

Kapitalverwertung macht krank: Wer krank macht, soll zahlen!

1	PRÄVENTION STATT REPARATUR	2
1.1	Typische Erkrankungen treffen vor allem die Unterschicht	2
1.2	Gesamtheit der Lebensbedingungen	2
1.2.1	Arbeitsbedingungen	2
1.2.2	Armut und Arbeitslosigkeit	3
1.3	Umweltverschmutzung	4
1.4	Alter als Hauptursache von Erkrankungen?	5
2	KRANKHEITEN SIND NICHT ÜBERWIEGEND "VERHALTENSBEDINGT"	5
2.1	Falsche Ernährung	6
2.2	Bewegungsmangel	6
2.3	Übergewicht und Adipositas	7
2.4	Genussmittel-"Missbrauch"	8
2.4.1	Rauchen	8
2.4.2	Alkohol	9
2.5	Eigenverantwortung und/oder gesellschaftliche Verantwortung?	9
2.6	Das Kapital muss zahlen	10
3	SENKUNG DER "LOHNNEBENKOSTEN" = ERHÖHUNG DER PROFITE: HAUPTZIEL DES KAPITALS BEI DER "GESUNDHEITSREFORM"	10
3.1	Senkung der Lohnnebenkosten = Lohnsenkung + Leistungskürzung	11
3.2	Krankheitskosten - notwendige Kosten der Ware Arbeitskraft	11
3.3	Eine Kasse für alle - in Selbstverwaltung der LohnarbeiterInnen!	12
4	PROFITINTERESSEN INNERHALB DER KRANKENVERSICHERUNG	13
4.1	Pharmaindustrie	13
4.2	Medizinisch-technische Geräteindustrie	15
4.3	Arztpraxen	16
4.4	Apotheken	17
4.5	Krankenhäuser	17
4.6	Private Krankenversicherungen	17
4.7	Noch einmal: Das Kapital muss zahlen!	17
4.8		17
5	SENKUNG DER LOHNNEBENKOSTEN - SCHEITERT	17

1 Prävention statt Reparatur

Das Gesundheitssystem repariert die Krankheiten mehr oder weniger notdürftig, die unter den gegenwärtigen Arbeits- und Lebensbedingungen immer wieder neu entstehen. Die enormen medizinischen Fortschritte ändern daran nichts grundsätzlich.

Vorbeugung muss demzufolge im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen. Die Bedingungen, unter denen wir leben und arbeiten, müssen so gestaltet werden, dass möglichst wenig Krankheiten entstehen. Gesundheitsreformen, die sich nur mit der Verschiebung der Kosten von Krankheiten beschäftigen, haben diesen Namen nicht verdient.

1.1 Typische Erkrankungen treffen vor allem die Unterschicht

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (35,4 Mrd. Euro), Krankheiten des Verdauungssystems (31,1 Mrd. Euro; vor allem zahnärztliche Behandlung: 20,2 Mrd. Euro), des Muskel- und Skelett-Systems und Bindegewebes (25,2 Mrd.), psychische Erkrankungen (22,4 Mrd. Euro), Neubildungen (14,7 Mrd. Euro) und Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (12,9 Mrd. Euro; vor allem Diabetes mellitus: 5,2 Mrd. Euro) waren im Jahr 2002 die wichtigsten Krankheiten. Diese sechs Krankheitsarten verursachen rd. zwei Drittel aller Kosten des Gesundheitswesens. (Destatis, Gesundheit, Krankheitskosten 2002, Wiesbaden 2004, 9f.)

Diese typischen Krankheiten häufen sich in der sozialen Unterschicht.

- Herzinfarkte und Schlaganfälle sind bei Männern der untersten sozialen Schicht 80%, bei Frauen sogar 280% häufiger als bei der Vergleichsgruppe in der oberen sozialen Schicht.
- Jede zehnte Person der sozialen Unterschicht ist zahnlos im Gegensatz zu jeder 100.ten in der Oberschicht. (Mielck 2002, 107) Die Zahngesundheit (Plaques, Zahnfleischbluten, Zahl der fehlenden oder kariöse Zähne) ist ebenfalls erheblich schlechter (ebd. 86)
- Magen- und Darmgeschwüre sind ebenfalls häufiger. (ebd. 101 f.)
- Bandscheibenverletzungen sind bei Männern der sozialen Unterschicht rd. 40% häufiger, bei Frauen nicht.
- Psychische Erkrankungen, wie Depressionen und Angstzustände treten in unteren Schichten ebenfalls erheblich stärker auf. (Mielck 2002, 90f.; Armutsbericht 2005, 116)
- Das Risiko, an Krebs zu erkranken, ist bei Männern aus unteren Schichten deutlich höher als bei denen aus oberen Schichten. (Mielck 2000, 147)
- Diabetes ist um 60% häufiger bei Männern und um 280% bei Frauen der untersten sozialen Schicht. (Mielck 2002, 101)

Etwa die Hälfte der Männer und Frauen mit Volks- und Hauptschulabschluss klagten über starke Schmerzen in den vergangenen vier Wochen, aber nur ein Fünftel bzw. ein Viertel der Männer und Frauen mit Abitur. (Armutsbericht 2005, 112)

Insgesamt verschlechtert sich mit abnehmender sozialer Schicht der Gesundheitszustand. (Mielck 2002, 102) Folgerichtig ist auch die Wahrscheinlichkeit zu sterben in unteren sozialen Schichten doppelt so hoch wie in den obersten Einkommensschichten (Armutsbericht 2005, 111) und die Lebenserwartung deutlich geringer.

