

|
Gesundheit:

Ein Mordsgeschäft

| Texte gegen
die Verwertung
des Menschen
und der
Gesundheitssysteme

Herausgegeben vom:
Revolutionär Sozialistischen Bund
IV. Internationale (RSB)



Inhalt:

Vorwort der Redaktion	3
Gesundheitspolitik im Kapitalismus <i>miwe</i> über den Klassencharakter der Medizin	5
Gesundheit - ein Mordsgeschäft Erklärung des PK des RSB	17
Öffentliche Gelder und private Profite John Lister über den Zustand des britischen Gesundheitssystems	25
Der Mensch als Fabrikat? Gerlef Gleiss über die Implikationen der biomedizinischen Utopie	30

Herausgegeben vom Revolutionär Sozialistischen Bund/IV. Internationale (RSB)
Verbindungskanal, Linkes Ufer 20-24, 68159 Mannheim, Tel. & Fax: 06 21 / 156 40 46,
Email: buer0@rsb4.de, <http://www.rsb4.de>

Erscheint im Selbstverlag

Vorwort

Dem Arzt verzeiht! Denn doch einmal
Lebt er mit seinen Kindern.
Die Krankheit ist sein Kapital,
Wer wollte das vermindern.
(J. W. v. Goethe)

Eines zumindest ist allen bisher bekannten Krankheitsbehandlungssystemen gemeinsam. Sowohl die Systeme der Schulmedizin, die religiös verbrämte Medizin der Vergangenheit und Gegenwart oder der breite Bereich der sogenannten Alternativsysteme fußen auf einem sorgfältig gepflegten Mythos. Er lautet: Der Gesundheitsbereich sei etwas ganz besonderes und dürfe deshalb nicht wie ein x-beliebiges Geschäft betrieben werden. Sozialdemokratische SonntagsrednerInnen, Vertreter von PatientInnenvereinigungen und selbst linke MedizinkritikerInnen wiederholen dies gebetsmühlenartig.

Dieser Mythos stammt in seinen Grundzügen noch aus der Zeit, als Arzt und Priester in den alten Kulturen ein und dasselbe waren und wird deshalb auch besonders fleißig von den Profiteuren des Systems, allen voran den ÄrztInnen, gepflegt.

Ein Geschäft war die Medizin immer schon, das wusste auch Herr Goethe, wie das obige Zitat beweist. Zum industriell betriebenen Massengeschäft allerdings wurde es erst im 20. Jahrhundert und heute macht der Medizinsektor in den Industriestaaten 10-15% des Bruttoinlandsproduktes aus und ist z.B. in Deutschland die mit Abstand größte Dienstleistungsbranche. Längst handelt es sich um einen der profitträchtigsten Bereiche der Industrieproduktion und bürgerliche WirtschaftswissenschaftlerInnen halten die Medizinindustrie für den zukunftsträchtigsten Wachstumssektor.

Für revolutionäre SozialistInnen ist diese Entwicklung logisch und unausweichlich: Der entwickelte Industriekapitalismus macht alles und jedes zur Ware, einschließlich des Menschen und seiner „Einzelteile“. In Zeiten sinkender Erträge fließen die Kapitalströme in die Bereiche, die den größten Profit versprechen. Es ist lächerlich, dieses Grundprinzip kapitalistischer Wirtschaft für einen Teilbereich wie das Medizinsystem nicht akzeptieren oder außer Kraft setzen zu wollen. Selbst bürgerliche GesundheitsökonomInnen sagen offen, dass ein großes Problem darin bestehe, dass der Medizinsektor ein Bereich sei, der seine Nachfrage selbst schafft.

Dass dabei der reale Nutzen dieses aufgeblähten Molochs eher fragwürdig ist, und die Qualität der angebotenen Leistungen immer häufiger zu wünschen übrig lässt, interessiert in dieser Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung nicht. Letztendlich kommt es in diesem System nicht auf gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Rationalität, sondern auf Profitmaximierung an.

Das heißt wohlgemerkt nicht, dass die Fortschritte im Bereich der Medizinforschung und die gewonnenen Erkenntnisse im Bereich von Diagnose und Behandlung, die im Rahmen des warenförmigen Ausrichtung des Gesundheitssektors erzielt wurden, gelehnet werden sollen. Aber zweierlei ist dabei stets zu bedenken:

Erstens, dass das existierende System krankheits- statt gesundheitsfixiert ist. Dies ist zwangsläufig in einer Gesellschaft, die in ihrer Funktionsweise permanent gegen die Grundsätze gesundheitsförderlicher Lebens-, Arbeits- und Produktionsbedingungen verstößt und deshalb eigentlich permanent hinter sich selbst herläuft.

Zweitens, dass die verschiedenen Teilbereiche des herrschenden Medizinsystems gerade von MarxistInnen nicht in blindem Fortschrittsglauben pauschal gutgeheißen werden dürfen, indem lediglich die private Aneignung der kollektiv aufgebrauchten Mittel für Krankenversorgung ins Visier genommen wird. Die jüngste Vergangenheit (Lipobay, Genfahre) zeigte erneut, wie bedenkenlos aus kurzfristigen Rentabilitätsüberlegungen neue Verfahren von zweifelhaftem Nutzen auf den Markt gebracht wurden, bzw. - siehe das Beispiel kosmetische Chirurgie - völlig widersinnige „Geschäftsbereiche“ gefördert werden.

Insofern bedarf jegliche Hervorbringung des kapitalistischen Medizinsystems der grundsätzlichen inhaltlichen Überprüfung. Seien es beispielsweise die Gentechnik und ihre medizinischen als auch politischen Konsequenzen, die Fertilisierungstechnik, die Organtransplantation und andere Errungenschaften der neueren Wissenschaftsgeschichte mit zweifelhaftem Nutzen und Zweck.

In den Blick genommen werden muss aber auch die Fiktion von der „Wissenschaftsfreiheit“, unter deren Deckmantel eben nicht Forschungsschwerpunkte auf vorher öffentlich diskutierte und im Sinne einer rationalen Gesundheitspolitik ausgerichtete Projekte gelegt werden, sondern die Mittel in die Bereiche fließen, die die größten kurzfristigen Profite versprechen.

Wir hoffen, mit dieser Broschüre und ihren einzelnen Artikeln einen Beitrag zu der Diskussion zu leisten, die dringend erforderlich ist, um zumindest die Grundzüge einer Gesundheitspolitik zu skizzieren, wie sie unter anderen Produktions- und Herrschaftsverhältnissen möglich wäre.

Wir möchten mit dieser Broschüre aber gerade auch den Blick auf die geplante „Gesundheitsreform“ lenken.

Wer auch immer ab September 2002 auf den Regierungsbänken sitzt: Die Gesundheitsreform der kommenden Bundesregierung wird im wahren Sinne des Wortes auf Kosten der Lohnabhängigen geplant! Dies gilt es mit Protest und Widerstand zu verhindern.

Die Redaktion

Gesundheitspolitik im Kapitalismus

„Salus aegroti suprema lex esto“
(Das Wohl des Kranken als oberste Richt-
schnur) – der klassische Imperativ über so
manchem Krankenhausportal.

„Es ist sicher ein Unterschied, ob man einen
unfreien oder einen freien Patienten behandelt...“
(Hippokrates)

In diesem Spannungsfeld bewegt sich das Gesundheitswesen, wobei das erste Zitat eher der Mystifizierung der tatsächlichen Verhältnisse entspricht und das zweite schon sehr früh den Klassencharakter der Medizin reflektiert. In der Tat streift die Entwicklung des Gesundheitswesens die Relikte der frühbürgerlichen Ideologie, nach der zwischen Arzt und Patient ein eher paternalistisches Verhältnis entwickelt wird, ab und es tritt ein unverhülltes Tauschverhältnis der Ware Gesundheit zutage. Auch wenn es sich hierbei um ein existentielles Grundrecht und kollektives Gut – ähnlich wie Bildung, Trinkwasser etc. – handelt, gerät es im Spätkapitalismus zunehmend zur merkantilen Kategorie. „Das ärztlich indizierte Notwendige droht der ökonomischen Rentabilität als Hauptkriterium medizinischen Handelns zu weichen.... Die Qualität ärztlichen Handelns reduziert sich immer mehr auf die kurzfristige Zufriedenheit von Patienten. Und durch Zufriedenheit sollen „Kunden“ gebunden werden.“ (U. Deppe).

GESCHICHTLICHER EXKURS

Wenn man diese Entwicklung beschreibt, darf man freilich nicht aus den Augen verlieren, welches die klassische Funktion der Medizin in der kapitalistischen Klassengesellschaft ist, nämlich die Wiedereingliederung der Arbeitskraft in den Produktionsprozess und die Herabsetzung der durch die Krankheit verursachten sozialen Spannungen sowie die Mystifizierung der gesellschaftlichen Bedingtheit vieler Krankheiten, da das Kapital, „falls es nicht gezwungen wird, auf die Gesundheit und Lebensdauer des Arbeiters keine Rücksicht nimmt und nicht nur die normalen Höchstgrenzen des Arbeitstages überspringt, sondern auch die rein physischen.“ (Marx).

So war die Einführung der Sozialversicherung dann auch die Reaktion auf wachsende Klassenauseinandersetzungen einerseits und auf die Tatsache andererseits, dass mit der Bedrohung der Arbeitskraft der werktätigen Bevölkerung, die zunehmend gesundheitsschädigenden Faktoren wie „18-stündiger Fabrikarbeit in Hitze und Lärm, ein zusammengedrängtes Leben in Slum-Wohnungen ohne die primitivsten hygienischen Einrichtungen,

Kinderarbeit, Hunger etc.“ ausgesetzt war, auch die Profite des aufstrebenden Kapitalismus gefährdet waren. In der Reform von 1881 verkündete die bürgerliche Klasse durch Erlasse Kaiser Wilhelms I.: „Wir halten es für unsere kaiserliche Pflicht, dem Reichstag die Förderung des Wohles der Arbeiter von neuem ans Herz zu legen und würden wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es uns gelänge, dereinst das Bewusstsein mitzunehmen, dem Vaterland die neue dauernde Bürgschaft eines inneren Friedens (sic!) und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit (sic!) des Beistandes, an den sie Anspruch haben, zu hinterlassen...“

Nach dem Sturz der Monarchie 1918 lautet der vorgesehene Artikel 161 der Reichsverfassung: „Das Verständnis dafür, dass die Sozialversicherung ebenso den Geboten sittlicher Gerechtigkeit wie der wirtschaftlichen Notwendigkeit entspricht, hat in weiten Kreisen Eingang gefunden und hat nach der Revolution kaum zu ernstern Versuchen einer Umgestaltung geführt.“ (beides zitiert aus „Proletarische Gesundheitspolitik, 1929, Heft 8/9). Grundlegendes Prinzip war die Leistungsbeschränkung der GKV auf das Allernotwendigste (182,2 RVO: „Die Krankenpflege muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“) und zur Durchsetzung dieses Ziels wurde einerseits den Unternehmern die gleichrangige Beteiligung an den Selbstverwaltungsorganen eingeräumt, obwohl die Beitragsleistungen von den Beschäftigten allein getragen werden, da der „Arbeitgeber“ anteil letztlich vorenthaltener Lohn darstellt, und andererseits ein Kassensystem extremer Zersplitterung errichtet. Anstelle einer einheitlichen leistungsfähigen Versicherung, wurden verschiedene Kassen für die einzelnen Berufsgruppen und getrennte Versicherungszweige eingerichtet. Daher wurde ein immenser Teil der Beiträge allein von der Verwaltung verschlungen und die Position der untereinander konkurrierenden Kassen z.B. in Honorarverhandlungen mit den Ärzteorganisationen geschwächt.



Die monatlich erscheinende Zeitschrift des *Revolutionär Sozialistischen Bundes/IV. Internationale* (RSB) berichtet regelmäßig über Themen aus Betrieb und Gewerkschaften, zur Innenpolitik und zu internationalen Themen.

Zu bestellen über

das RSB-Büro oder per Email:

avanti@rsb4.de

Jahresabo (mind. 11 Ausgaben)

25EURO

Halbjahresabo

13EURO

Förderabo (1 Jahr)

mind. 40EURO

Probeabo (3 Ausgaben)

5EURO

Den Betrag bitte auf das Konto 634 816 106 bei der Postbank Berlin, BLZ 100 100 10 überweisen. Auslandbezug auf Anfrage.

