



Mirko Broll

# **Solidarität ansteckend machen**

Solidarische Gesundheitsversorgung  
in Zeiten der Austerität

**BELTZ** JUVENTA

Der Autor

Dr. Mirko Broll ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Referent für Öffentlichkeitsarbeit am Institut für Sozialforschung in Frankfurt am Main. Er forscht zu globalen sozialen Ungleichheiten, Austeritätspolitik sowie zu einer kritischen Theorie des Tourismus.

Dissertationsschrift, Ludwig-Maximilians-Universität München 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-8392-7 Print

ISBN 978-3-7799-8393-4 E-Book (PDF)

ISBN 978-3-7799-8394-1 E-Book (ePub)

1. Auflage 2024

© 2024 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Myriam Frericks

Satz: xerif, le-tex

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985–2104-100)

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter:

<https://www.beltz.de>

# Inhalt

<b>Prolog</b>	7
<b>1 Einleitung: „...die Solidarität ansteckend machen“</b>	13
1.1 Austerität von oben	16
1.2 Solidarität von unten	18
1.3 Was bedeutet Solidarität?	19
1.4 Zur Konzeption und Struktur der Arbeit	22
1.5 Krise und Kritik	25
<b>2 Methodologische Grundlagen und empirisches Vorgehen</b>	28
2.1 Entstehungskontext und Forschungsstil	28
2.2 Feldzugang	30
2.3 Fallauswahl, Datenkorpus und Erhebung	31
2.4 Datenaufbereitung und Auswertungsprozess	37
2.5 Für eine kritische Soziologie der Kritik	40
<b>3 Von Deutschland lernen? Europäische Solidarität als Regime autoritärer Stabilität</b>	48
3.1 Schuldlos schuldig? – Griechenland im europäischen Kontext	51
3.2 Der „griechische Patient“ bedarf einer Behandlung: Griechenlandbilder in der Krise	57
3.3 Europäische Hilfen für Griechenland: „Der größte Akt der Solidarität, den die Welt je gesehen hat“	61
3.4 Das Europa der drei Solidaritäten	62
3.5 In Europa wird „wieder Deutsch gesprochen“	65
3.6 „Austerity forever“ – das System Schäuble	69
3.7 Schuld und Schulden	75
3.8 Das Ende der Odyssee?	77
<b>4 Gesundheitspolitik nicht mit dem „Skalpell“, sondern mit der „Spitzhacke“</b>	82
4.1 Der Wohlfahrtsstaat als Solidaritätsarrangement	85
4.2 Griechenland als Wohlfahrtsstaat südlichen Typus	87
4.3 Die Defizite in der Gesundheitsversorgung vor der Krise	90
4.4 Die Auswirkungen von Krise und Austeritätspolitik auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung	92

4.5	Das Problem der „Unversicherten“	94
4.6	Die Zäsur im Jahr 2016: Die Gesetzesnovelle der Syriza / Anel-Koalition	97
4.7	Die „Demontage des öffentlichen Gesundheitswesens“	99
	<b>Zwischenspiel – der Widerstreit der Solidaritäten</b>	106
<b>5</b>	<b>„Niemand allein in der Krise“ – die solidarische Gesundheitsversorgung in Griechenland</b>	108
5.1	„Es geht nicht, der Katastrophe um uns herum tatenlos zuzuschauen“ – die Solidaritätsbewegung in Griechenland	109
5.2	„Wir müssen ein Netz machen“ – Solidarität als polyzentrisches Gefüge vielfältiger Praktiken	123
5.3	„...das ist Solidarität, alle zusammen“ – Solidarität als gemeinsame Praxis	147
5.4	„Und alle bilden einen gemeinsamen Raum, um zu kämpfen für Medikamente für alle“ – der soziale Raum der Solidarität	178
5.5	„Gesundheit als Recht für alle“ – Solidarität als Bewegung der Demokratisierung	193
5.6	„...dann wären wir wirklich ein Teil des Systems“ – Solidarität zwischen Stabilisierung und Transformation gesellschaftlicher Verhältnisse	212
<b>6</b>	<b>Von Griechenland lernen: Schlussfolgerungen für ein Verständnis emanzipatorischer Solidarität</b>	240
6.1	Die Solidarität vom Kopf auf die Füße stellen	241
6.2	Was bedeutet emanzipatorische Solidarität?	247
<b>7</b>	<b>Literatur-, Quellen- und Abbildungsverzeichnis</b>	251
7.1	Literaturverzeichnis	251
7.2	Quellenverzeichnis	269
7.3	Abbildungsverzeichnis	274
7.4	Abkürzungsverzeichnis	275
	<b>Danksagung</b>	276

# Prolog

*„Man stürzt nicht zweimal in denselben Abgrund. Aber man stürzt immer auf dieselbe Weise, in einer Mischung aus Lächerlichkeit und Entsetzen.“*

Éric Vuillard<sup>1</sup>

Ein überraschend warmer Frühlingstag Ende April 2020. Ich sitze mit Christina am Ufer des Landwehrkanals in Berlin-Kreuzberg. Wir unterhalten uns über verschiedene Dinge, aber natürlich ist die weltweit grassierende Covid-19-Pandemie ein bestimmendes Thema unseres Gesprächs. Seit knapp zwei Monaten gelten auch hier in Deutschland Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen sowie Kurzarbeitsregelungen in vielen Bereichen der Wirtschaft. Noch ist vieles ungewiss und noch glauben wohl die meisten hierzulande an ein rasches Ende der Pandemie. So überraschend und plötzlich sie gekommen ist, so schnell wird sie doch auch wieder verschwinden?!

Christina ist 2015 von Griechenland nach Berlin gezogen, wegen der Arbeit. Studiert hat sie in wirtschaftswissenschaftlichen Studiengängen und darin sowohl einen Bachelor- als auch einen Masterabschluss, doch trotz ihrer Qualifikation fand sie keine Anstellung. Krise und Austeritätspolitik haben in Griechenland zu massiven sozialen Verwerfungen geführt. Die Jugenderwerbslosigkeit liegt zu dieser Zeit im Landesdurchschnitt bei fast 50 Prozent. In der nordgriechischen Region Epirus, aus der Christinas Familie stammt, hat nur jeder dritte junge Mensch einen Job. Das ist europaweit der niedrigste Wert. Doch es gibt im ganzen Land kaum vielversprechende Jobaussichten und mehr oder weniger nur drei Möglichkeiten für die sogenannte 700-Euro-Generation (vgl. Chiotaki-Poulou/Sakellariou 2014; Komsopoulos 2016: 97): Die Glücklichen finden eine prekäre Stelle in dem Tätigkeitsbereich ihres Studiums, erhalten dafür aber häufig ein Einstiegsgehalt, das schwerlich zum Leben reicht. Der großen Mehrheit stehen nur Jobs im Dienstleistungssektor – vor allem im Tourismus und in der Gastronomie – offen. Diese sind in der Regel kaum besser bezahlt und unterliegen saisonalen Schwankungen. Der Mindestlohn liegt im Jahr 2020 bei knapp 3,76 Euro pro Stunde – bei ähnlich hohen Lebenshaltungskosten wie in Deutschland. Daher ist es kaum überraschend, dass zwei von drei jungen Griech\*innen zwischen 18 und 34 Jahren noch in ihrem Elternhaus wohnen (Eurostat 2021). Als dritte Option bleibt die Auswanderung. Knapp eine halbe Million – vorwiegend junger – Menschen hat Griechenland in den Krisenjahren

---

1 Das Zitat ist entnommen aus: Vuillard 2018: 118.

verlassen, die meisten in Richtung Nordeuropa. Heute leben fast 90.000 Menschen griechischer Staatsbürgerschaft mehr in Deutschland als noch im Jahr 2010 (DeStatis). Christina ist eine von ihnen, ihre Biografie steht paradigmatisch für einen großen Teil ihrer Generation. Sie glaubt nicht daran, in den nächsten Jahren zurückkehren zu können, obwohl sie das gern möchte. Nicht gehen zu müssen, das ist aus ihrer Perspektive ein Privileg.

Nun sitzen wir also hier am Berliner Landwehrkanal und sie sagt: „Weißt du, Mirko, das kann doch alles nicht wahr sein. Ich bin noch nicht einmal 30 Jahre alt und erlebe gerade die zweite große Krise.“ Erinnerungen werden wach an die Zeit der tiefsten Wirtschaftskrise in Griechenland: die Jahre 2013 und 2014. Damals habe sie als Studentin nach Geldmünzen unter ihrem Bett gesucht, um überhaupt etwas einkaufen zu können. Nur mithilfe der Unterstützung durch Familie und Freund\*innen habe sie das Studium fortführen können. Wenn sie das ihren deutschen Bekannten in Berlin erzähle, sei die Verwunderung groß. Häufig sei vielen gar nicht bewusst, was es bedeute, in einem Land in der Krise zu (über-)leben und welche Entbehrungen weite Teile der Bevölkerung verkraften mussten. Manchen sei nicht einmal bekannt, was in Griechenland geschehen ist.

Und dann die Pandemie. Die strukturellen Schwächen der griechischen Volkswirtschaft treten noch deutlicher zutage: die starke Abhängigkeit vom Exportprodukt Tourismus, der rund ein Fünftel des BIP ausmacht und im Lockdown nahezu vollständig zum Erliegen gekommen ist, sowie der hohe Anteil des privaten Binnenkonsums, der in Zeiten von Ausgangssperre und physischer Distanzierung ebenfalls stark zurückging (vgl. Malkoutzis et al. 2021: 2; Kadritzke 2021).<sup>2</sup>

Corona-Krise trifft auf Europa-Krise: Die Zeitschrift *The Economist* (2020) hat diese *Doppelkrise* Südeuropas in einer Titelstory treffend illustriert. Dort ist vor dem pittoresken Hintergrund eines Sonnenuntergangs in einer mediterranen Landschaft ein junger Mensch zu sehen, der als Sisyphos – jene tragische Figur aus der griechischen Mythologie – mit großer Kraftanstrengung einen Felsblock den Berg hinaufrollt. Anders als im Mythos droht der Stein jedoch nicht nur wieder hinunterzurollen, kurz bevor der rettende Gipfel erreicht ist. In der Illustration sieht man zusätzlich einen wesentlich größeren Felsblock, der mit hoher Geschwindigkeit dem ächzenden Sisyphos und seiner Last entgegenrast. Der erste Stein steht für die längst noch nicht bewältigte Europa-Krise, der zweite für jene, die Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung auslösten. Was – vor allem im globalen und europäischen Süden – zu erwarten ist, ist eine

---

2 Im gesamten Jahr 2020 nahm die Zahl der Ankünfte von internationalen Tourist\*innen in Griechenland um 78,2 Prozent ab (von 31,3 Millionen Tourist\*innen im Jahr 2019 auf 7,4 Millionen Reisende im Jahr 2020). Die direkten Einnahmen aus dem Tourismusgeschäft gingen um 76,2 Prozent zurück (4,3 Milliarden Euro in 2020 gegenüber 18,7 Milliarden Euro in 2019) (vgl. GTP 2021).

