundheitspolitik andere Länder machen und was die herrschenden Professionen empfehlen, sind Fragen, die im gesamten Untersuchungszeitraum von hoher Relevanz sind. Dabei bestätigen sich die Postulate der Neo-Institutionalisten, dass die Weltkultur der Gegenwart als weitgehend "zwanglos" wahrgenommen wird, dass für die Nachahmung anderer Länder die Ähnlichkeitsvorstellung ausschlaggebend ist, und dass die Professionen als interesselos und professionell wahrgenommen müssen, um als Legitimationsquellen im Diskurs eingebracht werden zu können. Das diskursanalytische Vorgehen bringt in diesem Zusammenhang jedoch ans Licht, dass sowohl der "Zwangscharakter" einer Vorgabe, die "Ähnlichkeitsvorstellung" oder die Frage nach der herrschenden Profession, ihrer Professionalität

und Interesselosigkeit allesamt Gegenstand von Deutungskämpfen sein können.

Das Vorliegen von Deutungskämpfen wiederum kann als Indiz dafür gelten, dass eine "freie Stellungnahme" der staatlichen Entscheidungsträger möglich ist, auch wenn eine breit verstandene Weltkultur als determinierende "Struktur" permanent aktiviert wird. Trotz der permanenten Deutungskämpfe lässt sich im Fall der polnischen Gesundheitspolitik jedoch beobachten, dass sie sich auf einer abstrakteren Betrachtungsebene den globalen Trends der Gesundheitspolitik annähert. Wie ist dieser Widerspruch zu verstehen?

8.3 Weltkultur am Werk?

Understanding which forms diffuse and which do not [...] remains a question of considerable theoretical importance (Fourcade 2006: 155).

Im Fall der polnischen Gesundheitspolitik lässt sich in Bezug auf die Frage nach der Wirkungsweise der Weltkultur ein ambivalentes Phänomen beobachten: Auf der einen Seite werden die Vertreter internationaler Organisationen negativ als "Marriott Brigade" wahrgenommen, die Absorptionsquoten der internationalen Förderprogramme sinken und die Rezeption der globalen Deutungsmuster ist Gegenstand vehementer Deutungskämpfe. Auf der anderen Seite bewegt sich die polnische Gesundheitspolitik in die vom globalen Trend vorgegebene Richtung einer Dezentrierung des Staates, die mit einer Aufwertung der Zivilgesellschaft und einem Mehr an Markt bzw. Netzwerk einhergeht. Die Reformen orientieren sich durchgehend an den Empfehlungen von "Experten", wobei den internationalen "Experten" tendenziell mehr Autorität zugeschrieben wird als den nationalen - auch wenn umkämpft bleibt, *welche* "Experten" - Finanz- oder Gesundheitsexperten - in Fragen der Gesundheitspolitik die relevanten sind.

Ist Weltkultur nun am Werk oder nicht? Lässt sich ihre Wirkungsweise als deterministisch klassifizieren oder nicht? Wenn ja, worin besteht ihr Determinismus?

Ausgehend von der vorliegenden Arbeit lässt sich auf diese Frage weder mit einem Ja noch mit einem Nein antworten. Die Hilfsprogramme der internationalen Organisationen stoßen in der polnischen Gesundheitspolitik auf eine geringe Resonanz. Die Politik anderer Länder steht zwar unter einer andauernden Beobachtung. Es findet jedoch eine differenzierte Auseinandersetzung mit ihr statt. Ähnlich verhält es sich mit den Empfehlungen internationaler Organisationen und den Deutungsmustern des globalen Diskurses. Und dennoch folgt die polnische Gesundheitspolitik den globalen Trends.

Trotz einer "freien Stellungnahme" der nationalstaatlichen Entscheidungsträger, deutlich sichtbarer Auslegungs- und Aushandlungsprozesse im lokalen Diskurs kann sich die polnische Gesundheitspolitik den globalen "Vorgaben" nicht entziehen. An dieser Stelle ist jedoch eine wichtige Differenzierung angebracht. Welchen "Vorgaben" kann sie sich nicht entziehen und welche kann sie durchaus recht "frei" von sich weisen?

Wie am Beispiel der polnischen Gesundheitspolitik deutlich wird, ist es dem Nationalstaat durchaus möglich, konkrete Politikmodelle abzulehnen, die sich im Kontext nationaler Diskurse nicht ohne Weiteres "sinnhaft" machen lassen. Das beste Beispiel dafür ist die Budgetfinanzierung des Gesundheitswesens nach britischem Vorbild, die Anfang der 1990er Jahre der dominierenden Forderung nach einer "Unabhängigkeit" vom Staat diametral entgegensteht und daher über eine nur geringe Deutungsmacht verfügt. Auf den ersten Blick könnte man sagen, dass es vom Abstraktionsniveau des "Modells der Weltkultur" abhängt, ob es diffundiert oder nicht - eine These, die sich bei den Neo-Institutionalisten bereits vorfinden lässt (Strang und Meyer 1993). Die Diskursanalyse der vorliegenden Arbeit zeigt jedoch, dass auch abstraktere Deutungsmuster keineswegs automatisch und unhinterfragt im nationalen Kontext rezipiert werden: Im polnischen Diskurs ist es beispielsweise die WHO-Strategie "Gesundheit für alle", deren Ablehnung zwar nicht in den Raum des Sagbaren gehört, weshalb sie nicht offen hinterfragt wird. Es deutet jedoch vieles darauf hin, dass sie sich keiner allgemeinen Zustimmung erfreut (vgl. Abschnitt 7.1.1).

Wenn man sich den Umgang mit den "Vorgaben" der Weltkultur erneut vergegenwärtigt, so fällt auf, dass auch hier die Ablehnung der Politik eines

konkreten Landes möglich ist, jedoch nicht die Ablehnung der Beobachtung anderer Länder an sich. So scheint auch die Ablehnung einer konkreten Empfehlung einer internationalen Organisation oder anderer externer Experten möglich zu sein; auch ein Deutungskampf darüber, wer die relevanten Experten sind, ist möglich, jedoch nicht die Ablehnung von "Expertise" an sich. Der Determinismus der Weltkultur scheint vor allem darin zu liegen, sie zur Kenntnis nehmen und sich mit ihr auseinandersetzen zu müssen. Verstärkt wird er durch den gegenwärtigen Glauben an die Wissenschaft, die den globalen Wissensproduzenten eine erst recht unerschütterliche Autorität verleiht. In anderen Worten: Die Eroberung des polnischen Felds der Professionen durch die "Agenten der Weltkultur" wird ihnen umso leichter gemacht, je mehr "Veridiktionskraft"¹ man der Wissenschaft zuschreibt, je mehr Geltung man der "Wahrheit" der "Experten" zuspricht.

Um diese Erkenntnis zu systematisieren, eignet sich eine Differenzierung, die Münch (1993b) für die Kultur der Moderne vorschlägt. In Auseinandersetzung mit Webers Rationalisierungsthese kommt Münch zu dem Ergebnis, dass die westliche Kultur der Moderne unzureichend beschrieben sei, wenn man darunter vereinzelte inhaltliche Elemente verstehe (Münch 1993b: 12): "Der Kapitalismus des 19. Jahrhunderts, der Funktionalismus der Bauhaus-Architektur oder die abstrakte Malerei sind nicht die Moderne schlechthin (Münch 1993b: 12)." In anderen Worten könnte man sagen, dass die Moderne nicht in einer bestimmten *Kulturessenz* besteht. Sie als einen unaufhaltsamen Prozess der Rationalisierung zu beschreiben - was sich bei Max Weber und in seinem Gefolge auch bei den Neo-Institutionalisten vorfinden lässt, greife laut Münch jedoch ebenfalls zu kurz:

Die Moderne unterscheidet sich von allen traditionellen Gesellschaften durch die ungeheure Dynamik ihrer Entwicklung. Man hat versucht, diese Dynamik vor allem als einen Prozess der un-

¹Der Begriff der Veridiktion geht auf Foucault zurück. Damit meint er nicht die Bestimmung dessen, was wahr oder falsch ist, sondern die Bestimmung des Systems, das bestimmten Aussagen ermöglicht, "eine Reihe von Dingen als wahr zu behaupten" (vgl. Foucault 2006: 62).

aufhaltsamen Rationalisierung zu erfassen. In dieser Perspektive bekommt man allerdings nur eine Seite eines doppelseitigen Entwicklungsprozesses zu Gesicht: die Entwicklungslogik der okzidentalen Kultur. Was in dieser Sichtweise aus dem Blickfeld gerät, ist die Entwicklungsdynamik, [...] (Münch 1993b: 9).

Unter der Entwicklungsdynamik wiederum versteht Münch vor allem den Grad der Interpenetranz zwischen Kultur und Gesellschaft (Ebd.). Für die westliche Kultur der Moderne habe sich im Zuge dieser starken Interpenetranz "ein kultureller Code des Rationalismus, Aktivismus, Individualismus und Universalismus" herausgebildet, so Münch (Ebd.). Damit weisen seine Beobachtungen zur Kultur der Moderne eine ungeheure Parallelität zum Phänomen der Weltkultur auf, wie es die Neo-Institutionalisten beschreiben und wie es sich am Beispiel der Gesundheitspolitik in der vorliegenden Arbeit herausarbeiten lässt. Wie in Teil II der vorliegenden Arbeit gezeigt wurde, besteht ein zentraler Legitimationsmechanismus der globalen Arena in der diskursiven Konstruktion umfassender Reformzwänge. Trotz seiner inhaltlichen Heterogenität diffundiert der globale Diskurs lagerübergreifend einen Imperativ, den man als "Interpenetranzimperativ" bezeichnen könnte. Im nationalen Diskurs wiederum lässt sich zeigen, dass einzelne Politikempfehlungen oder auch abstraktere Deutungsmuster lokal ausgelegt oder auch abgelehnt werden können, jedoch nicht die Interpenetranz durch die Weltkultur an sich. Damit erscheint das Phänomen, das die Neo-Institutionalisten als "Weltkultur" bezeichnen, nicht so sehr in der Diffusion von Rationalisierung, Gerechtigkeit und Fortschritt zu liegen, sondern vielmehr darin zu bestehen, dass weltweit eine Kultur der Interpenetranz diffundiert, die ursprünglich Kernmerkmal der westlichen Moderne war. Und so lässt sich auch der Widerspruch zwischen der Beobachtung einer "freien Stellungnahme" einerseits und einem gewissen Determinismus andererseits auflösen. Der Determinismus der Weltkultur liegt in dem von ihr diffundierten Interpenetranzimperativ. Die "freie Stellungnahme" wird wiederum durch die Pluralität und Heterogenität der *Essenz* der Weltkultur möglich, die im Fall der polnischen Gesundheitspolitik keineswegs widerstandslos übernommen wird.

Kapitel 9

Qualität der generierten Ergebnisse

Social science research at its best is a creative process of insight and discovery taking place within a well-established structure of scientific inquiry. The first-rate social scientist does not regard a research design as a blueprint for a mechanical process of data-gathering and evaluation. To the contrary, the scholar must have the flexibility of mind to overturn old ways of looking at the world, to ask new questions, to revise research designs appropriately, and then to collect more data of a different type than originally intended. However, if the researcher's findings are to be valid and accepted by scholars in this field, all these revisions and reconsiderations must take place according to explicit procedures consistent with the rules of inference. A dynamic process of inquiry occurs within a stable structure of rules (King, Keohane und Verba 1996: 12).

Zum Schluss einer jeden Forschungsarbeit stellt sich implizit oder explizit die Frage nach der Qualität und Generalisierbarkeit der generierten Ergebnisse. Für die qualitative Forschung gilt dies in besonderem Maße, da ihr von ihren Kritikern fast schon rituell vorgeworfen wird, beliebig, subjektiv und nicht

generalisierbar zu sein. Und gewiss lassen sich die in der quantitativen Forschung gängigen Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität nicht ohne Weiteres auf den qualitativen Forschungsprozess übertragen (vgl. Odziemczyk 2010: 480). Mit King, Keohane und Verba wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass gute sozialwissenschaftliche Forschung, ob quantitativ oder qualitativ in ihrem Forschungsstil, vier grundlegende Kriterien in Bezug auf ihr Design erfüllen muss:

1. "The goal is inference",
2. "The procedures are public",
3. "The conclusions are uncertain",
4. "The content is the method" (King, Keohane und Verba 1996: 7-9.).

In den folgenden Ausführungen wird diskutiert, inwiefern die vorliegende Arbeit diesen vier Kriterien genügt.

Was meinen King, Keohane und Verba (1996: 7) mit dem ersten Gütekriterium der Inferenz? Ihrer Meinung nach muss gute sozialwissenschaftliche Forschung stets über die Akkumulation von Fakten hinausgehen. Unabhängig davon, ob Daten quantitativ oder qualitativ, systematisch oder explorativ erhoben werden, sozialwissenschaftliche Forschung habe ihrer Meinung nach stets zum Ziel, über den Schritt der Datenerhebung hinauszugehen und Aussagen zu treffen, die über den beobachteten Ausschnitt der sozialen Realität hinausgehen. Das können deskriptive Schlussfolgerungen sein, die ausgehend von den empirisch beobachtbaren Phänomenen Aussagen über nicht sichtbare Phänomene implizieren - was eher in der qualitativen Forschung der Fall ist. Oder das können Schlussfolgerungen über kausale Zusammenhänge sein, die in der Regel in quantitativ ausgerichteter Forschung formuliert werden, im Grunde aber über das beobachtbare Datenmaterial hinausgehen.

In der vorliegenden Arbeit, die sich wissenschaftstheoretisch im "cultural turn" und methodisch in der qualitativen Sozialforschung verortet, ist die Bemühung durchgehend vorhanden, über die Deskription der analysierten Texte hinaus Aussagen zu treffen, die das Datenmaterial transzendieren.

Zu diesem Zweck dienen insbesondere die systematisch eingeflochtenen Zwischenreflexionen. Die Weichen für ein solches Vorgehen sind jedoch im Grunde schon durch die Auswahl des Analyserahmens gelegt: Mit der Diskursanalyse werden sowohl Texte als auch Akteure gezielt defokussiert und lediglich als (Teil-)Ausdruck von breit verstandenen Diskursen begriffen. Die Rekonstruktion der Diskurse impliziert bereits Schlussfolgerungen, die aus der alleinigen Deskription der Textdaten nicht möglich wären. In der vorliegenden Arbeit geht der Prozess der Inferenz noch einen Schritt weiter, als von den rekonstruierten Diskursen aus Schlussfolgerungen für die Wirkungsweise der "Weltkultur" formuliert werden.

Unter dem Gütekriterium, das King, Keohane und Verba (1996) als "Öffentlichkeit" des Forschungsprozesses bezeichnen, würde man in der deutschsprachigen Debatte vermutlich die intersubjektive Nachvollziehbarkeit verstehen.¹ Um dem Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit gerecht zu werden, wird für die qualitative Forschung empfohlen, den gesamten Forschungsprozess zu dokumentieren, angefangen bei der Offenlegung des theoretischen Vorverständnisses, über die Auswahl des methodischen Vorgehens bis hin zur Wahl der Informationsquellen und Datenauswertungsverfahren (vgl. Odziemczyk 2010: 481). Das Problem an einer "privaten" Forschung, in der die Methoden und Entscheidungen im Forschungsprozess implizit belassen werden, bestehe laut King, Keohane und Verba (1996) darin, dass die Entscheidungs- und Konstruktionsleistungen innerhalb des Forschungsprozesses von anderen nicht beurteilt werden, andere Forscher nicht von den Methoden lernen und die Ergebnisse nicht repliziert werden können.

Um dem Kriterium der "Öffentlichkeit" zu genügen, wird in der vorliegenden Arbeit zunächst das theoretische Vorwissen präsentiert und davon ausgehend ein Forschungsdesign entwickelt, das alle spezifischen methodischen Entscheidungen ausführlich thematisiert. Diskutiert werden die Implikationen der gewählten theoretischen Perspektive und der Analysemethode, die Zusammenstellung des Textkorpus und die Auswahl des empirischen

¹Im Vokabular der quantitativen Forschung würde man eher von der internen Validität sprechen (Odziemczyk 2010: 481).

Untersuchungsgegenstands. Es wird angesprochen und begründet, warum die Ergebnispräsentation vom Forschungsprozess abweicht (vgl. Kapitel 3). Auch die Datenauswertung ist durchgehend um intersubjektive Nachvollziehbarkeit bemüht, was durch die systematische Einbringung von Beispielzitaten gewährleistet werden soll.

Was das dritte Gütekriterium von King, Keohane und Verba (1996) angeht, die Unmöglichkeit, sicheres oder "robustes" (Junge 2008) Wissen zu generieren, so geht die vorliegende Arbeit im Anschluss an ein Zitat von Richard Münch von vornherein davon aus (vgl. Kapitel 2), dass die meisten Theorieansätze jeweils geeignet sind, bestimmte Erscheinungen der sozialen Realität zu beleuchten, meist jedoch andere Aspekte vernachlässigen, "für die andere Ansätze zur Verfügung stehen" (Münch 2002: 9). Damit wird gar nicht erst beansprucht, perfektes Wissen über den ausgewählten Forschungsgegenstand - die Wirkungsweise der Weltkultur - zu generieren. Angesichts des fallstudienorientierten Vorgehens und der Spezifik des empirischen Untersuchungsgegenstands kann gerade die Generalisierbarkeit der Ergebnisse nicht mit Sicherheit angenommen werden. Der ausgewählte Fall der Gesundheitspolitik im globalen Diskurs und im nationalen Reformprozess hingegen wird vergleichsweise umfassend beleuchtet und in den jeweiligen historischen und diskursiven Kontext eingebettet. Mit Hilfe der "explizierenden Inhaltsanalyse" wird das Datenmaterial kontinuierlich erweitert, um über die analysierten Texte hinaus weiter reichende Aussagen über den untersuchten Ausschnitt der sozialen Realität treffen zu können. Aufgrund der begrenzten empirischen Erkenntnisgrundlage und des ausgewählten theoretischen Fokus kann jedoch auch hier kein Anspruch auf Vollständigkeit des generierten Wissens erhoben werden. Ganz im Gegenteil werden in der vorliegenden Arbeit Erscheinungen beobachtet und angesprochen, die sich anhand des in der vorliegenden Arbeit generierten Wissens allein nicht mit Sicherheit behaupten lassen und einer weiteren Erforschung bedürfen, um dem Anspruch, sicheres Wissen zu sein, zu genügen. Das wäre insbesondere die Beobachtung, dass die diskursive Entwicklung der globalen Gesundheitspolitik der Gegenwart starke Parallelen zur zeitgenössischen

Gouvernementalitätsforschung aufweist und es für die Weltkulturforschung bereichernd wäre, zu überprüfen, ob sich in der Weltkultur der Gegenwart nicht die zeitgenössischen Diskurse zur "Kunst des Regierens" materialisieren (vgl. Abschnitt 5). Aber auch die Schlussfolgerung, dass der Determinismus der Weltkultur in der weltweiten Diffusion eines Interpenetranzimperativs liegt, bedarf einer weiteren Erforschung, um mit einer größeren Sicherheit behauptet und generalisiert werden zu können.

