

Gesundheit und Pflege in der Logik des Liberalismus

Die Gesundheit als soziale Frage umfasst komplexe und verschiedenartige Aspekte. Untersucht man, inwiefern sie durch die Logik des Liberalismus bestimmt wird, erlangt der Bürger die Mittel zum Verständnis dessen, welche Ziele eine für die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung verantwortliche Politik anstrebt sowie welche ernsthaften Gefahren für diesen wie für andere Bereiche im Rahmen des „Allgemeinen Abkommens über den Dienstleistungsverkehr“ (GATS) der Welthandelsorganisation (WTO) entstehen.

In der Logik des Liberalismus wird das Gesundheitswesen nur als Markt verstanden, wobei Gesundheit und Pflege gerne miteinander vermengt werden: Die Medizinindustrie, die die Einstellung der Fachkräfte bestimmt, will uns weismachen, Gesundheit sei das Ergebnis von geleisteter Pflege und nicht etwa von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen.

Dieser mystifizierende Diskurs soll das individuelle Wohlergehen, das *Cocooning* und die Wunder des *High-Tech* widerspiegeln. Trotz medizinischer Fortschritte war man allerdings nicht imstande, den wachsenden Ungleichheiten im Gesundheitsbereich oder der Verschlechterung der Lebensqualität Einhalt zu bieten. Flexible Arbeitszeiten, Probleme im öffentlichen Verkehrs- und Wohnungswesen, das Verschwinden des Zusammenhalts in der Familie und in den Wohnvierteln erschweren den Alltag und verschlechtern die Gesundheitsbedingungen. Man darf nicht vergessen, dass wir deren Verbesserungen nicht so sehr der allgemeinen Impfung zu verdanken haben als vielmehr der Kanalisation, was die beachtlichen Fortschritte der Medizinforschung in nichts schmälert.

Das Gesundheitssystem wird zwar von der Gemeinschaft finanziert, entspricht allerdings nicht den allgemeinen Gesundheitsbedürfnissen. Das Einvernehmen zwischen der Lobby der Medizinindustrie (1) und der Technokratengilde begünstigt die kostspieligsten und lukrativsten Bereiche: die Chirurgie, die Radiologie, die rasende Innovation, die Fachgebiete. Während teure Verfahren selbstverständlich allen zugänglich zu sein scheinen, erleben jene, die die eher personal- als technikintensiven Versorgungszweige – die Altersheilkunde, die Hauspflege, die Allgemeinmedizin – sicherstellen, immer mehr Entwertung und Unterbezahlung. Die vorbehaltlose Finanzierung der kostenaufwändigsten Sektoren durch die Sozialversicherung ist praktisch eine Veruntreuung öffentlicher Gelder..

In Frankreich werden seitens der regionalen Krankenhauseinweisungsbüros (ARH), unter dem Vorwand einer sinnvollen Ausnutzung der vorhandenen Mittel, den Privatkliniken die gewinnbringenden Behandlungsmethoden überlassen, während die öffentlichen Krankenhäuser die Bürde der personalintensiven Behandlungen tragen müssen. Die Logik eines solchen Systems wird am „Gesundheitszentrum“ von Carpentras (Südfrankreich) besonders sichtbar: Auf der einen Seite des Gangs trägt das öffentliche Krankenhaus die Verantwortung für Geriatrie, Infektionskrankheiten und Notfallstation, auf der anderen Seite befinden sich Chirurgie, Urologie, Radiologie u.a. in privater Hand. Während das öffentliche Krankenhaus dahinsiecht, erzielen die auf ihr „besseres Management“ stolzen Privatkliniken Profite, sind an der Börse notiert und fordern gleichzeitig staatliche Zuschüsse zur Bezahlung ihres Pflegepersonals (2).

Das Abdriften der Krankenversicherung

Zurzeit besitzt der Sozialversicherte keinerlei Mitspracherecht: Es hat seit 1983 keine echten Wahlen mehr gegeben. Der Verwaltungsrat der Kassen sowie sein gewählter Vorsitzender sind so gut wie machtlos gegenüber der Aufsicht des Staates, der durch einen Krankenkassendirektor vertreten wird, dessen Aufgaben rein kaufmännischer und verwaltungstechnischer Natur sind. Dieser technokratische Verwaltungsapparat ist um so kritikwürdiger, als es nachweislich möglich ist, die Pflegeleistungen – bei entsprechendem politischen Willen - einer breiteren Klientel zugänglich zu machen. Als das französische Parlament etwa das Gesetz über die allgemeine Krankenversorgung (CMU) verabschiedete, sprach es einem ganzen Bevölkerungsteil ein Grundrecht zu, von dem er bis zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen war: arbeitslosen Jugendlichen, getrennt lebenden Frauen, Arbeitslosen, deren Leistungen ausgelaufen waren.