Als die GKV unter dem Eindruck der Wirtschaftskrisen 1923 an den Rand des Ruins getrieben wurden, wurden die Leistungen per Gesetz rigoros beschränkt und mussten die Versicherten zehn Prozent der Kosten für Medikamente und Heilmittel selbst zahlen. Wie man sieht, haben die aktuellen Überlegungen der Gesundheitspolitiker alle ihr déjà vu und auch die Forderungen, wie sie von der kommunistischen Reichstagsfraktion dagegen erhoben wurden, nichts von ihrer Aktualität verloren:

- Schaffung einer einheitlichen Versicherung;
- Ausdehnung der Versicherungspflicht (bis hin zur Pflichtversicherung der ganzen Bevölkerung);
- vollständige Selbstverwaltung der Kassen durch die Versicherten;
- Finanzierung durch Umlage der Kosten auf die Unternehmer;
- staatlich geregelte Belieferung der Krankenkassen mit Medikamenten.

In einem Referat des Vereins Sozialistischer Ärzte heißt es: „Die Sozialisierung in der Form der genossenschaftlichen Organisation des Gesundheitswesens unterscheidet sich von der Verstaatlichung der Ärzte oder der Verbeamtung des Versicherungsarztes durch die verantwortliche mitbestimmende Zusammenarbeit der ärztlichen Organisationen mit anderen Organisationen des Gesundheitsdienstes. ...Am deutlichsten erweist sich die Schädlichkeit der Abhängigkeit des Arztes vom Gelderwerb in der Krankenkassenpraxis. Einzig und allein Massenbehandlung sichert dem Arzt ein auskömmliches Existenzminimum. Für individuelle Behandlung oder psychisches Eingehen auf das Wesen des Einzelnen ist keine Zeit vorhanden... Auch der gewissenhafte Arzt muss diesem Widerstreit der Interessen erliegen.... so sehen wir, dass im Heilwesen das charakteristische Kennzeichen der kapitalistischen Produktionsweise vorherrscht, die Anarchie, die Produktion für den Markt und nicht für den Bedarf. Daraus erklärt sich die ungleiche Verteilung der Ärzte über Stadt und Land, die weit über den Bedarf hinausgreifende Entwicklung des Spezialistentums... Die Schwierigkeit und Kompliziertheit der modernen Untersuchungsmethoden, die Notwendigkeit einer großen Apparatur zur Diagnostik wie zur Therapie bedrohen den Zwergbetrieb des Arztes und drängen zum Großbetrieb. Der heutige praktische Arzt, der die Vielseitigkeit des alten Praktikers nicht mehr besitzt, wird immer mehr zum Agenten für die Institute der Spezialisten, die Kliniken und die Großbetriebe der Röntgen-Strahlen-Diathermieinstitute. Daher auch der Ruf nach Ambulatorien, in denen die modernen Untersuchungsmethoden jedem Arzte zur Verfügung gestellt werden könnten... Sie sollen in enger Verbindung mit den Krankenanstalten stehen.... Von hier aus soll die ärztliche Betreuung... wie die fürsorgerische und vorbeugende Tätigkeit ausgeübt werden.... In einer noch nicht sozialisierten Gesellschaftsordnung können wir weder der Verstaatlichung ...das Wort reden. Wir sehen die Zukunft der Organisation des Gesundheitswesens in einer genossenschaftlichen Organisation, dessen Träger die Arbeitsgemeinschaft von sozialer Versicherung, Kommunen und Ärzten sind.“ (aus: Der Sozialistische Arzt, 1929, Heft 3)

Scheinbar neue Probleme des modernen Gesundheitswesens und Vorschläge zu ihrer Beseitigung standen schon damals offenkundig auf der Tagesordnung. Auch die Argumente der anderen Seite sind alles andere als neu: „Die Krankenversicherung führt nicht nur zur

körperlichen Verweichlichung, sondern auch zu moralischer Entartung.“ Die Invaliden- und Erwerbslosenversicherung erzeugten Arbeitsscheu und vernichteten den Sparsinn – soweit E. Liek in seinem 1926 erschienenen Buch: „Der Arzt und seine Sendung“.

Der Unternehmer Borsig verlangte 1927, dass der Sozialversicherung Grenzen gesetzt werden, da sie Arbeitssinn und Sparsinn lähmten. Er wandte sich gegen die Forderung, den Acht-Stunden-Tag zu sichern und machte für das Steigen der Krankheitsfälle die Krankenversicherung verantwortlich – Neoliberalismus ante litteram. Der 48. deutsche Ärztetag 1929 forderte, die Sozialversicherung „auf ein gesundes Maß“ abzubauen und dadurch „gleichzeitig die Wirtschaft von einem Teil der sozialen Lasten zu befreien“. „Das Verantwortungsgefühl kann nur durch Einschaltung des Portemonnaies geschärft werden“. „Die Sozialversicherung schwächt und schädigt das Volk in seiner moralischen und seelischen Gesundheit und Widerstandskraft, züchtet körperliche und seelische Lumpen“. Das letzte Zitat stammt übrigens vom nationalsozialistischen Ärztebund – ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Die praktische Umsetzung leistete Brüning mit seiner Notverordnung vom 26.7.1930, worin das Krankengeld herabgesetzt, eine Krankenscheingebühr und eine Selbstbeteiligung der Arzneikosten eingeführt wurden. Folge waren Schließungen von Krankenhäusern, Heilstätten und anderen Heileinrichtungen. In der Notverordnung von 1931 wurde dann ein von der Standesvertretung lang ersehntes Ziel erreicht: Die Kassen durften Verträge nicht mehr mit den einzelnen Ärzten abschließen, sondern nur noch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Nach diesem historischen Exkurs, der zeigen soll, dass weder die Probleme noch die heute propagierten Rezepte der Sozialpolitiker etc. sonderlich originell sind, kommen wir zur Gegenwart.

GESUNDHEIT – EIN MORDSGESCHÄFT

Mit über 10% des BIP, also 500 Milliarden DM Umsatz, davon die Hälfte allein im Bereich der GKV ist das Gesundheitswesen zu einem wesentlichen ökonomischen Faktor geworden. Mit mehr als 4 Millionen Beschäftigten, davon über 1,1 Millionen in den Krankenhäusern, ist es der zweitgrößte „Arbeitgeber“ nach der Automobilindustrie. Insgesamt wurden im Jahr 2000 rund 1,4 Billionen DM für soziale Leistungen ausgegeben. Dass die BRD damit keine Ausnahmerecheinung darstellt, zeigt ein Blick nach Frankreich, wo mit 2 Billionen Francs ein höherer Betrag als der Staatshaushalt durch die Hände der Sozialversicherung fließt. Es geht also um einen riesigen Markt, auf dem Ärzte, Apotheker, Pharma- und Geräteindustrie, gesetzliche und private Krankenversicherung und Klinikinvestoren um den Zugriff konkurrieren. Und ohne dass ein Nutzen für die Leistungen absehbar wäre, fordern die Anbieter immer mehr Geld.

Aus strukturellen Gründen ist dieser Markt besonders anfällig für Außeneinwirkungen, kommt den Ärzten doch aufgrund der begrenzten Wissenschaftlichkeit der praktischen Medizin ein großer Ermessensspielraum bei der Indikationsstellung zu. Eine Studie des Institute of Medicine der National Academy of Science in Washington kommt zu dem

Ergebnis, dass nur etwa 4% der medizinischen Dienstleistungen dem Anspruch auf Wissenschaftlichkeit genügen, während es für 51% überhaupt keinen wissenschaftlichen Nachweis im engeren Sinn gibt und der Rest sich im Mittelfeld bewegt. „In europäischen Universitätskliniken stehen 35 bis 40% der als todesursächlich vermuteten pathogenetischen Prozesse in deutlicher Diskrepanz zum Ergebnis klinischer Obduktionen“. (U. Deppe) Kontrollierte Studien, mit denen z.B. Therapieerfolge getestet werden, erfüllen in den allerseltensten Fällen valide methodische Anforderungen. Jeder ist schon bei gleichem Krankheitsbild mit unterschiedlichen ärztlichen Entscheidungen konfrontiert worden, was mit „medizinischem Sachverstand“ kaum zu erklären ist. Diese Aufzählung ließe sich fortsetzen und soll verdeutlichen, wie weit die Einfallstore für die Profitgeier aus der Pharmaindustrie etc. offen stehen, bzw. welchen Spielraum die „Kostensaniierer“ beim Erstellen von Kosten-Nutzen-Kalkülen und Trennung in medizinisch notwendige Grundleistungen und „komfortable“ Wahlleistungen haben.

Sehen wir uns einige dieser Profiteure näher an:

Anfang letzten Jahrhunderts stellte die Entwicklung neuer und billiger Medikamente für die arme Bevölkerung zweifellos einen Fortschritt dar, wurde ihr dadurch doch ermöglicht, Arzneimittel zu kaufen, die bis dahin nur den Wohlhabenden vorbehalten waren. Heute sieht die Entwicklung im Weltmaßstab so aus, dass 15% der Weltbevölkerung 81% der verkauften Medikamente konsumieren. Diese 15% leben in Nordamerika, der EU und Japan, während Osteuropa, Asien und Afrika mit knapp 11% nahezu leer ausgehen. Aus Sicht der Entwicklungsländer stellt sich das so dar: Jährlich versterben 17 Millionen Menschen an Infektionskrankheiten, davon 97% in den Entwicklungsländern. Wirksame Medikamente dagegen gäbe es in den meisten Fällen – lediglich hat die verarmte Bevölkerung keinen Zugang. Verschärft wird dies Problem noch durch die Strukturanpassungspläne des IWF für diese i.d.R. hoch verschuldeten Länder, wonach der Etat des Gesundheitswesens um bis zu 25% gekürzt werden muss. Auch die Kandidaten der EU-Osterweiterung geraten in diese Falle: Nach der Privatisierung des Gesundheitswesens in Polen stieg die Sterblichkeit im ersten Quartal der Gesundheitsreform um 15%, was 17.000 Todesopfern entspricht. In der Konsequenz hat die Pharmaindustrie die Produktion zahlreicher einfacher, aber effizienter Medikamente eingestellt, weil „mit Patienten wie ihnen kein Profit zu machen ist“. Von rund 1200 Medikamenten, die zwischen 1975 und 1997 auf den Markt gebracht wurden, eignen sich nur 13 zur Behandlung der am häufigsten in den Tropen auftretenden Krankheiten. Folge ist u.a. ein rasanter Anstieg überwundener geglaubter Infektionskrankheiten. Interessantes Terrain sind diese Länder nur noch insofern, als ihre Bevölkerung für Freilandversuche neu entwickelter Präparate erhalten muss.

Hieraus wird ersichtlich, dass die Marktkonzentration dort stattfindet, wo aufgrund der zahlungsfähigen Nachfrage und der Struktur des Gesundheitswesens die höchsten Profite zu erwarten sind. Und die Profitrate ist enorm und liegt mit durchschnittlich 20-30% doppelt so hoch wie in der chemischen Industrie. Allein in den USA erzielten die 10 größten Konzerne im Jahr 2000 einen Umsatz von 179 Milliarden \$, eine Größenordnung, die über

dem BIP bspw. der Niederlande liegt. Der Marktführer Pfizer erwartete allein für das zweite Quartal 2001 eine Gewinnsteigerung von 30%. Der Schweizer Konzern Roche, der im ersten Halbjahr 2001 1.97 Milliarden Euro Gewinn erzielte, entlässt 3000 Leute, da ihm die (in der Tat unterdurchschnittliche) Profitrate von 18% (!! im Jahr 2000 zu gering erscheint).

Seit 20 Jahren bilden die Pharmakonzerne die Vorreiter der Globalisierung, um ihre Unkontrollierbarkeit zu erreichen und die Profite zu vervielfachen. Die größten sind überwiegend das Produkt von Fusionen der letzten Jahre, die jeweils mit erheblichen Entlassungen einhergegangen sind: Novartis, Aventis, GlaxoSmithKline ..., die auf den oligopolistisch strukturierten Märkten in der Regel keine Preiskonkurrenz betreiben und überdies vom jahrelangen Patentschutz profitieren.

Zur Sicherung dieser Profite wird ein gigantischer Werbeaufwand betrieben. Mit hierzulande 20% des Gesamtumsatzes oder 10 Mrd. DM pro Jahr liegt er an der Spitze aller Wirtschaftsunternehmen. Da ca. 80% aller auf dem Markt befindlichen Medikamente überflüssig sind und ebenfalls 80% der Neuerscheinungen absolut keinen Zugewinn bringen, müssen die Meister des gewandten Werbespruchs eine Atmosphäre schaffen, „in der die Psychologie des weißen Riesen herrscht, der jeden Tag durch einen noch weißeren Riesen abgelöst wird“ (Arzneimittelbrief). Die Maßnahmen reichen von unverhüllter Korruption der Ärzte als Inhaber der Verschreibungshoheit über die de facto-Kontrolle der ärztlichen Fortbildung bis hin zur Einflussnahme auf wissenschaftliche Publikationen. So wurden zwischen 1998 und 2000 in der als äußerst seriös geltenden New England Journal of Medicine 19 von 40 der Arzneimitteltherapie gewidmeten Artikel von ärztlichen Mitarbeitern eben der Erzeugerfirmen verfasst.