Zu guter Letzt kann im Sinne des vierten Gütekriteriums von King, Keohane und Verba (1996) - "[t]he content is the method" - für die vorliegende Arbeit beansprucht werden, den wissenschaftlichen Gütekriterien in dem Sinne zu genügen, als sie durchgehend bemüht ist, den allgemein akzeptierten Regeln der (qualitativen) Forschung zu folgen. Demnach besteht die Wissenschaftlichkeit der vorliegenden Arbeit nicht so sehr in dem Neuheitswert der generierten Ergebnisse, sondern vielmehr in der systematischen Umsetzung wissenschaftlicher Methoden.

Zusammenfassung

Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht die Wirkungsweise der Weltkultur im neo-institutionalistischen Sinne einer globalen Diffusion kognitiver Modelle, die sich kontraintuitiver Weise weltweit verbreiten, ohne daß ein "Weltstaat" dafür Sorge trägt.

Die Arbeit ist in vier Teile gegliedert. Im ersten Teil werden Problemstellung, theoretischer Rahmen, Forschungsdesign sowie das methodische Vorgehen vorgestellt. In Teil zwei und drei werden die Ergebnisse der vorgenommenen Mehrebenenanalyse vorgestellt. Im vierten und letzten Teil der Arbeit erfolgt eine abschließende Diskussion, die das Ziel verfolgt, die empirischen Befunde vor dem Hintergrund der theoretischen Prämissen zu rekapitulieren, Antworten auf die forschungsleitende Fragestellung zu formulieren und zu guter Letzt auch die Qualität dieser Antworten kritisch zu reflektieren.

Der Ausgangspunkt für die Formulierung der Problemstellung der vorliegenden Arbeit ist der wohlfahrtsstaatliche Wandel im post-kommunistischen Mitteleuropa. Die Beschäftigung mit dem Stand der Forschung zum Wohlfahrtsstaat in der Transformation bringt schnell ans Licht, dass wohlfahrtspolitische Fragestellungen zu Beginn der "Systemtransformation" (Merkel 1999) in den 1990er Jahren zunächst hintangestellt werden. Die zwei relevanten Forschungsgebiete - die Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung - widmen sich zu dieser Zeit anderen Fragestellungen. Erst Mitte der 1990er Jahre ändert sich die Situation schlagartig, als die post-kommunistischen Wohlfahrtsstaaten zum Gegenstand einer evaluativ und beratend angelegten

internationalen Forschung insbesondere ökonomischer Provenienz werden. Innerhalb kürzester Zeit gelten ihre wohlfahrtsstaatlichen Arrangements als extern "gemacht" (Deacon und Hulse 1997). Der unerwartet starke Einfluss der emergierenden evaluativen Forschung und Beratung wird zum Gegenstand einer neuen Forschungsrichtung, der "Global Social Policy"-Forschung, die ihr Augenmerk auf die Emergenz einer globalen Sozialpolitik und deren Einfluss auf nationalstaatliche Reformen lenkt. Wie das internationale Umfeld einen so starken Einfluss auf nationale Wohlfahrtspolitik entfalten kann, lässt sich jedoch mit Hilfe der herkömmlichen Ansätze der Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung nicht vollends begreifen und ist somit auch die zentrale forschungsleitende Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Erste Untersuchungen, die dieser Frage nachgehen und an die die vorliegende Arbeit ebenfalls anknüpfen will, lassen sich jedoch nicht erst mit der Gründung der "Global Social Policy"-Forschung vorfinden. Bereits in den 1970er Jahren widmen sich Collier und Messick (1975) dem Einfluss internationaler Organisationen auf die sozialpolitische Praxis der Nationalstaaten. Für die vorliegende Arbeit sind weniger die damaligen Arbeiten selbst interessant, sondern vielmehr die Forschungsrichtung, die aus ihnen hervorgeht und auf ihnen aufbaut: der soziologische Neo-Institutionalismus.

Von einem ursprünglich institutionalistischen Ansatz hat sich der soziologische Neo-Institutionalismus im Zuge der letzten 30 Jahre nämlich deutlich in eine kultursoziologische Richtung weiterentwickelt, auch wenn er seiner Selbstbezeichnung nach zu den institutionalistischen Ansätzen zu zählen wäre. Bevor die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie und ihr Mehrwert für die Beschäftigung mit Wohlfahrtsstaaten vorgestellt wird, erfolgt jedoch eine kurze Begründung des Interesses an einem kulturalistischen Ansatz für die Untersuchung internationaler Einflüsse auf nationalstaatliche Politik, wie sie in Mitteleuropa seit der Mitte der 1990er Jahre zu beobachten sind.

Das Interesse an einem kulturalistischen Ansatz für die vorliegende Arbeit resultiert vor allem aus der Auseinandersetzung mit dem Wissensbestand der Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung. Die klassischen Ansätze der beiden Forschungsfelder stoßen bei der Erklärung der angesprochenen globalen Einflüsse auf nationale Reformpolitik sehr schnell an ihre Grenzen. Will

man der sozialen Realität in der heutigen Weltgesellschaft gerecht werden, muss man die Erklärung wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung um das Element der Wissensdiffusion erweitern, so beispielsweise die Erkenntnis von Leisering (2004: 2). Und auch innerhalb der zwei Forschungsfelder - Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung - selbst wächst das Interesse an kulturellen Elementen, wenn auch nur am Rande des Mainstreams. In der Selbstreflexion der Wohlfahrtsstaatsforschung wird diese Entwicklung mit dem Hinweis kommentiert, dass eine "kulturalistische Wende" im Grunde nur eine Fortsetzung der "institutionalistischen Wende" (Ullrich 2003: 5) darstelle. Aus soziologischer Sicht liege Institutionen stets auch Wissen und Kultur zugrunde. In der Transformationsforschung wird der Schritt hin zu kulturalistischen Ansätzen vor allem mit der Erkenntnis begründet, dass die Vorannahmen der beginnenden 1990er Jahre zu vereinfacht waren und der Komplexität des Forschungsgegenstandes "Transformation" nicht gerecht werden konnten (Müller 1998). Neue Erkenntnisse erhofft man sich daher vom "cultural turn".

Mit dem "cultural turn" ist eine paradigmatische Wende gemeint, die seit mehreren Jahrzehnten in die Sozialwissenschaften Einzug hält und dem Thema Kultur "zu einer neuen Konjunktur" verhilft (Odziemczyk 2010: 61). Fächerübergreifend, so beispielsweise in der Soziologie, den Wirtschafts-, Politik- und Geschichtswissenschaften - wächst das Interesse an kulturellen Fragestellungen. Im Unterschied zu klassischen Kulturstudien, wie sie etwa die ältere Kultursoziologie durchführte, ändert sich mit dem "cultural turn" jedoch das Kulturverständnis. Der essentialistische Kulturbegriff der klassischen "sociology of culture" wird in der neueren "cultural sociology" (Alexander und Smith 1998: 9) durch einen "weiten, bedeutungsorientierten und konstruktivistischen Kulturbegriff" ersetzt (Odziemczyk 2010: 63). Mit dem "cultural turn" verändern sich allerdings nicht nur der Forschungsgegenstand und der Kulturbegriff. Der Paradigmenwandel ist viel tief greifender und betrifft auch die Ebene der Wissenschaftstheorie der Sozialwissenschaften und konsequenter Weise auch die Methodologie. In der Wissenschaftstheorie verabschiedet man sich von der Möglichkeit des Empirismus zugunsten einer "post-empirischen" Betrachtungsweise. In methodologischer Hinsicht gewinnt

die qualitative Forschung an Attraktivität, die dem naturwissenschaftlichen "Erklären" das hermeneutische "Sinnverstehen" entgegensetzt (Ebd.: 66ff.).

Da die herkömmlichen Ansätze der Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung bei der Beantwortung der Frage nach dem starken internationalen Einfluss auf die wohlfahrtspolitischen Arrangements im Mittelosteuropa der 1990er Jahre an Grenzen ihrer Erklärungskraft stoßen, werden diese Prozesse in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie und im Gefolge des "cultural turn" als Wissens- und Kulturdiffusion begriffen. Die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie eignet sich für dieses Vorhaben besonders, weil sie auf zahlreichen quantitativ ausgerichteten Großstudien basiert, in denen die Neo-Institutionalisten um John W. Meyer plausibilisieren können, dass eine neue Ebene sozialer Realität emergiert, die hauptsächlich kognitiven Charakter hat und einen starken Einfluss auf die nationalstaatliche Praxis ausübt. Sie sprechen von Weltkultur. Gemeint sind die zahlreichen "Drehbücher" und "Skripte", die von modernen Akteuren - Individuen, Organisationen und Nationalstaaten - weltweit übernommen werden, auch wenn sie nicht unbedingt den lokalen Bedingungen entsprechen und ohne, dass eine relationale Übertragung oder gar institutionalisierte Sanktionierung stattfindet. Die globale Wissensproduktion und -diffusion wird laut den Neo-Institutionalisten maßgeblich von internationalen "Anderen" vorangetrieben, die allerdings weder Zwang ausüben können, noch Verantwortung übernehmen müssen. Damit werden in diesem Ansatz kulturalistische Elemente aufgewertet, die in der Wohlfahrtsstaatsforschung lange Zeit als "soft" und folglich vernachlässigungswürdig galten. Die global diffundierenden sozialpolitischen "Drehbücher" und "Skripte" lassen sich mit dem Begriffsinstrumentarium der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie als Teil eines globalen "Modells" des Wohlfahrtsstaates begreifen, das in die nationalstaatliche Praxis übersetzt wird. Mit Hilfe der Weltkulturperspektive lässt sich folglich nicht nur der "cultural turn" vollziehen, sondern auch der "methodologische Nationalismus" (Koenig 2005: 375) herkömmlicher Ansätze der Wohlfahrtsstaats- und Transformationsforschung überwinden, ohne dass die Strukturierungsleistungen des Nationalstaates vernachlässigt werden.

Was bei einer solch starken Fokussierung der Makro-Ebene gesellschaftlicher Wirklichkeit - wie sie in der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie erfolgt - allerdings unterbelichtet bleibt, ist die Frage danach, *wie* die globalen Modelle in den nationalen Kontext gelangen und dort Geltung erlangen. Vereinfacht gesagt wird damit die Kehrseite der neo-institutionalistischen Perspektive, der Wohlfahrtsstaat als soziale Konstruktion im lokalen Kontext - als "lokale Konstruktion" - vernachlässigt. Dabei lassen sich insbesondere in der deutschen Wohlfahrtskulturforschung zahlreiche wissenssoziologische Studien vorfinden, die den sozial konstruierten Charakter wohlfahrtsstaatlicher Institutionen aufzeigen. Was an der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie ebenfalls problematisiert werden kann, ist die auffällige Diskrepanz zwischen ihren theoretischen Postulaten und der methodischen Umsetzung. Wie weiter oben zum "cultural turn" beschrieben wurde, betrifft dieser Paradigmenwandel nicht den Wandel des Kulturbegriffs allein. Neben der Ebene der Wissenschaftstheorie betrifft er vor allem auch die Methodologie. Die bisher starke Fokussierung der Neo-Institutionalisten auf quantitativ angelegte Großstudien hat ihnen den Blick für das "Sinnverstehen" der Wirkungsweise der Weltkultur versperrt, ein Forschungsdesiderat, dem in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe qualitativer Methoden der empirischen Sozialforschung begegnet wird. Zu diesem Zweck wird die neo-institutionalistische Weltkulturtheorie auf ihre Anschlussfähigkeit mit wissens- und kultursoziologischen Ansätzen und den Methoden der qualitativen Sozialforschung hin überprüft. Eine solche kulturalistische Revision des Ansatzes liegt im Grunde schon deswegen nahe, weil die Beschäftigung mit *Weltkultur* und *Wissensdiffusion* eine Auseinandersetzung mit *wissens-* und *kultursoziologischen* Ansätzen erfordert.

Die vertiefte Auseinandersetzung mit der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie, hier insbesondere mit ihrer Auslegung als "cultural sociology" einerseits und ihrer sozialkonstruktivistischen Mikrofundierung andererseits führt in der vorliegenden Arbeit zu dem Ergebnis, dass eine konsequente forschungspraktische Umsetzung der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie dualistisch vorzugehen hat, wenn sie der fundamentalen Doppelstruktur des Wohlfahrtsstaates - als "Modell der Weltkultur" einerseits und als "loka-

le Konstruktion" andererseits - gerecht werden will. Gleichzeitig stellt sich heraus, dass es für die Erfassung von Makro-Phänomenen wie der Weltkultur am sinnvollsten ist, auf mikrosoziologische Ansätze zurückzugreifen, die jedoch entsprechend modifiziert und von "face-to-face"-Beziehungen abgelöst werden müssen.

Das Bestreben, ein Forschungsdesign zu entwickeln, das beide Perspektiven - die "top-down"-Perspektive der neo-institutionalistischen Weltkulturtheorie und die "bottom-up"-Perspektive der Wohlfahrtskulturforschung - vereint und einen Anschluss an die Methodologie der qualitativen Sozialforschung ermöglicht, führt in der vorliegenden Arbeit zur Auseinandersetzung mit der "wissenssoziologischen Diskursanalyse", einem Forschungsprogramm, das explizit für den Zweck entwickelt wurde, die Erforschung institutionell-organisatorischer Wissensproduktion mit Rückgriff auf das breite Repertoire qualitativer Sozialforschung zu ermöglichen.

Mit Hilfe der wissenssoziologischen Diskursanalyse lassen sich die zwei Perspektiven auf den Wohlfahrtsstaat - "top-down" und "bottom-up" - mit Hilfe des Diskursbegriffs verknüpfen: (Welt-)Kultur lässt sich mit Keller (2003) als "Diskursfeld" und wohlfahrtsstaatliche Institutionen mit der Wohlfahrtskulturforschung als diskursive Konstruktionen begreifen. Sowohl die Rekonstruktion des wohlfahrtspolitischen "Modells der Weltkultur" als auch die "lokale Konstruktion" wohlfahrtspolitischer Institutionen lassen sich auf diesem Weg mit Hilfe des Diskursbegriffs operationalisieren. Dabei wird im Anschluss an die wissenssoziologische Diskursanalyse ein weiterer Diskursbegriff verwendet, der über die linguistische und semiotische Ebene hinaus gesellschaftliche Praktiken und Institutionen mit einbezieht.

Für die forschungspraktische Umsetzung eines solchen doppelt sensibilisierten Forschungsdesigns wird eine Mehrebenenanalyse vorgenommen, die aus Gründen der Komplexitätsreduktion am Beispiel der Gesundheitspolitik durchgeführt wird. Eine weitere Eingrenzung erfolgt in Bezug auf das Land und den Zeitraum. Der Einfluss der Weltkultur der Gesundheit wird am Beispiel der Gesundheitsreformdebatte in Polen nach der "Wende" untersucht. Konkret wird im ersten Teil der Analyse der globale Diskurs der Gesundheit auf die daran beteiligten Akteure, die diskursiven Horizonte sowie die

diskursive Entwicklung - insbesondere Kontinuität und eventuelle Brüche - hin untersucht. Im zweiten Teil der Analyse wird die polnische Gesundheitsreformdebatte rekonstruiert und in einem zweiten Schritt vor der Hintergrundfolie des globalen Diskurses analysiert. Um den globalen Diskurs der Gesundheitspolitik zu rekonstruieren, werden ausgewählte Dokumente der am Diskurs beteiligten und mit Hilfe des theoretischen Sampling identifizierten Dokumente internationaler "Anderer" herangezogen. Die Rekonstruktion der polnischen Gesundheitsreformdebatte erfolgt anhand ausgewählter Parlamentsdebatten. Methodologisch wird bei der Primäranalyse vor allem auf die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1993) zurückgegriffen, wobei diese aufgrund der großen Datenmengen und der diskursanalytischen Fundierung der vorliegenden Arbeit eine entsprechende Modifizierung erfährt. Zur Organisation der umfangreichen Daten wird das Programm *Atlas.ti* verwendet. Ergänzend zur Primäranalyse wird auf eine breite Forschungsliteratur zurückgegriffen, wobei durchgehend das Bestreben verfolgt wird, sich gemäß der Idee von der theoretischen Sensibilität von der Forschungsliteratur nicht determinieren, sondern lediglich sensibilisieren zu lassen.

Gegenstand des zweiten Teils der Arbeit ist das gegenwärtige gesundheitspolitische "Modell der Weltkultur". Da Weltkultur als Diskursfeld begriffen wird, geht es bei der durchgeführten Rekonstruktion vor allem darum, die gesundheitspolitische Entwicklung auf globaler Ebene als Diskurs zu erfassen. Beginnend mit einer kurzen Skizzierung des relevanten Diskursfelds werden in einem zweiten Schritt die diskursiven Horizonte vorgestellt, die dem enger gefassten gesundheitspolitischen Diskurs den Weg geebnet haben. Anschließend erfolgt eine ausführliche Rekonstruktion der Etappen der diskursiven Entwicklung der gegenwärtigen Wissensordnung gesundheitspolitischer Realität inklusive eines kurzen Exkurses zur gesundheitspolitischen Strategie der Europäischen Union. Im zweiten Kapitel des zweiten Teils wird der rekonstruierte globale Diskurs der Gesundheitspolitik schließlich vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung der Gesundheitspolitik betrachtet, um auf diese Weise eventuelle Kontinuitäten und Brüche aufzuspüren.

Die Rekonstruktion des globalen Diskurses der Gesundheitspolitik und der historische Rückblick, wie sie im zweiten Teil der Arbeit durchgeführt werden,

führen zu dem Ergebnis, dass die wichtigste Weiche für die Formierung der gesundheitspolitischen Wissensordnung der Gegenwart in der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation zu suchen ist, die erstmalig in der WHO-Verfassung von 1946 niedergeschrieben wird. Indem sie Gesundheit nicht mehr reduktionistisch als Abwesenheit von Krankheit, sondern positivistisch als umfassendes körperliches und seelisches Wohlbefinden definiert, macht sie im Endeffekt - und natürlich nur im Kontext der eine solche Umdeutung ermöglichenden Diskurse - ab den 1970er Jahren den Weg frei für eine Abwertung des auf die Bekämpfung von Krankheiten spezialisierten Gesundheitssystems zugunsten einer Aufwertung des "Laiensystems" (Trojan 1996). Neben dieser diskursiven Entwicklung, die sich als Entmedikalisierung klassifizieren lässt, ist für die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts ein anderer Diskurs rekonstruierbar, der auf eine Ökonomisierung des Gesundheitsverständnisses und des Gesundheitssystems hinausläuft. Auch dieser Ökonomisierungsdiskurs findet einen seiner Ausgangspunkte im Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation von 1946, insofern als er in expliziter Abgrenzung von diesem entsteht. Betrachtet man die Diskursstränge genauer, die die Parallelität des Entmedikalisierungs- und Ökonomisierungsdiskurses ermöglichen, so fällt eine starke Parallele zur Rhetorik der Zivilgesellschaft einerseits und der Wissensgesellschaft andererseits auf. Die Abwertung des Gesundheitssystems und das in den 1970er Jahren damit einhergehende Postulat von einer "Krise der Medizin" lässt sich aus dieser Perspektive als Ausdruck der "Krise des Wissens" (Junge 2008: 177) interpretieren, die aus einer wachsenden Skepsis gegenüber der Expansion der Wissensgesellschaft erwächst, wie sie in den ersten Nachkriegsjahrzehnten stattgefunden hat. Die Entdeckung des "Laiensystems" in der Gesundheitspolitik spiegelt somit in gewisser Weise die Entdeckung der Zivilgesellschaft wider. Anders als die "Krise des Wissens", die nicht darüber gelöst wird, dass eine Abwendung von der Wissensgesellschaft stattfindet, sondern darüber, dass ein breit gefasster "Partizipationsimperativ" formuliert wird, der in einer stärkeren Einbeziehung der Laien besteht, führt die "Krise der Medizin" zu einer anhaltenden Abwertung der medizinischen Profession. Zwar wird auch hier zur Überwindung der Krise mit der Entdeckung des "Laiensystems" auf eine stärkere Einbezie-

hung der Laien gesetzt. Allerdings erfolgt auf der professionellen Achse des Felds der Gesundheitspolitik eine bedeutende Verschiebung: Neben der Profession der Mediziner können sich einerseits interdisziplinär ausgebildete Gesundheitswissenschaftler etablieren, die beanspruchen, die Experten für die Einbeziehung des "Laiensystems" zu sein. Andererseits können sich in den bedeutendsten Organisationen des Felds - im Untersuchungszeitraum vor allem die Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank - Gesundheitsökonomien durchsetzen, die Gesundheit und Gesundheitspolitik in den Kategorien des Kosten-Nutzen-Kalküls und der Opportunitätskosten analysieren.