Die Krankenversicherung ist zu einer Einnahmequelle geworden, zu einem Instrument finanzieller Macht für die Gewerkschaften, während die relevanten Fragen in den Hintergrund geraten. Sie finanziert in erster Linie menschliches Handeln, d.h. mit Pflegeaufgaben beauftragte Menschen, und weniger technisches Gerät. Es ist sehr nachteilig, dass es keine Zielvorgaben für die Gesundheitsversorgung gibt: Die Sozialversicherung müsste positive Praktiken und Verfahren zwischen den medizinischen Kräften sowie zwischen Personal und Patient fördern und Daten zum Gesundheitswesen erheben und in Umlauf geben. Die Krankenversicherung interessiert sich nicht dafür, welche Anwendung ihr Budget findet, die Geldverteilung wird sowieso von den zufällig herrschenden Machtverhältnissen bestimmt. Das Fehlen demokratischer Strukturen innerhalb der Sozialversicherung bereitet letztendlich der liberalistischen Logik den Weg.

Wenn die Sozialversicherung und die Errungenschaften des CMU das Solidaritätsprinzip auch verkörpern, bleibt die Ungleichheit im Zugang zu den Leistungen dennoch bestehen. Durch das Vorhandensein zweier privatwirtschaftlicher Bereiche (Erstattung der festgelegten und Zuzahlung der darüber hinausgehenden Honorare) und des Privatbereichs im Krankenhaus entsteht augenfällig eine zweigleisige Medizin.

Zwei Denkweisen stehen sich hier gegenüber: die Logik der Solidarität und die des Liberalismus. Nach der letztgenannten Logik, die auch Frankreichs zentraler Arbeitgeberverband Medef, die konservativen Gewerkschaften und die Privatkassen vertreten, soll die Sozialversicherung demontiert und ein „Mindestversorgungspaket“ eingeführt werden. Darüber hinaus sollen sich nur die Reicheren ihre Behandlung aussuchen dürfen. Die Medizinindustrie, die jahrelang von der Sozialversicherung profitiert, sich einen zahlungskräftigen Markt erschlossen und sich entwickelt hat, braucht heute deren Privatisierung und die Öffnung ihres Marktes für die Privatkassen, um weiter expandieren zu können. Die Armen sollen sich mit einem beschränkten Versorgungspaket zufrieden geben, während diejenigen, welche die entsprechenden Beiträge zahlen, Zugang zu wirksameren Leistungen haben. Es wird immer härter werden, arm und krank zu sein...

Kommentar: Medef: „die Abkürzung steht für »Bewegung der Unternehmen Frankreichs«“. In: Faule Arbeitslose, an die Arbeit! von Bernhard Schmid, Paris aus: SoZ Nr. 13/00 <http://www.euromarches.org/deutsch/00/medef.htm>

Es ist außerdem festzustellen, dass Aufgaben der Sozialversicherung immer mehr auf die Familien übertragen werden. So wird die bisher von Pflegekräften zu Hause durchgeführte und erstattete Körperpflege pflegebedürftiger Menschen immer öfter als „allgemeine Betreuung“ betrachtet, die durch von den Angehörigen zu bezahlende Hilfskräfte zu übernehmen seien.

Die Lobby der Pharmaindustrie

Um die öffentlichen Gesundheitssysteme zu deregulieren, setzt die Lobby der internationalen Pharmaindustrie ihr ganzes Gewicht ein. Sie kontrolliert nicht nur Produktion und Preise der Medikamente (mithilfe von Patenten, die die armen Länder daran hindern, Medikamente kostengünstiger zu produzieren), sondern interveniert bei denen, die sie verschreiben - den Ärzten - auf dem Umweg über Pharmareferenten, Fachzeitschriften (deren Existenz sie gewährleisten) sowie Tagungen und Konferenzen.