„Vertiefung der Europa-Krise“ (Sablowski 2021) und die „Dynamisierung der Vielfachkrise durch Corona“ (Demirovic 2020).

Die diesem Prolog nachfolgende Arbeit wurde zwischenzeitlich von der Realität eingeholt. Im Mittelpunkt des vorliegenden Buches stehen die Praktiken der Solidarität von selbstverwalteten Arztpraxen und Apotheken, die sich in Reaktion auf die Krise der Gesundheitsversorgung in Griechenland gegründet haben und alle Menschen medizinisch versorgen, die vom öffentlichen System ausgeschlossen sind. Ihre Geschichte verweist auf vieles, was mit der Corona-Pandemie aufs Tableau gehoben wurde. Gesundheitspolitik und Solidarität sind in der Pandemie (zumindest zeitweise) zu zentralen Gegenständen der öffentlichen Diskussion geworden und es lohnt sich einige der gestellten Fragen in Erinnerung zu rufen. Denn die Erfahrungen der solidarischen Gesundheitsbewegung in Griechenland können auch gegenwärtig Orientierung geben: Welchen Begriff von Gesundheit haben wir und was bedeutet eine gute Gesundheitsversorgung? Wie soll das Gesundheitssystem ausgestaltet und ausgestattet sein und welche Tätigkeiten sind wirklich relevant für ein gutes Leben? Wie unterschiedlich sind die globalen Ressourcen verteilt, die es braucht, um einer Pandemie zu begegnen? Ist Gesundheit eine Ware oder ist sie Menschenrecht? Hat der Patentschutz oder der Schutz des Lebens Vorrang? In welchem Zusammenhang sind Gesundheit und Klassenverhältnisse zu denken und in welchem Verhältnis steht das öffentliche System zu privaten Gesundheitsstrukturen? Aber auch: Wie könnten Alternativen zur bestehenden Gesundheitsversorgung aussehen? „Wenn es einen Lichtblick gibt, dann ist es der Charakter der von der Pandemie aufgeworfenen Fragen: Warum stehen öffentliche Infrastrukturen wie das Gesundheitswesen eigentlich nicht im Mittelpunkt jeder ökonomischen Theorie, wenn sie doch offenbar die Grundlage unseres Lebens garantieren?“ (Zelik 2020: 13)

### **Corona trifft auf kaputtgesparte Gesundheitssysteme<sup>3</sup>**

*„Wir haben nicht vergessen, dass den Griechen in der letzten Finanzkrise inakzeptable Opfer abverlangt wurden, damit sie Kredite erhielten.“*

Giuseppe Conte<sup>4</sup>

Spätestens seit der Covid-19-Pandemie rückt auch eine andere Tatsache wieder in den Fokus. Griechenland ist Schauplatz von zehn Jahren neoliberaler Gesundheitspolitik. Hier zeigt sich: Je schlechter der Zustand des Gesundheitswesens ist, desto härtere Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen müssen in der Pandemie ergriffen werden (vgl. Broll / Neumann 2021).

---

3 Auszüge aus den folgenden Abschnitten wurden bereits vorab im *Freitag* (vgl. Broll / Neumann 2021) und in *Forum Wissenschaft* (vgl. Broll 2021) veröffentlicht.

4 In Meiler 2020.

Die Corona-Krise verschärft in den Ländern des europäischen Südens die bestehenden Probleme in der Gesundheitsversorgung. Sie trifft auf ein System, das in der letzten Dekade kaputtgespart wurde und auf eine Pandemie nicht vorbereitet war und das daher schnell an seine Belastungsgrenzen gerät. Corona ist nicht die Ursache der Überlastung, sondern ihr Verstärker. Corona ist das „Kontrastmittel“ (Emcke 2020), das bestehende Probleme sichtbar(er) macht: „Die Pandemie akzentuiert den Notstand“ (Kehr 2020). Um die Ursachen der Gesundheitskrise zu verstehen, müssen wir zehn Jahre zurückgehen und die europäische Austeritätspolitik in den Blick nehmen. Dies ist die allzu häufig ausgeblendete Vorgeschichte und der Hintergrund, vor dem die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung in Griechenland, aber auch in anderen südeuropäischen Ländern zu beurteilen sind. So kommt ein aktueller Bericht im Auftrag der Menschenrechtskommissarin des Europarats ebenfalls zu dem Schluss: „Austerity measures over the past decade have atrophied health and social systems in some states and the COVID-19 pandemic has exposed their resulting weaknesses and lack of resilience“ (Council of Europe 2021).

Die hohe Geschwindigkeit der Verbreitung des Coronavirus hat es teilweise unmöglich gemacht, die politischen Reaktionen anders zu konzipieren denn als Feuerwehrpolitik. In dieser Hinsicht waren sie zu Beginn der Pandemie vielerorts tatsächlich alternativlos, weil die politischen Voraussetzungen der Corona-Politik (Ausstattung der Gesundheitssysteme, Lebensbedingungen etc.) sich in jenen Momenten des epidemiologischen Ausnahmezustands nicht kurzfristig ändern ließen. Das sollte jedoch nicht davon abhalten, die politische Geschichte jener produzierten Alternativlosigkeit zu analysieren und nicht unwidersprochen hinzunehmen. Denn sonst droht der Zirkelschluss, dass sich die Prinzipien neoliberaler Gesundheitspolitik durch ihre realen oder vermeintlichen Erfolge in der Corona-Pandemie selbst bestätigen. Hypothetisch, aber nicht minder politisch ist dabei die Frage, ob ein anderer Gesundheitsbegriff und ein anderer Ansatz in der Gesundheitsversorgung eine bessere Pandemiebekämpfung ermöglicht hätten.

### **Austerität im griechischen Gesundheitswesen**

Schon vor der Finanzkrise war das griechische Gesundheitssystem defizitär, die europäische Sparpolitik ab dem Jahr 2010 hat aber vieles zugespitzt. Das „politische Projekt der Austerität“ (Stützle 2013) war dabei im Grunde ein *Projekt der Entrechtung*, nicht nur, aber auch im Bereich der Gesundheitsversorgung. Massenentlassungen im Gesundheitssektor und eine drastische Kürzungspolitik legten damals die Grundlagen für die relative Alternativlosigkeit in der Pandemiepolitik. So war eine der Auflagen der Troika (EZB, Europäische Kommission und IWF), die an die Hilfskredite geknüpft wurden, die Reduzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf sechs Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Um dieses Ziel, das eine Kürzung um gut 40 Prozent bedeutet, zu erfüllen, wurden u. a. Krankenhäuser und ambulante Gesundheitszentren geschlossen, Löhne gekürzt und Personal

abgebaut. Europäische Solidarität in Form von Finanzhilfen erwies sich somit in ihrer Verknüpfung mit Austeritätspolitik als „zweifelhafter Genuss“ (Urban 2011: 82), sie war vielmehr eine Tragödie für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

### Solidarität gegen Austerität

*„Wer immer bis zu diesem Tage den Sieg davontrug, der marschiert mit in dem Triumphzug, der die heute Herrschenden über die dahinführt, die heute am Boden liegen.“*

Walter Benjamin<sup>5</sup>

Es gab eine Zeit, in der dem politischen Projekt der Austerität und Entrechtung entschieden widersprochen und die Idee gesellschaftlicher und auch grenzenloser Solidarität lebendig und massenhaft praktiziert wurde. Am 27. Mai 2011 besetzten Zehntausende Menschen den Syntagma-Platz in Athen und trugen über mehrere Monate den Protest gegen die europäische Sparpolitik in das Herz der griechischen Hauptstadt. Doch es blieb nicht bei der antagonistischen Position, sondern es ging auch um den Aufbau eigener solidarischer Strukturen. Der Geist von Syntagma übertrug sich in hunderte Initiativen der Selbstorganisation von unten, die die Möglichkeit einer anderen, besseren Gesellschaft praktisch vorführten und die Befriedigung der alltäglichen Bedürfnisse der Menschen in der Krise organisierten. Dazu gehörten und gehören die in diesem Buch zentralen Solidarischen Arztpraxen und Apotheken, aber auch Lebensmittelinitiativen ohne Zwischenhändler\*innen, Bewegungen gegen Zwangsräumungen, kollektive Küchen und zahlreiche Kooperativen in allen gesellschaftlichen Bereichen. Dass gesellschaftliches Zusammenleben auch anders sein könnte als unter den herrschenden Verhältnissen, ist nicht nur utopisches Ideal, sondern war gelebte Realität. Was Solidarität praktisch bedeuten kann, auch das konnte (und kann) man in Griechenland beobachten.