Ende der 1970er Jahre stehen beide Diskurslager ihrem Selbstverständnis nach in Opposition zueinander. Während die globale Gesundheitsbewegung, die "Gesundheit für alle" und ein Mehr an Selbstbestimmung und Partizipation für die "Laien" fordert, arbeitet die Gesundheitsökonomie ab den ausgehenden 1970er Jahren an Konzepten zur Gesundheitsfinanzierung, die den *entgrenzenden* Forderungen der Gesundheitsbewegung im Endeffekt die Forderung nach einer *Begrenzung* staatlicher Steuerung im Gesundheitswesen entgegensetzen. Aufgrund ihrer jeweiligen Einbettung in die bereits skizzierten diskursiven Horizonte der Entmedikalisierung einerseits und der Ökonomisierung andererseits, vermögen sie beide nicht, sich gegenseitig zu verdrängen. Vielmehr wird von der Weltgesundheitsorganisation, dem zentralen Sprachrohr des globalen Felds der Gesundheit - der Versuch unternommen, einen Mittelweg zwischen beiden Diskurssträngen zu finden. Im Weltgesundheitsbericht von 2000 stellt sie das Konzept eines "Neuen Universalismus" vor, der nach einem Kompromiss zwischen den Postulaten der Gesundheitsbewegung und der Gesundheitsökonomie sucht. Vom Begrenzungsdiskurs der Gesundheitsökonomie wird die Vorstellung übernommen, dass dem Staat Grenzen gesetzt sind und Gesundheitspolitik sich innerhalb dieser Grenzen bewegen müsse. Vom Entgrenzungsdiskurs der Gesundheitsbewegung hingegen wird der Universalismus aufgegriffen, der in Verbindung mit der Anerkennung der Grenzen des Staates jedoch ein neues Antlitz bekommt: Da man nicht beides haben könne - Gesundheit für alle *und* ein höchstmögliches Maß an Gesundheit - müsse man ein begrenztes Maß an Gesundheit für alle anstreben und daran arbeiten, innerhalb der Grenzen des Möglichen das Maximum her-

auszuholen. Im globalen Diskurs der Gesundheitspolitik wird vor allem der letzte Punkt aufgegriffen und geradezu zu einem Imperativ der Leistungssteigerung der Gesundheitssysteme umformuliert. Die im Weltgesundheitsbericht von 2000 begonnene Erforschung, Leistungsmessung und Beratung von Gesundheitssystemreformen markiert den Beginn einer weltweiten Beratungsoffensive des globalen Felds der Gesundheit, an der sich internationale Organisationen wie die WHO, die OECD, die EU und andere sowie global agierende Unternehmensberatungen wie McKinsey and Company beteiligen. Die gesundheitspolitische Vision, die sie in ihren Reformempfehlungen weltweit diffundieren, ist die eines pluralistischen Gesundheitssystems, das auf virtuellen, marktförmig organisierten Netzwerken zwischen autonomen und semi-autonomen Akteuren des privaten und öffentlichen Sektors basiert, die vom Staat lediglich koordiniert werden sollen. De facto bahnt sich bereits hier eine auf eine horizontale und vertikale Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung abzielende Diskursstrategie an, die jedoch erst später ihren Namen - "Alle für Gesundheit" - erhält.

Auf Seiten der Gesundheitsbewegung formiert sich organisierter Widerstand, der in einer "Weltgesundheitsversammlung von unten" mündet. Die Kritik richtet sich jedoch nicht nur gegen das neue Konzept, sondern gegen die Strukturen des internationalen Felds insgesamt. Indem die Gesundheitsbewegung eine umfassende Umgestaltung der internationalen Organisationen und die Errichtung einer "global health governance" fordert, bestätigt sie die bedeutende Rolle, die die globale Arena in der Gesundheitspolitik beansprucht und trägt somit paradoxerweise zu der bereits fortgeschrittenen Dezentrierung des Staates bei, die sie eigentlich verhindern will. Die Überwindung der ursprünglichen Diskursopposition beginnt schließlich mit der Bangkok-Charta von 2005, in der mit Bezug auf die veränderten Rahmenbedingungen der Globalisierung eingeräumt wird, dass die Erreichung von "Gesundheit für alle" nur möglich sei, wenn sich "Alle für Gesundheit" - Staat, Markt, Zivilgesellschaft und globale "professionelle" Arena - einsetzen. Damit wird eine Neuverteilung der Gesundheitsverantwortung legitimiert - wie sie vom gesundheitsökonomischen Diskurs initiiert wurde - die die Gesundheitsversorgung Schritt für Schritt aus dem Verantwortungsbereich des Staates entzieht

und in die Hände des Individuums, in den Markt und auf die globale Ebene verlagert. Im Weltgesundheitsbericht 2008, dem zeitlich letzten Dokument, das für die Analyse dieses Teils der Arbeit herangezogen wird, wird diese Forderung dazu aufgegriffen, die nationalen Entscheidungsträger als orientierungslos zu konstruieren und die globale Arena zu der entscheidenden und richtungsweisenden Ebene für die Gesundheitspolitik der Zukunft umzudeuten.

Paradoxerweise ist der Diskursstrang "Gesundheit für alle" an dieser Entwicklung nicht ganz unbeteiligt. Mit seinen Forderungen nach mehr Selbstbestimmung und Partizipation bedient er sich im Endeffekt eines ähnlichen Subjektverständnisses wie der Diskurs der Gesundheitsökonomie: "Beide begreifen den Einzelnen als *aktiv und verantwortlich Handelnden*, der für die eigene und die Sicherheit jener sorgt, denen er nahe steht oder stehen sollte" (Rose 2000: 86). Mit seiner Forderung nach einer "global health governance" trägt er wiederum zur Aufwertung des globalen Felds der Gesundheitspolitik und einer damit einhergehenden Abwertung der Handlungskompetenz nationaler Entscheidungsträger bei.

Von dieser Beobachtung ausgehend wird in Kapitel 5 der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen, inwieweit die zwei ursprünglich als Oppositionsdiskurse angetretenen Diskursstrategien nicht doch als Teil einer Politikstrategie zu werten sind, die sich möglicherweise nur im Rückblick "wie eine einheitlich gewollte Politik" ineinander fügt (Foucault 1977: 119). Zu diesem Zweck wird die historische Entwicklung der Gesundheitspolitik seit ihren Anfängen vor ca. 300 Jahren rekonstruiert und auf diese Weise gezeigt, worin sich der auf den ersten Blick so heterogene gesundheitspolitische Diskurs der letzten 30 Jahre von der vorherigen gesundheitspolitischen Entwicklung unterscheidet. Was sich in dieser Rückschau herausstellt, ist, dass Gesundheitspolitik seit ihren Anfängen als bedeutendes Instrument der vorherrschenden Regierungskunst fungiert. Ein kurzer Blick in die aktuelle Gouvernementalitätsforschung lässt ebenfalls deutliche Parallelen zwischen der Gesundheitspolitik der Gegenwart, wie sie in der vorliegenden Arbeit rekonstruiert wurde, und der Gouvernementalität der Gegenwart, wie sie von den Gouvernementalitätsstudien erforscht wird, erkennen. Die im gesundheitspolitischen Diskurs der

Gegenwart so stark aufgewertete Rolle der Zivilgesellschaft einerseits und der Wissensgesellschaft andererseits lässt sich vor diesem Hintergrund als Ausdruck der Regierungskunst der Gegenwart interpretieren, die laut den Gouvernamentalitätsforschern in einer "Gouvernamentalität der Wissensgesellschaft" (Junge 2008) besteht, die mit Hilfe der Zivilgesellschaftsrhetorik lediglich ihre eigene Legitimität stabilisiert.

Wie wird dieses gesundheitspolitische "Modell der Weltkultur" nun im nationalen Kontext wirksam? Um auf diese Frage antworten zu können, wird im dritten Teil der Arbeit zunächst die polnische Gesundheitsreformdebatte rekonstruiert und in einem zweiten Schritt systematisch auf die Rezeption globaler Versatzstücke hin untersucht. Bereits bei der Rekonstruktion des nationalen Felds und der historischen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Polen wird deutlich, dass diese seit ihren Anfängen von externen Einflüssen geprägt ist. Der gesundheitspolitische Diskurs der Gegenwart hat auch hier seine Wurzeln in den 1970er Jahren, als ein Erstarken der demokratischen Opposition zu beobachten ist, die sich unter anderem im Menschenrechtsdiskurs verankert und mit der Forderung nach einer demokratischen Selbstverwaltung unter anderem auch des Gesundheitssystems im Endeffekt die globalen Postulate nach mehr Selbstbestimmung und Partizipation aktiviert. Neben diesem Aufgreifen der Menschenrechts- und Zivilgesellschaftsrhetorik werden jedoch auch hier ab den ausgehenden 1970er Jahren die Weichen für eine zunehmende Ökonomisierung gelegt. Eine zunächst kleine, aber wachsende Schar an polnischen Liberalen beginnt zu diesem Zeitpunkt damit, Klassiker des ökonomischen Denkens in Polnische zu übersetzen und zu studieren. Im Gefolge der "Systemtransformation" (Merkel 1999) erfährt diese zuvor noch sehr diffuse Rezeption externer Ideen eine stärkere Steuerung durch das internationale Umfeld. Ab 1991 eröffnen internationale Organisationen eigene Büros in Polen, um dem polnischen Gesundheitsministerium bei der angekündigten Gesundheitsreform finanziell und konzeptionell unter die Arme zu greifen. Darüber hinaus unterstützen sie vor allem die Professionalisierungsbestrebungen einer neuen Profession, den Public-Health-Wissenschaften, wobei sie dabei einen großen Wert auf die Einbindung gesundheitsökonomischer

Inhalte in die Ausbildung der Gesundheitswissenschaftler und Mediziner legen.

Die Legitimität dieser Einflussnahmen wird durch einen Diskurs abgesichert, der von dem damals jungen Ökonomen Jeffrey Sachs initiiert wird und zum Ziel hat, die Weltöffentlichkeit, insbesondere den Westen, als mitverantwortlich für das Gelingen der "Systemtransformation" (Merkel 1999) in Mitteleuropa zu konstruieren. Im Inneren Polens wird die Unterstützung des Westens als förderlich für die allseits unterstützte "Rückkehr nach Europa" begrüßt, ein Postulat, das seine anfängliche Hegemonialstellung vor allem seinem hohen Abstraktionsgrad verdankt, im Grunde aber nur Ausdruck eines "oberflächlichen Konsenses" ist (Kucharczyk und Radek 2005: 20).

Der Imperativ einer Gesundheitsreform wiederum wird auf nationaler Ebene bereits in den 1980er Jahren formuliert. Sowohl auf Seiten der Regierung als auch der regierungskritischen demokratischen Opposition wird die Krise des polnischen Gesundheitssystems postuliert und die Notwendigkeit einer umfassenden Gesundheitsreform formuliert. Für die ersten Reformvorschläge ist der globale Gesundheitsdiskurs der damaligen Zeit nicht unerheblich. Jedoch entpuppt sich bereits am Runden Tisch, dass die Deutungen über die wünschenswerte Entwicklung der Gesundheitspolitik in Polen recht weit auseinanderdriften. Die parlamentarische Gesundheitsreformdebatte nach der "Wende" lässt sich grob in drei Phasen unterteilen, die das jeweils vorherrschende Diskurslager widerspiegeln. In der ersten Reformphase wird eine Dezentralisierung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung angestrebt, die sich maßgeblich aus einer durch die kommunistische Erfahrung geprägten Ablehnung des Staates - einer "Staatsphobie" - speist. Gefordert wird die Einführung eines Versicherungssystems, das mit der Unabhängigkeit vom Staat und mit einer "Rückkehr zur Selbstverwaltung" gleichgesetzt wird und damit im Einklang mit den zentralen Postulaten des in den 1990er Jahren im politischen Feld dominierenden Post-Solidarność-Lagers steht. Das anfangs kaum hinterfragte Krankenversicherungssystem verliert ab Mitte der 1990er Jahre jedoch an Selbstverständlichkeit. In Frage gestellt wird es vor allem von den polnischen Liberalen, die auf die Reformbemühungen in anderen Ländern, unter anderem in Deutschland und Frankreich und auf die hohen Kosten

dieses Politikmodells verweisen. Aufgrund der damals hohen Deutungsmacht des Post-Solidarność-Lagers kann es im Gesetzgebungsprozess zwar durchgesetzt werden. Den anschließenden Praxistest besteht es allerdings nicht. Nur drei Jahre nach ihrer Einführung werden die dezentralen Krankenkassen in einer großen Krankenkasse, dem Nationalen Gesundheitsfonds aufgelöst, was in der Literatur als Rezentralisierung beschrieben wird. Begründet wird der Schritt von der damaligen Regierung unter anderem mit Verweis auf die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und die Gesundheitssystemreformen in anderen Ländern der Welt. Auch in der dritten Phase der polnischen Gesundheitsreformen, die unter dem Motto der Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe steht, spielen die Erfahrungen anderer Länder eine große Rolle. Als in einem Gesetzesvorschlag von 2003 angestrebt wird, die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Gesellschaften des Handelsrechts zu verwandeln, wird eine langjährige Diskussion darüber entfacht, woran das polnische Gesundheitssystem hauptsächlich leide. Während die Befürworter der Restrukturierung das Hauptproblem des polnischen Gesundheitswesens im schlechten Management der Gesundheitseinrichtungen sehen und sich von den harten Regeln des Marktes eine Professionalisierung in diesem Bereich versprechen, halten die Gegner der Restrukturierung dagegen, dass das polnische Gesundheitssystem vor allem an zu niedrigen Gesundheitsausgaben leide, was der Vergleich mit den Gesundheitsausgaben anderer Länder der Welt bestätige.

Eine Zwischenreflexion im Hinblick auf die forschungsleitende Fragestellung nach dem starken Einfluss des internationalen Umfelds auf die nationalstaatliche Wohlfahrtspolitik kommt an dieser Stelle der Arbeit bereits zu dem Ergebnis, dass es in die Irre führt, den Beginn externer Einflüsse erst nach der "Wende" zu verorten. Die Auseinandersetzung mit der polnischen Gesundheitspolitik bringt vielmehr ans Licht, dass die polnische Gesundheitspolitik seit ihren Anfängen von externen Einflüssen geprägt ist, sich die Art dieser Einflüsse mit der Zeit jedoch verändert. Seit den 1990er Jahren kann insofern kaum von einem Erstarken weltkultureller Einflüsse in Mitteleuropa die Rede sein. Was sich allerdings durchaus zu ändern scheint, sind die relevan-

ten internationalen "Anderen" - der "reflexive Beobachtungszusammenhang" (Krücken 2002: 236) - und die Art ihrer "Steuerung".

Eine systematische Untersuchung der Relevanz der gesundheitspolitischen Weltkultur der Gegenwart, die in Kapitel 7 der Arbeit erfolgt, ist daher bestrebt, nicht nur die inhaltlichen Parallelen zwischen dem globalen und dem nationalen Diskurs aufzuzeigen, sondern auch herauszufinden, welche internationalen "Anderen" seit den 1990er Jahren zum "reflexiven Beobachtungszusammenhang" Polens gehören, worauf ihre Autorität - insbesondere die Autorität internationaler Organisationen und Professionen gründet - und welchen Einfluss externe Zwänge im polnischen Gesundheitsreformdiskurs entfalten können.

Im Spiegel dieser Analyse wird deutlich, dass sich zahlreiche Elemente des globalen Diskurses der Gesundheitspolitik - und zwar sowohl der Diskursstrategie "Gesundheit für alle" als auch der Diskursstrategie "Alle für Gesundheit" - vorfinden, jedoch in den meisten Fällen eine eigentümliche Umdeutung bzw. Verflechtung mit lokalen Diskurssträngen erfahren. Aufgrund der Heterogenität des globalen Diskurses ist es allen nationalen Diskursteilnehmern möglich, sich auf einzelne Versatzstücke des globalen Diskurses zu berufen, sie mit ihren eigenen Wirklichkeitsdeutungen zu verflechten und für ihre eigenen politischen Forderungen zu instrumentalisieren. Dabei lässt sich beobachten, dass die Wirkungskraft der globalen Teildiskurse von ihrer Rahmung und ihrer Anschlussfähigkeit an herrschende Deutungsmuster im nationalen Diskurs abhängt.

Auch die Untersuchung der relevanten "Anderen" und der Art ihrer "Steuerung" - die mit Hilfe des Isomorphie-Konzepts von DiMaggio und Powell (1983) strukturiert wird - macht deutlich, dass die Autorität der Weltkultur alles andere als selbstverständlich, einflussreich oder gar deterministisch ist. Zwar kann grob gesagt werden, dass zum "reflexiven Beobachtungszusammenhang" (Krücken 2002: 236) der polnischen Gesundheitspolitik vor allem der "Westen" und die anderen Transformationsländer gehören, denen man eine gewisse Ähnlichkeit zuschreibt. Welche Länder im konkreten Fall als nachahmungswürdig gelten, bleibt jedoch Gegenstand von Deutungskämpfen. Ähnlich verhält es sich mit der Autorität der internationalen "Anderen". Diese

beruht eindeutig auf der Expertise, die ihnen zugeschrieben wird. Wesentlich gestärkt wird sie zudem durch eine systematische Abwertung der Expertise der polnischen Diskursteilnehmer, die im Unterschied zu den internationalen Experten als unprofessionelle "Kritiker" konstruiert werden, was die Autorität der internationalen "Anderen" in gewisser Weise konkurrenzlos macht. Von einer automatischen Anpassung an ihre Empfehlungen kann trotzdem nicht die Rede sein. Im polnischen Kontext wird durchaus wahrgenommen, dass im globalen Feld der Gesundheitspolitik mindestens zwei Professionen die Deutungshoheit beanspruchen: die "Gesundheitsexperten" und die "Finanzexperten". Am polnischen Beispiel wird also deutlich, dass die Heterogenität des globalen Diskursfelds zu lokalen Deutungskämpfen darüber führt, welcher Profession nun die Deutungshoheit in Gesundheitsfragen zuzuschreiben ist. Höchst interessant ist auch eine diskursive Wende, die sich im polnischen Kontext zum Ende des Untersuchungszeitraums beobachten lässt, im Zuge derer die bis dahin konsensuelle Überlegenheit von *professionellen* - "meritorischen" - Lösungen gegenüber *politischen* Kompromissen plötzlich in Frage gestellt wird. Der damit einhergehende Versuch, das Parlament wieder zu einem Ort des Politischen und die Gesundheitspolitik zu einer Frage politischer Entscheidungen umzudeuten lässt sich im Gesamtzusammenhang der vorliegenden Arbeit definitiv als ein Versuch deuten, die Gesundheitspolitik nicht nur durch die Politik, sondern vor allem durch nationale Akteure zurückerobern zu wollen.