Während die Bürger in den Ländern des Nordens unter dem Einfluss der Pharmaindustrie auf allen Entscheidungsebenen des Gesundheitssystems leiden, bedeutet diese Politik in den Ländern des Südens für ganze Bevölkerungssegmente das Todesurteil. Die Zielsetzung des Patentsystems ist allgemein bekannt: Die Pharmaindustrie will diese Länder daran hindern, die nötigen Medikamente in Form von Generika – besonders für die Behandlung von Aids – selbst herzustellen. Südafrika, Brasilien und Indien, die dies versucht hatten, wurden mit wirtschaftlichen Sanktionen bedroht. Erst unter dem internationalen Druck sahen sich die USA gezwungen, ihre Klage gegen Südafrika und dann auch gegen Brasilien zurückzuziehen und im November 2001 bei der Ministerkonferenz der WTO in Doha gewisse Zugeständnisse zu machen.(3)

Bündnisse und Konfrontationen

Wenn von der Gesundheit die Rede ist, geht es immer auch um Widersprüche in den Sozialsystemen und im Gesundheitswesen. Die soziale Sicherheit ist das Ergebnis einer Reihe von Bündnissen und Konfrontationen zwischen dem Staat, den Berufsverbänden, der Gesundheitsindustrie, den Gewerkschaften und den Bürgern. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde ein sozialer Kompromiss geschlossen, der auf einem bedeutenden öffentlichen Sektor und einer großzügigen Sozialgesetzgebung basierte. Die Gründung der Sozialversicherung wurde anfangs von den Ärzten abgelehnt. Erst später, als sie merkten, dass dies ihnen einen lukrativen Markt eröffnete, entschlossen sie sich zu einer Zulassung als Kassenarzt. Die Besonderheit des französischen Gesundheitswesens besteht in der Mischfinanzierung mit zwei Komponenten: einem privaten, deregulierten System in den Städten, mit sofortiger Bezahlung, und einem bedeutenden öffentlichen Krankenhausbereich mit lohnabhängigem Personal. Kostenerstattung besteht in beiden Bereichen.

Die Universitätsmedizin, die Pharmaindustrie sowie die Medizintechnologie haben sich zusammengeschlossen, um in den 1960 gegründeten zentralen Universitätsklinikzentren (CHU) die medizinische Wissenschaft voranzutreiben. Das ist der Ursprung des sogenannten „medizinisch-industriellen Komplexes“. Seit den 80er Jahren haben sich die Verhältnisse schnell gewandelt: Im Krankenhausbereich

wurden öffentliche Dienste abgebaut; attraktive und rentable Segmente privatisiert; im städtischen Bereich wurden die kassenärztlichen Kostenerstattungen reduziert - durch die Schaffung einer Kategorie nicht erstattungsfähiger Honorare sowie durch eine Erhöhung des Eigenanteils (die 75%-Erstattung sinkt auf 70%; bestimmte sogenannte „Arzneien gegen Bagatellerkrankungen“ werden nur noch zu 35% erstattet).

Seit Ende des Wirtschaftswachstums sind zwei verschiedene Entwicklungen eingetreten. Einerseits kam es zu einem Einvernehmen zwischen den Technokraten, die eine Reduzierung der Kosten und der Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge anstrebten, und den Verfechtern der Marktwirtschaft; für die ein Krankenhaus ein Unternehmen und ein Kranker ein Kunde ist. Heute ist es leichter, einen PC anzuschaffen, um die Ausgaben zu kalkulieren, als eine Krankenschwester zu entlohnen. Krankenbetten wurden abgebaut, ohne dass man sich vorher vergewissert hätte, ob es dafür an anderer Stelle in der Stadt Ersatz gibt. Das hatte in vielen Bereichen drastische Folgen, insbesondere bei der Behandlung älterer Menschen und psychisch Kranker.

Andererseits haben die Reduzierung der Kostenerstattungssätze und die Freigabe der Arzthonorare tiefgreifende Konsequenzen für den Versicherungsmarkt mit sich gebracht: Die privaten Versicherungen verkaufen (jenen Kunden, die die Beiträge zahlen können) Verträge über die Leistungen, die von der Sozialversicherung nicht übernommen werden. Die von den privaten Krankenkassen praktizierte Risiko-Selektion besteht darin, dass sie die Jungen, Gesunden und Gutverdienenden anwerben, die sich die ausgefeiltesten Behandlungsmethoden leisten können. Die Aufgabe der Sozialversicherung, oder besser dessen, was von ihr noch übrig ist, besteht dann darin, sich um die Armen und Kranken zu kümmern, die potenziell eine lange, kostenintensive und unrentable Behandlung benötigen. Jean-François Mattei, der neue Gesundheitsminister, hat uns vor kurzem in einem Interview auf das Ende der Sozialversicherung vorbereitet, so als sei es unausweichlich, in dem er „den letzten Versuch zur Rettung der *Sécu*“ ankündigte (4).