Das alles beweist, dass der Gesundheitszustand zuallererst von der Gesamtheit der Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen abhängen und nicht von ihrem individuellen Verhalten bzw. ihrem individuellen Willen.

Der größte Teil der Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfte auf die unteren Schichten von Arbeitern und Angestellten entfallen. Ihre Arbeits- und Lebensbedingungen müssten sich deutlich ändern.

1.2 Gesamtheit der Lebensbedingungen

1.2.1 Arbeitsbedingungen

Während im Jahr 2002 pflichtversicherte Arbeiter durchschnittlich 23 Tage im Jahr krankgeschrieben waren, waren es bei den pflichtversicherten Angestellten nur 13,2. (Armutsbericht, 112)

Belastungen durch Lärm, schwere körperliche Arbeit (Heben, Tragen usw.), Stäube, Gefahrstoffe usw. sind höher.

Ab einer Wochenarbeitszeit von 39/40 Stunden nehmen Erkrankungen des Muskel- und Skeletapparats deutlich zu, ebenso psycho-vegetative Erkrankungen. (Friedhelm Nachreiner u.a. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitszeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Oldenburg 2005; http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2004-707-3-F-1.pdf)

Klagen über gesundheitliche Beschwerden nehmen mit längeren Arbeitszeiten und steigendem Alter zu, besonders bei niedrig-qualifizierten Arbeitskräften.

Fast die Hälfte der Beschäftigten in Deutschland klagt über Arbeitsstress, dass man immer mehr in derselben Zeiteinheit produzieren und erledigen muss. (IGM 16)

LohnarbeiterInnen, insbesondere Arbeiter und untere Angestellte, sind weitgehend von Entscheidungsbefugnissen ausgeschlossen. Das fördert Stress.

Mit wachsender Produktivität sortiert das Kapital immer mehr Arbeitskräfte aus. Die Angst um den Arbeitsplatz nimmt zu und damit Ohnmachtgefühle und Existenzunsicherheit. An vorderster Stelle bei LohnarbeiterInnen steht gegenwärtig der Wunsch nach einem sicherem Arbeitsplatz. Er kann immer weniger befriedigt werden. Mehr Leistung bei weniger Lohn und weniger Existenzsicherheit, kennzeichnet die Entwicklung. Das vergrößert Stress und schwächt damit Abwehrkräfte gegen Krankheiten.

Wer unter hohem Arbeitsdruck mit geringen Handlungsspielräumen und geringer Anerkennung arbeitet, hat ein vierfach höheres Herzinfarkttrisiko. (IGM 2005, 22) Arbeitskräfte ohne Rücksicht auf ihre Gesundheit auszuquetschen, führt auch zu einem verstärkten Risiko von Muskel- und Skeletterkrankungen, psychosomatischen Erkrankungen (Magen-Darm, Kopfschmerzen, Rückenbeschwerden usw.) oder psychischen Störungen (Depressionen, Angst usw.).

Die IG Metall erklärt in ihren "Eckpunkten für eine solidarische Bürgerversicherung" vom 9.03.2006 erklärt: "25% der Versicherten verursachen 97% der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen. Dabei spielen chronische Erkrankungen die zentrale Rolle. Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen sind hier eine wichtige Ursache." (IGM 2006, 21) Vorsichtig wird hier das Kapital verantwortlich gemacht, das diese Arbeitsbedingungen so einrichtet. Die Hauptmasse der Kosten der GKV fällt also in den unteren Schichten der Arbeiter und Angestellten an, die besonders stark für Profitzwecke ausgepowert werden.

Prävention bedeutet u.a.:

- Drastische Verringerung der tariflichen Arbeitszeit auf 30 Stunden bei vollem Lohnausgleich!
- Mehr Urlaub!
- Überprüfung aller Arbeitsplätze auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen!

Das Kapital dagegen will die tarifliche Arbeitszeit von heute 38,4 Stunden auf mindestens 42 Stunden verlängern. Es kämpft für geringere Pausenzeiten und weniger Urlaub. Es setzt sich über das Arbeitsschutzgesetz hinweg, das "*eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit*" vorschreibt und verletzt Sicherheitsnormen, Maschinenrichtlinien, Gefahrstoffverordnungen usw.. (IG Metall, Schwarzbuch Krank durch Arbeit, Frankfurt 2005; www.igmetall.de/gutearbeit)

Und es erhöht den Arbeitsstress, in dem es immer mehr Leistung in derselben Zeiteinheit verlangt. (((17,7 Mrd. Euro Mehrausgaben durch mangelnde Prävention: IGM wo stand das?)))

1.2.2 Armut und Arbeitslosigkeit

Das Kapital fördert Armut und sozialen Abstieg mit Hilfe der Arbeitslosigkeit. Es sortiert krank gewordene Arbeitskräfte verstärkt in die Arbeitslosigkeit aus. Andererseits macht Arbeitslosigkeit selbst wiederum krank bzw. verstärkt bestehende Krankheiten.