In diese Richtung weist auch der polnische Umgang mit dem "Zwang", der vor allem von Seiten der Europäischen Union wahrgenommen wird. Betrachtet man den Umgang mit externen "Zwängen" genauer, so stellt sich dreierlei heraus: Erstens können im nationalen Diskurs externe "Zwänge" dort konstruiert werden, wo es sie "objektiv" im Sinne rechtlich verbindlicher supranationaler oder globaler Regelungen gar nicht gibt. Zweitens kann es sein, dass rechtlich verbindliche Regelungen gar nicht als "Zwang" wahrgenommen bzw. akzeptiert werden. Drittens kann es bei externen "Zwängen", die als solche grundsätzlich wahrgenommen und akzeptiert werden, sein, dass auf ihren breiten Interpretationsspielraum hingewiesen und innerhalb dieses Spielraums um ihre Übersetzung in den lokalen Kontext gekämpft wird.

Für die Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung nach der Wirkungsweise der Weltkultur bedürfen diese Erkenntnisse einer weiteren Reflexion. Eins kann anhand des polnischen Fallbeispiels eindeutig bestätigt werden: Die "Drehbücher" der Weltkultur sind im lokalen Kontext stets Gegenstand von Deutungskämpfen und erlangen eine höhere Deutungshoheit, wenn sie sich mit lokalen Deutungsmustern verflechten. Was allerdings weiterhin fragwürdig bleibt, ist, warum die Weltkultur einen im lokalen Kontext so omnipräsenten Referenzrahmen darstellt? Um auf diese Frage antworten zu können, wird in der abschließenden Diskussion der vorliegenden Arbeit eine Differenzierung des Weltkulturkonzepts vorgeschlagen, die in Auseinandersetzung mit Münchs (1993b; 1993a) Arbeiten zur Kultur der Moderne entsteht. Vereinfacht gesagt wird in Anlehnung an Münchs (1993b: 9ff.) Überlegungen zur Kultur der Moderne zwischen der *Essenz*, der Entwicklungslogik und der Entwicklungsdynamik der Weltkultur der Gegenwart unterschieden. Während eine Rezeption der Essenz des globalen Gesundheitsdiskurses im polnischen Gesundheitsreformdiskurs nur punktuell zu beobachten ist, ist die Logik der Rationalisierung, die durch die Weltkultur der Gegenwart weltweit diffundiert wird, auch im polnischen Kontext weitgehend unhinterfragt. Die diskursive Konstruktion umfassender Reformzwänge, wie sie im globalen Gesundheitsdiskurs zum Ende der 2000er Jahre hin formuliert werden, scheint in den Kategorien der Rationalisierung jedoch nicht mehr hinreichend erfasst zu sein. Im Kern geht es bei diesen Reformzwängen nämlich nicht so sehr um eine kontinuierliche Fortsetzung einer wie auch immer gearteten Rationalisierung, sondern vielmehr um das, was Münch (1993b: 9ff.) als die Entwicklungsdynamik der Moderne bezeichnet: um die Perpetuierung der Interpenetranz zwischen Kultur und Gesellschaft. Durch den umfassenden Reformimperativ und die Forderung nach einem kontinuierlichen Abgleich mit den Erwartungen der Zivilgesellschaft und den Empfehlungen der Wissensgesellschaft wird zumindest im untersuchten globalen Feld der Gesundheitspolitik letzten Endes ein Interpenetranzimperativ formuliert, der im lokalen Kontext zwar ermöglicht, dass einzelne Deutungsmuster und Politikempfehlungen lokal ausgelegt oder auch abgelehnt werden können, jedoch nicht die Beeinflussung durch die Weltkultur an sich. Die Weichen für diese Entwick-

lung stellt vor allem der Diskurs "Alle für Gesundheit", der von den internationalen "Anderen" des globalen Felds der Gesundheit schrittweise dazu genutzt wird, um eine immer stärkere Legitimität für eine "global health governance" zu gewinnen, die für sich beansprucht, für die Gesundheitspolitik der Zukunft richtungsweisendes Wissen zu produzieren, das den als orientierungslos konstruierten nationalen Entscheidungsträgern als Orientierung dienen soll. In den Begrifflichkeiten der Gouvernamentalitätsforschung könnte man von dem Versuch sprechen, eine globale Regierung des Wissens - eine "Gouvernamentalität der Wissensgesellschaft" (Junge 2008) - zu etablieren.

Die Generalisierbarkeit dieser These ist aufgrund des gewählten qualitativen Zugangs und der Einzelfallanalyse selbstverständlich begrenzt. Um mit einer größeren Sicherheit behauptet und generalisiert werden zu können, müssten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit anhand weiterer Fallstudien bestätigt und systematisch aus gouvernamentalitätstheoretischer Perspektive untersucht werden. Für den Fall des globalen Gesundheitsdiskurses und seiner Rezeption in der polnischen Gesundheitsreformdebatte kann jedoch beansprucht werden, im Einklang mit den allgemein akzeptierten Regeln der qualitativen Forschung ein umfassendes und differenziertes Bild dieses Ausschnitts der sozialen Realität rekonstruiert und zu seinem "Sinnverstehen" beigetragen zu haben.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Adler, E. (1997): Seizing the Middle Ground: Constructivism in World Politics. *European Journal of International Relations*, 3(3), 319–363.

Aidukaite, J. (2004): The Emergence of the Post-Socialist Welfare State: The Case of the Baltic States Estonia, Latvia and Lithuania. Södertörn University College, Södertörn Doctoral Dissertations No. 1.

Aidukaite, J. (2009): Old Welfare State Theories and New Welfare Regimes in Eastern Europe: Challenges and Implications. *Communist and Post-Communist Studies*, 42(1), 23–39.

Akin, J. S. (1987): Financing Health Services in Developing Countries. Washington, D.C.: World Bank.

Alexander, J. und Smith, P. (1998): Sociologie culturelle ou sociologie de la culture? Un programme fort pour donner à la sociologie son second souffle. *Sociologie et société*, 30(1), 2–10.

Aligica, P. D. (2003): Neoclassical Economics and the Challenge of Transition: Lessons and Implications of the Eastern European Economic Reform Experience. IWM - Working Paper, Nr. 3.

Antohi, S. (2000): Habits of the Mind: Europe's Post-1989 Symbolic Geographies. In **Antohi, S. und Tismaneanu, V.** (Hrsg.), *Between Past and Future. The Revolutions of 1989 and Their Aftermath.* Budapest: Central European University Press, 61–80.

Antonovsky, A. (1981): *Health, Stress, and Coping.* San Francisco u.a.: Jossey Bass Publishers.

Archer, M. S. (2005): Structure, Culture and Agency. In **Jacobs, M. D. und Hanrahan, N. W.** (Hrsg.), *The Blackwell Companion to the Sociology of Culture.* Oxford u.a.: Blackwell Publishing Ltd., 48–62.

Armingeon, K.; Armingeon, K. und Beyeler, M. (Hrsg.) **(2004):** *OECD and National Welfare State Development.* Cheltenham/Northampton: Edward Elgar Publishing, 226–241.

Armingeon, K. und Beyeler, M. (Hrsg.) **(2004):** *The OECD and European Welfare States.* Cheltenham/Northampton: Edward Elgar Publishing.

Arnason, J. P. (1998): Gescheiterte Globalisierung. Das sowjetische Modell. In **Müller, K.** (Hrsg.), *Postsozialistische Krisen. Theoretische Ansätze und empirische Befunde.* Opladen: Leske und Budrich, 9–30.

Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53(5), 941–973.

Aspalter, C., Jinsoo, K. und Sojeung, P. (2009): Analysing the Welfare State in Poland, the Czech Republic, Hungary and Slovenia: An Ideal-Typical Perspective. *Social Policy and Administration*, 43(2), 170–185.

Auleytnner, J. (2004): *Polska polityka społeczna. Ciągłość i zmiany.* Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP.

Bach, M. (2000): Die Europäisierung der nationalen Gesellschaft? Problemstellungen und Perspektiven einer Soziologie der europäischen Integration. In *Die Europäisierung nationaler Gesellschaften. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Nr. 40.* Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 11–35.

Bach, M. (2008): *Europa ohne Gesellschaft. Politische Soziologie der europäischen Integration.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Baran, A. und Zyra, M. (2006): Narodowy Rachunek Zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2002, 2003. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.

Bauch, J. (2000): Medizinsoziologie. München/Wien: Oldenbourg.

Baum-Ceisig, A. und Faber, A. (Hrsg.) (2005): Soziales Europa? Perspektiven des Wohlfahrtsstaates im Kontext von Europäisierung und Globalisierung. Festschrift für Klaus Busch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bayley, P. (2004): Introduction: The Whys and Wherefores of Analyzing Parliamentary Discourse. In **Bayley, P. (Hrsg.)**, Cross-Cultural Perspectives on Parliamentary Discourse. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 1–44.

Bechmann, S. C. (2006): Die Grenzen des medizinischen Fortschritts. Zur Konstruktion sozialer Sicherheit in der fortgeschrittenen Moderne. Dissertation, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg.

Becker, G. S. (1975): Human Capital. A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education. New York: Columbia University Press.

Berger, P. L. und Luckmann, T. (1995): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Beyeler, M. (2003): Globalization, Europeanization and Domestic Welfare State Reforms. *Global Social Policy*, 3(2), 153–172.

Bittlingmayer, U. H. (2005): "Wissengesellschaft" als Wille und Vorstellung. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.

Bockman, J. und Eyal, G. (2002): Eastern Europe as a Laboratory for Economic Knowledge: The Transnational Roots of Neoliberalism. *American Journal of Sociology*, 108(2), 310–52.

Bode, I. (1999): Solidarität im Vorsorgestaat. Der französische Weg sozialer Sicherung und Gesundheitsversorgung. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag.

Bogus, A., Kwiatkowska, W. und Szablewski, A. (1985): Komer-
cjalizacja usług społecznych w opinii ludności. *Polityka Społeczna*, Heft 8,
15–18.

Boli, J. und Thomas, G. M. (1999): INGOs and the Organization of
World Culture. In **Boli, J. und Thomas, G. M. (Hrsg.)**, *Constructing
World Culture. International Nongovernmental Organizations since 1875*.
Stanford: Stanford University Press, 13–49.

Bönker, F. (2006): Konsequenzen des EU-Beitritts für die Sozialpolitik in
den neuen Mitgliedstaaten. In **Kutter, A. und Trappmann, V. (Hrsg.)**,
Das Erbe des Beitritts. Europäisierung in Mittel- und Osteuropa. Baden-
Baden: Nomos Verlag, 257–270.

Bröckling, U. (2005): Gleichgewichtsübungen. Die Mobilisierung des
Bürgers zwischen Markt, Zivilgesellschaft und aktivierendem Staat. *spw -
Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft, Demokratie und Parti-
zipation*, Heft 142, 19–22.

Budner, S. und Kozłowska, M. (1990): Podstawowa opieka zdrowotna
w opinii prasy krajowej. In **Indulski, J. A. (Hrsg.)**, *Teoria i praktyka
organizacji ochrony zdrowia. Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce*. Łódź:
Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera, 37–41.

Bunce, V. (2000): Postsocialisms. In **Antohi, S. und Tismaneanu, V.**
(Hrsg.), *Between Past and Future. The Revolutions of 1989 and Their Af-
termath*. Budapest: Central European University Press, 122–152.

Burchardt, H.-J. (2004): Neue Konturen in der internationalen Sozial-
politik: Paradigmenwechsel am Horizont? In **Croissant, A., Erdmann,
G. und Rüb, F. W. (Hrsg.)**, *Wohlfahrtsstaatliche Politik in jungen Demo-
kratien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 111–130.

Centrum Informacyjne Rządu (2004): Przegląd Rządowy
Nr. 5(155). Kancelaria Prezesa Rady Ministrów <URL: [http://www.poprzedniastrona.premier.gov.pl/archiwum/_i/dokumenty/
PR_5.pdf](http://www.poprzedniastrona.premier.gov.pl/archiwum/_i/dokumenty/PR_5.pdf)> – Zugriff am 25.10.2010.

Cerami, A. (2005): Social Policy in Central and Eastern Europe. The Emergence of a New European Model of Solidarity? Dissertation, Universität Erfurt.

Chabbott, C. (1999): Development INGOs. In **Boli, J. und Thomas, G. M. (Hrsg.)**, Constructing World Culture. International Nongovernmental Organizations since 1875. Stanford: Stanford University Press, 222–248.

Chałupczak, G. (2006): Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech i w Polsce. Lublin: Wydawnictwo Verba.

Checkel, J. T. (1998): The Constructivist Turn in International Relations Theory. *World Politics*, 50(2), 324–48.

Checkel, J. T. (1999): Social Construction and Integration. *Journal of European Public Policy*. Special Issue, 6(4), 545–560.

Christensen, S. et al. (1997): Actors and Institutions. Editors' Introduction. *American Behavioral Scientist*, 40(4), 392–396.

Collier, D. und Messick, R. E. (1975): Prerequisites versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption. *The American Political Science Review*, 69(4), 1299–1315.

Crawford, R. (1977): You are Dangerous to Your Health: The Ideology of Victim Blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 663–680.

Czajka, Z. (2004): Mechanizmy wynagradzania w publicznej służbie zdrowia. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.

Czarniawska, B. und Sevón, G. (1996): Introduction. In **Czarniawska, B. und Sevón, G. (Hrsg.)**, Translating Organizational Change. Berlin/-New York: Walter de Gruyter Verlag, 1–12.

Czupryna, A. und Włodarczyk, C. (2002): Projekt Leonardo da Vinci. Poprawa zatrudnienia wśród absolwentów zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne*, 112(2), 147–148.

Deacon, B. (1983): Social policy and socialism. The struggle for socialist relations of welfare. London u.a.: Pluto Press.

Deacon, B. (Hrsg.) (1992a): The New Eastern Europe. Social Policy. Past, Present and Future. London u.a.: Sage Publications.

Deacon, B. (Hrsg.) **(1992b)**: Social Policy, Social Justice and Citizenship in Eastern Europe. Aldershot u.a.: Avebury Publishing.

Deacon, B. **(1993)**: Developments in East European Social Policy. In **Jones, C.** (Hrsg.), New Perspectives on the Welfare State in Europe. London u.a.: Routledge.

Deacon, B. **(2000)**: Eastern European Welfare States: The Impact of the Politics of Globalization. *Journal of European Social Policy*, 10(2), 146–161.

Deacon, B. **(2005)**: From 'Safety Nets' Back to 'Universal Social Provision'. Is the Global Tide Turning? *Global Social Policy*, 5(1), 19–28.

Deacon, B. und **Hulse, M.** **(1997)**: The Making of Post-Communist Social Policy: The Role of International Agencies. *Journal of Social Policy*, 26(1), 43–62.

Deacon, B., Hulse, M. und **Stubbs, P.** **(1997)**: Global Social Policy. International Organizations and the Future of Welfare. London u.a.: Sage Publications.

Deacon, B. und **Szalai, J.** (Hrsg.) **(1990)**: Social Policy in the New Eastern Europe. What Future for Socialist Welfare? Aldershot u.a.: Avebury Publishing.

Delhey, J. **(2001)**: Osteuropa zwischen Markt und Marx. Soziale Ungleichheit und soziales Bewußtsein nach dem Kommunismus. Hamburg: Krämer Verlag.

Delhey, J. **(2003)**: Europäische Integration, Modernisierung und Konvergenz. Zum Einfluss der EU auf die Konvergenz der Mitgliedsländer. *Berliner Journal für Soziologie*, Heft 4, 565–584.

DiMaggio, P. **(1998)**: The New Institutionalisms: Avenues of Collaboration. *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 154(4), 696–705.

DiMaggio, P. und **Powell, W. W.** **(1983)**: The Iron Cage Revisited. Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.

DiMaggio, P. J. und **Powell, W. W.** **(1991)**: Introduction. In **Powell, W. W.** und **DiMaggio, P. J.** (Hrsg.), The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago/London: University Chicago Press, 1–40.

Dunn, E. C. (2004): Privatizing Poland. Baby Food, Big Business, and the Remaking of Labor. Ithaca/London: Cornell University Press.

Dziedziczak-Foltyn, A. (2007): Menedżer niekoniecznie poszukiwany. Młodzi adepci zarządzania na rynku pracy. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Eero, C. (2003): The Clear and Present Danger of the "Globaloney" Industry. Globalization Concepts in Welfare Research and Social Opinion Pieces since 1995. Global Social Policy, 3(2), 195–211.

Esping-Andersen, G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press.

Esping-Andersen, G. (1996): Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies. London u.a.: Sage Publications.

Esping-Andersen, G. (1999): Social Foundations of Postindustrial Economies. Oxford u.a.: Oxford University Press.

Fach, W. (2000): Staatskörperkultur. Ein Traktat über den "schlanken Staat". In **Bröckling, U., Krasmann, S. und Lemke, T. (Hrsg.)**, Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 110–130.

Fałkowski, M. und Kucharczyk, J. (2005): Wstęp. In **Fałkowski, M. und Kucharczyk, J. (Hrsg.)**, Obywatele Europy. Integracja europejska w polskim życiu publicznym. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 7–16.

Featherstone, K. und Radaelli, C. M. (Hrsg.) (2003): The Politics of Europeanisation. Oxford: Oxford University Press.

Fein, R. (1986): Medical Care, Medical Costs. The Search for a Health Insurance Policy. Cambridge/London: Harvard University Press.

Ferge, Z. (1979): A Society in the Making. Hungarian Social and Societal Policy 1945–1975. White Plains/New York: M. E. Sharpe Inc..

Ferge, Z. (1992): Social Policy Regimes and Social Structure. Hypotheses about the Prospects of Social Policy in Central and Eastern Europe. In **Ferge, Z. und Kolberg, J. E. (Hrsg.)**, Social Policy in a Changing Europe. Frankfurt am Main/Boulder, Colorado: Campus Verlag und Westview Press, 201–222.

Ferge, Z. (2001): European Integration and the Reform of Social Security in the Accession Countries. *European Journal of Social Quality*, 3(1/2), 9–25.

Ferranti, D. de (1985): Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview. Washington, D.C.: World Bank.

Fink, M. (2006): Wohlfahrtsstaatliche Politik unter Druck. *Ost-West-Gegeninformationen*, 18(4), 3–14.

Finnemore, M. (1993): International Organizations as Teachers of Norms: The United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization and Science Policy. *International Organization*, 47(4), 565–597.