Heute setzt der französische Arbeitgeberverband (MEDEF) alles daran, die Zulassung privater Kassen im Bereich der Sozialversicherung herunterzuspielen. Dazu benutzt er die medizinische Fachpresse sowie die auflagenstarke Publikumspresse (mit Unterstützung der Pharmaindustrie) sowie Diskussionen mit den paritätischen Gremien der Sozialversicherung. Hinzu kommt ein intensives Lobbying bei französischen Parlamentariern und Europa-Abgeordneten sowie bei der Brüsseler Kommission.

Die Beziehungen zwischen den medizinischen Berufsgruppen, den Bürgern und dem Staat

Hierarchische Probleme und Interessenkonflikte spalten die Ärzteschaft. Manchmal sind es sogar die in der Hierarchie und bzgl. ihrer Einkünfte bestplatzierten Ärzte, die uns glauben machen wollen, dass es ihnen einzig um den Dienst am Kranken geht. Gleichzeitig kämpfen sie oft ausschließlich für ihre eigenen Standesinteressen, ohne sich Gedanken über die Schwierigkeiten anderer und die sachlichen Zusammenhänge der erhobenen Forderungen zu machen. Was haben denn ein Röntgenexperte und eine Krankenschwester gemein? Oder was verbindet einen Allergologen und einen praktischen Arzt, wenn man ihr Gehaltniveau, ihre

Arbeitszeit, den Grad ihrer Erschöpfung und ihren Stress miteinander vergleicht? Selbst die Sozialversicherung ist daran nicht unschuldig, wenn sie zwischen den pflegenden Berufen unterscheidet und zum Beispiel den Krankengymnasten und Krankenschwestern eine lächerliche Beihilfe von 152 € für die Digitalisierung der Versicherungskarten (Carte Vitale) zahlen will statt der 1 372 € für die Ärzte.

Die Streiks des medizinischen Personals, die vor kurzem stattgefunden haben, und die aktuelle Debatte der Ärzteschaft konzentrierte sich auf die Anhebung des Behandlungshonorars. Grenzt es nicht an Zynismus, wenn man uns einreden will, ein Honorar von 20 € für eine Konsultation könnte die Probleme des Gesundheitswesens lösen, während gleichzeitig komplette Abteilungen in Krankenhäusern geschlossen werden, weil man den Krankenschwestern keine vernünftigen Gehälter zahlen kann? Die Presse ignoriert absichtlich solche Initiativen des medizinischen Personals, die dafür kämpfen, dass bessere Arbeitsbedingungen nicht auf Kosten der Solidarität mit der Bevölkerung durchgesetzt werden.

Einer der Streitpunkte unter den Ärzten ist die Bezahlung sofort nach der Behandlung. Dieses Verfahren verleitet die Ärzte, die Zahl der Patienten im Interesse ihrer Einkünfte in die Höhe zu treiben, die Sprechstunden nach dem Fließbandprinzip abzuwickeln und dabei verstärkt Medikamente zu verschreiben und Untersuchungen durchzuführen. Die Lobby der Fachärzte, die konservativen Gewerkschaften und Standesorganisationen blockieren seit 30 Jahren alle Initiativen, die eine Pauschalierung der Honorare zum Ziel haben. Nur so können jedoch die Dauer ärztlicher Beratungen, die Ausbildung des Arztes sowie Aspekte der Vorbeugung berücksichtigt werden. Es hat bizarre Bündnisse zwischen verschiedenen Angestelltengewerkschaften und konservativen Ärztegewerkschaften gegeben, für ein gemeinsames Konzept in Sachen Gesundheit und soziale Sicherheit reicht es also nicht, gemeinsam auf die Straße zu gehen.