Aus heutiger Sicht muss man jedoch von einer (vorläufigen) Niederlage der Anti-Austeritätsbewegung spätestens mit der Unterzeichnung des dritten Memorandums durch die *Syriza*-Regierung im Sommer 2015 sprechen. Der Abbau von sozialen Rechten u. a. in den Bereichen Arbeit, Bildung und Gesundheit wurde trotz des massenhaften Widerstands von großen Teilen der Bevölkerung fortgeführt. Zudem scheint der solidarische Pol (vgl. Brie/Candeias 2016) heute noch viel stärker in Bedrängnis geraten zu sein. Seit 2019 regiert die rechtskonservative *Nea Demokratia* in Athen. Eine der ersten Amtshandlungen der neuen griechischen Regierung war die Räumung des *City Plaza* im Juli 2019, Ort einer beispielhaften, ganz anderen Art der „europäischen Solidarität“.<sup>6</sup> Viele weitere Räumun-

---

5 In Benjamin 1980: 696.

6 Das *City Plaza* war ein vormals leerstehendes Hotel, das von der „Solidaritätsinitiative für wirtschaftliche und politische Flüchtlinge“, ein Zusammenschluss von Geflüchteten und ihren Un-

gen von *Refugee Squats* insbesondere in der Hauptstadt folgten in den Monaten danach. Anschließend traf es die solidarisch und menschenwürdig organisierten PIKPA-Geflüchteten Camps auf den Inseln Lesbos und Leros (vgl. ECRE 2020). Bezeichnenderweise erfolgte die Ankündigung zu deren Räumung am Tag der Vorstellung des europäischen „New Pact“, der das Prinzip der geschlossenen Lager manifestiert. All dies zeigt: Solidarität wird nicht nur staatlicherseits verweigert und in die Gesellschaft delegiert – sie wird aktiv angegriffen und als politischer Gegner wahrgenommen.

Griechenland ist als europäisches Laboratorium sicherlich mehr als eine periphere Geschichte und es muss verwundern, wie wenig der offenkundige Zusammenhang dieser Ereignisse und die konstitutive Bedeutung der griechischen Frage gewürdigt wird, die seit fast einem Jahrzehnt Europa beschäftigt. Denn man kann sagen, dass sich ein wesentlicher Teil der politischen Identität der EU, nämlich ihr Krisenprogramm, in der Beantwortung griechischer Fragen herausgebildet hat. Ob es nun Fragen der Demokratie, der Schulden, der sozialen Rechte, der Grenzen, der Migration und nicht zuletzt der Solidarität sind: Griechenland ist alles andere als eine Ausnahme, sondern ein europäisches Territorium, auf dem sich zentrale politische Fragen radikal zuspitzen.

---

terstützer\*innen, im Jahr 2016 besetzt wurde. „Als ein unabhängiges und selbstorganisiertes Projekt wollte es Beispiel dafür sein, dass der Migration eine transformatorische und demokratisierende Kraft innewohnt. Indem sie möglich machte, wozu sich die staatliche Politik außerstande sah, führte die selbstorganisierte Initiative vor, dass die elende Situation der Geflüchteten in den griechischen Camps und auf den öffentlichen Plätzen Ausdruck politisch gewollten Staatsversagens sind“ (Neumann 2019).

# 1 Einleitung: „...die Solidarität ansteckend machen“

Solidarität ansteckend machen. Hätte ich mir diesen Titel im Juni 2021 – mitten im zweiten pandemischen Sommer – ausgedacht, er würde vermutlich jedem halbwegs guten Lektorat umstandslos zum Opfer fallen: Zu gewollt die Bezugnahme auf die Pandemie, zu plakativ das Wortspiel mit dem Begriff der Ansteckung. Und vor allem: Bedeutet Solidarität heutzutage nicht gerade das Gegenteil von Ansteckung, nämlich deren Verhinderung durch physische Distanzierung und Kontaktbeschränkung? Verhalten wir uns nicht eben dann solidarisch, wenn wir „voneinander Abstand halten“ (Angela Merkel) anstatt uns miteinander zu verbinden?

„Lasst uns die Solidarität ansteckend machen“ war ein Slogan, der im Jahr 2014 von den im Zentrum dieses Buches stehenden *Solidarischen Arztpraxen und Apotheken* in Griechenland verwendet wurde.<sup>7</sup> Bei diesen handelt es sich um selbstorganisierte und ehrenamtlich getragene Strukturen der gesundheitlichen Primärversorgung, in denen Menschen behandelt werden, die – aus unterschiedlichen Gründen – keinen Zugang zu öffentlicher oder privater Gesundheitsversorgung haben. Vor allem sind dies Menschen ohne Krankenversicherung, Erwerbslose und Migrant\*innen. Zur Erinnerung: Im Jahr 2014 sind die Folgen der Weltwirtschaftskrise immer noch einschneidend. In Griechenland liegt die Arbeitslosigkeit bei 26,5 Prozent, die der Jugend bei 52,4 Prozent, die Wirtschaftsleistung ist seit 2008 um 25 Prozent zurückgegangen (vgl. Eurostat 2021). Rund drei Millionen Menschen – also etwa ein Drittel der griechischen Bevölkerung – sind zu dieser Zeit aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Zahlungsrückständen bei der Krankenkasse ohne jeglichen Versicherungsschutz (vgl. Ärzteblatt 2013). Sie hatten damit keinen uneingeschränkten Zugang mehr zum öffentlichen Gesundheitswesen. Wer krank wurde, musste die Behandlung aus eigener Tasche und in bar bezahlen, schob sie so lange wie möglich auf oder wandte sich an soziale Initiativen wie die Solidaritätskliniken.<sup>8</sup> Die Krise der Gesundheitsversorgung traf jedoch auch Menschen mit Krankenversicherung. Nutzungsgebühren für Krankenhäuser und Arztpraxen sowie hohe Zuzahlungsraten bei Medikamenten stellten für

---

7 Der Slogan wurde erstmals von Solidarischen Arztpraxen und Apotheken in Attika (Großraum Athen) im Juni 2014 verwendet (vgl. Chatzimichali 2020: 378). Er wurde im Rahmen des landesweiten Treffens der Solidarischen Arztpraxen und Apotheken im Mai 2015 wieder aufgegriffen: „Wir machen die Solidarität ... ansteckend“ (κανοουμε την αλληλεγγύη ... μεταδοτική).

8 Neben den Solidarischen Arztpraxen und Apotheken gibt es in Griechenland auch NGOs (wie *Ärzte der Welt*) und kirchlich getragene Organisationen, die Gesundheitsversorgung leisten.

viele – gerade angesichts gekürzter Löhne und Renten – unüberwindbare Hürden für eine angemessene Gesundheitsversorgung dar (vgl. Amnesty International 2020).

In dem vorliegenden Buch analysiere ich die solidarischen Praktiken in der Gesundheitsversorgung in Griechenland im Kontext von Krise und Austeritätspolitik und frage nach deren Bedeutung für ein emanzipatorisches Solidaritätsverständnis. Der titelgebende Slogan der Solidarischen Arztpraxen und Apotheken gewinnt nun im Kontext von Corona eine völlig neue Bedeutung, und doch lohnt es sich, seinen Ursprung in Erinnerung zu rufen: Spätestens ab dem Frühjahr 2010 ging unter Ökonom\*innen und Vertreter\*innen der europäischen Institutionen die Angst um, dass ein Staatsbankrott Griechenlands für andere europäische Ökonomien – vor allem Spanien, Portugal, Irland, Italien und Belgien – sowie die Währungsunion insgesamt ansteckend sein könnte; dass sich die wirtschaftliche Rezession auf ganz Europa übertragen und die pandemische Ausbreitung des „Pleitevirus“ auf das internationale System nicht mehr aufzuhalten sein könnte.<sup>9</sup> Die Gefahr einer Infektion bestehe darin, dass eine Zahlungsunfähigkeit und ein Ausscheiden Griechenlands aus dem Währungsraum Spekulationen auf die Anleihen anderer europäischer Staaten auslösen könnten. So beschreibt beispielsweise das *Handelsblatt* mögliche Ansteckungseffekte eines griechischen Staatsbankrotts:

„Höchstwahrscheinlich würden auch die Refinanzierungskosten der anderen Euro-Schwächlinge Portugal und Irland sofort in die Höhe schießen. An den Kapitalmärkten würde spekuliert, dass Portugal als nächstes seinen Schuldendienst einstellen muss. Bereits jetzt wird an den Märkten die Wahrscheinlichkeit einer Pleite binnen der kommenden 24 Monate als sehr hoch eingeschätzt. Wackelt Portugal, rückt auch Spanien erneut ins Visier der Spekulanten. [...] Ein Ausfall würde das ohnehin angeschlagene Banksystem hart treffen und damit den spanischen Staat, der seine Geldinstitute stabilisieren müsste. Reißt die Krise Spanien mit in den Abgrund, wäre der GAU voraussichtlich da: Das Land hat die viertgrößte Volkswirtschaft in Europa. Der Euro-Rettungsschirm EFSF wäre überfordert. In der Folge würden auch Deutschland und Frankreich angesteckt [...]“ (Handelsblatt 2011)

---

9 Exemplarisch für die Virulenz des Ansteckungsbegriffs siehe Ulrike Herrmann („Achtung, Ansteckungsgefahr!“) in der *tageszeitung*, die in ihrem Kommentar für Eurobonds als wirksamstes Mittel gegen die Ansteckungsgefahr des Staatsbankrotts wirbt: „Die einzige Möglichkeit, diese ‚Ansteckungsgefahr‘ zu stoppen, wäre ein gemeinsamer Eurobond. Wenn die Investoren nicht mehr unterscheiden könnten, ob sie eine spanische oder eine deutsche Staatsanleihe kaufen, könnten sie nicht mehr gegen Spanien spekulieren. Von einem Eurobond sind die EU-Politiker jedoch weit entfernt. Deswegen muss die ‚Ansteckungsgefahr‘ anders gebannt werden – indem man Griechenland nicht in die Pleite rutschen lässt und immer neue Rettungspakete beschließt. Diese Beruhigungsspielle für die Investoren ist jedoch teurer, als es die Eurobonds wären. Doch für sie gibt es bisher keine Mehrheit – schon gar nicht bei den Wählern.“