Finnemore, M. und Sikkink, K. (1998): International Norm Dynamics and Political Change. *International Organization*, 52(4), 887–917.

Foucault, M. (1977): Sexualität und Wahrheit. Erster Band. *Der Wille zum Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Foucault, M. (2000): Staatsphobie. In **Bröckling, U., Krasmann, S. und Lemke, T. (Hrsg.)**, *Gouvernementalität der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 68–71.

Foucault, M. (2003a): Die Einbindung des Krankenhauses in die moderne Technologie (Vortrag). In **Defert, D. und Ewald, F. (Hrsg.)**, *Dits et Ecrits*. Band III, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 645–660.

Foucault, M. (2003b): Die Geburt der Sozialmedizin (Vortrag). In **Defert, D. und Ewald, F. (Hrsg.)**, *Dits et Ecrits*. Band III, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 272–298.

Foucault, M. (2003c): Die Gesundheitspolitik im 18. Jahrhundert. In **Defert, D. und Ewald, F. (Hrsg.)**, *Dits et Ecrits*. Band III, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 19–37.

Foucault, M. (2003d): Die Gesundheitspolitik im 18. Jahrhundert. In **Defert, D. und Ewald, F. (Hrsg.)**, *Dits et Ecrits*. Band III, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 908–929.

Foucault, M. (2003e): Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin? In **Defert, D. und Ewald, F.** (Hrsg.), *Dits et Ecrits*. Band III, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 54–76.

Foucault, M. (2006): Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernementalität II. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Fourcade, M. (2006): The Construction of a Global Profession: The Transnationalization of Economics. *American Journal of Sociology*, 112(1), 145–194.

Frąckiewicz, L. (1986): O zdrowie dla wszystkich. *Polityka Społeczna*, Heft 4, 1–4.

Frist, T. und Howard, S. H. (1989): The Evolution of For-Profit Medical Institutions and Cost Containment. In **McCue, J. D.** (Hrsg.), *The Medical Cost-Containment Crisis. Fears, Opinions and Facts*. Ann Arbor: Health Administration Press, 152–167.

Friszke, A. (2008): Czerwiec 1976 i skala represji. In **Friszke, A. und Paczkowski, A.** (Hrsg.), *Niepokorni. Rozmowy o Komitecie Obrony Robotników*. Kraków: Znak, 15–23.

Friszke, A. und Paczkowski, A. (2008): Jacek Kuroń. Rozmowa 3. In **Friszke, A. und Paczkowski, A.** (Hrsg.), *Niepokorni. Rozmowy o Komitecie Obrony Robotników*. Kraków: Znak, 155–223.

Fuchs, V. R. (1987): Health Economics. In **Eatwell, J., Milgate, M. und Newman, P.** (Hrsg.), *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*. Band 2, London: Macmillan Press, 614–618.

Fuchs, V. R. (1998): Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice. Singapore u.a.: World Scientific Publishing.

Garlej, T. (1983): Służba zdrowia potrzebuje reformy. *Polityka Społeczna*, Heft 4, 4–7.

Garsztecki, S. (2009): Polnische Selbstverwaltung - Traditionen und aktuelle Entwicklungen. In **Bingen, D. und Ruchniewicz, K.** (Hrsg.), *Länderbericht Polen*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 205–218.

Giordano, C. (2005): Die unauffindbare Transition. Zur soziologischen Misere eines verheißungsvollen Entwicklungsmodells. In **Mansfeldová, Z., Sparschuh, V. und Wenninger, A.** (Hrsg.), *Patterns of Europeanisation in Central Eastern Europe*. Hamburg: Krämer Verlag, 59–68.

Götting, U. (1998): Transformation der Wohlfahrtsstaaten in Mittel- und Osteuropa: Eine Zwischenbilanz. Opladen: Leske und Budrich.

Gowan, P. (1995): Neo-Liberal Theory and Practice for Eastern Europe. *New Left Review*, 213, 3–60.

Greer, S. L. und Vanhercke, B. (2010): The Hard Politics of Soft Law: The Case of Health. In **Mossialos, E.** et al. (Hrsg.), *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press, 186–230.

Grefe, C. (2010): Ritterschlag für Aktivisten. *Die Zeit* vom 9. September 2010, 37.

Greve, J. und Heintz, B. (2005): Die "Entdeckung" der Weltgesellschaft. *Zeitschrift für Soziologie. Sonderheft "Weltgesellschaft"*, 89–119.

Grossman, M. (1972): The Demand for Health Care. A Theoretical and Empirical Investigation. New York: National Bureau of Economic Research. Occasional Paper 119.

Grützner, F. (1999): Schnittmengen zwischen Neoliberalismus und Kommunitarismus. *Vorgänge*, 148(4), 38–49.

Grzonkowski, S. und Szkiela, W. (Hrsg.) **(2006):** Łączy nas Solidarność. Kronika "Solidarności Służby Zdrowia 1980-2005. Warszawa: Puls Solidarności.

Guillen, A. M. und Palier, B. (2004): Introduction: Does Europe Matter? Accession to EU and Social Policy Developments in Recent and New Member States. *Journal of European Social Policy*, 14(3), 203–209.

Guillén, M. F. (2001): Is Globalization Civilizing, Destructive or Feeble? A Critique of Five Key Debates in the Social Science Literature. *Annual Review of Sociology*, Bd. 27, 235–260.

Hacker, B. (2009): Hybridization Instead of Clustering: Transformation Processes of Welfare Policies in Central and Eastern Europe. *Social Policy and Administration*, 43(2), 152–169.

Halem, F. von (2004): Eine Skizze über Gesetz und Wertordnung in Ost und West: Von der Antike bis zur Moderne. In *Recht oder Gerechtigkeit? Rechtsmodelle in Ost und West von der Antike bis zur Moderne*. Köln u.a.: Böhlau Verlag, 53–90.

Hall, P. A. und Taylor, Rosemary, C. R. (1996): Political Science and the Three New Institutionalisms. MPIFG Discussion Paper.

Hasse, R. (2003): Wohlfahrtspolitik und Globalisierung. Zur Diffusion der World Polity durch Organisationswandel und Wettbewerbsorientierung. Opladen: Leske und Budrich.

Hasse, R. und Krücken, G. (2005): Neo-Institutionalismus. Bielefeld: Transcript Verlag.

Hasselbladh, H. und Kallinikos, J. (2000): The Project of Rationalization: A Critique and Reappraisal of Neo-Institutionalism in Organization Studies. *Organization Studies*, 21(4), 697–720.

Havel, V. (1980): Versuch, in der Wahrheit zu leben. Von der Macht der Ohnmächtigen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Hervey, T. und Vanhercke, B. (2010): Health Care and the EU: The Law and Policy Patchwork. In **Mossialos, E.** et al. (Hrsg.), *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press, 84–133.

Hitzler, R., Honer, A. und Maeder, C. (Hrsg.) (1994): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Hitzler, R., Reichertz, J. und Schröer, N. (1999): Das Arbeitsfeld einer hermeneutischen Wissenssoziologie. In *Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz, 9–16.

Hitzler, R., Reichertz, J. und Schröer, N. (Hrsg.) (1999): Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.

Holc, J. P. (1997): Liberalism and the Construction of the Democratic Subject in Post communism: The Case of Poland. *Slavic Review*, 56(3), 401–427.

Illich, I. (1979): Entmündigende Expertenheerrschaft. In **u.a., I. I. (Hrsg.)**, Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 7–36.

Illich, I. (2007): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München: C. H. Beck.

Indulski, J., Dawydzik, L. und Gniazdowski, A. (1990): Ewolucja koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej. In **Indulski, J. A. (Hrsg.)**, Teoria i praktyka organizacji ochrony zdrowia. Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera, 5–11.

Indulski, J. A. (1990): Przedmowa. In **Indulski, J. A. (Hrsg.)**, Teoria i praktyka organizacji ochrony zdrowia. Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera, 3–4.

Inoue, K. und Drori, G. S. (2006): The Global Institutionalization of Health as a Social Concern. Organizational and Discursive Trends. *International Sociology*, 21(2), 199–219.

Jastrzębowski, Z. (1983): Model opieki zdrowotnej w programach partii robotniczych w pierwszych latach Polski Ludowej. *Polityka Społeczna*, Heft 3, 31–34.

Jastrzębowski, Z. (1988): Ochrona zdrowia w koncepcjach polityki społecznej okresu międzynarodowego. *Polityka Społeczna*, Heft 5/6, 29–31.

Jastrzębowski, Z. (1993): System opieki zdrowotnej w PRL. *Polityka Społeczna*, Heft 11/12, 17–19.

Jastrzębowski, Z. (1994): Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku). Łódź: Akademia Medyczna.

Jensen, J. und Miszlivetz, F. (2006a): Global Civil Society: from Dissident Discourse to World Bank Parance. In **Wagner, P.** (Hrsg.), *The Languages of Civil Society*. New York/Oxford: Berghahn Books, 177–205.

Jensen, J. und Miszlivetz, F. (2006b): The Second Renaissance of Civil Society in East Central Europe - and in the European Union. In **Wagner, P.** (Hrsg.), *The Languages of Civil Society*. New York/Oxford: Berghahn Books, 131–158.

Jepperson, R. L. (2001): The Development and Application of Sociological Neo-Institutionalism. San Domenico: European University Institute - Working Paper Nr. 5.

Junge, T. (2008): Gouvernementalität der Wissensgesellschaft. Politik und Subjektivität unter dem Regime des Wissens. Bielefeld: Transcript Verlag.

Kaelble, H. und Schmid, G. (Hrsg.) (2004): Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat. Berlin: Edition Sigma.

Kamiński, M. (1978): Lekarz - jaki jest, jaki ma być. *Polityka Społeczna*, Heft 3/4, 36–38.

Kane, A. (1992): Cultural Analysis in Historical Sociology: Analytic and Concrete Forms of the Autonomy of Culture. *Sociological Theory*, 9(1), 53–69.

Kapstein, E. B. und Milanovic, B. (2001): Responding to Globalization. *Social Policy in Emerging Market Economies*. *Global Social Policy*, 1(2), 191–212.

Kaufmann, F. X. (1991): Wohlfahrtskultur - Ein neues Nasobem? In **Nippert, R. P.** (Hrsg.), *Kritik und Engagement. Soziologie als Anwendungswissenschaft*. München: Oldenbourg, 19–27.

Kaufmann, F.-X. (1997): Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Kawiorska, D. (2004): SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Poland. *National Health Accounts 1999*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.

Keller, R. (2001): Wissenssoziologische Diskursanalyse. In **Keller, R.** et al. (Hrsg.), Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Opladen: Leske und Budrich, 113–144.

Keller, R. (2003): Kultur als Diskursfeld. In **Geideck, S.** und **Liebert, W.-A.** (Hrsg.), Sinnformeln. Linguistische und soziologische Analysen von Leitbildern, Metaphern und anderen kollektiven Orientierungsmustern. Berlin/New York: Walter de Gruyter, 283–306.

Keller, R. (2004): Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Keller, R. (2005): Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Keller, R. et al. (Hrsg.) (2003): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 2: Forschungspraxis. Opladen: Leske und Budrich.

Kern, K. und **Theobald, H. (2004):** Konvergenz der Sozialpolitik in Europa? In **Kaelble, H.** und **Schmid, G.** (Hrsg.), Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat. Berlin: Edition Sigma, 289–316.

Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

King, G., Keohane, R. O. und **Verba, S. (1996):** Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research. Princeton: Princeton University Press.

Kirschner, H. (2004): Zdrowie publiczne - ewolucja pojęć i praktyka. In **Nosko, J.** (Hrsg.), Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce. Łódź: Szkoła Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, 121–132.

Klammer, U. und **Leiber, S. (2004):** Aktivierung und Eigenverantwortung in europäisch-vergleichender Perspektive. WSI-Mitteilungen, 57(9), 514–521.

Klarman, H. E. (1965): The Economics of Health. New York/London: Columbia University Press.

Knorr-Cetina, K. D. und Cicourel, A. V. (Hrsg.) (1981): Advances in Social Theory and Methodology. Towards an Integration of Micro- and Macro-Sociologies. Boston u.a.: Routledge and Kegan Paul.

Knorr-Cetina, K. D. (1981): The Micro-Sociological Challenge of Macro-Sociology: Towards a Reconstruction of Social Theory and Methodology. In **Knorr-Cetina, K. D. und Cicourel, A. V. (Hrsg.)**, Advances in Social Theory and Methodology. Boston u.a.: Routledge and Kegan Paul, 1–49.

Kocyba, H. (2006): Die Disziplinierung Foucaults. Diskursanalyse als Wissenssoziologie. In **Tänzler, D., Knoblauch, H. und Soeffner, H.-G. (Hrsg.)**, Neue Perspektiven der Wissenssoziologie. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz, 137–155.

Koenig, M. (2003): Staatsbürgerschaft und religiöse Pluralität in post-nationalen Konstellationen. Zum institutionellen Wandel europäischer Religionspolitik am Beispiel der Inkorporation muslimischer Immigranten in Großbritannien, Frankreich und Deutschland. Dissertation, Philipps-Universität Marburg.

Koenig, M. (2005): Weltgesellschaft, Menschenrechte und der Formwandel des Nationalstaats. In Weltgesellschaft: Theoretische Zugänge und empirische Problemlagen. Sonderheft der Zeitschrift für Soziologie. Stuttgart: Lucius und Lucius Verlag, 374–393.

Kohlrausch, M., Steffen, K. und Wiederkehr, S. (2010): Introduction. In **Kohlrausch, M., Steffen, K. und Wiederkehr, S. (Hrsg.)**, Expert Cultures in Central Eastern Europe. The Internationalization of Knowledge and the Transformation of Nation States since World War I. Warschau: Deutsches Historisches Institut Warschau.

Koivusalo, M. und Ollila, E. (1997): Making a Healthy World. Agencies, Actors and Policies in International Health. London/New York: Zed Books Ltd.

Koprowski, W. R. (1994): Incorporating Accounting and Finance in the Curriculum at the School of Public Health in Kraków. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 1. Beiheft, 98–104.

Kostrzewski, J. (1977): Zdrowie ludności a planowanie. *Polityka Społeczna*, Heft 7/8, 3–6.

Kovács, J. M. (2002): Approaching the EU and Reaching the US? Rival Narratives on Transforming Welfare Regimes in East-Central Europe. *West European Politics. Special Issue on the Enlarged European Union. Diversity and Adaptation*, 25(2), 175–204.

Krasucki, P. (1981): Społeczne uwarunkowania zdrowia. *Polityka Społeczna*, Heft 5, 6–9.

Krücken, G. (2002): Amerikanischer Neo-Institutionalismus - europäische Perspektiven. *Sociologia Internationalis*, 40(2), 227–261.

Krücken, G. (2005): Der "world-polity"-Ansatz in der Globalisierungsdiskussion. In **Meyer, J. W.** (Hrsg.), *Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 299–317.

Kubanek, M. (2008): Untersuchung zur Anwendung von Public-Private Partnership im polnischen Gesundheitssektor. Berlin: Technische Universität Berlin, Bauwirtschaft und Baubetrieb Heft 36.

Kucharczyk, J. (1999): Porwanie Europy. Integracja europejska w polskim dyskursie politycznym 1997-1998. In **Kolarska-Bobińska, L.** (Hrsg.), *Polska Eurodebata*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 297–331.

Kucharczyk, J. und Radek, M. (2005): Ewolucja dyskursu politycznego na temat integracji Polski z UE. In **Fałkowski, M. und Kucharczyk, J.** (Hrsg.), *Obywatele Europy. Integracja europejska w polskim życiu publicznym*. Warszawa: Friedrich Ebert Stiftung, 17–50.

Kutter, A. und Trappmann, V. (2006): Das Erbe des Beitritts: Zur Analyse von Europäisierungseffekten in mittel- und osteuropäischen Gesellschaften. In **Kutter, A. und Trappmann, V.** (Hrsg.), *Das Erbe des Beitritts. Europäisierung in Mittel- und Osteuropa*. Baden-Baden: Nomos Verlag, 13–56.

Lamping, W. (2007a): Europäische Integration und Gesundheitspolitik. Vom Paradiesvogel zum Prestigeobjekt. *Kurswechsel: Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen*, 2, 6–17.

Lamping, W. (2007b): Die Kunst des Bohrens dicker Bretter. Die Europäische Kommission und die Europäisierung von Gesundheitspolitik. In **Fischer, R., Karrass, A. und Kröger, S.** (Hrsg.), Die Europäische Kommission und die Zukunft der EU. Ideenfabrik zwischen europäischem Auftrag und nationalen Interessen. Opladen/Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, 275–296.

Lamping, W. und Sohns, A. (2008): Europäisierung des deutschen Gesundheitssystems durch das europäische Wirtschaftsrecht. Die BKK, 7, 422–425.

Lee, K. und Goodman, H. (2002): Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform since the 1980s. In **Lee, K., Buse, K. und Fustukian, S.** (Hrsg.), Health Policy in a Globalizing World. Cambridge: Cambridge University Press, 97–119.

Leidl, R. (1994): Gesundheitsökonomie als Fachgebiet. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2(2), 131–148.

Leisering, L. (2004): Social Policy und Wissensdiffusion in einer globalisierten Welt. Social World - Working Paper No. 6, [www.uni-bielefeld.de/\(en\)/soz/personen/Leisering/pdf/working-papers.html](http://www.uni-bielefeld.de/(en)/soz/personen/Leisering/pdf/working-papers.html) – Zugriff am 29.10.2010.

Leisering, L. (2007): Gibt es einen Weltwohlfahrtsstaat? In **Albert, M. und Stichweh, R.** (Hrsg.), Weltstaat und Weltstaatlichkeit. Beobachtungen globaler politischer Strukturbildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 187–208.

Leisering, L., Buhr, P. und Traiser-Diop, U. (2006): Soziale Grundversicherung in der Weltgesellschaft. Bielefeld: Transcript Verlag.

Lemke, T. (2007): Eine unverdauliche Mahlzeit? Staatlichkeit, Wissen und die Analytik der Regierung. In **Krasmann, S. und Volkmer, M.** (Hrsg.), Michel Foucaults "Geschichte der Gouvernementalität" in den Sozialwissenschaften. Internationale Beiträge. Bielefeld: Transcript Verlag, 47–74.

Lepperhoff, J. (2004): Wohlfahrtskulturen in Frankreich und Deutschland. Gesundheitspolitische Reformdebatten im Ländervergleich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lessenich, S. (2000): Soziologische Erklärungsansätze zur Entstehung und Funktion des Sozialstaats. In **Allmendinger, J. und Ludwig-Mayerhofer, W.** (Hrsg.), Soziologie des Sozialstaats. Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen. Weinheim/München: Juventa Verlag, 39–78.

Lütz, S. (2004): Der Wohlfahrtsstaat im Umbruch. Neue Herausforderungen, wissenschaftliche Kontroversen und Umbauprozesse. In **Lütz, S. und Czada, R.** (Hrsg.), Wohlfahrtsstaat. Transformation und Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 11–38.

Madison, B. Q. (1968): Social Welfare in the Soviet Union. Stanford: Stanford University Press.

Majcherek, J. A. (2006): "Recht und Gerechtigkeit" auf der politischen Bühne. Die gegenwärtige Situation in Polen und ihre Genese. Polen-Analysen Nr. 1., 3–7 [URL: http://www.laender-analysen.de/polen/pdf/PolenAnalysen01.pdf](http://www.laender-analysen.de/polen/pdf/PolenAnalysen01.pdf) – Zugriff am 29.10.2010.