50-60% der langzeitarbeitslosen Männer und Frauen leiden unter länger andauernden Krankheiten oder Gesundheitsstörungen, aber nur ein Viertel bis ein Drittel der erwerbstätigen Männer und Frauen.

Depressionen treten erheblich häufiger auf, aber auch Rückenschmerzen und Bronchitis. (Armutsb., 114) Arbeitslose verbringen nahezu siebenmal mehr Tage in Krankenhäusern wegen psychischer Störungen als Nicht-Arbeitslose. (RKI Heft 13, 12) Arbeitslose werden vom Kapital andauernd des Missbrauchs verdächtigt. Das hat Einfluss auf ihre Gesundheit.

Der Krankenstand von Arbeitslosen dürfte sich auf rd. zehn Prozent belaufen. (450.000 mehr Abgänge in Arbeitsunfähigkeit als Zugänge aus Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zum Bestand an Arbeitslosen)

"Die höhere gesundheitliche Belastung von Arbeitslosen korreliert mit einer verstärkten Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems." (Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht 2005, 102)

Die Arbeitslosigkeit wird vom Kapital genutzt, um das Lohnniveau zu senken, die Arbeitszeit zu verlängern und ihre Existenzangst zu erhöhen. Gleichzeitig schiebt es den LohnarbeiterInnen die Schuld an der Arbeitslosigkeit in die Schuhe, weil angeblich ihre Löhne zu hoch und ihre Arbeitszeiten zu kurz wären.

Arbeitslosigkeit und die damit verbundene wachsende Armut von Arbeitslosen und Beschäftigten ist aber in erster Linie Folge dessen, dass das Kapital immer weniger Arbeitskräfte für seinen beschränkten Zweck braucht, sich mit möglichst hohen Prozentsätzen zu vermehren. Von 1991 bis 2005 sind über 6 Millionen sozialversicherungspflichtige Vollzeit Arbeitsplätze abgebaut worden. (Deutsche Bundesbank, Monatsberichte Juli 2005, 16 plus Zahlen von 2005) Die Zahl der Erwerbspersonen, d.h. der Summe aus Erwerbstätigen plus offiziell registrierten Erwerbslosen, hat dagegen um 3 Mio. zugenommen. (IG Metall, Report 2005, Frankfurt 2005, 12) Die Arbeitslosigkeit hat sich verdoppelt.

Diese Entwicklung trifft vor allem Arbeiter. Ihr Anteil an den offiziell registrierten Arbeitslosen ist zwei Drittel. Ihre Arbeitslosenquote erheblich höher als die von Angestellten. Die Arbeitslosenquote von Niedrig-Qualifizierten ist rd. 20%. Das höhere Krankheitsrisiko von Arbeitslosen spiegelt vor allem die Lage von ArbeiterInnen wieder.

Um die Kosten der überflüssigen Arbeitskräfte vor allem der unteren Schichten zu senken, werden Alg II-Leistungen abgebaut und Sanktionen ausgebaut. Arbeitslose werden des Missbrauchs verdächtigt, weil sie Leistungen in Anspruch nehmen. Hartz IV macht krank.

Prävention bedeutet u.a.

- Einführung eines gesetzlichen Mindestlohns von mindestens zehn Euro
- Eckregelsatz für Alg II-BezieherInnen von mindestens 500 Euro Das würde der Armut entgegenwirken, die eine wesentliche Ursache von Krankheiten ist.

Das Kapital jedoch kämpft für drastische Lohnsenkungen und für die Abschaffung oder zumindest deutliche Senkung des Regelsatzes.

1.3 Umweltverschmutzung

Von 100.000 heute verwendeten Chemikalien sind nur 6.000 auf ihre Wirkung überprüft. Nur für 500 sind Grenzwerte festgelegt.

Mit Chemikalien, deren Wirkung unbekannt ist, kommen Millionen Menschen in allen Bereichen des Arbeitslebens und in ihrem Wohnumfeld in Berührung, aber auch als Konsumenten der Produkte, in denen sie enthalten sind, von Textilien über Verpackungen bis hin zu Nahrungsmitteln.

Prävention bedeutet u.a.

- Der Nachweis der Unschädlichkeit von Chemikalien muss Voraussetzung ihrer Zulassung sein. Die Chemieindustrie jedoch, aber auch die Unternehmen insgesamt, kämpfen dagegen, die Wirkung der Chemikalien und der Chemikaliencocktails auf die Gesundheit zu untersuchen und streiten Zusammenhänge in der Regel ab.
- Das gleiche gilt für neue Substanzen und Technologien. Sie dürfen ohne Unbedenklichkeitsnachweise nicht verwendet werden.

Der Ausstoß der Kraftfahrzeuge und Flugzeuge sowie der Kraftwerke, die fossile Brennstoffe verbrennen, führt zu erheblichen Schadstoffkonzentrationen in der Luft und in der Atmosphäre. Arbeiterhaushalte sind Belastungen der Luftverschmutzung in besonderem Maße ausgesetzt, weil sie häufiger an verkehrsreichen Straßen, also in schlechten Wohnlagen leben. (Mielck 2000, 181 f.)

Krebs, Hautkrankheiten, Erkrankungen der Atemwege werden dadurch gefördert. Verkehrslärm fördert Stress und damit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Prävention bedeutet u.a.