Eine wirksame Aufsicht über die in ihrer Profitgier über Leichen gehende Industrie (Chloramphenicol, Menocil, Contergan...) gibt es nicht. Das zwölf (!) Jahre nach dem Contergan-Skandal endlich verabschiedete Arzneimittelgesetz von 1976 ist noch immer schlecht bis gar nicht umgesetzt. Die Fachgremien wurden vom Gesundheitsministerium vorsätzlich entmachtet, das ehemalige BGA ist nicht ohne weiteres in der Lage, Medikamente trotz hoher Schadenspotenziale vom Markt zu nehmen. Die Forschung, in die nicht einmal halb soviel wie in die Werbung investiert wird, liegt unmittelbar oder durch direkte Einflussnahme auf Universitäten und staatliche Organisationen mittelbar in den Händen der Industrie, wobei die Ausgaben vom Staat kräftig bezuschusst werden. Und geforscht wird auf dem Gebiet, das den größten wirtschaftlichen Nutzen verspricht. Von 5200 derzeit dem BfArM vorliegenden Neuzulassungsanträgen betreffen 96% sogenannte Analogpräparate, deren Wirkstoffe denen bereits zugelassener Medikamente sehr ähnlich ist und deren Verschreibung schon jetzt mit jährlichen Mehrkosten von 2,3 Mrd. DM zu Buche schlägt. (Deutsches Ärzteblatt, DÄ).

Auch die Folgen der Risiken und Nebenwirkungen sind respektabel. Allein in den USA sterben jährlich fast 200.000 Menschen an den Folgen unzureichender Dosierung, unklarer Indikation und falscher Verordnung von Medikamenten. Die direkten Kosten zur Therapie der Fehlbehandlungen betragen 1994 60 Milliarden \$.

Es versteht sich von selbst, dass Forschung, Herstellung und Verteilung der Medikamente zum Nutzen der Gesellschaft betrieben werden müssen, was nur durch die Vergesellschaftung der Pharmaindustrie und Überführung der Apotheken in Gemeineigentum möglich ist. Als Sofortmaßnahmen wären Positivliste, Preiskontrolle unter Offenlegung der Geschäftsbücher, Öffnung von Krankenhausapotheken für die Allgemeinheit, Verbot von Werbung und wirksame Kontrolle der Forschung und Arzneimittelsicherheit angezeigt. Außerdem der Verkauf von wichtigen Medikamenten in die ärmeren Länder zu dort angemessenen Preisen. Von einer Regierung, die das Arzneimittelbudget aufhebt und sich den angekündigten Preisabschlag auf Medikamente abkaufen lässt, dürften derlei Maßnahmen nicht zu erwarten stehen.

Mit in dieses Ressort fällt die Großgeräte- und Medizintechnik-Industrie. Firmen wie Philips, Siemens, GE etc. setzen allein an französischen Krankenhäusern jährlich 30 Milliarden Francs um. Das Medizintechnik-Unternehmen des neuen DIHT-Chefs Braun (Motto: „Mit unbezahlter Mehrarbeit Arbeitsplätze schaffen“) steigerte seinen Jahresumsatz auf 2,38 Milliarden Euro. Nachdem die Großgeräteverordnung, die eine flächendeckende und wirtschaftliche Aufstellung von teuren medizinischen Spezialgeräten regelte, 1997 gekippt wurde, stieg die Zahl der CT und MRT sprunghaft. Allein in München und Berlin stehen mehr dieser Geräte als in ganz Italien. Und da diese hohen Investitionen zur Amortisation drängen, werden getreu der Devise: „Das Angebot schafft die Indikation“ Hunderte von Millionen für unsinnige und mehrfache Untersuchungen ausgegeben. Als Argument für die steigenden Kosten wird oft der Innovationsdruck bemüht. Es ist jedoch nicht der medizinisch-technische Fortschritt als solcher, sondern die ungesteuerte Anwendung dieser Leistungen dafür ursächlich. Nicht der Bedarf des Patienten sondern die Abrechnungsfähigkeit der erbrachten Leistungen stehen im Mittelpunkt der Entscheidungen.

Deutlich wird dies am Beispiel der Vorsorgeuntersuchungen. Solange diese keine Kassenleistungen waren, wurden sie weitgehend im Rahmen der Möglichkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt (z.B. Röntgenreihenuntersuchungen), ohne dass seitens der niedergelassenen Ärzte Einwände dagegen erhoben worden wären. Seit diese Untersuchungen von den Kassen bezahlt werden, wird eine Beteiligung der öffentlichen Einrichtungen strikt abgelehnt.

Die fehlende Verzahnung zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen ist gesundheitspolitisch in jeder Hinsicht kontraproduktiv. Als einziges Land der Welt leistet sich die BRD den preistreibenden Luxus sowohl einer ambulanten als auch einer stationären fachärztlichen Versorgung, wobei die Kassenärztlichen Vereinigungen als Pressure Group das Anbietermonopol der Niedergelassenen verteidigen. Entgegen der gesetzlichen Regelung zur Grundversorgung stehen 42 000 Hausärzten 83 000 bundesweit niedergelassene Fachärzte gegenüber. Diesem Überfluss steht ein relativer Mangel in den Kliniken gegenüber. Anstelle eines nach international berechneten Standards von einem Arzt pro 400 Einwohner, entfallen hierzulande 240 Patienten auf einen Arzt, wobei strukturschwache Regionen weiterhin unterversorgt sind. Zahlen aus den 70er Jahren, wonach im Arbeiterviertel

Kreuzberg auf 5288 Kinder ein Kinderarzt kommt, im bürgerlichen Zehlendorf das Verhältnis bei 1:802 liegt, sind in der Tendenz weiterhin aktuell.

Eine Untersuchung des Baseler Prognos-Instituts zeigt, dass bei einer Zunahme der Ärzteschaft um 50% sich die Gesundheitskosten verdoppeln. „Im Kanton Appenzell mit 13 Ärzten für 10.000 Menschen kostet die Krankenversicherung monatlich 133 sfr. In Genf, mit 62 Ärzten auf 10.000 Einwohner, müssen die Versicherten die Summe von 320 sfr. monatlich aufbringen.“

Seitens der ärztlichen Standesorganisationen wird die Niederlassungsfreiheit (die inzwischen zur Sicherung der Pfründe der Arrivierten eingeschränkt wurde) als Freiheit schlechthin und als Garant eines „freien Landes“ (DÄ) verteidigt. „Die Ärzteschaft befürwortet die individuelle, personale Medizin anstelle der kollektiven, institutionalisierten Medizin.“ (Hartmannbund) Gemeint ist jedoch die Freiheit von gesellschaftlicher Kontrolle, die Liquidationsfreiheit und die Freiheit von Gewerbesteuer. Hier wird ein Scheinwiderspruch zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen der Sozialversicherten aufgebaut, um den eigentlichen Widerstand gegen eine integrierte ambulante Versorgung nicht offen zu Tage treten zu lassen.

Dabei ergänzen sich auch die Interessen der ärztlichen Monopolisten mit denen der Versicherungskonzerne. Stand der Hartmannbund Anfang der 70er Jahre noch mit Streikdrohungen Gewehr bei Fuß, um einer vermeintlichen Einführung einer Volksversicherung durch die Hintertür infolge des Rückgangs der Privatversicherten und die Ausweitung der Sozialversicherung entgegenzutreten, wittern beide in der geplanten Gesundheitsreform das ganz große Geschäft. Der Hartmannbund verkündet: „Geldleistungen widersprechen dem Sachleistungsprinzip der GKV“ und man müsse die „Eigenverantwortung der Versicherten“ fördern und das Krankengeld in die Hände privater Versicherungsunternehmen legen, wodurch bei zusätzlicher Streichung von Entbindungs-, Mutterschafts- und Sterbegeld 17 Mrd. DM eingespart werden könnten.

Dass diese Beträge in die Honorartöpfe der Niedergelassenen umgeleitet werden sollen, liegt auf der Hand. Die privaten Versicherer fordern eine vollständige Abschaffung der

INPREKORR

INTERNATIONALE PRESSEKORRESPONDENZ

**INPREKORR - die marxistische Monatszeitschrift mit
Berichten von politisch Aktiven aus der ganzen Welt**

Einzelheft: 3 EUR | Jahresabo: 30 EUR | Erm. Abo: 15 EUR

Bestellung bei: Neuer Kurs GmbH, Dasselstr. 75-77 50674 Köln

oder in linken Buchhandlungen

Die Inprekorr wird herausgegeben vom Vereinigten Sekretariat der IV. Internationale

GKV und Ersetzung durch eine private Pflichtversicherung, was wiederum den Liquidationsspielraum der Ärzte erhöht. Die Konkurrenz der Krankenkassen um eine attraktive Klientel wird plausibel, wenn man bedenkt, „dass in westlichen Gesellschaften etwa 30% aller Leistungsausgaben auf die teuersten 1% der Versicherten und bereits 70% aller Leistungsausgaben auf 10% der Versicherten entfallen“ (Blätter für ...)

Diese Anarchie zu Lasten der Allgemeinheit und zum Wohl der Profiteure lässt sich dauerhaft nur beseitigen durch eine Abschaffung ärztlicher Praxen und Verteilung der Ärzte nach planwirtschaftlichen Kriterien in bestehende oder zu schaffende kommunale oder staatliche Einrichtungen, die der Selbstverwaltung unter Kontrolle der Gesundheitsgewerkschaften und der Sozialversicherungsträger unterliegen. Private Versicherungen und die Vielzahl konkurrierender Versicherungsträger sind zugunsten einer allgemeinen Volksversicherung unter Verwaltung der Versicherten abzuschaffen. Auf dem Weg dorthin fordern wir die Auflösung ärztlicher Standesorganisationen als Zwangsvertretungsorgane, Zulassung von Polikliniken zur ambulanten Versorgung und Schaffung von Ambulatorien mit angestellten Ärzten und apparativer Ausstattung durch die Kassen, Änderung des Vergütungssystems, das apparative Leistungen bevorzugt und die Grundversorgung diskriminiert etc.

DIE ENTWICKLUNG IM KRANKENHAUSBEREICH

Von 1990 bis 1999 sank die Zahl der Krankenhäuser um rund 10% und die der Krankenhausbetten um etwa 15%. Gleichzeitig stieg die Zahl der Behandlungsfälle um 20% und ging die durchschnittliche Verweildauer von 15,3 auf 10,4 Tage, also um 30% zurück. Unterdessen wurde das Personal um ca. 26.000 Stellen abgebaut, d.h. immer mehr Arbeit muss in immer kürzerer Zeit von immer weniger Personal bewältigt werden. Nach einer – allerdings einschlägig interessierten und fragwürdigen – Studie des Unternehmensberaters Andersen macht innerhalb der nächsten 15 Jahre – unter dem erhöhten Kostendruck nach der Umstellung auf das Fallpauschalen-Abrechnungssystem – fast jede vierte Klinik pleite und es werden bis zu 40% Betten weiter abgebaut. Auf der anderen Seite haben die privaten Häuser von 1991 bis 1998 ihre Bettenkapazität um 50% gesteigert und die Zahl der Häuser hat um fast 25% zugenommen. Die o.g. Studie prognostiziert einen weiteren Anstieg von 390 auf 600 Häuser.

Auch in den kommunalen und gemeinnützigen Einrichtungen wird – als erster Schritt zur Privatisierung – der gesamte nichtmedizinische Bereich wie Küche, Reinigung, Wäscherei, Bettentransport etc. zunehmend ausgegliedert und an Privatfirmen vergeben, was besonders auf die Arbeitsplätze der Immigrantinnen drückt, die dann unter prekären Bedingungen für diese Fremdfirmen weiterarbeiten. Personallücken werden zunehmend durch Azubis, die ihre Ausbildung finanzieren müssen, auf 630 DM-Basis ausgeglichen. Diese Tendenz zur Privatisierung ist politisch gewollt und wird durch den Rückzug der Öffentlichen Hand aus der steuerfinanzierten Grundversorgung und folglich fehlenden Investitionsmitteln in den Krankenhäusern befördert. Personaler Ausdruck hiervon ist das Engagement des Privatisierungsspezialisten Schröder vom Rhön-Klinikum als Staatssek-

retär im Bundesgesundheitsministerium. Mittlerweile haben sich etwa 20 Klinikketten oder -konzerne etabliert und teilen sich diesen von BörsenanalystInnen als rundum positiv gewerteten Markt.