Majnoni d'Intignano, B. (2007): Santé et économie en Europe. Paris: PUF.

Mannheim, K. (1978): Ideologie und Utopie. 6. Auflage. Frankfurt am Main: Schulte-Bulmke Verlag.

Matthes, C.-Y. (1998): Moralische Demokraten oder Politprofis? - Parlamentsabgeordnete in Polen und Ungarn. In **Grävingholt, J., Harter, S. und Schröder, H.-H.** (Hrsg.), Osteuropa: Fit für's dritte Jahrtausend?: Materialien für die 4. Brühler Tagung junger Osteuropa-Experten. Köln: Bundesinstitut für ostwissenschaftliche und internationale Studien [URL: http://www.forschungsstelle.uni-bremen.de/images/stories/pdf/Bruehl/bruehl4.pdf](http://www.forschungsstelle.uni-bremen.de/images/stories/pdf/Bruehl/bruehl4.pdf) – Zugriff am 29.10.2010, 105–109.

Matthes, C.-Y. (2004): Die Reform der Kranken- und Rentenversicherung in Ostmitteleuropa - Policy-Outcomes und politisch-institutionelle Konstellationen. In **Croissant, A., Erdmann, G. und Rüb, F. W.**

(Hrsg.), Wohlfahrtsstaatliche Politik in jungen Demokratien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 131–153.

Mayring, P. (1993): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Mazumdar, P. (2008): Der Gesundheitsimperativ. In **Hensen, G. und Hensen, P.** (Hrsg.), Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 349–360.

McCue, J. D. (1989): The Hight Cost of Medical Care: An Introduction to the Cost-Containment Debate. In **McCue, J. D.** (Hrsg.), The Medical Cost-Containment Crisis. Fears, Opinions and Facts. Ann Arbor: Health Administration Press, 3–14.

McKee, M., Hervey, T. und Gilmore, A. (2010): Public Health Policies. In **Mossialos, E.** et al. (Hrsg.), Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy. Cambridge: Cambridge University Press, 231–281.

McKenna, C. (2006): The World's Newest Profession. Management Consulting in the Twentieth Century. Cambridge: Cambridge University Press.

McKinlay, J. B. (1977): The Business of Good Doctoring or Doctoring as Good Business: Reflexions on Freidson's View of the Medical Game. International Journal of Health Services, 7(3), 459–483.

Mead, G. H. (1983a): Nationale und internationalistische Gesinnung (1929). In **Joas, H.** (Hrsg.), George Herbert Mead. Gesammelte Aufsätze. Band 2, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 458–482.

Mead, G. H. (1983b): Die psychologischen Grundlagen des Internationalismus (1915). In **Joas, H.** (Hrsg.), George Herbert Mead. Gesammelte Aufsätze. Band 2, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 424–439.

Mechanic, D. (1989): Cost Containment, Patient Expectations, and Doctor-Patient Relationships: A Sociologist's Point of View. In **McCue, J. D.** (Hrsg.), The Medical Cost-Containment Crisis. Fears, Opinions and Facts. Ann Arbor: Health Administration Press, 51–67.

Merkel, W. (1999): Systemtransformation. Eine Einführung in die Theorie und Empirie der Transformationsforschung. Opladen: Leske und Budrich.

Meyer, J. et al. (2005): Die Weltgesellschaft und der Nationalstaat. In Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 85–132.

Meyer, J. W. (1992): From Constructionism to Neo-Institutionalism: Reflections on Berger and Luckmann. Perspectives. The Theory Section Newsletter of the American Sociological Association, 15(2), 11–12.

Meyer, J. W. (2000): Globalization. Sources and Effects on National States and Societies. International Sociology, 15(2), 233–248.

Meyer, J. W. (2005a): Die Europäische Union und die Globalisierung der Kultur. In Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 163–178.

Meyer, J. W. (2005b): Der sich wandelnde kulturelle Gehalt des Nationalstaats. In Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 133–162.

Meyer, J. W. (Hrsg.) (2005c): Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Meyer, J. W., Boli, J. und Thomas, G. M. (2005): Ontologie und Rationalisierung im Zurechnungssystem der westlichen Kultur. In Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 17–46.

Meyer, J. W. und Rowan, B. (1991): Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In **Powell, W. W. und DiMaggio, P. J. (Hrsg.)**, The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago/London: University Chicago Press, 41–62.

Moran, M. und Wood, B. (1996): The Globalization of Health Care Policy? In **Gummett, P. (Hrsg.)**, Globalization and Public Policy. Cheltenham u.a.: Edward Elgar Publishing, 125–142.

Müller, K. (2002): Beyond Privatization: Pension Reform in the Czech Republic and Slovenia. Journal of European Social Policy, 12(4), 293–306.

Müller, K. (Hrsg.) (1998): Postsozialistische Krisen. Opladen: Leske und Budrich.

Müller, K. (2001): Konkurrierende Paradigmen der Transformation. In **Hopfmann, A. und Wolf, M. (Hrsg.),** Transformationstheorie - Stand, Defizite, Perspektiven. Münster: LIT Verlag, 202–254.

Münch, R. (1993a): Die Kultur der Moderne. Ihre Entwicklung in Frankreich und Deutschland. Band 2, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Münch, R. (1993b): Die Kultur der Moderne. Ihre Grundlagen und ihre Entwicklung in England und Amerika. Band 1, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Münch, R. (2002): Einleitung. In **Münch, R. (Hrsg.),** Soziologische Theorie. Band 1. Grundlegung durch die Klassiker. Frankfurt am Main/-New York: Campus Verlag, 9–20.

Münch, R. (2008): Jenseits der Sozialpartnerschaft. Die Konstruktion der sozialen Verantwortung von Unternehmen in der Weltgesellschaft. In **Maurer, A. und Schimank, U. (Hrsg.),** Die Gesellschaft der Unternehmen - die Unternehmen der Gesellschaft. Gesellschaftstheoretische Zugänge zum Wirtschaftsgeschehen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 163–190.

Myles, J. und Quadagno, J. (2001): Political Theories of the Welfare State. Social Service Review, 76, 34–57.

Nasierowski, T. (1992): Świat lekarski w Polsce. II połowa XIX w. - I połowa XX w. Idee - Postawy - Konflikty. Warszawa: OIL.

Nieder, L. (1994): Die Dynamik sozialer Prozesse. George Herbert Meads 'makrosoziologische Perspektive als Analyse von Institutionen. Frankfurt am Main u.a.: Peter Lang Verlag.

Odziemczyk, A. J. (2010): Netzwerkkultur und grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Eine kulturtheoretische Analyse in der deutsch-polnisch-tschechischen Grenzregion. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Ollila, E. (2005): Global Health Priorities - Priorities of the Wealthy? Globalization and Health, 1(6), 1–6.

Orenstein, M. A. (2005): The New Pension Reform as Global Policy. *Global Social Policy*, 5(2), 175–202.

Orenstein, M. A. und Haas, M. E. (2005): Globalization and the Future of Welfare States in the Post-Communist East-Central European Countries. In **Glatzer, M. und Rueschemeyer, D. (Hrsg.)**, *Globalization and the Future of the Welfare State*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 130–152.

Parsons, T. (1951): *The Social System*. New York: The Free Press.

Paszkiewicz, L. T. (1984): Treść skarg składanych w wydziałach zdrowia i opieki społecznej. *Polityka Społeczna*, Heft 2, 19–21.

Payne, S. (2008): Globalization, Governance and Health. In **Kennett, P. (Hrsg.)**, *Governance, Globalization and Public Policy*. Cheltenham u.a.: Edward Elgar Publishing, 151–172.

Pfau-Effinger, B. (2005): Culture and Welfare State Policies: Reflections on a Complex Interrelation. *Journal of Social Policy*, 34(1), 3–20.

Pierson, P. (2000): Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251–267.

Pierson, P. und Leibfried, S. (1998): Mehrebenen-Politik und die Entwicklung des “Sozialen Europa”. In **Leibfried, S. und Pierson, P. (Hrsg.)**, *Standort Europa: Sozialpolitik zwischen Nationalstaat und Europäischer Integration*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 11–57.

Podzerek-Knop, A. (2004): Die Reform des polnischen Gesundheitswesens von 1999 und ihre Konsequenzen für den Krankenhaussektor. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Puls Medycyny (2007): Lista Stu. Sto najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia w 2006 roku. *Puls Medycyny* vom 17.01.2007. <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/7709> – Zugriff am 25.10.2010.

Reckwitz, A. (1997): *Struktur. Zur sozialwissenschaftlichen Analyse von Regeln und Regelmäßigkeiten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Reckwitz, A. (2000): Transformation der Kulturtheorien. Zur Entwicklung eines Theorieprogramms. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

- Reckwitz, A. (2005):** Kulturelle Differenzen aus praxeologischer Perspektive: Kulturelle Globalisierung jenseits von Modernisierungstheorie und Kulturessentialismus. In **Joachim Renn, Ilja Srubar, U. W.** (Hrsg.), *Kulturen vergleichen - sozial- und kulturwissenschaftliche Grundlagen und Kontroversen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 92–111.
- Rehder, B. (2003):** Betriebliche Bündnisse. Institutionenwandel im System der deutschen Arbeitsbeziehungen. In **Schmid, M. und Maurer, A.** (Hrsg.), *Ökonomischer und soziologischer Institutionalismus. Interdisziplinäre Beiträge und Perspektiven der Institutionentheorie und -analyse*. Marburg: Metropolis Verlag, 259–276.
- Repegather, A. (2006):** Die Reform des Gesundheitssystems in Polen aus ordnungspolitischer Sicht. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Rieger, E. und Leibfried, S. (2001):** Grundlagen der Globalisierung. Perspektiven des Wohlfahrtsstaates. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Rimlinger, G. V. (1971):** Welfare Policy and Industrialization in Europe, America, and Russia. New York u.a.: John Wiley and Sons.
- Ringmar, E. (1996):** On the Ontological Status of the State. *European Journal of International Relations*, 2(4), 439–466.
- Risse, T. (2003):** Konstruktivismus, Rationalismus und Theorien Internationaler Beziehungen - warum empirisch nichts so heiß gegessen wird, wie es theoretisch gekocht wurde. In **Hellmann, G., Wolf, K.-D. und Zürn, M.** (Hrsg.), *Die neuen internationalen Beziehungen. Forschungsstand und Perspektiven in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos Verlag, 99–132.
- Ritsert, J. (2003):** Einführung in die Logik der Sozialwissenschaften. 2. Auflage. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Roberts, J. L. (1994):** Training for Public Health. Support for Countries of Central and Eastern Europe (CCEE). *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 1. Beiheft, 32–40.
- Rode, C. (2009):** Gewerkschaften in Polen. In **Bingen, D. und Ruchniewicz, K.** (Hrsg.), *Länderbericht Polen*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 415–424.

Rojek, P. (2009): *Semiotyka Solidarności. Analiza dyskursów PZPR i NSZZ Solidarność w 1981 roku.* Kraków: Wydawnictwo Naukowe Nomos.

Rose, N. (2000): Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Sozialen. In **Bröckling, U., Krasmann, S. und Lemke, T. (Hrsg.)**, *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen.* Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 72–110.

Rüb, F. W. (2004): Einleitung: Demokratisierung, Konsolidierung und Wohlfahrtsstaat - Überlegungen zu einem ungeklärten Verhältnis. In **Croissant, A., Erdmann, G. und Rüb, F. W. (Hrsg.)**, *Wohlfahrtsstaatliche Politik in jungen Demokratien.* Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 11–41.

Rymsza, M. (2004): Reformy społeczne lat dziewięćdziesiątych: próba podsumowania. In **Rymsza, M. (Hrsg.)**, *Reformy społeczne. Bilans dekad.* Warschau: Instytut Spraw Publicznych, 223–260.

Sabbat, J. (1997): International Assistance and Health Care Reform in Poland: Barriers to Project Development and Implementation. *Health Policy*, 41(3), 207–227.

Sachs, J. (1990): Eastern Europe's Economies. What is to be done? *The Economist* vom 13. Januar 1990., 19–24.

Samuel, S., Dirsmith, M. W. und McElroy, B. (2005): Monetized Medicine: From the Physical to the Fiscal. *Accounting, Organizations and Society*, 30(3), 249–278.

Schäfer, M. (2000): Globalisierung als Herrschaft. Eine Auseinandersetzung mit dem makrosoziologischen Neo-Institutionalismus von Meyer et al. *Soziale Welt*, 51(3), 355–376.

Schmid, Michael und Maurer, A. (Hrsg.) (2003): *Ökonomischer und soziologischer Institutionalismus. Interdisziplinäre Beiträge und Perspektiven der Institutionentheorie und -analyse.* Marburg: Metropolis Verlag.

Schriewer, J. (2005): Wie global ist die institutionalisierte Weltbildungsprogrammatik? Neo-institutionalistische Thesen im Licht kulturvergleichender Analysen. In *Weltgesellschaft: Theoretische Zugänge und empirische*

Problemlagen. Sonderheft der Zeitschrift für Soziologie. Stuttgart: Lucius und Lucius Verlag, 415–441.

Schulz, H. (1962): Semaschko. Der Schöpfer des neuen Gesundheitswesens Sowjetrußlands, in seiner geschichtlichen Abhängigkeit und Bedeutung. Hamburg: Akademie für Staatsmedizin.

Schwab-Trapp, M. (2001): Diskurs als soziologisches Konzept. Bausteine für eine soziologisch orientierte Diskursanalyse. In **Keller, R.** et al. (Hrsg.), Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden. Opladen: Leske und Budrich, 261–283.

Seeleib-Kaiser, M. (2001): Globalisierung und Sozialpolitik. Ein Vergleich der Diskurse und Wohlfahrtssysteme in Deutschland, Japan und USA. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag.

Shields, S. (2010): How the East Was Won: Transnational Social Forces and the Neoliberalisation of Poland's Post-Communist Transition. *Global Society*, 22(4), 445–468.

Sissenich, B. (2007): Building States without Society. European Union Enlargement and the Transfer of EU Social Policy to Poland and Hungary. Lanham u.a.: Lexington Books.

Skocpol, T. und Amenta, E. (1986): States and Social Policies. *Annual Review of Sociology*, 12, 131–157.

Skotnicka-Illasiewicz, E. (1998): Powrót czy droga w nieznaną? Europejskie dylematy Polaków. Warszawa: Centrum Europejskie Uniwersytetu Warszawskiego.

Sowada, C. (2000): Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen in einer Krankenversicherung: Normative Prinzipien und die Umsetzung in der allgemeinen Krankenversicherung in Polen. Bayreuth: Verlag P.C.O.

Standing, G. (1996): Social Protection in Central and Eastern Europe: A Tale of Slipping Anchors and Torn Safety Nets. In **Esping-Andersen, G.** (Hrsg.), *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*. London u.a.: Sage Publications, 225–255.

Steinmetz, G. (1999): Introduction: Culture and the State. In *State/-Culture. State-Formation after the Cultural Turn*. Ithaca/London: Cornell University Press, 1–49.

Stelmach, W. et al. (2009): Proces Boloński a kształcenie w zakresie zdrowia publicznego w Polsce. *Zdrowie Publiczne*, 119(1), 105–111.

Strang, D. und Chang, P. M. Y. (1993): The International Labor Organization and the Welfare State: Institutional Effects on National Welfare Spending, 1960-80. *International Organization*, 47(2), 235–262.

Strang, D. und Meyer, J. W. (1993): Institutional Conditions for Diffusion. *Theory and Society*, 22(4), 487–511.

Szacki, J. (2003): *Der Liberalismus nach dem Ende des Kommunismus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Szawiel, T. (2007): Das polnische Parteiensystem nach den Kommunal- und Regionalwahlen im November 2006. *Polen-Analysen* Nr. 4,, 2–6
(URL: <http://www.laender-analysen.de/polen/pdf/PolenAnalysen04.pdf>) – Zugriff am 29.10.2010.

Szczerbiak, A. (2002): After the Election, Nearing the Endgame: The Polish Euro-Debate in the Run Up to the 2003 EU Accession Referendum. *Sussex European Institute Working Paper* No. 53, (URL: <http://www.sussex.ac.uk/sei/documents/wp53.pdf>) – Zugriff am 29.10.2010.

Tajer, B. J. (2004): *Gesundheitsförderung und Prävention in der Bundesrepublik Deutschland und in der Republik Polen*. Berlin: Logos Verlag.

Taschowsky, P. (2004): EU-Enlargement and the Social Dimension of the European Union: The Cases of Poland and Hungary. *ESH Working Paper* No. 6, (URL: <http://www.europe.uni-hannover.de/fileadmin/institut/workingpaper/taschowsky.pdf>) – Zugriff am 20.10.2010.

Thomas, G. M. und Lauderdale, P. (1987): World Polity Sources of National Welfare and Land Reform. In **Thomas, G. M. et al.** (Hrsg.), *Institutional Structure. Constituting the State, Society, and the Individual*. Newbury Park u.a.: Sage Publications, 198–214.

Thomas, G. M. und Lauderdale, P. (1988): State Authority and National Welfare Programs in the World System Context. *Sociological Forum*, 3(3), 383–399.

Tomka, B. (2004): Wohlfahrtsstaaliche Entwicklung in Ostmitteleuropa und das europäische Sozialmodell, 1945-1990. In **Kaelble, H. und Schmid, G.** (Hrsg.), *Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat.* Berlin: Edition Sigma, 107–140.

Trojan, A. (1996): Prävention und Gesundheitsförderung im 'Laiensystem'. In **Troschke, J. von, Reschauer, G. und Hoffmann-Markwald, A.** (Hrsg.), *Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland.* Freiburg: Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 61–71.

Truschkat, I., Kaiser, M. und Reinartz, V. (2005): Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 6(2), Art. 22 [\[URL: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/470/1006\]](http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/470/1006) – Zugriff am 29.10.2010.

Tulchinsky, T. H. und Varavikova, E. A. (2000): *The New Public Health. An Introduction for the 21st Century.* San Diego u.a.: Academic Press.

Türk, K. (2000): Organisation als Institution der kapitalistischen Gesellschaftsformation. In **Ortmann, G., Sydow, J. und Türk, K.** (Hrsg.), *Theorie der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft.* 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 124–176.

Ullrich, C. G. (2003): Wohlfahrtsstaat und Wohlfahrtskultur: Zu den Perspektiven kultur- und wissenssoziologischer Sozialpolitikforschung. Arbeitspapiere - Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung Nr. 67, [\[URL: http://www.mzes.uni-mannheim.de/fs_publikationen_d.html\]](http://www.mzes.uni-mannheim.de/fs_publikationen_d.html) – Zugriff am 25.10.2010.

Ullrich, C. G. (2005): *Soziologie des Wohlfahrtsstaates.* Frankfurt am Main u.a.: Campus Verlag.

Vanhuyse, P. (2004): The Pensioner Booms in Post-Communist Hungary and Poland: Political Sociology Perspectives. *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 24(1/2), 86–103.

Verdery, K. (2000): Privatization as transforming persons. In **Antohi, S.** und **Tismaneanu, V.** (Hrsg.), *Between Past and Future. The Revolutions of 1989 and their Aftermath*. Budapest: Central European University Press, 175–197.