- Vorrang des öffentlichen Verkehrs vor dem Privaten Verkehr. Vorrang von Schiene vor Straße.
- Geschwindigkeitsbegrenzung auf 100 km/Stunde.
- Vorrang für regenerative Energiequellen. Vorrang von Kraft-Wärme-Kopplung vor Kohle- und Ölkraftwerken.

Die Interessen der Automobilindustrie, der Energiekonzerne, der Banken und des Kapitals als Ganzem laufen jedoch in die entgegengesetzte Richtung.

15% bis 25% der Wohnungen von Haushalten unterer Schichten sind feucht bzw. weisen Schimmelpilze auf. (Mielck 2000, 182) Die Qualität der Innenluft der Wohnungen wird zum großen Teil durch die der Außenluft bestimmt. Sie ist in Arbeiterhaushalten deutlicher stärker belastet. (Mielck 2000, 181 ff.)

Prävention bedeutet u.a.

Bau preiswerter, gesunder Wohnungen mit Staatsmitteln!

Die Gesamtheit der Umweltbelastungen am Arbeitsplatz und im Wohnumfeld trägt auch dazu bei, dass Allergien, Asthma, Hautkrankheiten und Krebs deutlich zugenommen haben.

Es wundert nicht, dass in Städten mit über 500.000 Einwohnern Allergien verstärkt auftreten.

(Die Erderwärmung führt zu Trockenperioden, in denen Pollen und Feinstaub zu wenig abregnen. Klimaveränderung - welchen Einfluss auf Gesundheit?)

1.4 Alter als Hauptursache von Erkrankungen?

Die Kosten pro Versicherten in der Krankenversicherung der Rentner sind im Schnitt doppelt so hoch wie die von Versicherten in der allgemeinen Krankenversicherung. (SVR 2004/05, 733)

Das ist sicherlich einerseits auf natürlichen Verschleiß zurückzuführen, also auf das Alter. Überwiegend aber dürfte das darauf zurückzuführen sein, dass sich der schlechtere Gesundheitszustand im erwerbsfähigen Alter im späteren Rentenalter kumuliert. Jedenfalls ist die Lebenserwartung von RentnerInnen mit niedrigem Erwerbseinkommen rd. zwei Jahre geringer als von RentnerInnen mit hohem Erwerbseinkommen. (Mielck 2000, 79) Geringere Lebenserwartung hängt meist mit einem höheren Krankenstand zusammen. Vermutlich steigen die durchschnittlichen Krankheitskosten von RentnerInnen, je länger die Perioden hoher Arbeitsbelastung, niedriger Löhne und Arbeitslosigkeit waren. Im übrigen fördern niedrige Renten, soziale Isolation im Rentenalter und das Gefühl, billig abgeschrieben zu sein, nicht gerade die Gesundheit.

Nicht die demographische Entwicklung ist das Problem, sondern der übermäßige Verschleiß der Arbeits- und Lebenskraft durch das Kapital. Dabei kann gerade die Verdrängung von über 50-jährigen aus dem Arbeitsleben in Arbeitslosigkeit und Frührente ein Grund für die höheren Kosten sein.

2 Krankheiten sind nicht überwiegend "verhaltensbedingt"

Das Kapital führt Krankheiten überwiegend auf falsches Verhalten zurück. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) behauptet: "*Ein Großteil der heutigen Krankheitskosten ist verhaltensbedingt (z.B. durch falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Genussmittelmisbrauch) und lässt sich daher durch entsprechende Verhaltensänderungen vermeiden.*" (Leitlinien für die Gesundheitsreform, Mai 2006)

Es ist zweifellos richtig, dass falsche Ernährung, Bewegungsmangel und übermäßiger Gebrauch von Genussmitteln die Häufigkeit von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Krebs, Diabetes, aber auch

von psychischen Erkrankungen deutlich beeinflussen. Sie sind zweifellos individuell auch nicht unvermeidbar. Dennoch sind diese "gesundheitsriskanten" Verhaltensweisen im Wesentlichen Produkt der sozialen Lage insbesondere von LohnarbeiterInnen unterer Schichten sind und damit auch der Interessen des Kapitals. Den LohnarbeiterInnen unterer Schichten die Schuld für ihre schlechtere Gesundheit zu geben, fördert Krankheiten.

2.1 Falsche Ernährung

Nach einer Untersuchung von Becker kostete eine gemäßigte Vollwerternährung, bei der man auf den Kauf von ökologisch angebautem Obst und Gemüse verzichtet, 1993 etwa 40% mehr, als im Regelsatz der Sozialhilfe offiziell enthalten war. (nach Mielck 2000, 202) Eine konsequente Vollwertkost-Ernährung kostete mehr als das Doppelte. Der in der Sozialhilfe offiziell enthaltene Regelsatzanteil war nur für "unbekümmerte Billigesser" ausreichend, nicht aber für gesunde Ernährung. Die tatsächlichen Ausgaben für Ernährung waren und sind jedoch noch deutlich geringer. Falsche Ernährung ist also u.a. Produkt von Armut.