Der Staat weiß nicht, wie er sich verhalten soll. Einerseits „kneift“ er aus Angst, einen einflussreichen Berufsstand gegen sich aufzubringen, nicht zuletzt weil führende Politiker, Fachärzte in Schlüsselbereichen und Vertreter der Pharmaindustrie auch eine gemeinsame Interessenlage verbindet. Alle wollen, dass das Gesundheitssystem den Interessen der Industrie entspricht. Andererseits braucht aber der Staat ein Sicherheitsventil, um den sozialen Frieden über die soziale Sicherheit zu gewährleisten. Einige Fachleute sind übrigens der Meinung, dass das deregulierte Modell mit seinen vielen einzelnen Arztpraxen zu einer Kostenexplosion führt und durch ein gemischtes System ersetzt werden sollte, bei dem Fallpauschalen mit festen Angestelltengehältern kombiniert werden sollen.

Die Schaffung von Bürgervertretungen wurde schon immer von den - in der Zeit von Vichy gegründeten - Ärztekammern blockiert. Diese haben sich von jeher alle Maßnahmen behindert, die im Interesse der Bevölkerung lagen: Hier sei daran erinnert, dass sie sich z.B. anfangs gegen die Schaffung der Sozialversicherung, gegen Team-Arbeit, gegen Empfängnisverhütung und Abtreibungsrecht sowie gegen die Versuche bestimmter Ärzte, in ihrer Praxis vom Prinzip der Sofort-Honorierung abzuweichen, ausgesprochen haben. Trotzdem haben sich Bürgerinitiativen in Sachen Gesundheit stark engagiert: Arbeitsbedingungen (Asbest, Blei), Kampf der Frauen zur Durchsetzung ihres Rechtes auf Empfängnisverhütung und Abtreibung, Schutz der ärztliche Schweigepflicht und Verhinderung der Digitalisierung persönlicher Daten; Respektierung und Gesundheitsversorgung von

Aidskranken, Anprangerung ärztlichen Machtmissbrauchs, Erhalt öffentlicher, von Schließung bedrohter Krankenhäuser. Es ist höchste Zeit, dass anstelle der Ärztekammern, die nur die konservativsten Kreise der Ärzteschaft vertreten, lokale Kammern für das Gesundheitswesen ins Leben gerufen werden, in denen Bürger, Fachpersonal, Ärzte, Krankenschwestern, Krankengymnasten etc. und Vertreter der Sozialversicherung sitzen.

Gefahren drohen von der WTO und ihrem Dienstleistungsabkommen

Vom geplanten Dienstleistungsabkommen GATS drohen zwar noch keine unmittelbaren Gefahren für das Gesundheitssystem, aber bereits heute wirkt sich die WTO auf die Gesundheit aus, indem sie Medikamentenpreise, Nahrungsmittel und Arbeitsbedingungen beeinflusst. Handelsschiedsverfahren zwischen Ländern gehen immer zulasten der Gesundheit. Das dank der Aktionen der *Confédération paysanne* und José Bové bekannteste Beispiel waren die Hormone im Fleisch: Da die EU nicht nachgewiesen hatte, dass amerikanische Rinder, die mit Wachstumshormonen gefüttert worden sind, eine Gesundheitsgefahr darstellen, konnte sie die Einfuhr von amerikanischem Rindfleisch nicht verbieten. Ein Verbot hätte Vergeltungsmaßnahmen zur Folge gehabt (120 Mrd.\$ jährlich, in Form erhöhter Einfuhrzölle insbesondere auf Roquefortkäse). Mit ihrer „Schlichtungsstelle für Streitfälle“ (ORD) verfügt die WTO über ein Instrument, welches ihr ermöglicht, Mitgliedsstaaten zu „bestrafen“, die selbst entscheiden wollen, was sie kaufen.

Die Sozialversicherung ist jedoch durch das Dienstleistungsabkommen GATS früher oder später in ihrer Existenz bedroht. Die Unterzeichnerstaaten haben sich verpflichtet, die Zahl der Dienstleistungsbereiche, die von GATS abgedeckt werden sollen, nach und nach zu erhöhen. Sobald einer dieser Bereiche in das Abkommen aufgenommen ist, treten sofort zwei Bestimmungen in Kraft: die Gleichbehandlung von nationalen und ausländischen Dienstleistern sowie die Meistbegünstigungsklausel (ein Handelsvorteil, der einem Mitgliedsland eingeräumt wird, muss auch allen anderen zugute kommen).