Vetter, R. (2008): Zögerlich reformbereit. Die Wirtschafts-, Finanz- und Sozialpolitik der Regierung von Ministerpräsident Donald Tusk. *Polen-Analysen* Nr. 32,, 2–7 (URL: <http://www.laender-analysen.de/polen/pdf/PolenAnalysen32.pdf>) – Zugriff am 29.10.2010.

Vobruba, G. (1997): Sozialpolitik im inszenierten Eurokorporatismus. In **Vobruba, G.** (Hrsg.), *Autonomiegewinne: Sozialstaatsdynamik, Moralfreiheit, Transnationalisierung*. Wien: Passagen Verlag, 175–196.

Vobruba, G. (2003): Globalization, European Integration and National Welfare States. What Sort of Triangle? ESPAnet Conference Changing European Societies - The Role for Social Policy, 13-15 November, (URL: <http://www.sfi.dk/graphics/ESPAnet/papers/Vobruba.pdf>) – Zugriff am 29.10.2010.

Wagner, P. (1995): *Soziologie der Moderne. Freiheit und Disziplin*. Frankfurt/ New York: Campus Verlag.

Walgenbach, P. (2001): Institutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In **Kieser, A.** (Hrsg.), *Organisationstheorien*. 4. Auflage. Stuttgart u.a.: Kohlhammer Verlag, 319–354.

Watson, P. (2006): Unequalizing Citizenship: The Politics of Poland's Health Care Change. *Sociology*, 40(6), 1079–1096.

Wdowiak, L. (2004a): Dziś i jutro medycyny społecznej i zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne*, 114(2), 125–126.

Wdowiak, L. (2004b): Zdrowie publiczne jako dyscyplina naukowa. *Zdrowie Publiczne*, 114(4), 453–458.

Wdowiak, L. (2007): Wniosek o wyodrębnienie w ramach dziedziny *nauki medyczne* nowej dyscypliny naukowej - *zdrowie publiczne*. *Zdrowie Publiczne*, 117(3), 291–292.

Weinar, A. (2006): Europeizacja polskiej polityki wobec cudzoziemców 1990-2003. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Weldes, J. (1996): Constructing National Interests. *European Journal of International Relations*, 2(3), 275–318.

Wendler, F. (2007): Die Agenda der EU-Kommission zur "Modernisierung des europäischen Sozialmodells": Anmerkungen zur Entwicklung einer sozialpolitischen Leitidee. In **Fischer, R., Karrass, A. und Kröger, S.** (Hrsg.), *Die europäische Kommission und die Zukunft der EU. Ideenfabrik zwischen europäischem Auftrag und nationalen Interessen*. Opladen/Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, 231–250.

Westenholz, A., Pedersen, J. S. und Dobbin, F. (2006): Institutions in the Making. Special Issue. *American Behavioral Scientist* 49(7).

Westenholz, A., Pederson, J. S. und Dobbin, F. (2006): Institutions in the Making: Identity, Power, and the Emergence of New Organizational Forms. *American Behavioral Scientist*, 49(7), 889–896.

Więckowska, E. (2004): Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Wiśniewski, Z. (2007): Lekarze i izby lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej. Szkice dokumentalne i historyczne. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.

Włodarczyk, C. W. (2007): Reformowanie opieki zdrowotnej w kontekście problemu równości dostępu opieki zdrowotnej i zwalczania nierówności zdrowia w Polsce. In **Golinowska, S.** (Hrsg.), *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 56–65.

Włodarczyk, W. C. (1998): Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej. Kraków: Vesalius.

Wobbe, T. (2000): Die Koexistenz nationaler und supranationaler Bürgerschaft. In **Bach, M.** (Hrsg.), *Die Europäisierung nationaler Gesellschaft*.

ten. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Nr. 40. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 251–274.

Wohl, S. (1989): The Medical-Industrial Complex: Another View of the Influence of Business on Medical Care. In **McCue, J. D.** (Hrsg.), The Medical Cost-Containment Crisis. Fears, Opinions and Facts. Ann Arbor: Health Administration Press Perspectives, 168–184.

Wolf, S. W. (1963): N. A. Semaschko und seine Bedeutung für die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Sowjetunion. Leipzig: Hygiene-Institut der Karl-Marx-Universität Leipzig.

Wysocki, M. J. und Miller, M. (2004): Nowe Zdrowie Publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat. In **Nosko, J.** (Hrsg.), Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i Polsce. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, 145–153.

Yeates, N. (2005): New (?) Directions in Global Social Policy. Global Social Policy, 5(1), 16–20.

Zakrzewski, A. B. (2004): Ochrona zdrowia i życia w prawie Wielkiego Księstwa Litewskiego w XVI-XVIII wieku. In **Bołoz, W.** und **Wolnicz-Pawłowska, E.** (Hrsg.), Życie i zdrowie człowieka w tradycji i kulturze polskiej. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, 37–52.

Zarycki, T. (2003): Cultural Capital and the Political Role of the Intelligentsia in Poland. Journal of Communist Studies and Transition Politics, 19(4), 91–108.

Zarycki, T. (2005): Dylematy polskich elit jako dylematy uniwersalne. In Jakie elity są potrzebne Polsce? Gdańsk: Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, 51–65.

Zarycki, T. (2008): Kapitał kulturowy. Inteligencja w Polsce i w Rosji. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Zejda, J. E. (2007): Rozwój nauk zdrowia publicznego w Polsce - czas na doktorat. Zdrowie Publiczne, 117(3), 304–307.

Zielińska, H. (1994): Neoromantyczne utopie Ivana Illicha. In Nieobecne dyskursy. Część IV. Toruń: Uniwersytet Mikołaja Kopernika, 62–78.

Ziemer, K. (2009): Die politische Ordnung. In **Bingen, D.** und **Ruchniewicz, K.** (Hrsg.), Länderbericht Polen. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 147–191.

Ziemer, K. und Matthes, C.-Y. (2004): Das politische System Polens. In **Ismayr, W.** (Hrsg.), Die politischen Systeme Osteuropas. Opladen: Leske und Budrich, 189–246.

Ziltener, P. (1999): Strukturwandel der europäischen Integration. Die Europäische Union und die Veränderung von Staatlichkeit. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Dokumentenverzeichnis

AEUV: Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union. Konsolidierte Fassung vom 9.5.2008. Amtsblatt der Europäischen Union C 115. [URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0047:0200:DE:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0047:0200:DE:PDF) – Zugriff am 19.10.2010.

Bangkok Charta (2005): Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Bangkok: Teilnehmer der 6. Konferenz für Gesundheitsförderung [URL: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/2005Bangkok_Charta_dt.pdf](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/2005Bangkok_Charta_dt.pdf) – Zugriff am 19.10.2010.

Beschluss Nr. 1350/2007/EG: Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013). Fassung vom 20.11.2007. Amtsblatt der Europäischen Union L 301. [URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:DE:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:DE:PDF) – Zugriff am 25.10.2010.

Beschluss Nr. 1786/2002/EG: Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008). Fassung vom 9.10.2002. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften L

271. [URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:271:0001:0011:DE:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:271:0001:0011:DE:PDF) – Zugriff am 25.10.2010.

CSDH (2008): Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization [URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf) – Zugriff am 24.10.2010.

KOM(2000) 285: Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft. Endgültige Fassung vom 16.5.2000. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften [URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2000:0285:FIN:DE:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2000:0285:FIN:DE:PDF) – Zugriff am 24.10.2010.

KOM(2005) 115: Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Mehr Gesundheit, Sicherheit und Zuversicht für die Bürger - Eine Gesundheits- und Verbraucherschutzstrategie. Endgültige Fassung vom 6.4.2005. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften [URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0115de01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0115de01.pdf) – Zugriff am 24.10.2010.

Lalonde, M. (1974): A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document. Ottawa: Government of Canada.

McKinsey Global Institute (2006): A Framework to Guide Health Care System Reform. San Francisco: McKinsey and Company [URL: http://www.mckinsey.com/mgi/reports/pdfs/healthcare/MGI_HC_framework.pdf](http://www.mckinsey.com/mgi/reports/pdfs/healthcare/MGI_HC_framework.pdf) – Zugriff am 24.10.2010.

Najwyższa Izba Kontroli (1998): Kontrollbericht NR EWID. 63/98/P97128/DZK vom April 1998. [URL: http://www.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/pobierz,px_1998063.pdf,typ,k.pdf](http://www.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/pobierz,px_1998063.pdf,typ,k.pdf) – Zugriff am 25.10.2010.

NSZZ-„Solidarność“ (2006): Oświadczenie (przedstawicieli służby zdrowia zrzeszonych w NSZZ „Solidarność”), Gdańsk 7.11.1980. In **Grzonkowski, S. und Szkiela, W.** (Hrsg.), *Łączy nas Solidarność. Kronika „Solidarności Służby Zdrowia 1980-2005*. Warszawa: Puls Solidarności, 107.

OECD (1992): OECD Wirtschaftsberichte. Polen 1992. Paris: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

OECD (2004): Auf dem Weg zu leistungsstarken Gesundheitssystemen. Kurzbericht. Paris: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [〈URL: http://www.oecd.org/dataoecd/9/6/31779547.pdf〉](http://www.oecd.org/dataoecd/9/6/31779547.pdf) – Zugriff am 19.10.2010.

People’s Health Assembly (2001): Die Gesundheitscharta der Menschen. BUKO Pharma-Brief Spezial, 1 [〈URL: http://www.bukopharma.de/Pharma-Brief/PB-Archiv/2001/2001_01spezial.pdf〉](http://www.bukopharma.de/Pharma-Brief/PB-Archiv/2001/2001_01spezial.pdf) – Zugriff am 19.10.2010.

People’s Health Movement, Medact und GEGA (2005): Global Health Watch: An Alternative World Health Report 2005-2006. London u.a.: Zed Books [〈URL: http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/ghw.pdf〉](http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/ghw.pdf) – Zugriff am 24.10.2010.

Polnisches Verfassungsgericht (2003): Pressemitteilung nach der Verhandlung in der Sache der Verfassungskonformität des Gesetzes vom 23. Januar 2003 über die Allgemeine Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds - Komunikat prasowy po rozprawie w sprawie konstytucyjności ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. [〈URL: www.trybunal.gov.pl/Rozprawy/2003/k_14_03.htm〉](http://www.trybunal.gov.pl/Rozprawy/2003/k_14_03.htm) – Zugriff am 25.10.2010.

Richtlinie Nr. 2003/88/EG: Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung. [〈URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003L0088:DE:HTML〉](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003L0088:DE:HTML) – Zugriff am 17.11.2010.

UNICEF (2008): Geschäftsbericht 2008. Köln: United Nations International Children’s Emergency Fund Deutschland [〈URL: http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/ueberunicef/〉](http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/ueberunicef/)

Geschaeftsbericht_2008/Unicef_GB_2008_web.pdf) – Zugriff am 24.10.2010.

Verfassung der Republik Polen (1997): Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r. (Dz. U. Nr. 78, poz. 483). <URL: <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>> – Zugriff am 24.10.2010.

Verfassung der Volksrepublik Polen (1952): Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r. (Dz.U. 1952 nr 33, poz. 232). <URL: <http://isip.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19520330232>> – Zugriff am 24.10.2010.

World Bank (1992): Health Services Development Project between Republic of Poland and International Bank for Reconstruction and Development. Loan Agreement. <URL: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/ECA/2004/12/15/25CAEF6C1345AE4785256F03000A01B5/1_0/Rendered/PDF/25CAEF6C1345AE4785256F03000A01B5.pdf> – Zugriff am 25.10.2010.

World Bank (1993): World Development Report: Investing in Health. New York u.a.: Oxford University Press.

World Health Organization (1948): Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, signed in 1946 and entered into force in 1948. <URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf> – Zugriff am 19.10.2010.

World Health Organization (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa: WHO <URL: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1986ottawa_BZgA93.pdf> – Zugriff am 19.10.2010.

World Health Organization (1998): Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro Europa <URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf> – Zugriff am 24.10.2010.

World Health Organization (2000): The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO (URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>) – Zugriff am 19.10.2010.

World Health Organization (2001): Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Geneva: WHO (URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>) – Zugriff am 24.10.2010.

World Health Organization (2002): Europäischer Gesundheitsbericht 2002. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (URL: <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/european-health-report-2002-the>) – Zugriff am 24.10.2010.

World Health Organization (2008): The World Health Report 2008. Primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva: WHO (URL: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>) – Zugriff am 19.10.2010.

World Health Organization und UNICEF (1978): Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung von Alma Ata. (URL: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1978ALMAATA_de_BZgA93.pdf) – Zugriff am 19.10.2010.

Parlamentaria

Arlukowicz, B. (2008): Lewica i Demokraci. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/7BFF9E54>) – Zugriff am 18.10.2010.

Balicki, M. (1992): Sprawozdawca Komisji Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Beschlusses über die Verpflichtung der Regierung zur Vorlage eines Gesetzesentwurfs über die Allgemeine Gesundheitsversicherung bis 31.12.1992. Sitzung Nr. 15 vom 22.05.1992. Tagesordnungspunkt

6. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata1.nsf/main/5F868B94>> – Zugriff am 19.10.2010.

Balicki, M. (1995): Unia Wolności. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/4fb829a81a8d007ac125746d0030d0fb/631c578f408aac73c12574eb003b5eb6?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Balicki, M. (1996a): Unia Wolności. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/2de46b8f294025d8c12574ef004b44b6?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Balicki, M. (1996b): Unia Wolności. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/24b97701d155f9b4c12574ef004b4667?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Balicki, M. (2005): Minister Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 99 vom 11.03.2005. Tagesordnungspunkt 18. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/922cf5a8d506eca5c125746d0030d0f9/7914e623cba6c781c1257479003dd6b7?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Balicki, M. (2008): Lewica i Demokraci. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/6475644E>> – Zugriff am 18.10.2010.

Bańkowska, A. (1998): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/6F40768F>) – Zugriff am 16.10.2010.

Beschluss vom 22.05.1992: Beschluss über die Verpflichtung der Regierung zur Vorlage eines Gesetzesentwurfs über die Allgemeine Gesundheitsversicherung bis zum 31.12.1992. Druck Nr. 203 vom 01.04.1992. Unveröffentlicht. (URL: <http://orka.sejm.gov.pl/proc1.nsf/opisy/171.htm>) – Zugriff am 17.11.2010.

Błońska-Fajfrowska, B. (2004): Unia Pracy. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 77 vom 18.06.2004. Tagesordnungspunkt 25. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/f37cdf0dbd62fdfac1257478004673cd?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Bomba, Z. (1995): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 100 vom 05.02.1997. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/4fb829a81a8d007ac125746d0030d0fb/375949c1f170bccbc12574f000380e08?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Bomba, Z. (1996): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/454085639cc78d56c12574ef004b449a?OpenDocument>) – Zugriff am 16.10.2010.

Brzezinka, J. (2008): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesord-

nungspunkt 8 und 9. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/10CB4150>) – Zugriff am 18.10.2010.

Budkiewicz, J. (1996): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/4fb829a81a8d007ac125746d0030d0fb/42500e93a8f32c88c12574ef004b461f?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Budner, A. (2004): Samoobrona. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 77 vom 18.06.2004. Tagesordnungspunkt 25. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/4fb829a81a8d007ac125746d0030d0fb/f977be54dbd64a7cc12574780046739b?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Choryngiewicz, H. (1996): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/main/0FD8CC8E>) – Zugriff am 16.10.2010.

Czakański, M. (2004): Minister Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 77 vom 18.06.2004. Tagesordnungspunkt 25. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/118b9e5F77f3fceeac125746d0030d0fa/0b0cf1bb06d0246dc12574780046734d?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Derech-Krzycki, J. (2005): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 99 vom 11.03.2005. Tagesordnungspunkt 18. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/d0ebb115a287f424c1257479003dd4bb?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Dmochowska, M. (1995): Unia Wolności. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/fd018ba5083fe25fc12574eb003b60ba?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Dmochowska, M. (1996): Unia Wolności. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/c35787116a769b90c12574ef004b468f?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Dyduch, M. (1998): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/55C98F0D>> – Zugriff am 16.10.2010.

Ejsmont, K. (1991): Poselski Klub Pracy. In Sprawozdanie stenograficzne z 69 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniach 25, 26 i 27 lipca 1991r. Tagesordnungspunkt 1 und 2. Warszawa: Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 142–144.

Frączek, B. F. (1998): Akcja Wyborcza Solidarność. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/4AC07213>> – Zugriff am 16.10.2010.

Gajeczka-Bożek, M. (1998): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/24D93253>> – Zugriff am 16.10.2010.

Gajeczka-Bożek, M. (2002): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/38460413⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/38460413) – Zugriff am 16.10.2010.

Głowa, J. (2004): Samoobrona. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 77 vom 18.06.2004. Tagesordnungspunkt 25. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/116301107a1d2cbbc1257478004675a8?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/116301107a1d2cbbc1257478004675a8?OpenDocument) – Zugriff am 18.10.2010.

Grzonkowski, S. M. (1998a): Akcja Wyborcza Solidarność. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/65846D8E⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/65846D8E) – Zugriff am 16.10.2010.

Grzonkowski, S. M. (1998b): Sprawozdawca Komisji. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/4EB4C0D3⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/4EB4C0D3) – Zugriff am 16.10.2010.

Hoc, C. (2008): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/2EDCA88A⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/2EDCA88A) – Zugriff am 18.10.2010.

Horoszkiewicz, E. (1991): Unabhängig. In Sprawozdanie stenograficzne z 69 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniach 25, 26 i 27 lipca 1991r. Tagesordnungspunkt 1 und 2. Warszawa: Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 112–115.

Jagiello, A. (2004): Partia Ludowo-Demokratyczna. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 81 vom 28.07.2004. Ta-

gesodnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/7215E0CF>> – Zugriff am 18.10.2010.

Janowska, Z. (2008): Lewica i Demokraci. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 8 und 9. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/3FA137CC>> – Zugriff am 18.10.2010.

Januła, E. (1995): Nowa Demokracja. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/88fa9ca2ea29582bc12574eb003b5fee?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Jaszewski, M. (1998): Akcja Wyborcza Solidarność. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/133B08D3>> – Zugriff am 16.10.2010.

Jurgielaniec, S. (1996): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/fc54ea841cd0e8dcc12574ef004b4557?OpenDocument>> – Zugriff am 16.10.2010.

Jurgielaniec, S. (1998a): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/04E76596>> – Zugriff am 16.10.2010.

Jurgielaniec, S. (1998b): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen

Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/2CB1F055⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/2CB1F055) – Zugriff am 16.10.2010.

Kamiński, T. (2008a): Lewica i Demokraci. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/0A11DE85⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/0A11DE85) – Zugriff am 18.10.2010.

Kamiński, T. (2008b): Lewica i Demokraci. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 8 und 9. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/6AE40190⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/6AE40190) – Zugriff am 18.10.2010.

Katulski, J. (2008): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 25 vom 14.10.2008. Tagesordnungspunkt 2 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/0363784F⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/0363784F) – Zugriff am 18.10.2010.

Knysok, A. (1998): Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/32A76358⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/32A76358) – Zugriff am 16.10.2010.

Kopacz, E. (2002): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/5c7af7346a515b50c125747300311d02?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/5c7af7346a515b50c125747300311d02?OpenDocument) – Zugriff am 16.10.2010.