1993 waren offiziell noch 138 Euro für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren im Regelsatz eines Alleinstehenden Alg II/Sozialhilfe-Beziehers enthalten. Im Jahr 2006 sind es nur noch 127 Euro, obwohl die Preise seither deutlich zugenommen haben. (Deutscher Bundestag, Ausschuss Arbeit und Soziales, Drucksache 16 (11)286 vom 15.Juni 2006, 6) Damit ist die Notwendigkeit für "falsche Ernährung" noch größer geworden. Ähnlich dürften die Verhältnisse bei denen sein, die arbeiten und knapp über dem Sozialhilfeniveau leben.

40% bis 50% der Jungen und Mädchen aus Familien unterer Schichten gehen ohne Frühstück in die Schule, im Gegensatz zu 25-30% der Kinder aus oberen Schichten. (Armutbericht 115) Auch nur eine Frage des Verhaltens?

Der Konsum von Cola und Süßgetränken, Fast-Food und Pommes Frites, Süßigkeiten, Chips und Kaffee ist in unteren Schichten deutlich häufiger als in oberen. Frisches Obst und Gemüse, Salat und Vollkornbrot dagegen wird deutlich weniger konsumiert.

Fett und Zucker haben auch eine Bedeutung als Ersatzbefriedigung. Sie trösten und sättigen schneller.

Essen wird in wachsendem Maße als kalorienreiches Fast Food eingenommen. Gründe können Zeitdruck sein (überlange Arbeitszeiten) aber auch das Single-Dasein. Durch hastiges Essen können Sättigungsgefühle nicht rechtzeitig registriert werden, so dass zu viel gegessen wird.

Andererseits werden bei geringem Einkommen bestimmte Bedürfnisse, die eine größere, wenn auch nur kurzfristige Befriedigung versprechen oder die unvermeidbar sind, der Ernährung vorgezogen.

Prävention bedeutet u.a.

- Erhöhung des Eckregelsatzes von Alg II
- Gesetzlicher Mindestlohn von mindestens zehn Euro
- Zubereitung von abwechslungsreichen, leckeren und gesunden Speisen als Unterrichtsfach
- Gemeinsames Frühstück und Mittagessen auf Schulkosten.
- Verbot des Verkaufs oder der Produktion von gesundheitsschädlichen Nahrungs- und Genussmitteln

Die Bertelsmannstiftung tritt z.B. für die Abschaffung des Regelsatzes ein. Hunger bzw. Mangelernährung soll Motiv sein, Arbeit für Hungerlöhne anzunehmen.

Das Kapital beklagt sich über falsche Ernährung der unteren Schichten, nicht aber über "falsche" Nahrungsmittel wie Cola-Zuckergetränke, die die Zähne in Baustellen für Zahnärzte verwandeln.

2.2 Bewegungsmangel

Bewegungsmangel ist mitverantwortlich für die Entstehung von Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes Mellitus II, Herzkrankheiten, Osteoporose, Depressionen und bestimmte Krebsarten. (RKI Körperliche Bewegung)

Bewegungsmangel ist vor allem in unteren Schichten verbreitet.

50% der Männer und Frauen mit Volks- und Hauptschulabschluss sind sportlich inaktiv, doppelt so viele wie in der Vergleichsgruppe mit Abitur. (ebda. 112)

Zwei Drittel der Frauen aus unteren sozialen Schichten haben keine sportliche Betätigung, aber nur ein Drittel der Frauen aus oberen sozialen Schichten. (Mielck 2002, 196)

Für viele Menschen ist heute eine überwiegend sitzende Lebensweise charakteristisch. (Sitzen bei der Arbeit, im Auto, vor dem Fernseher oder dem Computer) Körperliche Anstrengungen werden aufgrund von Automatisierungen in Betrieb und Haushalt geringer.

Die für körperliche Aktivitäten zur Verfügung stehende freie Zeit nimmt trotz steigendem Arbeitsstress ab. Das Kapital verlängert und flexibilisiert die Arbeitszeit immer mehr, damit sich Arbeitskräfte möglichst lange nur für seine Profitzwecke bewegen. Gleichzeitig sinkt das Lohnniveau und die Arbeitslosigkeit nimmt zu.

Armut und Arbeitslosigkeit fördern den Bewegungsmangel.

Nur 30% der Arbeitslosen treiben wöchentlich mindestens eine Stunde Sport im Vergleich zu ca. 40% der Berufstätigen. (ebda.,9) "*Inbesondere im Hinblick auf die sportlichen Aktivitäten lassen ... sich Potenziale für gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Arbeitslosen formulieren.*" (Heft 13 Robert Koch 2003, 9) Sportliche Betätigung gemeinsam mit anderen Menschen kostet nicht nur Zeit, sondern auch Geld.

Bewegungsmangel kann auch Folge privater familiärer Belastung sein.

Die Medien fördern aus Eigeninteresse nicht zuletzt der Konzerne, die pausenlos für ihre Produkte werben, den Bewegungsmangel in der arbeitsfreien Zeit. "Bleiben Sie dran", heißt es selbst dann, wenn man eine Pause zum Aufstehen nutzen könnte.

Etwa 30% der Mädchen und Jungen unterer sozialer Schichten sitzen täglich mehr als 4 Stunden täglich vor dem Fernseher, bei den Mädchen und Jungen der obersten sozialen Schicht waren es nur rd. 15%. (Armutbericht 2005, 115) Bewegungsräume für Kinder werden vor allem in Großstädten durch Stadtplanung und Straßenverkehr eingeschränkt. Sport fällt oft genug dem Lehrermangel zum Opfer.