Erst als die Europäische Zentralbank (EZB) in Person von Mario Draghi im Juli 2012 versprach, alles zu tun – „whatever it takes“<sup>10</sup> –, um den Euro zu stabilisieren, konnten die Eigentümer\*innen von Staatsanleihen und damit auch die Finanzmärkte beruhigt werden. Gleichzeitig wurde dem „griechischen Patienten“ eine starke Dosis austeritätspolitischer Maßnahmen verordnet, deren Einhaltung von der sogenannten Troika<sup>11</sup> strengstens überwacht wurde. Erneut wurde die Angst vor einer Ansteckungsgefahr durch den vermeintlich drohenden *Grexit*, das Ausscheiden Griechenlands aus der Eurozone, im Jahr 2015 hervorgerufen. Doch die europäischen Institutionen konnten abermals beschwichtigen: Weil Griechenland ökonomisch und politisch gesehen „in Quarantäne“ (Süddeutsche Zeitung) geschickt wurde, sei die Gefahr einer Infektion weiterer Staaten gebannt (vgl. Hagelüken 2015).<sup>12</sup>

Gegen diese ökonomische „Ansteckungsreaktion“ setzte die soziale Gesundheitsbewegung in Griechenland auf eine andere, positiv konnotierte Art der Ansteckung – die soziale und politische Kraft der Solidarität. Solidarische Beziehungen können mit der Philosophin Bini Adamczak (2018a) als Ansteckungsverhältnisse betrachtet werden. Die Bewegung der Solidarisierung ist eine der Affizierung und der Vermehrung, sie ist „eine zunächst spontane Bewegung, die sich gleichzeitig horizontal und von unten ausbreitet.“ Solidarität entsteht „nicht aus dem Nichts, sondern hat selbst Beziehungen zur Bedingung, an die sie anknüpfen, auf deren Kommunikationswegen sie sich ausbreiten kann“ (ebd.: 258 f.). Solidarisierung ist ein „synaptischer Konstruktionsprozess“ (ebd.:

---

10 Der Ausspruch „whatever it takes“ wurde auch in der aktuellen Corona-Pandemie zum geflügelten Wort; vgl. beispielsweise Funk 2020.

11 Die „Troika“ bestand aus Europäischer Zentralbank, Internationalem Währungsfonds (IWF) und Europäischer Kommission. Später, nachdem der IWF nicht mehr beteiligt war, war die gängige Bezeichnung „europäische Institutionen“.

12 Die *Süddeutsche Zeitung* macht sich im Juli 2015 zum Sprachrohr der deutschen und europäischen Austeritätsbefürworter\*innen und sieht die Ansteckungsgefahr vorerst dadurch gebannt, dass die anderen südeuropäischen Staaten ihre Ökonomien reformiert hätten. Das eigentliche Problem liege bei der linken Regierung *Syriza*: „Aber warum erscheint eine Ansteckung so unwahrscheinlich? Griechenland ist heute isolierter als vor ein paar Jahren – und die anderen Akteure haben sich von Griechenlands Chaos isoliert. [...] Griechenland steht heute isoliert da, nicht nur durch den irrlichternden Kurs seiner Regierung – sondern dadurch, dass sich die anderen Länder wirtschaftlich abgesetzt haben. Der griechische Absturz zeigt aber auch, dass es gefährlich wäre, einfach auf die Zentralbank zu setzen. Die EZB alleine wird eine Ansteckung anderer Staaten nicht verhindern können. Der Satz ‚Was immer auch nötig ist‘ kaufte Spanien, Portugal und den anderen Ländern Zeit, ihre Volkswirtschaften und Banken zu verändern. Hätten sie diese Zeit nicht genutzt, stünden sie genauso schlecht da wie heute Griechenland. Alle Feuerkraft der Zentralbank könnte wenig ausrichten. Deshalb atmen alle zu früh auf, die schon glauben, dass ein Grexit oder eine Fortsetzung der griechischen Krise andere Euro-Staaten gar nicht mehr anstecken kann. Wählen Spanien oder Portugiesen dieses Jahr eine Regierung à la Syriza, sind auch sie wieder gefährdet. Schon ein Stagnieren bei den Reformen, auch in Frankreich oder Italien, könnte die Ansteckungsdebatte neu entflammen.“ (Hagelüken 2015)

263), ein wechselseitiges Anstecken (Deleuze/Parnet 1987: 69) und die Bildung solidarischer Beziehungen und Assoziationen zwischen immer mehr Menschen. „Wir machen die Solidarität übertragbar“ (vgl. Chatzimichali 2014: 38), proklamiert eine Aktivistin aus einer der Solidarischen Arztpraxen und meint damit die stetige Erweiterung und Ausbreitung solidarischer Strukturen des alltäglichen Lebens und die Entfaltung einer über Griechenland hinausgehenden Bewegung gegen die Austeritätspolitik.

## 1.1 Austerität von oben

Die oben beschriebene Zuspitzung der Krise in der Gesundheitsversorgung in Griechenland ist das Ergebnis konkreter austeritätspolitischer Maßnahmen, die das Land im Gegenzug für die Gewährung von Finanzhilfen umsetzen musste. Unter dem Begriff der Austeritätspolitik verstehe ich mit Ingo Stützle (2013) ein *politisches Projekt*, das an dem Leitbild des „ausgeglichenen Staatshaushalts“ orientiert ist und vor dem Hintergrund eines Wandels des Verhältnisses von Staatlichkeit und Ökonomie seit den 1970er-Jahren zu verstehen ist. Mit der Finanzkrise 2008 und der Euro-Krise ab 2010 wurde die Austeritätspolitik auf europäischer Ebene zunehmend institutionalisiert, denn die Stabilisierung der Finanzmärkte durch öffentliche Mittel ging mit einem rasanten Anstieg der Staatsverschuldung einher (vgl. Preunkert 2020; Stützle 2013; Dörre 2009). Die Risikoauflage auf griechische Staatsanleihen schnellten in die Höhe, das Land hatte dadurch zunehmend Refinanzierungsprobleme und war auf internationale Finanzhilfen angewiesen. Auf Grundlage der Diagnose eines vermeintlich aufgeblähten Staatshaushalts wurde als Bedingung für die Gewährung europäischer Finanzhilfen und Kredite eine Politik der Austerität als Behandlung verordnet – vor allem betraf dies die soziale Infrastruktur des Landes (Arbeit, Bildung, Gesundheit). Drastische Kürzungen des öffentlichen Budgets für Gesundheitsleistungen waren eine der Vorgaben in den *Memoranda of Understanding* zwischen griechischer Regierung und Troika. Die europäische Austeritätspolitik brachte die griechische Gesundheitsversorgung so „an den Rand einer Katastrophe“ (Beaumont 2011). Zwar kennzeichneten das griechische Gesundheitswesen schon vor der Weltwirtschaftskrise strukturelle Defizite: ein im europäischen Vergleich großer Anteil an privaten Zuzahlungen der Patient\*innen, nicht ausreichend vorhandenes Pflegepersonal, ein hoher Medikamentenverbrauch, Korruption und ein in der Ärzt\*innenschaft weit verbreiteter Klientelismus. Und doch bewahrheitete sich vor allem die von der sogenannten Troika zur Bedingung gemachte und von den verschiedenen griechischen Regierungen implementierte „Schock-Strategie“ (Klein 2007) der Austeritätspolitik als eine Therapie mit „schonungslose[r] Dosis“ (Stuckler/Basu 2015: 107). Damals wurde auch in internationalen Medien und medizinischen Fachjournals ausführlich über die Auswirkungen von

Krise und Sparpolitik berichtet: „5 Jahre Sparmaßnahmen fordern ihren Tribut von der griechischen Gesundheitsversorgung“, konstatiert ein Bericht, der 2015 in der renommierten medizinischen Fachzeitschrift *The Lancet* erschienen ist. Darin wird die Situation in den Krankenhäusern folgendermaßen geschildert: „Flure voller Patienten; Ärzte, die versuchen, sich unter starkem physischen und psychischen Druck um sie zu kümmern; Mangel an Medikamenten, medizinischem Material und Ausrüstung; Pflegekräfte auf der Intensivstation, die darum kämpfen, den Bedürfnissen der fünf oder sechs Patienten gerecht zu werden, die sie betreuen. Dies ist das typische Bild in griechischen öffentlichen Krankenhäusern im Jahr 2015“ (Karamanoli 2015: 2239; Übersetzung M. B.).

„Sparpolitik tötet“, warnte die soziale Gesundheitsbewegung und konnte sich dabei nicht nur auf die alltägliche Erfahrung stützen, sondern auch auf *Public Health*-Studien berufen, die den negativen Effekt von Sparprogrammen auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung zeigen konnten (vgl. Stuckler/Basu 2015). Die ebenfalls im *Lancet* erschienene Studie *Greece's health crisis: from austerity to denialism* verdeutlicht dies anhand relevanter Parameter: ein Anstieg der Mortalitätsrate bei Säuglingen, eine deutliche Zunahme von Suiziden und psychischen Erkrankungen sowie der Inzidenzen von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder HIV (vgl. Kentikelenis 2014). Demnach muss gerade in Krisenzeiten in die Gesundheitsversorgung investiert werden. Das Gegenteil, eine „Demontage des öffentlichen Gesundheitssystems“ war der Fall, wie es der Gesundheitswissenschaftler Alexis Benos (2014) von der Aristoteles-Universität in Thessaloniki bezeichnet hat. So war eine der Vorgaben der Troika die Reduzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf sechs Prozent der gesamten Wirtschaftsleistung – wohlgernekt in einer Zeit der wirtschaftlichen Rezession. Im Zuge der Austeritätsmaßnahmen wurde das Budget des öffentlichen Gesundheitshaushalts von 15,41 Milliarden Euro im Jahr 2009 auf 8,81 Milliarden Euro 2017 fast halbiert, was einem Rückgang von 42,8 Prozent entspricht (vgl. Eurostat 2021). Die Pro-Kopf-Ausgaben sanken in den Jahren 2008 bis 2013 jährlich durchschnittlich um 7,3 Prozent, während es in der EU insgesamt im gleichen Zeitraum ein jährliches Wachstum von 0,7 Prozent gab (vgl. OECD 2020). Der damalige griechische Gesundheitsminister Andreas Loverdos lag sehr nahe an der Wahrheit, als er bemerkte, dass diese Kürzungen „nicht nur mit dem Skalpell, sondern falls notwendig auch mit der Spitzhacke“ ausgeführt würden (vgl. Iefimerida 2011): Im Zuge dieses radikalen Kahlschlags wurden 37 Prozent der Krankenhäuser geschlossen, tausende Betten abgebaut und die Gehälter der Angestellten um 30 Prozent gesenkt. Darüber hinaus wurden hunderte Polikliniken im ambulanten Sektor sowie 25.000 Stellen im Gesundheitswesen gestrichen. Zudem waren (und sind) die öffentlichen Krankenhäuser in einem desolaten Zustand: Es fehlt nicht nur an Personal, sondern auch an medizinischen Geräten, Hygieneartikeln und Arzneimitteln. Lange Wartelisten für dringende Behandlungen – wie

etwa für Tomografien und Strahlentherapien für Krebspatient\*innen – sind der Normalfall (vgl. Stuckler/Basu 2015: 115).<sup>13</sup>