Ein charakteristisches Merkmal sind zentralisierte Neubauten im Gegensatz zu den aus seuchenhygienischen Gründen traditionell dezentral gehaltenen herkömmlichen Häusern, um so die Arbeitsweise zu optimieren und den Personaleinsatz zu minimieren. So liegt dann auch die Personalaufwandsquote um 20% geringer als in öffentlichen Häusern. Infolgedessen und aufgrund der kürzeren Verweildauer sind die Fallkosten deutlich geringer und damit die Startposition in die Ära der DRG klar besser.

Die Privatisierung der Krankenhäuser vollzieht sich oft in Teilschritten. Nach dem Outsourcing von Teilbereichen folgt eine Änderung der Rechtsform, von wo aus der Weg zum Verkauf nicht mehr weit ist. Dazwischen liegen „Sparpakete“, die die Streichung von Ausbildungsplätzen, Personaleinsparungen und die Einführung einer „leistungsgerechten Bezahlung“ vorsehen. Andere mögliche Zwischenschritte sind Kooperation oder Fusion mit anderen Häusern. Diese Tendenz zur Privatisierung betrifft gemäß dem neoliberalen Verdikt der Regierung auch andere Bereiche der öffentlichen Versorgung, wie Verkehrsbetriebe, Wasser- und Energieversorgung, Kultur, Altenpflege und Jugendhäuser etc.

Daher kann der Widerstand auch nicht erfolgreich sein, wenn er nicht auf alle Bereiche des Öffentlichen Dienstes ausgedehnt wird und letztlich sogar – da die neoliberalen Angriffe global vonstatten gehen – in internationale Solidarität (Nizza, Genua etc.) einmündet. Die Regierung setzt daher auf Einzelschritte und Entzerrung ihrer Maßnahmen, um eine koordinierte Gegenwehr zu erschweren. Und die Gewerkschaft tut ihr oft genug den Gefallen, am Runden Tisch über Wettbewerbsfähigkeit o.ä. mit zu rasonieren anstatt den kollektiven Widerstand zu mobilisieren. So wurde bspw. die Forderung nach einer bundesweiten Konferenz der Gewerkschaft gegen die Privatisierung des Gesundheitswesens und für die Verteidigung des Flächentarifvertrages, um Informationen und Erfahrungen austauschen zu können und ein gegenseitiges Ausspielen zu verhindern, durch den Hauptvorstand zurückgewiesen. Noch tristere Erfahrungen mit der ÖTV wurden in Berlin gemacht, wo der Kampf gegen Privatisierungen torpediert wurde durch Funktionäre, die als Arbeitsdirektoren von der Gegenseite eingekauft worden waren.

Eine notwendige Konsequenz ist daher die organisierte Oppositionsarbeit innerhalb der Gewerkschaftslinken. Ziel muss dabei sein, alle Krankenhäuser wieder in kommunales oder staatliches Eigentum zu überführen, wie auch alle Sanatorien, Pflegeheime etc. in die Hand der selbstverwalteten Versicherungsträger gehören. Für eine staatlich und auskömmlich finanzierte Ausbildung!

DIE „LÜCKEN“ DER KLASSENMEDIZIN

4% der Gesundheitsausgaben fließen in Prävention und Gesundheitsschutz. Dabei könnten „durch bessere Prävention und Gesundheitsförderung ... ca. 25% der heutigen Kosten der Krankenversorgung eingespart werden“ (Prof. Rosenbrock, Leiter der AG Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung). Anfang der 90er Jahre wurden auf

Druck der Unternehmer und ihrer Sachwalter in der Regierung – begleitet von medialem Trommelfeuer („Tropenurlaub auf Kosten der Kassen“) präventive Maßnahmen wider alle volkswirtschaftliche Vernunft aus dem Leistungskatalog gestrichen oder dezimiert. In der Folge stiegen z.B. Ausgaben zur Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden auf ein Vielfaches dessen, was zuvor für Rückenschulungen verauslagt worden waren.

Im Gefolge der Wirtschaftskrisen und der hohen Arbeitslosigkeit leisteten sich die Unternehmer eine Offensive, um mit teils subtilen, meist aber offen repressiven Methoden den Krankenstand unter den Lohnabhängigen zu senken. Aus Furcht vor Konsequenzen bis hin zur Entlassung – oft auch gegen ärztlichen Rat – wurden und werden die Symptome unterdrückt und die Betroffenen gehen weiter ihrer Arbeit nach. Aufgrund des erhöhten Leistungsdrucks (Akkord, Mobbing etc.) steigen arbeits- und berufsbedingte Erkrankungen und die Zahl der Arbeitsunfälle. Der „weiße Tod“ ist wieder zu einer volkswirtschaftlichen Größe geworden.

NEOLIBERALE GESUNDHEITSREFORM

Unter der Maßgabe, die Lohnnebenkosten zum Wohle der Unternehmensgewinne und der angeblich daraus folgenden Investitionsbereitschaft senken zu wollen und unter der weltweit konzertierten Vorgabe, öffentliche Leistungen „zur Steigerung der Effizienz und Ausgabenreduktion“ zu privatisieren wird ein ideologisches Trommelfeuer entfacht. Ging es Bismarck noch um die Herstellung des sozialen Friedens (s.o.) wird dieser nicht länger als nützlich angesehen. Inszeniert wird ein prognostizierter Beitragsanstieg in der GKV bis 2040 auf bis zu 31%, der mit „Demographieeffekt“ und „medizinischem Fortschritt“ begründet wird.

Zur Alternative werden verschiedene Modelle gestellt, die in unterschiedlichem Maße eine Ersetzung der schon heute nicht mehr paritätisch finanzierten Sozialversicherung durch eine gesetzliche Grundversicherung, die noch nicht einmal zur Abdeckung der medizinisch notwendigen Leistungen ausreicht, und eine irgend geartete, vom Versicherten allein zu tragende Zusatzversicherung zur Finanzierung sogenannter Wahlleistungen. Dies bedeutet eine (partielle) Ersetzung des bisherigen Solidar- durch ein Äquivalenzprinzip, d.h. jeder hat soviel Anrecht auf Gesundheit wie er kaufkräftig nachfragen kann. Ausgehend von der in sich stimmigen Erkenntnis, dass „eine notwendige Kostenentlastung ... nicht erreicht werden (kann), wenn nur Bagatelleleistungen und medizinisch nicht notwendige Leistungen ausgesteuert werden“ und die freien Heilberufe (Krankengymnastik, Logopädie etc.) und Gesundheitshandwerker (Rollstühle, orthopädische Schuhe etc.) nicht vollends in den Ruin getrieben werden sollen, „müssen die Einsparverluste durch Überführung weiterer Leistungen in die Wahltarife ausgeglichen werden.“

Diesem Dilemma, unstrittig elementare Versorgungsleistungen über Nacht zu überflüssigem Tand erklären zu müssen, entgehen die Protagonisten, die einer rundum privaten Krankenversicherung das Wort reden. Zur Disposition gestellt werden auch die „versicherungsfremden“ Leistungen (s.o.)

Wenden wir uns den geplanten Vorhaben, ihren Begründungen und den absehbaren Konsequenzen im Einzelnen zu. Allenthalben wird von einer Kostenexplosion gesprochen. Dies trifft jedoch nur zu, wenn die Ausgaben im Gesundheitswesen als absolute Größe betrachtet werden. Setzt man sie in Relation zum BIP, also zum gesellschaftlich verfügbaren Gesamtvermögen, stellt man fest, dass seit 20-30 Jahren ein relativ konstanter Anteil von 9-11% verbraucht wird.

Auf den Mythos der Beschäftigungssicherung bzw. Neugründung von Arbeitsplätzen bei sinkenden Lohnnebenkosten muss hier nicht näher eingegangen werden. Verwiesen werden muss hingegen auf die seit Jahren – und gerade im internationalen Vergleich – sinkenden Lohnstückkosten. Insofern und bei ständig sinkender Lohnquote, die in den letzten 15 Jahren auf 65,9% des BIP und damit nahezu auf Nachkriegsniveau gesunken ist, können die Lohnnebenkosten gar nicht zu hoch sein, was sich auch an der internationalen Wettbewerbsfähigkeit und am Außenhandelsüberschuss ablesen lässt.

Infolgedessen und durch die Abnahme der Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten (allein von 1990 bis 1996 um 2,4 Millionen) und durch den drastisch gebremsten Anstieg der Grundlohnsumme pro GKV-Mitglied (Tarifabschlüsse) besteht eine Erosion der Einnahmehasis, was dadurch noch verschärft wird, dass der Staat in den vergangenen Jahren eigene Finanzierungsverpflichtungen auf die Krankenkassen abgewälzt hat. Durch diesen Verschiebehof wurden die Arbeitslosen- und Rentenversicherung auf Kosten der GKV entlastet.

Unterstellt wird eine Zunahme der Beitragssätze um 3% während der kommenden 50 Jahre durch die Verschiebung der Bevölkerungsstruktur und den Anstieg der mittleren Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate. Bei paritätischer Finanzierung bedeutet dies pro Jahr eine Steigerung von 3 Pfennigen je 100 DM Lohneinkommen, eine lächerliche Größe gemessen an der Produktivitätsentwicklung. Außerdem bedeutet Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung nicht, dass die Alten immer älter werden, sondern dass vorzeitiges Sterben begrenzt wird. Zudem entfällt das Gros der Ausgaben auf die letzten beiden Lebensjahre ungeachtet des Alters. Insofern sind sogar die oben angestellten Berechnungen zu relativieren.

Auf das Argument des rasanten medizinischen Fortschritts sind wir schon eingegangen, indem wir darauf verwiesen haben, dass nicht die Produktinnovation als solches kostentreibend ist, sondern die nicht dem Bedarf, jedoch den pekuniären Interessen des Leistungserbringers folgende Ausweitung der Indikationen.

Zusammenfassend heißt dies, dass das Problem der Sozialversicherung vorwiegend auf der Einnahmeseite liegt. Die Lösungen hierfür wie auch für die Steuerung des Ausgabenanstiegs erschließen sich von selbst. Auch bezüglich der Konsequenzen für die versicherten Lohnabhängigen spricht das Kanzlerpapier für sich.

(Miwe 05.01.2002)

Gesundheit – ein Mordsgeschäft

„Unter Gesunden ist
der Arzt überflüssig.“
(Tacitus)



Aber wer gesund ist und wer nicht, das definiert eben dieser Arzt. Auch aus diesem Grunde hat der sog. „Gesundheitssektor“ im Laufe der letzten 150 Jahre in den kapitalistischen Industriegesellschaften ein immer größeres ökonomisches Gewicht bekommen. Im ausgehenden 20.Jh. erreichten die Ausgaben für „Gesundheit“ in diesen Ländern einen Anteil von 10-15% des Brutto

sozialproduktes – ein gesundes Geschäft für die einschlägige Industrie. Kein Wunder, dass die „Gesundheits“-Industrie auf die endgültige Zurichtung des Medizinsektors im Sinne der „freien Marktwirtschaft“ drängt. Die Anzeichen dafür sind nicht zu übersehen: Leistungseinschränkungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, Zuzahlungen, und die Propagierung von privater Zusatzversicherung. In den unterentwickelt gehaltenen Ländern der Peripherie findet sich demgegenüber eine absolute Unterversorgung selbst bei den banalsten Gesundheitsproblemen mit der Folge des Massensterbens an verhinder- und behandelbaren Krankheiten wie z.B. Tuberkulose, Magen-Darm-Infektionen und Aids. Dass es den Akteuren auf dem „Gesundheitsmarkt“ nicht um Gesundheit, sondern um Profit geht, ist offensichtlich.

WAS IST GESUNDHEIT?

Die WHO definiert sie als den „Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“. Nimmt man diese Begriffsbestimmung als Ausgangspunkt, so muss man feststellen, dass es sich bei den derzeit existierenden sog. Gesundheitssystemen und der hinzu gehörigen Gesundheitspolitik um etwas ganz anderes handelt. Sogar bürgerliche Wissenschaftler sprechen deshalb auch nicht von Gesundheits- sondern von Krankenbehandlungssystem.

Dies spiegelt sich in der Ausgabenverteilung der gesetzlichen Krankenversicherung wider: Über 90% der Ausgaben werden für die Erkennung und Behandlung bestehender Krankheitszustände verwendet, der Anteil, der für Prävention und Gesundheitsförderung aufgewendet wird, ist verschwindend gering, d.h. geringer als die Verwaltungskosten. In unseren Gesellschaften werden Gesundheit und Krankheit als individuelles Problem begriffen und die sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit weitgehend ausgeblendet.