Kopacz, E. (2003): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Tagesordnungspunkt

1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/62E06490⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/62E06490) – Zugriff am 18.10.2010.

Kopacz, E. (2008a): Minister Zdrowia. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/65D33D15⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/65D33D15) – Zugriff am 18.10.2010.

Kopacz, E. (2008b): Minister Zdrowia. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/53534A89⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/53534A89) – Zugriff am 18.10.2010.

Kopczyk, J. (1995): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/318d1e0b32229765c12574eb003b5e81?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/318d1e0b32229765c12574eb003b5e81?OpenDocument) – Zugriff am 16.10.2010.

Kopczyk, J. (1996): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/d486309e8826231ec12574ef004b44a8?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/d486309e8826231ec12574ef004b44a8?OpenDocument) – Zugriff am 16.10.2010.

Kowal, M. (1991): Obywatelski Klub Parlamentarny. In Sprawozdanie stenograficzne z 69 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniach 25, 26 i 27 lipca 1991r. Tagesordnungspunkt 1 und 2. Warszawa: Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 146–147.

Kowolik, S. (1995): BBWR. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polski [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/4fb829a81a8d007ac125746d0030d0fb/⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/4fb829a81a8d007ac125746d0030d0fb/)

7375a0c065404e10c12574eb003b5f52?OpenDocument) – Zugriff am 16.10.2010.

Kozłowska-Rajewicz, A. (2008): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/630E290A>> – Zugriff am 18.10.2010.

Kralkowska, E. (2002): Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 37 vom 03.12.2002. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/271E1DD0>> – Zugriff am 18.10.2010.

Kralkowska, E. (2003): Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/79036352>> – Zugriff am 18.10.2010.

Krupa, U. (2002): Liga Polskich Rodzin. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/0A8F68CE>> – Zugriff am 16.10.2010.

Krupa, U. (2003): Liga Polskich Rodzin. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/367E3F95>> – Zugriff am 18.10.2010.

Krzyżanowski, W. (1991): Klub Pracy. In Sprawozdanie stenograficzne z 69 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniach 25, 26 i 27 lipca 1991r. Tagesordnungspunkt 1 und 2. Warszawa: Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 140–142.

Kuszewski, K. (1995a): Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 100 vom 05.02.1997. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/main/42C2C090`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/main/42C2C090) – Zugriff am 18.10.2010.

Kuszewski, K. (1995b): Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 100 vom 05.02.1997. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/main/52743C94`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/main/52743C94) – Zugriff am 18.10.2010.

Kwietniewska, A. (1991): Parlamentarny Klub Lewicy Demokratycznej. In Sprawozdanie stenograficzne z 69 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniach 25, 26 i 27 lipca 1991r. Tagesordnungspunkt 1 und 2. Warszawa: Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 35–38.

Łapiński, M. (2002a): Minister Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/660F6452`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/660F6452) – Zugriff am 16.10.2010.

Łapiński, M. (2002b): Minister Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/22230551`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/22230551) – Zugriff am 16.10.2010.

Łapiński, M. (2002c): Minister Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/64A8290E`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/64A8290E) – Zugriff am 16.10.2010.

Latos, T. (2008): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL:](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/64A8290E)

<http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/4CE1C7CB> – Zugriff am 18.10.2010.

Lepper, A. (2002): Samoobrona Rzeczypospolitej Polskiej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/3076A88E>) – Zugriff am 16.10.2010.

Lepper, A. (2003): Samoobrona. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/2EA58193>) – Zugriff am 18.10.2010.

Lepper, A. (2005): Samoobrona. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 99 vom 11.03.2005. Tagesordnungspunkt 18. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/c9c52488b5d94fb1c1257479003dd52e?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Łukacijewska, E. (2008): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/18B0474B>) – Zugriff am 18.10.2010.

Maciejewski, K. (2008): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/1351D7CB>) – Zugriff am 18.10.2010.

Maksymowicz, W. (1998a): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tages-

ordnungspunkt 4. [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/03802A52⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/03802A52) – Zugriff am 16.10.2010.

Maksymowicz, W. (1998b): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/0222518B⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/0222518B) – Zugriff am 16.10.2010.

Małacka-Libera, B. (2008a): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/303A8151⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/303A8151) – Zugriff am 18.10.2010.

Małacka-Libera, B. (2008b): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 25 vom 14.10.2008. Tagesordnungspunkt 2 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/5D859B0C⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/5D859B0C) – Zugriff am 18.10.2010.

Marciniak, G. (1995): Unia Pracy. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polski [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/4fb829a81a8d007ac125746d0030d0fb/ae7a999c765d054fc12574eb003b60f0?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/4fb829a81a8d007ac125746d0030d0fb/ae7a999c765d054fc12574eb003b60f0?OpenDocument) – Zugriff am 16.10.2010.

Marciniak, G. (1996): Unia Pracy. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/548e0fb4d1b12627c12574ef004b44c4?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/548e0fb4d1b12627c12574ef004b44c4?OpenDocument) – Zugriff am 18.10.2010.

Masłowska, G. (2008): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL:](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/303A8151)

<http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/OCE0550D> – Zugriff am 18.10.2010.

Masternak, S. (1998): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/16858F16>) – Zugriff am 16.10.2010.

Matuszczak, Z. (2008): Lewica i Demokraci. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/10CE26CC>) – Zugriff am 18.10.2010.

Matyjek, J. (1992): Zjednoczenie Chrześcijańsko-Narodowe. In Protokoll der Lesung des Beschlusses über die Verpflichtung der Regierung zur Vorlage eines Gesetzesentwurfs über die Allgemeine Gesundheitsversicherung bis 31.12.1992. Sitzung Nr. 15 vom 22.05.1992. Tagesordnungspunkt 6. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata1.nsf/main/563D2FD1>) – Zugriff am 19.10.2010.

Miżejewski, C. (1995): Polska Partia Socjalistyczna. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/b596f1a42c9e0bccc12574eb003b6020?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Olszewski, A. (1998): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/0B624AD1>) – Zugriff am 16.10.2010.

Piecha, B. (2002): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sit-

zung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/39AD3F57>) – Zugriff am 16.10.2010.

Piecha, B. (2003): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/26CCC391>) – Zugriff am 18.10.2010.

Piecha, B. (2005): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 99 vom 11.03.2005. Tagesordnungspunkt 18. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/922cf5a8d506eca5c125746d0030d0f9/18d615edbac6c1d9c1257479003dd4d4?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Piecha, B. G. (2008a): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/5C9CA64C>) – Zugriff am 18.10.2010.

Piecha, B. G. (2008b): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/5B32858C>) – Zugriff am 18.10.2010.

Piecka, M. (1996): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/f359b4f4a1ca2f03c12574ef004b45c0?OpenDocument>) – Zugriff am 16.10.2010.

Pistelok, J. (1995): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/59b792e78b06c38cc12574eb003b62fc?OpenDocument>) – Zugriff am 16.10.2010.

Podraza, Z. (2002): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/29FBC353>) – Zugriff am 16.10.2010.

Podraza, Z. (2004): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 77 vom 18.06.2004. Tagesordnungspunkt 25. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/7614e91f9c5c8714c125747800467354?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Puzyna, W. (1998): Unia Wolności. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/6D5D2B90>) – Zugriff am 16.10.2010.

Radziszewska, E. (1998): Unia Wolności. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/1527B64F>) – Zugriff am 16.10.2010.

Radziszewska, E. (2004): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 81 vom 28.07.2004. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/556E9A55>) – Zugriff am 18.10.2010.

Religa, Z. (2008a): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008.

Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/5734D44F⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/5734D44F) – Zugriff am 18.10.2010.

Religa, Z. (2008b): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 8 und 9. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/2974D68D⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/2974D68D) – Zugriff am 18.10.2010.

Seferowicz, E. (1992): NSZZ "Solidarność". In Protokoll der Lesung des Beschlusses über die Verpflichtung der Regierung zur Vorlage eines Gesetzesentwurfs über die Allgemeine Gesundheitsversicherung bis 31.12.1992. Sitzung Nr. 15 vom 22.05.1992. Tagesordnungspunkt 6. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata1.nsf/main/1A298ED2⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata1.nsf/main/1A298ED2) – Zugriff am 16.10.2010.

Sidorowicz, W. (1991): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Sprawozdanie stenograficzne z 69 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniach 25, 26 i 27 lipca 1991r. Tagesordnungspunkt 1 und 2. Warszawa: Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 22–27.

Sikorska-Trela, E. (1998a): Akcja Wyborcza Solidarność. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/48D3C497⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/48D3C497) – Zugriff am 16.10.2010.

Sikorska-Trela, E. (1998b): Akcja Wyborcza Solidarność. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/1E5E4D18⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/1E5E4D18) – Zugriff am 16.10.2010.

Sikorski, L. (2003): Minister Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/6C16FB59⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/6C16FB59) – Zugriff am 16.10.2010.

Sikorski, L. (2003): Minister Zdrowia. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/6C16FB59>> – Zugriff am 16.10.2010.

Sławiak, B. (2008): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/08F568CA>> – Zugriff am 18.10.2010.

Sopliński, A. (2008): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 25 vom 14.10.2008. Tagesordnungspunkt 2 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/55ACDD0A>> – Zugriff am 18.10.2010.

Sowińska, E. (2005): Liga Polskich Rodzin. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 99 vom 11.03.2005. Tagesordnungspunkt 18. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/4fb829a81a8d007ac125746d0030d0fb/01af006e49b2fa15c1257479003dd585?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Stanibuła, R. (1995): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/50126649d72799e6c12574eb003b6088?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Stanibuła, R. (1996): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/50126649d72799e6c12574eb003b6088?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/07146d80d99a22a7c12574ef004b4601?OpenDocument) – Zugriff am 16.10.2010.

Stepień, W. (2002): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/401EC215>) – Zugriff am 16.10.2010.

Stryjewski, A. S. (2005): Ruch Katolicko-Narodowy. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 99 vom 11.03.2005. Tagesordnungspunkt 18. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/bbb583f6214e55d5c1257479003dd5c4?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Stryjewski, S. (2004): Ruch Katolicko-Narodowy. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 77 vom 18.06.2004. Tagesordnungspunkt 25. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/abff282b5c723bb6c1257478004673e1?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Szarmach, H. (1991): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Sprawozdanie stenograficzne z 69 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniach 25, 26 i 27 lipca 1991r. Tagesordnungspunkt 1 und 2. Warszawa: Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 38–41.

Szczepańczyk, J. (2002): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/04148393>) – Zugriff am 16.10.2010.

Szczepańczyk, J. (2003): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffent-

lichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/6AB92292⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/6AB92292) – Zugriff am 18.10.2010.

Szczypińska, J. (2008): Prawo i Sprawiedliwość. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/122BFF93⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/122BFF93) – Zugriff am 18.10.2010.

Szkop, W. (1995): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/main/4A0D1A14⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/main/4A0D1A14) – Zugriff am 18.10.2010.

Szkop, W. (1996): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/8c458204724fee05c12574ef004b4476?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/8c458204724fee05c12574ef004b4476?OpenDocument) – Zugriff am 16.10.2010.

Szkop, W. (2003): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der öffentlichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/1EF4058F⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/1EF4058F) – Zugriff am 18.10.2010.

Szumska, G. (2005): Dom Ojczysty. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 99 vom 11.03.2005. Tagesordnungspunkt 18. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/aae850dc77258576c1257479003dd5b9?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/5c30b337b5bc240ec125746d0030d0fc/aae850dc77258576c1257479003dd5b9?OpenDocument) – Zugriff am 18.10.2010.

Szymański, Z. (1998): Akcja Wyborcza Solidarność. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/60ECD352⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/60ECD352) – Zugriff am 16.10.2010.

Trawicki, K. (1995): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/fadde9599269effbc12574eb003b61f8?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/fadde9599269effbc12574eb003b61f8?OpenDocument) – Zugriff am 18.10.2010.

Tyma, Z. (2004): Samoobrona. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 81 vom 28.07.2004. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/3C6A6011⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/3C6A6011) – Zugriff am 18.10.2010.

Vincent-Rostowski, J. (2008): Minister Finansów. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 8 und 9. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/6588778C⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/6588778C) – Zugriff am 18.10.2010.

Wędrychowicz, A. (1998): Ruch Odbudowy Polski. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/5A71EE17⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/5A71EE17) – Zugriff am 16.10.2010.

Włodarczak, E. (1995): Podsekretarz stanu w Kancelarii Prezydenta. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/63fe8ac1a9a1ac48c125746d0030d0f8/0f848dbc2996ea2cc12574eb003b5e04?OpenDocument⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/63fe8ac1a9a1ac48c125746d0030d0f8/0f848dbc2996ea2cc12574eb003b5e04?OpenDocument) – Zugriff am 16.10.2010.

Wojtas, E. (2008): Polskie Stronnictwo Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesundheitsleistungsgesetzes. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 8 und 9. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/28557B56>) – Zugriff am 18.10.2010.

Wojtyła, A. (1992): Stronnictwo Ludowo-Chrześcijańskie. In Protokoll der Lesung des Beschlusses über die Verpflichtung der Regierung zur Vorlage eines Gesetzesentwurfs über die Allgemeine Gesundheitsversicherung bis 31.12.1992. Sitzung Nr. 15 vom 22.05.1992. Tagesordnungspunkt 6. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata1.nsf/main/22024CD4>) – Zugriff am 16.10.2010.

Wojtyła, A. (1998a): Akcja Wyborcza Solidarność. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/4F4EA9D2>) – Zugriff am 16.10.2010.

Wojtyła, A. (1998b): Akcja Wyborcza Solidarność. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/709E4F56>) – Zugriff am 16.10.2010.

Wojtyła, A. (2002a): Stronnictwo Konserwatywno-Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/126826D0>) – Zugriff am 16.10.2010.

Wojtyła, A. (2002b): Stronnictwo Konserwatywno-Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Sitzung Nr. 31 vom 10.10.2002. Tagesordnungspunkt 11. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/7C326314>) – Zugriff am 16.10.2010.

Wojtyła, A. (2003): Stronnictwo Konserwatywno-Ludowe. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über öffentliche Hilfe und Restrukturierung der

öffentlichen Gesundheitsbetriebe. Sitzung Nr. 63 vom 09.12.2003. Tagesordnungspunkt 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/3E56FD97`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata4.nsf/main/3E56FD97) – Zugriff am 18.10.2010.

Zajac, T. (1996): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/d359bdfdf417c10b9c12574ef004b45f6?OpenDocument`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/d359bdfdf417c10b9c12574ef004b45f6?OpenDocument) – Zugriff am 18.10.2010.

Zbrzyzny, R. (1998): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 17 vom 06.05.1998. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/03898CCF`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/03898CCF) – Zugriff am 16.10.2010.

Ziętek, J. (2008): Platforma Obywatelska. In Protokoll der Lesung der Gesetze über das Gesundheitssystem. Sitzung Nr. 11 vom 26.03.2008. Tagesordnungspunkt 1 bis 7. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/5621C111`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/main/5621C111) – Zugriff am 18.10.2010.

Zieliński, T. J. (1998): Unia Wolności. In Protokoll der Lesung des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 23 vom 01.07.1998. Tagesordnungspunkt 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/52993015`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata3.nsf/main/52993015) – Zugriff am 16.10.2010.

Żochowski, R. J. (1992): Sojusz Lewicy Demokratycznej. In Protokoll der Lesung des Beschlusses über die Verpflichtung der Regierung zur Vorlage eines Gesetzesentwurfs über die Allgemeine Gesundheitsversicherung bis 31.12.1992. Sitzung Nr. 15 vom 22.05.1992. Tagesordnungspunkt 6. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej [⟨URL: `http://orka2.sejm.gov.pl/Debata1.nsf/main/1250D0D0`⟩](http://orka2.sejm.gov.pl/Debata1.nsf/main/1250D0D0) – Zugriff am 16.10.2010.

Żochowski, R. J. (1995a): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Ge-

sundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polski (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/86f1bc5378f7645ac12574eb003b5df6?OpenDocument>) – Zugriff am 16.10.2010.

Żochowski, R. J. (1995b): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/f48de91065f8d123c12574eb003b6404?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Żochowski, R. J. (1995c): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/9f65971261125a3bc12574eb003b5e3f?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Żochowski, R. J. (1995d): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 66 vom 01.12.1995. Tagesordnungspunkt 4. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/118b9e577f3fceeac125746d0030d0fa/8c7ae27a5321c889c12574eb003b6441?OpenDocument>) – Zugriff am 18.10.2010.

Żochowski, R. J. (1996a): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/63fe8ac1a9a1ac48c125746d0030d0f8/1916c3a31cd758e7c12574ef004b46ce?OpenDocument>) – Zugriff am 16.10.2010.

Żochowski, R. J. (1996b): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/138427c2c3feb5b0c12574ef004b44e5?OpenDocument>> – Zugriff am 16.10.2010.

Żochowski, R. J. (1996c): Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. In Protokoll der Lesung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Sitzung Nr. 95 vom 04.12.1996. Tagesordnungspunkt 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej <URL: <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata2.nsf/d4f9d5c35cf7b761c12574c6004133f1/4b0e70e0a4365be5c12574ef004b45b6?OpenDocument>> – Zugriff am 18.10.2010.

Internetquellen

BBC Polska (2004): Nowy szef resortu zdrowia. BBC Polska vom 15. Juli 2004. <URL: http://www.bbc.co.uk/polish/domestic/story/2004/07/040715_health_dismissal.shtml> – Zugriff am 29.10.2010.

Internetportal der Polnischen Wissenschaft: Portal Nauka Polska. <URL: <http://nauka-polska.pl>> – Zugriff am 29.10.2010.

Internetportal des Polnischen Gesundheitsministeriums: Ministerstwo Zdrowia. <URL: www.mz.gov.pl> – Zugriff am 29.10.2010.

Internetseite des People's Health Movement: People's Health Movement. PHM Campaigns: The Right to Health and Health Care Campaign. <URL: www.phmovement.org/en/campaigns/145/page> – Zugriff am 29.10.2010.

Internetseite des Rightlivelihood Award: The Rightlivelihood Award. Laureat 1992: Gonoshasthaya Kendra/Zafrullah Chowdhury (Bangladesh). <URL: <http://rightlivelihood.org/gk.html>> – Zugriff am 29.10.2010.



UNIVERSITY OF BAMBERG PRESS

Wie werden nationale Reformpolitiken durch ihre Einbettung in internationale Expertendiskurse geprägt? Dieser Frage widmet sich die vorliegende Dissertationsschrift am Beispiel des globalen gesundheitspolitischen Diskurses und dessen Rezeption in Polen. Die Arbeit ist in drei große Teile gegliedert. Im ersten Teil diskutiert die Autorin die Frage, mit welchem theoretischen Instrumentarium sich nationale Reformprozesse untersuchen lassen, wenn man der Tatsache Rechnung tragen will, dass der moderne Nationalstaat hochgradig in übergreifende, global diffundierende Bedeutungsstrukturen eingebettet ist. Im zweiten Teil wird die diskursive Entwicklung des globalen Modells der Gesundheitspolitik rekonstruiert. Der dritte Teil untersucht die gesundheitspolitische Reformdebatte in Polen vor dem Hintergrund des in Teil zwei rekonstruierten globalen Diskurses.

ISBN 978-3-86309-041-8

ISSN 1867-6197

23,50 Euro