## 1.2 Solidarität von unten

Gegen diese Zustände regte sich ein breit getragener Widerstand. Eine Bewegung der gesellschaftlichen Selbstverwaltung begegnete den sozialen Verwerfungen und der Vereinzelung in der Krise mit der solidarischen Organisation des alltäglichen Lebens. Überall entstanden als Reaktion auf die sich durch Krise und Austeritätspolitik zunehmend verschlechternden Lebensbedingungen solidarische „Graswurzelinitiativen“ sowie Strukturen der kollektiven und selbstorganisierten sozialen Daseinsvorsorge (vgl. Rakopoulos 2014): in der Lebensmittelversorgung (Märkte ohne Zwischenhändler\*innen, Kollektivküchen), der alternativen Ökonomie und in Form von Besetzungen von Produktionsstätten, in Kunst und Kultur, im Bildungsbereich (kostenlose Nachhilfestunden für Schüler\*innen und Griechisch-Unterricht für Migrant\*innen), im Umweltschutz, in der Gesundheitsversorgung und gegen die Zwangsräumungen von Menschen aus ihren Wohnungen und Häusern.<sup>14</sup> Vor allem im Zuge der breiten Anti-Austeritätsproteste 2010/2011 und der Platzbesetzungen ab Mai 2011 gewann die Solidaritätsbewegung an Größe und breitete sich im ganzen Land aus (vgl. ebd.).

Ab dem Jahr 2011 wurde eine Vielzahl sogenannter Solidarischer Arztpraxen und Apotheken (im weiteren Verlauf häufig mit ihrem griechischen Akronym KIFAs<sup>15</sup> abgekürzt) gegründet. Sie waren essenziell für die medizinische Versorgung der Menschen ohne Zugang zum öffentlichen Gesundheitswesen (vgl. Cabot 2016: 153): „Diese Kliniken der sozialen Solidarität fungierten als Rettungsanker und gewährleisteten die notwendige medizinische Versorgung, als es keine anderen Möglichkeiten gab“, konstatiert ein Bericht zu den Folgen der

---

13 Neueste Zahlen von Eurostat („Eigenen Angaben zum nicht erfüllten Bedarf an ärztlichen Untersuchungen“) zeigen, dass im Jahr 2022 16,7 Prozent der Menschen in Griechenland, die eine medizinische Untersuchung benötigten, diese aus finanziellen Gründen, wegen langer Wartelisten oder der Entfernung nicht in Anspruch nehmen konnten. Dies stellt den höchsten Wert im EU-Vergleich dar.

14 Zur detaillierten Übersicht und Beschreibung der verschiedenen Solidaritätsinitiativen siehe die Broschüre von *Solidarity for All* (2013: 14 ff.) und das Online-Dokumentationsprojekt *Omikron*, das die praktische Solidarität in Griechenland kartografiert hat: <https://khali.li/omikronproject/grassroots> [zuletzt abgerufen am: 06.07.2021].

15 KIFA steht für: Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία Αλληλεγγύης (Soziale Praxis und Apotheke der Solidarität). In der Arbeit verwende ich die Begriffe ‚Solidarische Arztpraxen und Apotheken‘, ‚KIFAs‘, ‚solidarisches Gesundheitswesen‘, ‚solidarische Gesundheitsversorgung‘, ‚Solikliniken‘ synonym. Im Zentrum der Forschung stehen die Solidarischen Arztpraxen und Apotheken, die Gesundheitsbewegung geht aber darüber hinaus (und umfasst auch solidarische niedergelassene Ärzt\*innen, Gewerkschaften und Menschen, die sich an den Demonstrationen beteiligen.)

Austeritätspolitik auf die Gesundheitsversorgung, der von Amnesty International erstellt wurde (Amnesty International 2020: 35; Übersetzung M. B.) In ganz Griechenland gab es in der Hochphase gut 40 Initiativen dieser Art in ganz verschiedener Größe und mit unterschiedlichem Leistungsspektrum; sie bilden ein landesweites Netz der selbstorganisierten Primärversorgung. Die meisten KIFAs befinden sich in Räumlichkeiten der örtlichen Kommune, manche auch in besetzten Häusern. Sie teilen dabei einige Gemeinsamkeiten und Grundsätze: Alle KIFAs sind selbstorganisierte Strukturen, werden durch ehrenamtliche Arbeit und Spenden getragen und bieten unentgeltliche und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung für alle Menschen an, die sie benötigen. Darüber hinaus haben sie eine basisdemokratische, gleichberechtigte und parteiunabhängige Struktur, Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung und verstehen sich explizit als politische Initiativen und Teil der Anti-Austeritätsbewegung (vgl. Malamidis 2020).

### 1.3 Was bedeutet Solidarität?

Was ist aber genau damit gemeint, wenn hier immer wieder von Solidarität die Rede ist? Wie lässt sich der abstrakte Begriff der Solidarität gegenstandsbezogen und empirisch gesättigt entwickeln und mit konkreten Bestimmungen füllen? Die vorliegende Arbeit untersucht die Praktiken der Solidarischen Arztpraxen und Apotheken in Griechenland und analysiert, was Solidarität für die dort aktiven Menschen bedeutet. Was verstehen die Aktivist\*innen, wenn sie von Solidarität sprechen, und welche konkreten sozialen Praktiken korrespondieren damit? Um diese Fragen zu erforschen, habe ich in mehreren Feldaufenthalten zahlreiche Interviews mit Menschen geführt, die in den Solidaritätsstrukturen involviert sind. Ich habe nach der alltäglichen Arbeit in den Initiativen gefragt, nach der Entstehungsgeschichte und den Erwartungen für die Zukunft. Immer wieder wurden dabei von den Interviewpartner\*innen bestimmte Praktiken als solidarisch bezeichnet und von anderen abgegrenzt.

In diesem Buch werden 1) die Geschichte und der Entstehungskontext der Solidarischen Arztpraxen und Apotheken dargestellt und die alltäglichen Praktiken der Solidarität analysiert, um 2) eine kritische, begriffspolitische Auseinandersetzung mit sozialwissenschaftlichen Solidaritätskonzepten zu leisten. Der Solidaritätsbegriff wird aus dem Feld, aus der sozialen Praxis der Akteure und ihren Deutungen gewonnen und anschließend mithilfe wissenschaftlicher, genauer: soziologischer (und sozialphilosophischer) Literatur reflektiert. Daraus ergeben sich Erkenntnisgewinne für beide Seiten: Der solidarischen Bewegung wurden im Sinne partizipativer Forschung die (vorläufigen) Ergebnisse der Forschung zurückgespielt und mit ihnen diskutiert (vgl. von Unger 2014; ausführlicher zu diesem Forschungsstil siehe *Kapitel 2* dieser Arbeit). Die sozialwissenschaftliche

Auseinandersetzung und Theoriearbeit können wiederum von dem Input aus der sozialen Realität profitieren und ihre Begriffe schärfen. Dieses Vorgehen ist zum Teil eine Gratwanderung und steht vor Herausforderungen: Gerät man zu sehr auf die Seite der Selbstbeschreibungen der Interviewpartner\*innen, wird es schwierig, die konkrete Ebene der Empirie zu verlassen. Andererseits droht bei einer Überbetonung von Begriffsdebatten ein Abdriften in Diskussionen, die den Blick für die Praxis verlieren. Die Arbeit ist eine Fallanalyse insofern, als sie einen klar umgrenzten und übersichtlichen Gegenstand hat. Sie weist aber über dieses konkrete Feld hinaus, weil sie in den Kern der Diskussion über Solidarität stößt und Fragen allgemeiner theoretischer Natur verhandelt. Sie stellt insofern auch eine Auseinandersetzung mit und einen Beitrag zur Solidaritätsdebatte in Soziologie und Sozialphilosophie dar, mit der in dieser Arbeit immer wieder ein Dialog geführt wird. Meines Erachtens lassen sich die Praktiken der Solidarität der griechischen Gesundheitsbewegung auch als eine theoretische Kritik des hegemonialen Solidaritätsverständnisses in den Sozialwissenschaften lesen. Daher kann die empirische Analyse der solidarischen Praktiken die wissenschaftliche Theoriebildung inspirieren und irritieren.

Der Begriff der Solidarität ist ein Hochwertbegriff, einer, dem zunächst wohl die meisten Menschen positiv zugewandt sind. „Solidarität“ ist in aller Munde und wird für die unterschiedlichsten Sachverhalte und Praktiken verwendet. Seit einiger Zeit erleben wir eine Renaissance des Begriffs, nicht nur in Bezug auf die Pandemie – und auch nicht erst seitdem (vgl. Lessenich et al. 2020b). Eine knappe und bei Weitem nicht vollständige Auflistung seiner Verwendung in den letzten Jahren verdeutlicht dies: Die europäische Solidarität infolge der Wirtschafts- und Finanzkrise 2008, der Sommer der Migration und die Solidarität mit Geflüchteten, *Fridays for Future* und die Solidarität mit zukünftigen Generationen, *Black Lives Matter* als Solidarität mit den Opfern rassistischer Polizeigewalt, die Pandemie („Seien Sie solidarisch“), dann die Hilfe für die Betroffenen vom Hochwasser in Westdeutschland und das Entsenden von Feuerwehrleuten zur Bekämpfung der Waldbrände in Griechenland sowie nicht zuletzt die Solidarität mit der von Russland angegriffenen Ukraine – verstanden als militärische Unterstützung in Form von Waffenlieferungen.