Paradox ist dabei, dass alle zur Verfügung stehenden Daten zeigen, dass die entscheidenden Durchbrüche im Bereich der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung in den letzten 150 Jahren nicht in erster Linie auf den Fortschritten der individuellen Krankenbehandlung, sondern auf der Verbesserung der allgemeinen Lebensumstände (Hygiene, Wohn- und Ernährungssituation) beruhen.

Diese Feststellungen sind übrigens auch unter bürgerlichen Gesundheitswissenschaftlern unbestritten.

Eine Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdient, muss deshalb folgerichtig in erster Linie auf die sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im weitesten Sinne abstellen und darf sich nicht darauf beschränken, z.B. ausschließlich den freien und gleichen Zugang zu dem bestehenden Versorgungssystem zu fordern. Was wir brauchen, ist nicht eine „Demokratisierung“ des bestehenden Medizinsystems, sondern eine Gesundheitspolitik, die sich als Gesellschaftspolitik begreift.

DIE PROFITMASCHINE

Mit über 10% des Bruttosozialproduktes, also ca. 250 Mrd. Euro Umsatz, ist in der BRD der medizinisch-industrielle Komplex ein gewichtiger ökonomischer Faktor. Mehr als 4 Mio. Beschäftigte arbeiten in diesem Bereich, davon über 1,1 Mio. in den Krankenhäusern. Es geht also um einen riesigen Markt, auf dem Ärzte, Apotheker, Pharma- und Geräteindustrie, gesetzliche und private Krankenversicherungen und Privatinvestoren um ihren Anteil an dem großen Kuchen konkurrieren. Dabei haben es die Leistungsanbieter, allen voran die Ärzte, bisher geschafft, den Eindruck zu erwecken, dass ihre „segensreiche“ Tätigkeit zu einer ständigen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung geführt habe. Dass z.B. eine amerikanische Studie des Institute of Medicine der National Academy of Science in Washington zu dem Ergebnis kommt, dass nur etwa 4% der medizinischen Dienstleistungen dem Anspruch an Wissenschaftlichkeit genügen, während es für 51% überhaupt keinen wissenschaftlichen Nachweis gibt, wird verschwiegen.

Im Prinzip fließen die verfügbaren Mittel deshalb auch nicht in die Bereiche, in denen sie gesundheitspolitisch am sinnvollsten verwendet würden, sondern dahin, wo die höchsten Profite zu erwarten sind. Heute konsumieren 15% der Weltbevölkerung (Nordamerika, EU und Japan) 81% der verkauften Medikamente. Osteuropa, Asien und Afrika konsumieren einen Anteil von 11%. 97% der insgesamt 17 Mio. Menschen, die an Infektionskrankheiten jährlich versterben, leben in sogenannten Entwicklungsländern. Die Pharmaindustrie hat konsequenterweise die Produktion vieler Medikamente eingestellt, z.B. gegen

Tropenkrankheiten, weil mit ihnen aufgrund der Armut der Betroffenen kein Geschäft zu machen ist. Entsprechend wurde auch die Forschung auf diesem Gebiet zurückgefahren oder eingestellt. Dafür darf die Bevölkerung dieser Länder als Testobjekt für neuentwickelte Präparate für die Industrieländer erhalten – Indien ist z.B. der größte Testmarkt für Medikamente.

Die explosionsartige Entwicklung des medizinisch-industriellen Komplexes ist nur zu verstehen, wenn man sich ein wenig mit der Geschichte und den ökonomischen Grundlagen unseres Medizinsystems befasst.

RÜCKBLICK

Die rasante Entwicklung der Industriegesellschaft im 19.Jh. führte zur zunehmenden Verstädterung mit der Folge der Entwurzelung großer Massen der Bevölkerung und des Zusammenbruches gewachsener sozialer und familiärer Netzwerke. Die zunehmend komplizierter und störungsanfälliger werdende Binnenorganisation der aufstrebenden kapitalistischen Gesellschaft erforderte Mechanismen zur Kontrolle der drohenden Gefahren durch die gesundheitlichen Folgen der Vermassung (wie Seuchen und Mangelkrankungen), sowie durch die politischen Gefahren (zyklische Krisenerscheinungen wie Arbeitslosigkeit und Verelendung). Gleichzeitig brachte die rasante Entwicklung der Naturwissenschaften die Grundlage für ein rationales Verständnis körperlicher Krankheitszustände und damit auch für entsprechende Behandlungsmaßnahmen.

Durch staatliche Eingriffe (Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung), die die vorher bereits existierenden Selbsthilfevereinigungen (Hilfs- und Sterbekassen, Gesellenvereine) gesetzlich reglementierten, wurde versucht, der gesundheitlichen Folgen der industriellen Entwicklung Herr zu werden. In den unterschiedlichen Industriestaaten nahmen diese staatlichen Eingriffe unterschiedliche Formen an. In Deutschland bildet die Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1884 bis heute die Grundlage für die Risikoabsicherung im Krankheitsfall. Nachdem die RVO in ihren Grundzügen (Versicherungspflicht, Solidarprinzip, Sachleistungsprinzip) über fast hundert Jahre unangetastet geblieben war, wurde sie in den letzten 20 Jahren zunehmend ausgehöhlt.

Die Gründe dafür, dass das bisherige kollektive System der Risikoabsicherung im Krankheitsfall zunehmend zerstört wird, liegen nicht, wie uns Politiker und Ökonomen glauben machen wollen, in der sog. Kostenexplosion. So ist bekannt, dass das am wenigsten solidarisch verfasste Medizinsystem, nämlich das der USA, gleichzeitig das teuerste ist.

WA(H)RE MEDIZIN

Lange Zeit war der Bereich der Medizin noch stark von Gebrauchswertproduktion bestimmt. Aber mit der Ausdehnung der kapitalistischen Warengesellschaft kam es im 20. Jahrhundert auch zur zunehmenden Ausprägung von Warenproduktion und Warenbeziehungen im Medizinsektor. Dieser Sektor ist zwar dem Reproduktionsbereich zuzuordnen und zunächst unproduktiv: „ Wenn durch die Teilung der Arbeit eine Funktion, die an und für sich unproduktiv, aber ein notwendiges Moment der Reproduktion ist, aus der Neben-

verrichtung vieler in die ausschließliche Verrichtung weniger verwandelt wird, in ihr besonderes Geschäft, so verwandelt sich nicht der Charakter der Funktion selbst“ (Karl Marx); jedoch versteht die bewusste Logik des Kapitals es durchaus, sich den Reproduktionssektor, der primär nicht Mehrwert produzierend ist, nutzbar zu machen.“ Die Logik des Kapitals geht also darauf aus, brachliegendes Kapital in Dienstleistungskapital umzusetzen und gleichzeitig Dienstleistungskapital durch produktives Kapital, d.h., Dienstleistungen durch Waren zu ersetzen.“ (Ernest Mandel)

In diesen beiden Sätzen liegt der ökonomietheoretische Schlüssel für die derzeitige rasante Entwicklung des Medizinsystems. Das Eindringen der Warenproduktion in diesen Bereich (Großtechnik, Einmalmaterial, EDV, „Cybermedizin“, Gentechnik) setzte allerdings eine gewisse Größe des entsprechenden „Marktes“ voraus. Erst dies machte die industrielle Massenproduktion von medizinischen Verbrauchsgütern lukrativ. Insofern war die Entwicklung der geschilderten sozialen Sicherungssysteme mit dem Aufbau eines umfassenden Medizinwesens die Voraussetzung für das ungehemmte Eindringen der Warenproduktion in diesen Sektor. Die inzwischen eingetretene teilweise Verselbständigung des „medizinisch-industriellen Komplexes“ resultiert zum einen aus dem Umfang, den dieser Komplex seitdem angenommen hat und zum anderen aus der Tendenz des Kapitals, nach Investitionsbereichen mit hohen Profitmargen zu suchen.

Und Umfang und Profitraten in diesem Komplex sind tatsächlich enorm. In den entwickelten Industriestaaten beträgt der Anteil der gesamten „Gesundheits“-ausgaben am Brutto sozialprodukt wie gesagt inzwischen zwischen 10 und 15%. Im Pharma-/Gentechnik-/Gerätebereich wird mit Profitraten zwischen 10 und 30% gerechnet

Der Ökonom Ernest Mandel hat die inzwischen eingetretene Entwicklung bereits 1972 treffend charakterisiert: „ Als nächsten Alptraum empfehlen wir die Vorstellung des massenhaften Eindringens von Warenverhältnissen in die Medizin- und Chirurgiesphäre... mit Kauf und Verkauf von Körperteilen und Organen, komplett mit Konkurrenz, Profitmaximierung, Vermittlungs-, Versand-, Aufbewahrungs-, Kredit- und Reparaturdiensten“. So ist die in den letzten Jahren zu beobachtende Tendenz, medizinische Versorgung als Dienstleistung zunehmend durch den Einsatz technischer Konstrukte (computerassistierte Operationen, automatisierte Diagnostik- und Behandlungsabläufe, Ersatzteilchirurgie etc.) zu ersetzen, nicht, wie uns die Protagonisten dieser Entwicklung weismachen wollen, durch die dadurch zu erreichende höhere medizinische Qualität bedingt. In Teilbereichen kann dies bereits jetzt als widerlegt gelten. Der Hauptgrund ist tatsächlich das Eindringen des Warenprinzips in den Dienstleistungsbereich „medizinische Versorgung“.

Dem Staat als ideellem Gesamtkapitalisten fällt dabei die Rolle zu, zwischen den widerstreitenden Interessen zu vermitteln – so erklärt sich der Spagat, den die staatlichen „Gesundheitspolitiker“ sowohl in der BRD wie auch in anderen westlichen Industriestaaten präsentieren, wenn sie einerseits eine allgemeine Grundabsicherung zur Abfederung der Folgen ihrer gesundheitsfeindlichen Gesellschaftspolitik beibehalten, andererseits über die Propagierung „privater“ Absicherung der Industrie neue und lukrative Felder für Profite in diesem Bereich eröffnen wollen.

Die Diskussion darum, ob der „Gesundheitssektor“ in den entwickelten Industriegesellschaften „zu teuer“ sei, geht deshalb weitgehend am eigentlichen Problem vorbei. In Wahrheit dreht es sich darum, dass mit dem Kostenargument und der gleichzeitig initiierten Debatte um „Eigenverantwortung“ der Weg geebnet werden soll zur Zurichtung dieses höchst profitablen Sektors als „ganz normalen“ Gesundheitsmarkt, auf dem die entsprechenden Leistungen als gewöhnliche Ware vertrieben und der Zugang hierzu einzig und allein durch die finanzielle Potenz der „Kunden“ gesteuert wird.

Dahinter steckt zum einen der Druck der „marktradikalen“ Anbieter, zum anderen der jener Kapitalfraktionen, die durch die Auslagerung ihrer externen Kosten auf die bisher Solidarversicherten die Mitfinanzierung der Profite der ersteren möglichst vermeiden wollen.