Das heißt, dass ein Staat die privaten Anbieter von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich nicht mehr reglementieren kann und ihnen die gleiche Förderung gewähren muss wie dem öffentlichen Gesundheitssektor. In Artikel 6 des GATS-Abkommens heißt es: Das kann dazu führen, dass die gesetzlichen Versicherungssysteme von einem Leistungsanbieter verklagt werden, der sich benachteiligt fühlt, weil öffentliche Subventionen nun Handelshemmnisse darstellen. Die Sozialversicherung könnte also vor die ORD zitiert werden, vor ein Tribunal aus nicht gewählten „Experten“, dessen Beratungen hinter verschlossenen Türen stattfinden.

Die Aufnahme des Gesundheitssektors in das GATS-Abkommen würde für die Länder, in denen Krankenversicherungssysteme bestehen, einen großen Rückschritt bedeuten und andere Länder daran hindern, ein öffentliches Gesundheitssystem nach dem Solidaritätsprinzip einzuführen. Deshalb ist es dringend erforderlich, den gesamten Gesundheitssektor, die Krankenpflege, die sozialen Dienstleistungen sowie die Bereiche Erziehung und Kultur aus den Dienstleistungsabkommen der WTO (also den Angeboten und Nachfragen für eine Liberalisierung) herauszuhalten.

Gleichzeitig muss eine politische Gesundheitsdebatte geführt und die Gesundheit „demedikalisiert“ werden. Über die Funktionsfähigkeit und die Finanzierung der

Sozialversicherung muss eine wirklich demokratische Diskussion angestoßen werden. Und es sollten auf lokaler und nationaler Ebene gemeinsam mit den Bürgern Beratungsorte, „Gesundheitskammern“, organisiert werden.

Die notwendige Reform des Gesundheitssystems müsste umfassen:

- eine Überarbeitung der *Carte sanitaire*, d.h. eine detaillierte Bestandsaufnahme des Krankenhauswesens sowie der medizinischen Dienstleistungen auf der Basis der Bedürfnisse der Bevölkerung. Es muss verhindert werden, dass bestimmte Regionen in Bezug auf Landärzte, Fachärzte, Krankenhausbetten, Einzelhandel und Schulen massiv unterversorgt sind.
- Beibehaltung einer Sozialversicherung, die allen Bürgern Zugang zu den Gesundheitsleistungen garantiert. Das erfordert:
 - eine vollständige Übernahme der Leistungskosten;
 - die Aufhebung der Kostenvorauszahlung;
 - die Abschaffung der freien Honorare in den Städten und die Aufhebung privater Abteilungen in den Krankenhäusern;
 - die Aufwertung und Stärkung der öffentlichen Krankenhäuser;
- eine Neuorganisation der Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen, d.h. schon im Rahmen der Ausbildung muss ein Grundstock gemeinsamen Fachwissens entwickelt werden. Damit wären die Bedingungen für eine gegenseitige Wertschätzung und gemeinsame Arbeitsabläufe geschaffen. Der Honorierungsmodus sollte modifiziert werden, um die gemeinsame Beratungsarbeit und Vorbeugung im Team aufzuwerten.
- die Einrichtung von Orten der Anhörung und Aussprache sollte es allen, dem medizinischen Fachpersonal und den Bürgern, ermöglichen, den „biomedizinischen“ Rahmen zu sprengen, sich der Lebenswirklichkeit aller Beteiligten zu öffnen und andere Formen des gesellschaftlichen Zusammenlebens zu entwickeln.

(1) Zitat Zac Goldsmith in *L'écologiste*, vol.1 Nr.1, 2000

(2) siehe Beispiel der Klinik, Petit Colmoulins in *Refusons que la santé soit une marchandise*, CCC-OMC, 44, rue Montcalm, 75018 Paris

(3) über den Zugang zu Medikamenten und die Nord-Süd-Beziehungen. *Pratiques*, Les cahiers de la médecine utopique, Nr. 9 und das Dossier in *Courrier International*, Nr. 538, 2001; Bernard Cassen u. Frédéric. F. Clairmont, *Globalisation à marche forcée* in *Le Monde Diplomatique*, Dez.2001.

(4) *Le Monde*, 12.07.2002

(5) weitere Informationen unter www.wto.org.

sowie in den Artikeln von Susan George in *Le Monde Dipl.* Juli u.Nov.1999, Juli 2000 sowie ihre Veröffentlichung *Remettre L'OMC à sa place*, Attac Mille et Une Nuits, Paris 2001 ; *Pratiques* Nr. 8, 2000

Kurzbibliographie :

Siehe französischen Originaltext !