Mit der mannigfaltigen Verwendung des Solidaritätsbegriffs geht zwangsläufig eine terminologische Entleerung einher. „Bis heute lässt sich kein einheitliches und eindeutiges Verständnis von Solidarität ausmachen“ (Lessenich et al. 2020a: 321). Das liegt in der Sache des Begriffs selbst, in seiner Offenheit und Unbestimmtheit. Was Solidarität bedeutet ist höchst umstritten (vgl. Mayer et al. 2024; Süß/Torp 2021: 8 f.). Kurt Bayertz (1998: 11) erkennt einzig „in der Idee eines wechselseitigen Zusammenhangs zwischen den Mitgliedern einer Gruppe von Menschen“ einen gemeinsamen, deskriptiven Kern der unterschiedlichen Verwendungsweisen des Begriffs. Der Solidaritätsbegriff ist mehr- und uneindeutig und er sollte nicht *per se* und ausschließlich linken und emanzipatorischen

politischen Bewegungen zugerechnet werden. Stattdessen empfiehlt es sich, ihm mit einer gewissen Ambiguitätstoleranz zu begegnen, weil dies sowohl die verschiedenen Erscheinungsformen von Solidarität als auch die durchaus unterschiedlichen und teils widersprüchlichen Facetten solidarischer Praktiken sichtbar werden lässt.

An dieser Stelle geht es nicht darum, die Wertigkeit der verschiedenen Solidaritäten und Solidaritätsverständnisse zu bestimmen. Auch nützt es nicht, in einer theoretischen Übung den Begriff so weit einzuschränken, um zu seinem vermeintlich „wahren“ oder „richtigen“ Kern zu gelangen. Vielversprechender erscheint es mir, mit einem theoretisch offenen Solidaritätsbegriff zu arbeiten, der analytisch ernst nimmt, was als solidarisch bezeichnet wird, um dann zu analysieren, was genau darunter *empirisch* verstanden wird. Ansonsten liefe man Gefahr, auf mindestens einem Auge blind zu sein und zu verkennen, welche gesellschaftliche Bedeutung Solidarität hat. So hat Solidarität als analytisches Konzept in der Soziologie häufig einen blinden Fleck, der aus der Engführung des Solidaritätsbegriffes mit der Integrationstheorie resultiert und bei der Solidarität mit dem *Zusammenhalt des Ganzen* gleichgesetzt wird. Dadurch geraten gesellschaftstransformierende und politische Praktiken der Solidarität aus dem Blick. Gegenüber dem integrationstheoretischen Bias in der Soziologie verkennt wiederum ein stark politisches Verständnis von Solidarität, dass auch die hegemoniale Solidarität in der Europäischen Union oder wohlfahrtsstaatliche Solidaritätsarrangements erst einmal als solche begriffen werden müssen.

Anstatt mich also vorempirisch für eine Verwendungsweise des Solidaritätsbegriffs zu entscheiden, gehe ich in dieser Arbeit von einer „Pluralität von Solidaritäten“, von unterschiedlichen, teils deutlich divergierenden Solidaritätsverständnissen aus (vgl. Heindl/Stüber 2019; Gould 2007). Solidarität ist nur im Plural zu denken, denn in der sozialen Realität lassen sich „vielfältige, ganz unterschiedliche und sich im Widerstreit befindende solidarische Praktiken“ (Heindl/Stüber 2019: 368) identifizieren. Diese Pluralität impliziert, dass Solidarität ein keineswegs eindeutiges und von allen sozialen Akteuren gemeinsam geteiltes Konzept ist, sondern durch seine Anschlussfähigkeit und Offenheit stets umkämpft ist (vgl. exemplarisch Wallaschek 2018). Daher spreche ich in Anschluss an Anusseh Farahat und Marius Hildebrand (2020: 368) auch von *konkurrierenden Solidaritätsverständnissen*, denen materielle *Solidaritätskonflikte* zugrunde liegen. Das Eintreten für ein Solidaritätsverständnis und dessen praktische Umsetzung ist immer auch ein Eintreten gegen andere, konkurrierende Verständnisse von Solidarität.

In diesem Buch behandle ich Solidarität „konsequent als eine Erfahrungskategorie“ (Lessenich et al. 2020a: 324) und die soziale Praxis der handelnden Subjekte als Substanz der Solidarität (vgl. Lessenich et al. 2020b: 319). Ich folge in meiner Arbeit einem komparativen Vorgehen, das verschiedene Solidaritätsverständnisse zueinander in Beziehung setzt, gegenüberstellt und aneinander schärft. So

werden die Spezifika, die jeweiligen Grenzen, Widersprüche und Ambivalenzen, aber auch Potenziale des Solidaritätsverständnisses der KIFAs herausgearbeitet.

Die Not einer begrifflichen Unschärfe kann sich als eine heuristische Tugend erweisen und zu einem „Produktivitätsfaktor bei der Suche nach einem angemessenen Verständnis des Begriffs“ (Lessenich et al. 2020a: 321) werden. In dem interdisziplinären Forschungsprojekt „Praktiken der Solidarität: Strukturen und Dynamiken transnationaler Solidarität im 20. und 21. Jahrhundert“<sup>16</sup>, in dessen Rahmen diese Arbeit entstanden ist, haben wir *fünf Kontinuen* herausgearbeitet, auf denen Solidarität verortet werden kann (vgl. ebd.: 321 ff.): *Erstens* lassen sich Praktiken der Solidarität in dem bereits angedeuteten Spannungsfeld zwischen sozialer und politischer Solidarität verorten. Während ein Verständnis sozialer Solidarität die gesellschaftliche Integration und den sozialen Zusammenhalt ins Zentrum stellt, zielen Praktiken politischer Solidarität auf die Überwindung als ungerecht wahrgenommener gesellschaftlicher Verhältnisse. Die *zweite* Dimensionierung von Solidarität bewegt sich zwischen institutionalisierter Norm (paradigmatisch ist hierfür das wohlfahrtsstaatliche System sozialer Rechte und Pflichten) und individuellem Verhalten (zum Beispiel die Teilnahme an einer Demonstration). Des Weiteren lassen sich *drittens* Praktiken der Solidarität auf einem Kontinuum zwischen Partikularismus und Universalismus, also hinsichtlich ihrer sozialen Reichweite und Grenzziehungen beschreiben. So lassen sich exklusivere von inklusiveren Konzeptionen von Solidarität unterscheiden. Ein *viertes* Kontinuum, mit dem sich Solidaritätspraktiken verorten lassen, reicht von einseitiger Hilfe bis zu wechselseitiger Unterstützung. Schließlich bewegen sich Solidaritätspraktiken in einem *fünften* Spannungsfeld zwischen gesellschaftlicher Stabilisierung und Veränderung, zwischen Restitution und Transformation. Auf diese heuristischen Kontinuen werde ich in der empirischen Analyse der Solidaritätspraktiken immer wieder Bezug nehmen.

## 1.4 Zur Konzeption und Struktur der Arbeit

Die Arbeit folgt einer Komposition, die Solidarität in ihren unterschiedlichen, teils widersprüchlichen bzw. widerstreitenden Bedeutungen arrangiert. Solidarität ist das bestimmende Thema, der rote Faden, der sich von der hegemonialen europäischen Solidarität in der Krise über die wohlfahrtsstaatliche Solidarität in der Gesundheitsversorgung bis zur zivilgesellschaftlichen Solidarität von unten zieht. Die drei Ebenen der Solidarität korrespondieren mit unterschiedlichen Gliederungsebenen in der Arbeit. Nachdem in *Kapitel 2* die Methodologie und

---

16 Das Gesamtprojekt ist Teil der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Initiative: „Zusammenhalt stärken in Zeiten von Krisen und Umbrüchen“. Den Forschungskontext werde ich im folgenden Kapitel genauer beschreiben.

Forschungsethik erläutert sowie auf die eigene Positionierung im Feld reflektiert wurde, umkreisen die weiteren Teile des Buches den jeweiligen Solidaritätsbegriff, mal explizit, mal implizit. Die folgenden Kapitel widmen sich dem Kontext der solidarischen Gesundheitsversorgung in Griechenland. Es geht jedoch nicht allein darum, den Hintergrund zu erhellen, vor dem die meisten Solidarischen Arztpraxen und Apotheken gegründet wurden, sondern auch das jeweils zugrunde liegende Solidaritätsverständnis und seine Widersprüche, Ambivalenzen und Grenzen zu analysieren. In *Kapitel 3* wird die hegemoniale europäische Solidarität in ihrer Verknüpfung mit Austeritätspolitik untersucht. Ich arbeite heraus, dass das vorrangige Ziel der europäischen Solidaritätsanstrengung der soziale und ökonomische Zusammenhalt der Eurozone war. In den europäischen Mechanismen der Finanzstabilisierung kommt es auf institutioneller Ebene zu einer Verknüpfung von Solidarität mit Austerität zu einem „Regime autoritärer Stabilität“ (Urban 2011). Darin äußert sich ein „Verständnis von Solidarität, das diese an einen Modus ‚striktter Reziprozität‘ bindet und als ‚Regelbefolgung‘ (solidarity as rule compliance) versteht“ (Farahat und Hildebrand 2020). Europäische Solidarität hatte in dieser Ausprägung eine destruktive Wirkung auf die öffentliche Gesundheitsversorgung in Griechenland, die selbst wiederum als Solidaritätsarrangement verstanden werden kann. In *Kapitel 4* werden daran anschließend die konkreten Auswirkungen von Krise und Austeritätspolitik auf die Gesundheitsversorgung nachvollzogen sowie das griechische Wohlfahrtsmodell und seine Grenzziehungen in Hinblick auf das zugrunde liegende Solidaritätsverständnis charakterisiert. Ich zeige darin die Herausforderungen auf, mit denen die Solidarischen Arztpraxen und Apotheken konfrontiert sind.