Dabei geht es um die sog. „Lohnnebenkosten“. Der Präsident des Bundesverbandes der deutschen Arbeitgeberverbände, Dieter Hundt, sagte es am 11.9.2000 in einem Interview mit der Leipziger Volkszeitung ganz offen: „Für die Krankenversicherung ist, wie bei der Rente, eine Zweiteilung der Versorgung mein Ziel. Gesetzlich abgesichert wird nur noch die Basisversorgung, darüber hinausgehend muss individuell versichert werden, wobei der Versicherungsnehmer die Kosten selbst zu tragen hat.“

Gesellschaftspolitisch ist genau dies der wichtigste Hebel für die weitere marktwirtschaftliche Zurichtung des „Gesundheitssektors“, denn die Ideologie von den Lohnnebenkosten reicht weit bis in die Reihen der Beschäftigten. Für diese Verwirrung sind letztlich auch die Gewerkschaftsvorstände mitverantwortlich, wenn sie der Absenkung der Lohnnebenkosten das Wort reden.

die internationale - theorie

***Bisher erschienen in der Reihe die internationale - theorie u.a. folgende Titel
(Eine Übersicht aller lieferbaren Titel findet sich unter www.rsb4.de):***

- | | | | |
|--------|--|--------|---|
| Nr. 3 | Einführung in die marxistische
Wirtschaftstheorie | Nr. 21 | Intelligenz und Klassenkampf |
| Nr. 7 | Faschismus heute | Nr. 22 | 1968 - Die unvollendete Revolte |
| Nr. 11 | Freies Kurdistan | Nr. 23 | Stalinismus |
| Nr. 13 | Eigentum verpflichtet - zu nichts! | Nr. 24 | Wer hat die Macht in Euroland?
Die EU - ein antidemokratisches Projekt |
| Nr. 17 | Der Mythos der Globalisierung | Nr. 25 | Strukturen der Geschichte - Einführung in
den historischen Materialismus |
| Nr. 18 | Che Guevara | Nr. 26 | Arbeiterkontrolle der Produktion |
| Nr. 19 | Im Herzen der Bestie - Zur Theorie und
Praxis der Stadtguerilla.
Teil 1 - Modell Deutschland | Nr. 27 | Die IV. Internationale und der Krieg |

Bezugsbedingungen: Je Exemplar 3 EURO, bei Sammelbestellungen ab 5 Expl. 2,50 EURO (zuzgl. Porto). **Bestellungen:** RSB Hamburg c/o Gerlef Gleiss, Steinwegspassage 6, 20355 Hamburg; Email: hamburg@rsb4.de

GESUNDHEITSPOLITIK IST GESELLSCHAFTSPOLITIK

Gesundheit im Sinne der WHO ist ein Gut, das jedem Menschen ungeachtet des Geschlechts, der Hautfarbe, der ökonomischen Lage gleichermaßen zusteht. Gesundheitspolitik ist in erster Linie Gesellschaftspolitik. Gesundheitsförderliche Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen sind die Grundvoraussetzung für die Wiedererlangung und die Erhaltung von Gesundheit. Ein Gesundheitsprogramm, das diesen Namen verdienen soll, muss deshalb an erste Stelle gesellschaftspolitische Maßnahmen setzen, die eine gesundheitsförderliche Umwelt im weitesten Sinne zum Ziel haben. Erst an zweiter Stelle steht – wie eingangs begründet – die Schaffung eines für alle zugänglichen, rational geplanten Systems von Krankenbehandlungseinrichtungen, die sich mit den Krankheitsproblemen des Individuums beschäftigen.

Deshalb ist zu fordern, dass grundsätzlich alle Infrastrukturmaßnahmen, seien es beispielsweise die Verkehrsplanung, die Planung von Ansiedlungsprojekten oder von Industrieanlagen, als erstes auf ihre Gesundheitsverträglichkeit überprüft werden müssen. Dabei spielt die Zurückdrängung des – Stress-, Lärm- und Umweltbelastung verursachenden – Individualverkehrs eine mindestens ebenso große Rolle wie die gesundheitsverträgliche Gestaltung von Produktionsanlagen und Wohngebieten.

Gleiches gilt für die Lebensbedingungen am Arbeitsplatz. Stress, Überstunden, Schicht- und Nachtarbeit sind mitverantwortlich für den Killer Nr. 1 in den Todesstatistiken, die Herz- und Kreislauferkrankungen. Verbot von Schicht- und Nachtarbeit beispielsweise als Sofortforderung ist eine erheblich wirksamere Gesundheitsmaßnahme als die kostenlose Abgabe von Medikamenten, die die dadurch verursachten Probleme lindern sollen. Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Verteilung der Arbeit auf alle Hände durch entsprechende Verkürzung der Arbeitszeit sind keine „Arbeiterschutzforderungen“ sondern in diesem Sinne Forderungen an eine rationale Gesundheitspolitik.

Darüber hinaus ist zu fordern, dass sämtliche Industrieprodukte, insbesondere Nahrungsmittel, auf ihren gesundheitlichen Nutzen, respektive ihre Schädlichkeit überprüft werden müssen. Als Sofortforderung wäre das Verbot der Werbung für alle gesundheitlich schädlichen Produkte wie z.B. alkoholische Getränke, Tabakwaren, Süßigkeiten zwingend. Als nächstes wäre zu fordern das Produktionsverbot für gesundheitsschädliche Produkte.

Generell gilt: Krankheitsvermeidung durch entsprechende gesellschaftspolitische Maßnahmen ist erheblich effektiver als sämtliche Maßnahmen der Früherkennung und der Behandlung existierender Krankheiten. Es geht dabei sozusagen darum, die kapitalistische „Gesundheitspolitik“, die darauf gerichtet ist, das Kind erst in den Brunnen fallen zu lassen und es dann mit einem riesigen Kostenaufwand halb ertrunken wieder zu Tage zu fördern, vom Kopf auf die Füße zu stellen.

Alle genannten gesundheitspolitischen Vorhaben können allerdings nur dann erfolgreich sein, wenn sie nicht administrativ „von oben“ verordnet, sondern kollektiv von den Betroffenen in demokratischen Entscheidungsprozessen auf lokaler und regionaler Ebene diskutiert, geplant, beschlossen und durchgeführt werden. Eine der wichtigsten Voraussetzungen hierfür ist eine intensive Bildungsarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung, die

sich im Gegensatz zum jetzigen „Mainstream“ nicht auf die Propagierung der individuellen Verantwortung für die eigene Gesundheit wie zum Beispiel in der derzeitigen „Wellness“-Mode beschränken, sondern gleichgewichtig auf die kollektive gesellschaftliche Verantwortung für die eigene und die Gesundheit anderer abheben muss.

Natürlich ist es illusionär zu meinen, dass über eine Umsteuerung der Gesundheitspolitik im obengenannten Sinne der gesamte medizinische Komplex überflüssig zu machen wäre: Eine Treppe hinunterfallen, mit einer Behinderung geboren werden, eine Infektion erleiden, all dies wird auch eine gesundheitsförderlich organisierte, egalitäre Gesellschaft nicht aus der Welt schaffen können.

Aber das heutige System der Krankenversorgung in Deutschland ist ineffektiv, falsch dimensioniert und geprägt von privatem Gewinnstreben der Agierenden. Die Ärzte, die im 19. und 20. Jahrhundert die Deutungsmacht in diesem Sektor fast vollständig okkupiert haben, sind öffentlicher Kontrolle weitgehend entzogen, obwohl es sich um ein öffentlich, d.h. kollektiv finanziertes System handelt. Über den Mechanismus der sogenannten Selbstverwaltung bestimmt die Ärztekaste weitgehend selbst über Aus- und Weiterbildung (Ärztekammern als Institute öffentlichen Rechts) und über Mittelverteilung (Kassenärztliche Vereinigungen, „Sicherstellungsauftrag“). Darüber hinaus bestimmt der Ärztestand auch noch weitestgehend die Ausbildung und das Selbstverständnis der sogenannten „medizinischen Hilfsberufe“. Auf diese Weise ist der gesamte Gesundheitsbereich der demokratischen Kontrolle in großem Maße entzogen und dies wird durch die derzeit stattfindende marktwirtschaftliche Zurichtung des Gesundheitssektors noch verschlimmert. Wie die Beispiele der Entwicklung der Transplantationsmedizin und der Gentechnik zeigen, führt das Prinzip Marktwirtschaft und „Freiheit der (medizinischen) Wissenschaft“ dazu, dass elitäre, für die Masse der Bevölkerung auf Sicht weder nützliche noch erhältliche Gesundheitsleistungen mit öffentlichen Mitteln finanziert und dann für eine kleine vermögende Minderheit nutzbar gemacht werden.

WAS WIR WOLLEN

Die irrationale, nur historisch zu erklärende Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung führt zu medizinisch kontraproduktiven und für die PatientInnen gefährlichen Reibungsverlusten wie auch zu ökonomischer Verschwendung.

Die Deutungs- und Bestimmungsmacht muss deswegen denen übergeben werden, die das System finanzieren. Dazu ist notwendig die Beseitigung der öffentlich-rechtlichen (übrigens in dieser extremen Ausprägung teilweise aus dem Dritten Reich stammenden) Verfasstheit des Ärztestandes, Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Aufhebung der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Der gesamte medizinisch-industrielle Komplex, der sich aus kollektiven Mitteln speist, seine Profite aber privatisiert, muss aus der Profitsphäre herausgenommen und in öffentliches Eigentum überführt werden. Nur damit kann verhindert werden, dass die Investitionsmittel, statt im Sinne einer rational geplanten Gesundheitspolitik verwendet zu werden, in die

Bereiche mit den größten Gewinnaussichten fließen – derzeit die Gentechnik und z.B. auch die kosmetische Chirurgie – während z. B. der Bereich der Versorgung von chronisch Kranken zurückbleibt und allenfalls noch als willkommener Pool für Medikamententestungen betrachtet wird – wie in der europäischen Übereinkunft zur Forschung an sogenannten „nichteinwilligungsfähigen Personen“ nachzulesen.

Statt des bisherigen Systems von Einzelpraxen und davon getrennten Krankenhäusern soll ein Netz von Ambulatorien geschaffen werden, in denen Kollektive von gleichberechtigt zusammenarbeitenden GesundheitsarbeiterInnen die ambulante Krankenbehandlung ebenso sicherstellen, wie den örtlichen und regionalen Körperschaften als BeraterInnen in allen gesundheitlichen Fragestellungen im gesellschaftspolitischen Sinne dienen. Ein nach Bedarfsgesichtspunkten geplantes Netz von Einrichtungen zur stationären Versorgung ist davon nicht getrennt, sondern nimmt die gleichen Aufgaben wahr. Es findet eine regelmäßige personelle Rotation zur Erweiterung des Gesichtskreises und zur kontinuierlichen Weiterbildung statt. Die Beschäftigten sind ausschließlich den Bürgern ihres Einzugsbereiches verantwortlich und rechenschaftspflichtig und sind durch die gewählten lokalen und regionalen Körperschaften jederzeit abwählbar.

Dementsprechend wird die Finanzierung eines solchen Systems auch nicht über das bisherige System der Krankenversicherung zu realisieren sein. Als Übergangsforderungen wäre gleichgewichtig die Entprivatisierung der medizinischen Industrie, die Abschaffung der Versicherungshöchstgrenze und die Überführung der zersplitterten Einzelversicherungen in eine allgemeine Krankenversicherung zu fordern, die allerdings nicht als ein bürokratischer Koloss zentralisiert verwaltet, sondern in lokale und regionale Körperschaften aufgliedert und direkt und zu 100% von den Mitgliedern verwaltet wird. Diese Versicherung – bezahlt zu 100% vom „Arbeitgeber“ – steuert dann über Auftragvergabe die Forschungs- und Produktionsaktivitäten der Medizinindustrie und die Forschungsaktivitäten der entsprechenden, z.B. universitären, Institute.

Ein solches System wäre in jedem Fall effektiver, billiger und sicherer für die Kranken, und es würde eine wirklich gleiche, allgemeine und umfassende Absicherung gegen Krankheitsrisiken gewährleisten, auch und insbesondere für die Gruppen, die im heutigen System offensichtlich benachteiligt werden: Alte, chronisch Kranke, ausländische MitbürgerInnen.

GESUNDHEIT OHNE GRENZEN

Angesichts der extremen Ungleichheit zwischen den kapitalistischen Industriestaaten und den Ländern der Peripherie kann Gesundheitspolitik nicht an den nationalen Grenzen halt machen. Als Sofortforderung zur Behebung der dringendsten Gesundheitsprobleme ist der freie Technologietransfer durch Streichung der Patentrechte auf Medikamente und Medizintechnik zu nennen. Bis zum Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur in den unterversorgten Regionen muss die Krankenversorgung durch die entwickelten Länder mit sichergestellt werden.

(Politisches Komitee des RSB, 23.3.2002)

Öffentliche Gelder und private Profite



Mit dem am 17. April verkündeten Haushaltsplan hat sich die britische New Labour Regierung einer massiven Investition von Steuergeldern in den unterversorgten NHS verschrieben.

Ein kürzlich vom Finanzministerium in Auftrag gegebener und von Derek Wanless, dem ehemaligen Boss der National Westminster Bank, verfasster Bericht besagt, dass das Ge-

sundheitswesen in Britannien im Vergleich zu dem anderer EU Staaten systematisch unterversorgt ist. In den letzten 30 Jahren wurde ein Loch von mehr als 320 Milliarden Euro geschaffen, so dass heute ein erster Fortschritt nur durch massive Neu-Investitionen geschehen kann.

Der „Wanless Report“ hat ebenfalls die verschiedenen Systeme zur Finanzierung des Gesundheitswesens innerhalb der EU und Australiens untersucht. Er kam zu dem Schluss, dass das britische Gesundheitssystem, das 1948 von der Labour Partei eingeführt wurde und in dem der Großteil der Versorgung kostenlos ist und durch die allgemeine Steuer finanziert wird, der kostensparendste Weg ist, um die Risiken auf eine größtmögliche Bevölkerung zu verteilen.