Körperliche Aktivitäten leisten "*einen wichtigen Beitrag zur Krankheitsvermeidung und Aufrechterhaltung der Gesundheit*" (Armutbericht 2005, 112), vor allem gegenüber den oben genannten Krankheiten.

Prävention bedeutet u.a.

- drastische Arbeitszeitverkürzung. Das bringt Zeit für Bewegung.
- Sport und Gymnastik während der Arbeitszeit
- Mindestlohn und Erhöhung des Eckregelsatzes
- Ganztageeinrichtungen für Kinder, die viel Sport und Bewegung ermöglichen.
- Kostenlose Nutzung von Sportstätten

Das Kapital beklagt zwar den Bewegungsmangel, schränkt aber aus Profitinteresse den Bewegungsspielraum der LohnarbeiterInnen und ihrer Familien mehr und mehr ein.

Es hält sportliche Bewegung für Privatsache und verlangt, dass Versicherte selbst für die Kosten von Sportunfällen aufkommen.

2.3 Übergewicht und Adipositas

Der prozentuale Anteil von Übergewichtigen nimmt zu. Übergewicht ist besonders stark in der Unterschicht vertreten.

Über 30% der Frauen der Unterschicht im Gegensatz zu 10% der Frauen der Oberschicht sind in Deutschland adipös, bei Männern etwa 22% im Verhältnis zu 16%. (RKI Übergewicht und Adipositas, 11) Bei langzeitarbeitslosen Frauen ist Übergewicht doppelt so häufig wie bei erwerbstätigen Frauen. (ebda. 112, 114)

Insgesamt gelten 72% der Frauen mit Hauptschulabschluss als übergewichtig, aber nur 38% der Frauen mit Abitur. (Bericht 112)

Als Grund nennt das RKI u.a., dass "aufgrund von relativem Geldmangel in unteren Schichten weniger Geld für Nahrungsmittel aufgewandt wird, was zur Folge hat, dass weniger Frischgemüse und Obst und dafür häufiger Konserven und Fertiggericht mit relativ hohem versteckten Fettgehalt gekauft werden." (RKI, Übergewicht 14) Das überschüssige Fett wird aber aufgrund von Bewegungsmangel weniger abgebaut als in höheren Schichten. Falsche Ernährung und Bewegungsmangel sind im Wesentlichen ein Produkt der Armut, von deren Vergrößerung das Kapital lebt.

Die Folgeerkrankungen bei den unteren Schichten der Arbeiter und Angestellten sind entsprechend häufiger. Zwischen Bewegungsmangel, falscher Ernährung und Übergewicht bzw. krankhaftem Übergewicht (Adipositas) bestehen Zusammenhänge. Hohe Energiezufuhr bei geringem Verbrauch führt dazu, dass überschüssige Energie in Form von Fett abgelagert wird. Insbesondere trägt zu hoher Fettaufnahme zur Entstehung von Übergewicht bei. Mit wachsendem Übergewicht wiederum wächst das Risiko von Bluthochdruck, von Herzerkrankungen und Herzinfarkten, Diabetes, Schlaganfällen, Gicht, bestimmten Krebserkrankungen, Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems und von Depressionen.

2.4 Genusmittel-"Missbrauch"

2.4.1 Rauchen

37% der Männer und Frauen aus unteren Einkommensschichten rauchen, während es in oberen Schichten nur 27% sind. (Armutsbericht 2005, 111) Insbesondere Männer und Frauen zwischen 18 und 34 Jahren, die Hauptschulabschluss haben, rauchen doppelt so häufig wie die aus einer Vergleichsgruppe mit Hochschulreife. (Mielck 2000, 188) Rauchen wird mit zunehmendem Einkommen seltener.

Zwei Drittel der langzeitarbeitslosen Männer rauchen, während es bei erwerbstätigen Männern nur 40% sind. (ebda. 114)

Wenn geraucht wird, ist der Zigarettenkonsum in unteren Schichten höher. "Dementsprechend höher sind auch die durch Rauchen hervorgerufenen Erkrankungsraten für Lungenkrebs, Herzinfarkt und eine Reihe weiterer Krankheiten bei der von Armut betroffenen Bevölkerung." (Uwe Helmert in Henkel 1998, 162) Die durch Rauchen verursachten Krankheitskosten in der GKV wurden für das Jahr 1996 auf 8,5 Mrd. Euro geschätzt. (RKI s.u., 138) Jährlich sterben 100.000 Menschen vorzeitig durch Rauchen.

Rauchen wird "*einhellig als eine beruhigende, entspannende ... Ersatzhandlung charakterisiert.*" (Wolfgang Schivelbusch, Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft, Eine Geschichte der Genußmittel, Frankfurt 1983, 122) Alle Faktoren, die Existenzunsicherheit, Angst, Stress, Überforderung, also Beunruhigung usw. hervorrufen, fördern die Bereitschaft zum Rauchen. Insoweit fördert das Interesse des Kapitals an Armutslöhnen, Lohnsenkungen, Entlassungen, Kürzungen bei Armen und Arbeitslosen, Arbeitszeitverlängerung und Arbeitsstress sowie das ständige Missbrauchsmobbing das Rauchen und schwächt den Willen, nicht zu rauchen.