Im zentralen *Kapitel 5* dient diese analytische Vorarbeit als Folie für die Diskussion zum Solidaritätsverständnis der Solidarischen Kliniken und Apotheken. Die sechs Unterkapitel bilden den Kern der vorliegenden Arbeit, denn darin werden die unterschiedlichen Dimensionen der solidarischen Praktiken auf Basis des empirischen Materials und im Wechselspiel mit der Literatur analysiert. Auch mithilfe des Rückbezugs auf die zuvor herausgearbeiteten Verständnisse hegemonialer europäischer Solidarität und des wohlfahrtsstaatlichen Solidaritätsarrangements können die Spezifika des Solidaritätsverständnisses der KIFAs herausgeschält und präzisiert werden. Zudem lassen sich europäische Solidarität, wohlfahrtsstaatliche Solidarität sowie Solidarität von unten zueinander jeweils als Bewegungen des Widerspruchs verstehen. Auf eine ausführliche Darstellung des Forschungsstands zum Solidaritätsbegriff verzichte ich in dieser Einleitung. Stattdessen erscheint es mir sinnvoller, den Forschungsstand *en passant* in die Struktur der Arbeit einzuflechten.

Zunächst wird in *Kapitel 5.1* die Gründungsgeschichte der solidarischen Gesundheitsbewegung erzählt sowie ein Überblick über deren Strukturen, Prinzipien und Organisationsweise gegeben. Hier führe ich auch in die (überschaubaren) wissenschaftlichen Studien über die Solidarischen Arztpraxen und Apothe-

ken ein. Die *Kapitel 5.2, 5.3 und 5.4* stellen begriffspolitische Auseinandersetzungen entlang der Solidaritätspraktiken dar. Ausgehend vom empirischen Material und unter kritischem Einbezug der bestehenden Forschungen zum Solidaritätsbegriff plädiere ich für ein Solidaritätsverständnis, das auf *Gemeinsamkeit in Differenz* beruht. Gegenüber der Einheits-Metapher des sozialen Bandes bringe ich eine netzwerktheoretische Vorstellung in Stellung, die Heterogenität zulässt. Zudem zeige ich hier, dass Solidarität eine kollektive, raumbildende Praxis ist, die im besten Fall auf Augenhöhe stattfindet. Solidarität wird in den Solidarischen Arztpraxen und Apotheken als etwas *Gemeinsames*, als ein *Netz* und als *Raum* verstanden. Auf einer theoretischen Ebene steht dies den dominierenden Vorstellungen von Solidarität als Reziprozität, Einstellung oder Gefühl und auf der Ebene der Metaphern denen des sozialen Bandes, gesellschaftlichen Kitts oder Zements gegenüber.

In *Kapitel 5.5* geht es um den Kampf der KIFAs für ein Recht auf Gesundheit für alle Menschen, den ich als Demokratisierungsbewegung fasse. Anschließend reflektiere ich in *Kapitel 5.6* auf das – den solidarischen Praktiken der KIFAs inhärente – Spannungsverhältnis von Systemstabilisierung und Systemtransformation und argumentiere, dass es in der solidarischen Praxis der KIFAs eine Gleichzeitigkeit von beiden Tendenzen gibt.

Schließlich geht es mir im synthetisierenden *Kapitel 6* darum, was sich von der griechischen Solidaritätsbewegung in der Gesundheitsversorgung für ein emanzipatorisches Verständnis von Solidarität heute lernen lässt. Auf Basis der vorangegangenen Analyse definiere ich emanzipatorische Solidarität als kollektive Praxis, die vor dem Horizont der Freiheit und Gleichheit aller Menschen auf die Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse abzielt. Praktiken emanzipatorischer Solidarität leisten im Gegensatz zu anderen Formen der Unterstützung nicht nur Nothilfe und Symptombekämpfung, sondern gehen radikaler an die darunterliegenden Wurzeln des Problems.

Die Arbeit stellt auch eine Reise dar: Es ist eine Reise zwischen Theorie und Empirie, zwischen verschiedenen Solidaritätskulturen und unterschiedlichen Begriffstraditionen sowie nicht zuletzt eine Reise von Deutschland nach Griechenland und *vice versa*. Ich nehme das jeweilige – soziologisch-theoretische und praktische – Solidaritätsverständnis im Gepäck mit und konfrontiere es mit anderen Verständnissen. So ergibt sich hoffentlich ein produktives Verhältnis von Inspiration und Irritation. Das Verfahren ist dialogisch, doch Ankerpunkt der Forschung und Leitseil der Struktur dieser Arbeit ist immer das empirische Material, die Interviews mit den Aktivist\*innen der Solidarischen Kliniken. Die Kapitel zur Krise und Austeritätspolitik sowie zur Gesundheitsversorgung in Griechenland gehen über die Interviews hinaus, sie beruhen auf einer materialistischen und ideologiekritischen Metaanalyse von Studien, *Public-Health*-Berichten und Theoriearbeiten.

## 1.5 Krise und Kritik

Als ein Ergebnis meiner Forschung hat sich die These herauskristallisiert, dass die solidarische Gesundheitsversorgung von unten im Widerspruch zum hegemonialen europäischen Solidaritätsarrangement von oben steht. Wie bereits angedeutet, besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Krise und Austeritätspolitik einerseits und Solidaritätsbewegung andererseits: Die vielen solidarischen Strukturen sind die „andere Seite“ der Krise (vgl. Rakopoulos 2016: 144): „[S]olidarity cannot be conceived outside the backdrop that austerity has carved, as it arises as an alternative horizon for people’s lifeworlds, while dictating immediate action“ (ebd.). Dabei sollte jedoch stets berücksichtigt werden, dass Solidarität keine automatische Folge von Krisen ist, sondern auf der sozialen Praxis und Handlungsfähigkeit von Menschen basiert: „Es ist nicht die Krise, die den Boom Solidarischer Ökonomie verursacht, sondern es sind handelnde Menschen, die im Kontext der Krise diese Handlungsoption wählen“ (Mittendrein 2016: 138).

Von meinen Interviewpartner\*innen (eine Übersicht und Vorstellung findet sich im nachfolgenden Kapitel) werden die Gleichursprünglichkeit und der Zusammenhang von Krise und Solidarität immer wieder hervorgehoben. Ein Interviewpartner skizziert den Entstehungskontext der solidarischen Gesundheitsversorgung wie folgt:

„Es war eine sehr schwere Zeit, ungefähr zwei Jahre nach der Implementierung der sehr harten Maßnahmen des Memorandums. Es gab in allen Sektoren große Kürzungen, die Gesundheit eingeschlossen. Immer mehr Menschen verloren ihre Jobs, viele Geschäfte mussten schließen und so hatten sehr viele keinen Zugang mehr zu Medikamenten und ärztlicher Versorgung. Es ist die Zeit, in der einige Menschen den Entschluss fassen, dass es nicht mehr geht, mit verschränkten Armen dazusitzen. Es geht nicht, der Katastrophe um uns herum tatenlos zuzuschauen. Wir mussten reagieren. Zusätzlich zum Kampf auf der Straße mit Kundgebungen, Demonstrationen und so weiter mussten wir das Problem angehen, dass die Menschen kein Geld hatten, um ihre Medikamente zu kaufen und dass sie keine Medikamente von dem öffentlichen Gesundheitssystem bekamen.“ (I2: 9–18)

Die Krise ist in den Augen meiner Interviewpartner\*innen eine radikale Zuspitzung eines vorher schon krisenhaften Systems der Gesundheitsversorgung. In Krisen, so der Historiker Reinhardt Koselleck (2004a), werden die bestehenden gesellschaftlichen Widersprüche bloßgelegt. Vergegenwärtigt man sich die Etymologie und Genese dieses „Grundbegriffs“, wird noch eine andere Bedeutung sichtbar. Die häufig etwas zynisch anmutende Rede davon, dass jede Krise auch eine Chance ist, hat einen wahren Kern, der im Begriff der Krise selbst schon enthalten ist: Das griechische Wort *κρίσις* (von „krino“, u. a. entscheiden und beurteilen) bezeichnet eine „endgültige, unwiderrufliche Entscheidung“ (Koselleck 2006:

204), aber auch den Streit und die Scheidung. *Krisis* ist (auch im medizinischen Sinne) eine Notsituation und Zuspitzung und auf der anderen Seite das Vermögen zu urteilen – das Wort Kritik hat den gleichen etymologischen Ursprung (vgl. Koselleck 2004a: 651 f.).<sup>17</sup> Krisen können, „als ‚chronisch‘ begriffen, Dauer indizieren“, sie können jedoch auch Wende- und Entscheidungspunkte sein, die „einen kürzer- oder längerfristigen Übergang zum Besseren oder Schlechteren oder zum ganz Anderen hin“ (Koselleck 2004a: 617) markieren.