Diese Schlüsse stehen in krassem Gegensatz zur Auffassung der oppositionellen Konservativen Partei. Diese hatte während ihrer Regierungszeit von 1979 bis 1997, vor allem in der Zeit unter Margarete Thatcher wild entschlossen ein Privatisierungsprogramm vorangetrieben und jahrelang Ausgabenkürzungen durchgesetzt. Als Teil ihres Privatisierungskreuzzuges überließen die „Tories“ viele Versorgungsbereiche der Krankenhäuser – das Reinigungswesen, die Küchen, die Wäschereien und den Krankentransport – profitorientierten Privatfirmen, woraus Unterbezahlung, der Verlust Tausender Arbeitsplätze sowie eine Verschlechterung der Hygiene und Qualität der Versorgung resultierten.

Die „Tories“ haben eine lange Geschichte des Widerstands gegen die grundsätzlichen Prinzipien des NHS, bis es im Juli 1948 unter großem öffentlichen Jubel von der Labour Partei ins Leben gerufen wurde.

Nichtsdestotrotz wurden die ideologischen Differenzen der Rechten gegen das „sozialistische“ Prinzip der Risikoverteilung und dem Umstand, dass die Reichen für die Gesundheitsversorgung der Armen bezahlen, zugunsten dem pragmatischen Wunsch nach Wählerstimmen einer Bevölkerung, die das NHS sofort befürwortete, zunächst fallen gelassen. Es entwickelte sich eine Art Konsens zwischen den Parteien und 1962 verwirklichte der (rechte) Tory Gesundheitsminister Enoch Powell den ersten Plan für neue Kapitalinvestitionen in Krankenhäuser und Einrichtungen, seit der Einführung des NHS.

AUFGABE DES KONSENS

Der Konsens hielt bis vor ein paar Monaten: Sogar Thatcher, die kein Geheimnis daraus machte, dass sie persönlich ihre private medizinische Versorgung vorzog und 1989 das NHS radikal marktgerecht „reformierte“, hat niemals versucht das Prinzip der kostenlosen Versorgung durch Krankenhäuser und Hausärzte zu untergraben.

Ihre Regierung erhöhte die Gebühren für zahnärztliche Untersuchungen, privatisierte die Versorgung mit Brillen und erhöhte massiv die Kosten für Rezepte: Sie versuchte jedoch keine weiteren grundsätzlichen Privatisierungen der Versorgung durch das NHS.

Aber die Glanzzeit der Tory-Herrschaft ist eine verblässende Erinnerung und die Partei (nun eine kleine Minderheit im Unterhaus) hat eine neue, sehr rechte Führung unter Ian Duncan Smith, die dabei ist mit dem Konsens über das NHS zu brechen. Die heutigen Tories wollen eine weitaus größere Rolle des privaten Sektors, mit mehr Behandlung gegen Bezahlung, die aus den Ersparnissen der Patienten aufgebracht werden soll, und die medizinische Privatversicherung soll das steuerfinanzierte Gesundheitswesen ablösen.

Gordon Browns Haushaltsplan sieht für den NHS-Etat eine zusätzliche große Finanzspritze von insgesamt bis zu 40 Milliarden Pfund (64 Milliarden Euro) für die nächsten fünf Jahre vor. Der Anteil des Bruttosozialproduktes, der für das Gesundheitssystem ausgegeben werden soll, wird von 7,7 Prozent auf 9,4 Prozent steigen. Das ist in etwa der Anteil, der in der EU und den OECD-Staaten im Durchschnitt ausgegeben wird, allerdings immer noch weniger als in der BRD mit mehr als zehn Prozent.

Dass nahezu die gesamte Erhöhung öffentlich durch erhöhte Steuern finanziert werden wird, ist das Besondere an diesem Labour-Plan. Im Vergleich dazu akzeptieren die Tories, dass zusätzliche Mittel unerlässlich sind, um zu erreichen, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung mit dem Niveau der meisten EU-Länder gleichzieht. Sie argumentieren allerdings, dass dies durch eine Erhöhung der Ausgaben des BSP für den privaten Sektor erreicht werden sollte. Hierin fließt zur Zeit nur ein Prozent.

Trotz der scharfen politischen Diskrepanz zwischen New Labour und den Tories – wobei Labour-PolitikerInnen sich entschieden gegen teurere und differenziertere Systeme nach dem Muster der deutschen Sozialversicherungen oder privater Krankenversicherungen

wenden – heißt das nicht, dass es nicht Bestrebungen in Richtung einer weiteren Privatisierung des NHS gibt.

PRIVATISIERUNG UNTER NEW LABOUR

Die größte und dramatischste Privatisierung fand im Zusammenhang mit dem Hauptstadtprogramm des NHS statt, wo nahezu jedes große Krankenhausbauvorhaben jetzt privat durch die sogenannte Private-Finanzierungs-Initiative (PFI) finanziert wird. Lediglich vier große Krankenhausprojekte werden jetzt öffentlich finanziert, im Vergleich zu 65, die durch die PFI finanziert werden.

Der Labour-Plan für den NHS beinhaltet, 100 neue Krankenhäuser zu bauen. Nahezu alle davon durch die PFI finanziert. Dabei soll ein privates Konsortium das Krankenhaus und eine damit zusammenhängende Servicegesellschaft finanzieren, entwerfen, bauen und betreiben, und dann das Gebäude an den NHS für 30 oder mehr Jahre vermieten.

Nach diesem Plan soll das PFI-Abkommen in einem Wert von sieben Milliarden Pfund (nahezu elf Milliarden Euro) bis 2010 umgesetzt sein. Nahezu 38 Pläne im Wert von vier Milliarden Pfund sind schon freigegeben worden. Aber die Kosten dafür – schätzungsweise reichen sie an die 4,5 Milliarden Pfund pro Jahr in einem Indexgebundenen Pachtvertrag und Serviceleistungen – werden vom Etat der öffentlichen Einnahmen der örtlichen NHS-Fonds bestritten werden müssen, was eine extra Belastung für die alltäglichen Dienstleistungen verursachen wird.

Ein Nebeneffekt von PFI wird die Privatisierung von grundlegenden Vermögenswerten der NHS-Krankenhäuser und der Ländereien sein, was auf die Verstaatlichung von 1948 zurückgeht. 2010 wird etwa ein Drittel des gemeinsamen Besitzwertes des NHS von 23 Milliarden Pfund effektiv privatisiert sein. Das Gesundheitswesen wird von einem Haus- und Grundbesitzer zu einem Mieter umgewandelt.

Wanless hat sogar noch mehr neue Krankenhäuser als im NHS-Plan vorgesehen gefordert. Bis zu 250, die bis 2020 zu bauen wären. Wenn die aktuelle Politik fortgeführt wird, wird es dazu führen, dass eine Menge des zusätzlichen Geldes, das der Gesundheitsversorgung durch Gordon Brown zugeteilt worden ist, dazu benutzt wird, Miete für Krankenhäuser im Privatbesitz zu zahlen, was wiederum einen langfristigen Profitfluss für Bankenkonzerne, Entwickler und Anbieter erzeugt.

Gewerkschaften im Gesundheitswesen und Berufsorganisationen, die Ärzte und Pflegepersonal repräsentieren, haben das PFI einmütig als einen teureren und unflexibleren Weg zur Finanzierung neuer Krankenhäuser abgelehnt. Sie weisen darauf hin, dass es für die Regierung viel billiger ist, Geld zu leihen, und dass es für die Fonds besser ist, einfach nur die Hypotheken zu tilgen, was ihnen die Freiheit lässt ihre eigenen Krankenhäuser zu besitzen und zu verwalten.

ROSINEN FÜR DIE „PRIVATEN“

Es gibt außerdem Ärger im Zusammenhang mit einigen der organisatorischen Reformen von New Labour, die den NHS auf eine effizientere Basis stellen sollen. Darunter ist z.B.

die Einführung eines Systems der „Sterne-Bewertung“ der Krankenhausleistungen. Wenn Klinikleitungen keine von drei möglichen Sternen erreichen, müssen sie sich auf ernste Warnungen gefasst machen, sich zu verbessern oder ersetzt zu werden. Gesundheitsminister Alan Milburn hat angedeutet, dass Privatunternehmen, in die Gruppe derer mit einbezogen werden könnten, die die Möglichkeit haben, für die „Konzession“ mitzubieten, solche „erfolglosen Krankenhäuser“ zu übernehmen.

Es gibt außerdem das Versprechen, dass die Überflieger der „Drei-Sterne“ Krankenhäuser besondere Freiheiten eingeräumt bekommen, wie z.B. das Recht private Firmen gründen zu können, die wiederum Leistungen an andere NHS-Fonds verkaufen.

Während diese Hinweise und Andeutungen über Privatisierungen in der Zukunft im Raume stehen, gibt es außerdem eine Kontroverse in den Gesundheitsgewerkschaften über New Labours Bereitschaft, Steuergelder dazu zu verwenden, Patienten des NHS zur Behandlung an private Krankenhäuser zu überweisen, um damit die Wartelisten zu verringern.

Der Widerstand dagegen hat nicht nur einen ideologischen, sondern einen praktischen Hintergrund, zumal wenn man sich daran erinnert, dass es eine lange Geschichte der Ablehnung von Privatmedizin in Britannien durch die Gewerkschaften gibt. Es gibt drei wirklich große Probleme im Zusammenhang mit der Einbeziehung privater Krankenhäuser:

- Die Kosten im privaten Sektor sind beträchtlich höher als beim NHS (ein Fond hat darauf hingewiesen, dass die zusätzlichen Kosten bei etwa 40 Prozent liegen, für die sie keine extra Geldmittel bekommen). Die zweitgrößte private Krankenhauskette, BUPA, hat Standardpreise für normale Operationen, die im Durchschnitt mehr als 50 Prozent höher sind, als die vergleichbaren „Referenzkosten“ des NHS. Das heißt, der NHS könnte 15 Patienten behandeln im Vergleich zu zehn Patienten in einer Privatklinik.

- Der private Sektor bildet kein Krankenpflegepersonal und kein medizinisches Personal aus, so dass jede Ausweitung von Betätigung in privaten Krankenhäusern unvermeidlich bedeutet, dass versucht werden muss, das knappe Personal der schwer belasteten NHS-Krankenhäuser der Umgebung zu rekrutieren, was wiederum den Druck auf das Personal erhöht, das die Versorgung sicherstellen muss.

- Der private Sektor hält keine Notdienste vor, da sie nur geringen Profit abwerfen. Er überlässt diesen Bereich dem NHS. Jegliche systematische Verschiebung einer großen Anzahl von „elektiven“ Behandlungen (Patienten auf der Warteliste) in den privaten Bereich, bedeutet das Risiko, die örtlichen NHS-Krankenhäuser in wenig mehr als große Unfall- und Notfalleinheiten zu verwandeln. Das wiederum bedeutet, dass es nur einen geringen Spielraum gibt, Ärzte und das Krankenpflegepersonal in Routinetätigkeiten auszubilden. Das würde effektiv bedeuten, dass dem NHS die ganzen teuren und Hochrisikolasten überlassen bleiben, während der private Sektor sich die Rosinen mit den leichtesten und profitabelsten Bereichen rauspicken könnte.

Trotzdem bleibt der private Krankenhausesektor in Britannien klein. Er ist hauptsächlich für die Bedingungen der privaten Krankenversicherungen maßgeschneidert, die etwa einen von acht Einwohnern versichern. (Zumeist sind dies Menschen im risikoarmen Alter

zwischen 16 und 64 Jahren, sowie mit höherem Einkommen, als Teil von betrieblichen Versicherungssystemen.) 1997/98 wurden in den privaten Krankenhäusern Britanniens 800.000 Operationen durchgeführt, im Vergleich zu 3,8 Millionen im NHS.

Selbst nach dem „Konkordat“ zwischen New Labour und den privaten Krankenhäusern, aufgrund dessen eine doppelte Anzahl vom NHS finanzierter Patienten zu privaten Behandlungen überwiesen worden sind, sind letztes Jahr nur 70.000 solcher Patienten behandelt worden.

PFLEGEFÄLLE AUSSORTIERT

Viel wichtiger ist das Maß wie bei der Pflege gebrechlicher und älterer Menschen effektiv die Daumenschrauben angesetzt worden sind: raus aus dem NHS (kostenlose Nutzung bezahlt aus Steuergeldern) und rein in die Arena der Sozialeinrichtungen, die von örtlichen Ämtern betrieben werden. Diese sind historisch gesehen abhängig von festgelegten Gebühren.

New Labour hat dieses System geerbt, bei dem – ein Ergebnis der unter Thatcher eingeführten sogenannten „Gemeinde-Pflege“-Reformen von 1991– ein Großteil der Langzeitpflege der älteren Bevölkerung von Betten des NHS in Betten umgewandelt wurden, die von Abteilungen der Sozialdienste in profitorientierten Privatkliniken aufgekauft worden sind.