Prävention bedeutet u.a.

- Arbeits- und Lebensverhältnisse zu schaffen, in denen es sich stressfreier leben lässt. Das Kapital steht dem im Wege.
- Verbot der Tabakwerbung. Abschaffung frei zugänglicher Zigarettenautomaten. Ausdehnungen von Nichtraucherzonen.

Die Tabakindustrie steht dem im Wege. Sie verdient daran, dass Rauchen die Gesundheit gefährdet, ebenso die Werbeindustrie.

Auch der Staat hat massive ökonomische Interessen an der Nikotinsucht. Er nahm 2005 14,3 Mrd. Euro aus der Tabaksteuer ein, rd. 3 Mrd. Euro mehr als im Jahr 2000. Das war fast so viel, wie die Kapitalgesellschaften an Körperschaftssteuer zahlten. Die Gewinnsteuern können gesenkt werden, wenn die Konsumsteuern zunehmen.

Die höhere Tabaksteuer soll Mittel der Gesundheitsförderung sein. Sie wird teilweise an die GKV überwiesen. Damit wird den Rauchern als Konsumenten die Verantwortung für Krankheiten zugesprochen, während die Sucht produzierenden Verhältnisse bestehen bleiben.

2.4.2 Alkohol

Deutschland gehört in Europa zu den Ländern mit dem höchsten Alkoholkonsum. Pro Einwohner wurden im Jahr 2002 10,5l reiner Alkohol konsumiert. Das entsprach 28,7g Reinalkohol pro Kopf und Tag. (RKI Auswertungsergebnisse)

Insgesamt gab es im Jahr 2004 4 Millionen Alkoholranke, 1970 waren es erst 800.000. Jährlich sterben rd. 40.000 Personen vorzeitig wegen übermäßigem Alkoholkonsum.

Der Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 ergab, dass der Alkoholkonsum bei Frauen aus Schichten mit hohem sozio-ökonomischen Status im Durchschnitt erheblich höher ist als in unteren Schichten, bei Männern insgesamt auch. Das wird vor allem durch den Konsum von Wein hervorgerufen. Der Konsum von Bier und Spirituosen ist relativ gleich hoch.

Dennoch scheint Alkoholabhängigkeit in unteren Schichten weiter verbreitet zu sein.

Doppelt so viele Arbeitslose wie Erwerbstätige konsumieren mehr als 80g Reinalkohol täglich. Ein Konsum oberhalb von 40g kann bereits Gesundheitsschäden hervorrufen. (Armutsbericht 2005, 136)

21% der alkoholkranken Männer und 16% der alkoholkranken Frauen, die sich 2002 in ambulanter Behandlung befanden, waren arbeitslos. In den stationären Einrichtungen waren es 39% bzw. 31%. (ebda. 136) Arbeitslosigkeit erhöht die Bereitschaft, übermäßig Alkohol zu konsumieren.

Die für die Gesetzliche Krankenversicherung anfallenden Kosten für "alkoholassoziierte Krankheiten" wurden für 1995 auf 7,9 Mrd. Euro geschätzt. (RKI, Kosten alkoholassoziiierter Krankheiten, Berlin o.J., 133)

Der Alkoholkonsum ist von 1990 bis 2004 um rd. 20% gesunken. Um dem entgegenzuwirken, hat die Alkoholindustrie ihre Ausgaben für Werbung um 50% gesteigert. Vor allem die Bierindustrie wirbt, bevorzugt im Zusammenhang mit Sport.

Auch die Staatsfinanzen leiden. Das Aufkommen aus Branntwein- und Biersteuer sinkt. Aber immerhin wurden 2005 noch rd. 2,9 Mrd. Euro aus diesen Steuern eingenommen.

Alkoholindustrie, Gastronomie, Handel und Staat verdienen am "Alkoholmissbrauch", den das Kapital als verhaltensbedingt beklagt.

Alkohol dient ähnlich wie Tabak und andere Drogen der Entspannung. Er kann dazu genutzt werden, existenzielle Sorgen zu vergessen, Angst und innere Unruhe zu verdrängen und Langeweile abzubauen. In Maßen genommen, ist der Genuss von Alkohol gesundheitsfördernd. Die Bereitschaft aber, ihn im Übermaß zu sich zu nehmen, zeigt indirekt, dass die Verhältnisse, in denen Menschen leben, unbefriedigend sind.

Die Notwendigkeit, übermäßig Genussmittel zu konsumieren, entsteht durch Verhältnisse, in denen scheinbare Befriedigungen reale Befriedigungen ersetzen müssen. Sie spiegeln wieder, dass reale Probleme wie Abhängigkeit, Existenzunsicherheit, Armut und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung nicht gelöst werden und durch kurzfristige, mit Geld käufliche Glücksgefühle ersetzt werden.

2.5 Eigenverantwortung und/oder gesellschaftliche Verantwortung?

Das Kapital lenkt die Aufmerksamkeit auf Faktoren, die angeblich ausschließlich in die Eigenverantwortung von Konsumenten fallen.

Dabei werden die Arbeits- und Lebensbedingungen, unter denen sich Menschen falsch ernähren, zu wenig Bewegung haben und sich mit Genussmitteln trösten, ausgeklammert, weil die ökonomisch Mächtigen von ihnen profitieren.