Die Janusköpfigkeit von Begriffen besteht Koselleck zufolge darin, dass sie in die Vergangenheit und in die Zukunft gerichtet sind (vgl. Koselleck 2004b). Dies lässt sich nicht nur am Begriff der *Krisis*, sondern auch der Katastrophe nachvollziehen, mit der mein Interviewpartner im obigen Zitat jene Situation beschreibt, in der die Solidarischen Arztpraxen und Apotheken gegründet wurden. Katastrophe bezeichnet im Altgriechischen ähnlich wie Krise eine „Umwendung“ oder einen „Wendepunkt“. Die Katastrophe in der Gesundheitsversorgung in Griechenland ist menschengemacht, sie ist kein Naturereignis und nicht nur eine humanitäre Angelegenheit, sondern ein politisches Problem. Aus dieser Einsicht ergibt sich die Vorstellung von Gestalt- und Veränderbarkeit, von Zukunftsoffenheit – die Möglichkeit, dass es auch anders sein könnte (vgl. Schauer 2021: 204). Solidarität kann in diesem Zusammenhang als (Wieder-)Entdeckung der politischen Gestaltbarkeit (und Veränderung) von Welt gedacht werden. Es ist der Versuch, der „Politik der Entpolitisierung“ (Bourdieu 2001) eine Politik der „Politisierung des Sozialen“ (Schauer 2021: 204) entgegenzusetzen.<sup>18</sup>

Praktiken der Solidarität als „Form der Kritik“ mischen sich in die Auseinandersetzung um das Allgemeine und in die Welt ein, sie können als „kollektive Handlungspraxis und aktives Einschalten in die Gestaltung der politischen und normativen Grundlagen des Zusammenlebens“ verstanden werden (Heindl/Stüber 2019: 364 f.). Die Solidaritätsbewegung in Griechenland leistet eine praktische Kritik in mehrfacher Hinsicht: an den sozialen und ökonomischen Verhältnissen, der Austeritätspolitik sowie an der bestehenden Form der Gesundheitsversorgung. Zudem formulieren die Aktivist\*innen immer wieder eine Kritik an anderen Formen von Unterstützungshandeln. Wohltätigkeit und Philanthropie sind, wie in der vorliegenden Arbeit gezeigt wird, gerade keine Verbündeten

---

17 Koselleck verweist auf den gemeinsamen Ursprung von Krise und Kritik: „Die später getrennten Sinnbereiche einer ‚subjektiven‘ Kritik und einer ‚objektiven‘ Krise wurden also im Griechischen noch vom selben Wort abgedeckt. Beide Bereiche hingen begrifflich zusammen.“ (Koselleck 2004a: 618)

18 „Gegen diese Politik der Entpolitisierung gilt es nun, der Politik, politischem Denken und Handeln wieder ihren rechtmäßigen Platz einzuräumen und für dieses Handeln einen geeigneten Ansatzpunkt zu finden, der heute jenseits der Grenzen des Nationalstaats liegt, sowie die dazu erforderlichen Mittel, die sich nicht mehr auf die politischen und gewerkschaftlichen Kämpfe innerhalb des nationalstaatlichen Rahmens beschränken können.“ (Bourdieu 2001)

im Kampf um eine andere Welt, sondern tragen zur Stabilisierung unhaltbarer Zustände bei.

Die Solidaritätsbewegung in der Gesundheitsversorgung ist nicht nur das Antidot gegen Krise und Austeritätspolitik, sondern weist über eine reine Nothilfe und die Bekämpfung der Krisenfolgen hinaus (vgl. Cabot 2016: 154; Rakopoulos 2016: 147). Die KIFAs sorgen zwar für die akute medizinische Versorgung und sind in dieser Hinsicht Lückenbüßer einer erodierenden wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitsversorgung, auf der anderen Seite ist der Fluchtpunkt ihrer Praxis die Transformation der Gesellschaft, der Bruch mit dem Bestehenden. Nicht in Form eines eruptiven Ereignisses, sondern der einer schrittweisen Veränderung von Beziehungsweisen, die im Hier und Jetzt beginnt: An die Stelle von Konkurrenz tritt Kooperation, an die Stelle des Trennenden tritt das Verbindende, an die Stelle von Atomisierung das Gemeinsame: „Die neue Gesellschaft entsteht im Kampf gegen die alte“ (Adamczak 2018a: 262).

Die solidarischen Initiativen haben durch ihre alltägliche Praxis einen Vorschlag für ein anderes Modell der Gesundheitsversorgung gemacht, das sich nicht an Staatsbürgerschaft und Erwerbstätigkeit orientiert. Sie setzen der Entrechtung von griechischen Staatsbürger\*innen und Geflüchteten eine Praxis der Solidarität entgegen. Der geteilte Grundsatz ist: Gesundheitsversorgung darf keine Frage der Herkunft oder des Einkommens sein, sie muss davon gelöst für alle Menschen garantiert sein. Performativ und praktisch zeigen die Menschen dort eine Alternative zur bestehenden Gesundheitsversorgung auf. Damit bringen sie das Recht auf eine freie und öffentliche Gesundheitsversorgung für alle Menschen ernsthaft zur Geltung. Genau darin liegt auch ihre gesellschaftliche Bedeutung und ihr transformatives Potenzial, das deutlich über jede humanitäre Nothilfe hinausweist. Solidarität ist hier „nicht bloß Mittel, sondern bereits Zweck“ (ebd.: 260).

## 2 Methodologische Grundlagen und empirisches Vorgehen

*„Keiner steht ,außerhalb der Gesellschaft‘; die Frage ist bloß, wo genau man in ihr steht.“*  
(Mills 2016: 273)

Im Sinne der „intersubjektiven Nachvollziehbarkeit“ (Steinke 2004: 324) des Forschungsprozesses werde ich im Folgenden meine forschungspraktischen Entscheidungen und methodologische Vorgehensweise explizieren. Dazu gehören zum einen der Entstehungskontext des Dissertationsprojektes und mein Forschungsstil, die Feldzugänge, Datengrundlage und Fallauswahl sowie der Erhebungs- und Auswertungsprozess. Zum anderen lege ich das dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis kritischer Sozialforschung dar und reflektiere auf meine eigene Positionierung im Feld.

### 2.1 Entstehungskontext und Forschungsstil

Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten interdisziplinären Forschungsprojektes „Praktiken der Solidarität: Strukturen und Dynamiken transnationaler Solidarität im 20. und 21. Jahrhundert“ entstanden. Beteiligt waren daran Historiker\*innen der Universität Augsburg, Philosoph\*innen der Hochschule für Philosophie München sowie Soziolog\*innen der Ludwig-Maximilians-Universität München.<sup>19</sup> In enger Zusammenarbeit und regelmäßigem Austausch (etwa in Form gemeinsamer Textdiskussionen und interdisziplinärer Workshops) wurden die Einzelprojekte besprochen, konzeptionelle Überlegungen angestellt und übergreifende Fragestellungen zum Begriff der Solidarität bearbeitet. Im Zentrum des Gesamtprojektes stand die Frage nach Möglichkeiten und Ambivalenzen solidarischer Praktiken im Kontext transnationaler Krisen und Umbrüche. Davon ausgehend wurden in drei Teilprojekten – mit jeweils zwei Unterprojekten –

---

<sup>19</sup> An der Universität Augsburg waren dies Prof. Dr. Dietmar Süß, Dr. Sophia Dafinger, Dr. Jan Neubauer, Kornelia Rung, Anna Weichmann und Bastian Högg; an der Hochschule für Philosophie Prof. Dr. Michael Reder, Karolin-Sophie Stüber, Alexander Heindl sowie Veronika Hilzensauer; an der LMU München Prof. Dr. Stephan Lessenich, Eva Fleischmann, Anton Schmidt und Laura Späth. Ihnen allen bin ich zutiefst dankbar für den fruchtbaren und erkenntnisreichen Austausch über die Fächergrenzen hinweg. Für weiterführende Informationen zum Forschungsprojekt siehe die Website: <https://praktiken-solidaritaet.de/> [zuletzt abgerufen am: 23.07.2021].

spezifische Themenfelder untersucht. Ein Teilprojekt befasste sich mit Praktiken der Solidarität mit geflüchteten Menschen, ein weiteres mit Solidarität in der globalen Ökonomie und eines mit solidarischen Praktiken in Europa. Mein Dissertationsprojekt war im letztgenannten Teilprojekt angesiedelt und thematisch auf das solidarische Gesundheitswesen in Griechenland zugeschnitten. Anfangs sollten sowohl die Praktiken der Solidarität in Griechenland als auch deren Unterstützungsnetzwerke in Deutschland untersucht werden. Im Laufe der ersten Monate und nach einigen explorativen Expert\*inneninterviews entschied ich mich für eine Fokussierung auf Griechenland. So wurde mir in Gesprächen in Griechenland klar, dass die Solidaritätsgruppen in Deutschland zwar äußerst wertgeschätzt werden und mitunter lebensrettende Hilfe leisten; etwa wenn sie in Griechenland nicht erhältliche Medikamente organisieren oder wichtige Medizingeräte mit Spendengeldern kaufen. Überdies sind aus den transnationalen Praktiken der Unterstützung teils enge und solidarisch-freundschaftliche Beziehungen entstanden. Doch in der Gesamtheit lässt sich sagen, dass die internationalen Unterstützungsnetzwerke nicht im Zentrum der solidarischen Praktiken stehen. Sie sind ein Teilaspekt einer weitaus komplexeren Struktur der Solidarität. Neben diesen inhaltlichen Gründen waren persönliche Präferenzen (siehe unten) und pragmatische Überlegungen ausschlaggebend für meine Entscheidung einer Fokussierung auf Griechenland.

Sowohl das Gesamtprojekt als auch mein Dissertationsprojekt orientierten sich im gesamten Prozess an einem partizipativen Forschungsstil, der Forschen als partnerschaftliches Gemeinschaftsprojekt im engen Austausch mit gesellschaftlichen Akteuren begreift (vgl. von Unger 2014): Bereits vor dem Beginn der Projektlaufzeit knüpften wir erste Kontakte zu Solidaritätsinitiativen in Deutschland und Griechenland. Unsere Praxispartner\*innen sollten von Anfang an in den Forschungsprozess involviert und ein kontinuierlicher Dialog institutionalisiert werden. So wurden in einem gemeinsamen Auftaktworkshop die verschiedenen Themen des Gesamtprojektes (Solidarität mit Geflüchteten, Solidarität in Europa, Globale Solidarität) aufgeschlossen und die jeweiligen Forschungsfelder kartografiert. Dies hatte vor allen Dingen einen explorativen Charakter. Ein Ziel war dabei die Konkretisierung des Forschungsinteresses und -designs. Die Diskussion in einzelprojektbezogenen Fokusgruppen und die anschließende Debatte im Gesamtzusammenhang erwiesen sich als produktiv, denn dadurch hatten wir die Möglichkeit, sowohl detailliertes Wissen über die Forschungskontexte zu generieren und Feldzugänge zu eröffnen als auch mit den Praxispartner\*innen der jeweiligen Teilprojekte gemeinsam übergreifende Fragestellungen zu erörtern.

Der von mir mitgestaltete Workshop war als moderierte Fokusgruppe konzipiert (vgl. Block/Unger/Wright 2011): An dieser Gruppendiskussion waren neben drei Forscher\*innen sechs Menschen beteiligt, die mit dem Thema solidarische Gesundheitsversorgung verbunden sind und einen Bezug zu den solidari-