Als die Tories ein System eingeführt haben, das ältere Menschen dazu gezwungen hat, mit ihren Ersparnissen zu bezahlen oder wenn sie ein eigenes Haus besaßen, alles oder einen Teil der Kosten für ihre Pflege in diesen Privatklinken selbst zu bezahlen, wurden über 40 Prozent der Krankenhaus-Langzeitbetten für ältere Patienten in den zehn Jahren nach 1988 geschlossen.

Trotz der Versprechen, die Labour vor 1997 gegeben hat, nämlich eine Royal Commission einzusetzen, um die Langzeitpflegedienste erneut zu überprüfen, sind nur Teile der Vorschläge der Kommission realisiert worden. Die meisten der entscheidenden Bereiche der Gesundheitsversorgung verblieben im privaten Sektor, und viele der älteren Patienten bezahlen für ihre Behandlung mit ihren Altersersparnissen.

Einer der Hauptgründe, die die Labourminister anführen, warum sie die Vorschläge der Royal Commission, die gesamten Pflege- und Sozialleistungen für ältere Menschen kostenlos vom NHS finanziert zu gestalten, abgelehnt haben, war, dass das Projekt mehr als eine Milliarde Pfund pro Jahr zusätzlich kosten würde.

Zieht man die große Finanzspritze, die nun in Kürze als Ergebnis des letzten Haushaltsplans gegeben werden wird in Betracht, erscheint dieses Argument noch weniger überzeugend. Doch während britische SozialistInnen und Gesundheitsgewerkschaften die verspätete Finanzspritze um die heruntergekommenen Leistungen aufzumöbeln nur begrüßen können, bleiben doch Zweifel daran, wieviel dieser Mittel in die Geldsäcke von privaten Firmen fließen werden, und zwar auf Kosten von Langzeitinvestitionen in diese wichtigste öffentliche Einrichtung.

John Lister (aus: Avanti Nr. 86)

Der Mensch als Fabrikat?

Die Forschung an sogenannten embryonalen Stammzellen und die Präimplantationsdiagnostik (PID) haben eine heftige öffentliche Diskussion über die Biomedizin ausgelöst. „Ist er einmal mit den anarchischen Kräften der eigenen Gesellschaft fertig geworden, wird der Mensch sich selbst in Arbeit nehmen, in den Mörser, in die Retorte des Chemikers. Die Menschheit wird zum ersten Male sich selbst als Rohmaterial, bestenfalls als physisches und psychisches Halbfabrikat betrachten. Der Sozialismus wird einen Sprung aus dem Reiche der Notwendigkeit in das Reich der Freiheit auch in dem Sinne bedeuten, dass der gegenwärtige, widerspruchsvolle und unharmonische Mensch einer neuen und glücklicheren Rasse den Weg ebnet.“

Das Zitat sind die Schlussätze der berühmten Kopenhagener Rede von Leo Trotzki aus dem Jahr 1932. Wir werden leider nicht mehr nachprüfen können, ob Trotzki mit seinem Optimismus Recht behält, dass die Menschheit nach der sozialistischen Revolution, nach dem sie mit den anarchischen Kräften der eigenen Gesellschaft fertig geworden ist, ausgerechnet in der Retorte oder gar im Mörser des Chemikers einen neuen und glücklicheren Menschen hervorbringen wird. Ich habe da so meine Zweifel, allein deshalb, weil schon das Ziel falsch ist, den widerspruchsvollen und unharmonischen Menschen begradigen zu wollen. Gibt es etwas Entsetzlicheres, Langweiligeres, aber auch Gefährlicheres als den widerspruchsfreien, harmonischen Menschen?

Aber wie auch immer, wir können Trotzki's Optimismus deshalb nicht mehr überprüfen, weil der Mensch schon jetzt, vermutlich sehr lange vor der sozialistischen Revolution, in die Retorte des Chemikers geraten ist. Biochemiker, Gentechnologen oder Reproduktionsmediziner schaffen in einem atemberaubenden Tempo das theoretische und praktische Instrumentarium, um das Rohmaterial Mensch schon vor der Geburt, in der Retorte bearbeiten und verbessern zu können.

AUF DER GEHALTSLISTE DER BIOTECH-INDUSTRIE

Diese WissenschaftlerInnen stehen nun aber nicht wenigstens unter der Kontrolle einer politisch wachen, siegreich-revolutionären Bevölkerung, sondern, ohne die geringste öffentliche Kontrolle, auf der Gehaltsliste der Pharma- und Biotech-Industrie. Ihre Forschungsziele werden von deren kurzfristigen Profitinteressen bestimmt. Sie sind eine hochbezahlte Elite der spätkapitalistischen Gesellschaft, im allgegenwärtigen Konkurrenzkampf durch Ehrgeiz und Rücksichtslosigkeit auf ihre Positionen gekommen, ausgestattet mit entsprechenden Vorurteilen, Sozialverhalten, Klassendünkel und Menschenbild. Solche Männer - und ganz wenige Frauen - sind es, die heute schon und in den nächsten Jahren am zukünftigen Menschen basteln.

Zwei ihrer neueren Vorhaben - die Forschung an sogenannten embryonalen Stammzellen und die Präimplantationsdiagnostik (PID) - lösten in Deutschland jetzt eine heftige öffentliche Diskussion über die Biomedizin aus. Wie fast immer werden auch diese Vorhaben mit schweren Krankheiten und dem Versprechen, diese zu beseitigen, begründet. Wer sich auf diese Argumentation einlässt, hat schon verloren. Selbstverständlich gibt es kranke oder durch Erbkrankheiten bedrohte Menschen, denen PID oder die Stammzellentherapie möglicherweise nützen. Viele von ihnen sind verzweifelt und lassen sich nur zu gern von den Biomedizinern für deren Interessen instrumentalisieren und mit deren vollmundigen Versprechungen ködern. Aber die gleiche Argumentation ließe sich z.B. auch bei der Kinderpornografie führen. Selbstverständlich gibt es psychisch kranke oder sozial deformierte Menschen, denen Kinderpornografie nützt, die ihr Seelenheil dadurch finden, dadurch besser sozial funktionieren und weniger gefährlich für ihre Mitmenschen sind. Es sind vermutlich erheblich mehr, als Menschen, die schwere Krankheiten vererben können, viele sind über ihre verderbliche Besessenheit nicht minder verzweifelt. Dabei sind deren sozialen „Nebenwirkungen“ weit geringer als die sozialen Folgen von PID oder der Forschung mit embryonalen Stammzellen. Dennoch kommt zurecht niemand auf die Idee, Kinderpornografie offiziell zu fördern und schönzureden. Sie gilt als Verbrechen und wird sozial und nicht medizinisch bewertet.

WELCHE GESELLSCHAFT?

Bei PID oder der Forschung mit embryonalen Stammzellen handelt es sich ebenfalls nicht um medizinische Fragen des Helfens und Heilens, sondern um politische Entscheidungen, welche Gesellschaft wir wollen. Wollen wir eine Gesellschaft, in der schon vor der Geburt nach Nützlichkeit selektiert wird? In der menschliche Embryonen zum industriellen Rohstoff und zur Handelsware und Frauen zu Produktionsstätten dieses Rohstoffs werden? Wollen wir eine Gesellschaft, die Millionen für fragwürdige medizinische Experimente, aber nicht ausreichend für die Pflege alter und kranker Menschen ausgibt? Wollen wir, dass Männer wie der Nobelpreisträger James Watson über die Zukunft der Menschheit entscheiden, der jüngst im Magazin der Süddeutschen Zeitung in dankenswerter Klarheit sagte: „Wie soll man mit Ungleichheit umgehen und wie mit den Unglücklichen, deren Gene kein sinnvolles Leben zulassen? ... Hitler sagte: Tötet alle, die diese Chance (einmal heiraten zu können, einmal als gleichberechtigt akzeptiert zu werden, sobald man einen Raum betritt) nicht besitzen. Ich meine, sie sollten gar nicht erst geboren werden. Das ist der Unterschied.“? Oder sein Nobelpreiskollege Francis Crick, der vorschlug, man sollte keine öffentlichen Mittel für Menschen über achtzig verwenden und bis zwei Tage nach der Geburt warten, bevor man etwas als Leben, als ein Kind mit Zukunft deklariert. Oder WissenschaftlerInnen, wie David Beebe von der University of Wisconsin, und Matthew Wheeler von der University of Illinois, die eine automatische Befruchtungsmaschine entwickelten, mit der die Herstellung von Embryonen nicht nur einfacher wird, sondern auch drastisch beschleunigt werden kann und nun um eine Selektionsfunktion erweitert werden soll, mit der dann auch Embryonen minderer Qualität aussortiert werden können. Nein, für Linke, für fortschrittliche Menschen darf es bei PID oder der Forschung mit embryonalen

Stammzellen nur eins geben: Sich den Vorhaben der Biomediziner ohne Wenn und Aber in den Weg stellen.

Der biomedizinischen Utopie, die degenerativen Erkrankungen des Nervensystems und alle möglichen sonstigen Volkskrankheiten seien heilbar, wenn man die daran beteiligten Gene identifizieren und ihre Wirkung biochemisch beeinflussen könne, krankes oder verbrauchtes Gewebe sei zu ersetzen, wenn man aus Stammzellen frisches Gewebe züchte und per Transplantation oder Injektion zu den funktionsgeschädigten Organen bringe, muss eine soziale Utopie entgegengehalten werden.

Gerlef Gleiss (aus: Avanti Nr. 82)

Revolutionär Sozialistischer Bund / IV. Internationale

WER WIR SIND UND WAS WIR WOLLEN



RSB

Der Revolutionär Sozialistische Bund (RSB) ist Teil der 1938 gegründeten IV. Internationale. Sie ist in über 50 Ländern aktiv und hält grundlegende Probleme der Welt – Krieg, Umweltzerstörung, Arbeitslosigkeit, Armut und Hunger – im Rahmen der kapitalistischen Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung nicht für lösbar. Sie strebt eine selbstverwaltete sozialistische Demokratie an, die die Ausbeutung des Menschen durch den Menschen beendet. Deshalb fördert der RSB alle Bemühungen, aktiv und gemeinsam mit anderen politischen Strömungen für die sozialen Errungenschaften, demokratischen Rechte und wirtschaftlichen Interessen insbesondere der arbeitenden Klasse einzutreten. Er unterstützt den Kampf gegen Rassismus, Frauenunterdrückung und jede Art von Diskriminierung. Ziel des RSB ist es, das Vertrauen der Menschen in ihre eigene Kraft zur radikalen Veränderung zu stärken.

REGIONALE KONTAKTADRESSEN:

RSB Aachen: über RSB Köln; **RSB Berlin:** Postfach 170116, 10203 Berlin; **RSB Dithmarschen:** Hirtenstaller Weg 34, 25761 Büsum; **RSB Duisburg:** über RSB Oberhausen; **RSB Essen:** PLK 067310, 45468 Mülheim/Ruhr; **RSB Frankfurt/M.:** über RSB Wiesbaden; **RSB Hagen:** über RSB Essen; **RSB Halle:** über RSB Berlin; **RSB Hamburg:** c/o Gerlef Gleiss, Steinwegspassage 6, 20355 Hamburg; **RSB Karlsruhe:** c/o Sozialistische Linke, Gewerbehof, Steinstr. 23, 67133 Karlsruhe; **RSB Köln:** c/o Verlag Neuer Kurs, Dasselstr. 75-77, 50674 Köln; **Mannheim/Ludwigshafen/Weinheim/Heidelberg:** RSB Rhein-Neckar, Verbindungskanal/Linkes Ufer 20-24, 68159 Mannheim; **RSB Mainz:** c/o Michael Weis, Karl-Trau-Strasse 18, 55130 Mainz; **RSB Marburg:** c/o Infoladen Metzgergasse 1b, 35037 Marburg; **RSB München:** c/o "Linke Projekte", Gravelottestraße 6, 81667 München; **RSB Neukirchen-Vluyn:** über RSB Oberhausen; **RSB Oberhausen:** c/o A. Walther, Elsa-Brändström-Strasse 66, 46045 Oberhausen; **RSB Oldenburg (Nds.):** über RSB Hamburg; **RSB Potsdam:** Lindenstr. 53, 14467 Potsdam; **RSB Simbach am Inn:** über RSB München; **RSB Stuttgart:** c/o O. Jaiser, Nellinger Str. 17, 70619 Stuttgart; **RSB Tübingen:** über RSB Stuttgart; **RSB Trier:** c/o Infoladen Trier, Hommerstr. 14, 54290 Trier; **RSB Wiesbaden:** c/o Infoladen linker Projekte, Werderstrasse 8, 65195 Wiesbaden.

1,50 Euro