Die durch das Kapital geschaffenen und aufrechterhaltenen Verhältnisse sind für Millionen Menschen unbefriedigend. Auf dieser Basis verschaffen sich Lohnabhängige Befriedigungen auch um den Preis, dass sie gesundheitsschädlich sind und finanziell "unvernünftig". Was verraucht oder versoffen wird, fehlt zweifellos für die Ernährung.

Indem sie gesundheitsriskantes Verhalten unterer Schichten als Hauptursache der Krise der Krankenversicherung hinstellen, stellen sich die VertreterInnen des Kapitals selbst als gesundheitsbewusst dar. Sie beweihrauchern sich selbst.

Ihre bessere Gesundheit ist aber nur das Produkt ihrer "sozialen Lage", die den schlechten Gesundheitszustand von Millionen Menschen aus unteren Schichten voraussetzt und ständig neu erzeugt.

2.6 Das Kapital muss zahlen

Diejenigen, die Profite mit Arbeits- und Lebensbedingungen machen, die Krankheiten erzeugen, bzw. Produkte herstellen, die krank machen, sollen auch für die Folgen aufkommen. "Eigenverantwortung" muss zuallererst hier ansetzen. Das Kapital ist gleichgültig gegenüber der Gesundheit der Beschäftigten. Deshalb soll es dafür zahlen.

Unternehmen kommen kollektiv für die Folgen von Betriebsunfällen und Berufskrankheiten auf, in dem sie in einen Fonds einzahlen, aus dem die entsprechenden Kosten beglichen werden.

Sie haften auch für Schäden, die nachweisbar durch den Konsum gesundheitsschädlicher Produkte entstehen. (Produkthaftung)

Krankheiten sind aber in der Regel nicht einzelnen Unternehmen zuzurechnen, sondern dem Kapital als Ganzem. Da es als Ganzes gesundheitsschädliche Arbeits- und Lebensbedingungen produziert und aufrechterhält, muss es auch insgesamt für alle Kosten der Gesundheitsversorgung haften. In welcher finanziellen Form das geschieht, ist zweitrangig.

Es reicht nicht, dass sie im Einzelfall für Schäden haften, die durch den Konsum ihrer gesundheitsschädlichen Produkte entstehen.

Krankheiten sind in der Regel nicht einzelnen Unternehmen zuzurechnen, wohl aber der Gesamtheit der Unternehmen.

Da das Kapital insgesamt gesundheitsschädliche Arbeits- und Lebensbedingungen produziert und aufrechterhält, muss es auch insgesamt für alle Kosten der Gesundheitsversorgung haften. Ob es das über Gewinnsteuern tut oder über Versicherungsbeiträge, ist zweitrangig.

3 Senkung der "Lohnnebenkosten" = Erhöhung der Profite: Hauptziel des Kapitals bei der "Gesundheitsreform"

Das Kapital will weder Prävention im oben genannten Sinn, noch will es für die Folgen seiner Rücksichtslosigkeit gegenüber unserer Gesundheit aufkommen.

Sein Ziel ist die Senkung der "Lohnnebenkosten" und die wachsende Verlagerung der Kosten auf die Versicherten selbst bzw. über den Staat auf die Lohn- und Mehrwertsteuerzahler.

"Zentraler Reformschritt muss ... die Entkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis sein." (BDA, Leitlinien für die Gesundheitsreform, Mai 2006)

Das Kapital bezeichnet als Lohnnebenkosten in diesem Zusammenhang die Kosten der Gesundheitsversorgung, die es über Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung finanzieren muss.

Mit "Lohnnebenkosten" sind alle Lohnkosten gemeint, die angeblich nicht auf "geleisteter Arbeit" beruhen. Wer krank ist, Urlaub macht usw., bekommt nach Meinung des Kapitals Lohn fürs Nichtstun, ähnlich wie Arbeitslose.

Das Grundinteresse des Kapitals besteht darin, Lohn nur für die Zeit zu zahlen, in der LohnarbeiterInnen arbeiten und Profit bringen, nicht aber für "Fehlzeiten". Es strebt daher an, die "Lohnnebenkosten" möglichst stark zu senken bzw. nach Möglichkeit abzuschaffen. Senkung der Lohnnebenkosten ist der Schlachtruf des Kapitals.

Die Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung machen z.Zt. etwa 50 Mrd. Euro aus. (Stat. Jahrbuch 2005 Quelle nachschlagen; BMGS) (Gesamteinnahmen der GKV 145 Mrd. Euro) Jeder Prozentpunkt weniger ergibt 7,5 Mrd. Euro mehr Profit für das Gesamtkapital.

Die erste und wichtigste Wirkung der Senkung von "Lohnnebenkosten" ist die Steigerung des Profits bzw. der Profitraten (Renditen).

Um dieses Ziel zu vertuschen und die LohnarbeiterInnen zu täuschen, wird die Senkung der Arbeitgeberbeiträge als Mittel zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit umetikettiert. Tatsächlich hängt die Zahl der in Einzelbetrieben beschäftigten LohnarbeiterInnen auch von der Höhe der Profite ab. Insgesamt aber nimmt die Nachfrage des Kapitals aufgrund von Fortschritten der Technik und der Arbeitsorganisation mit steigendem Umfang der Profite ab. Die in den letzten Jahrzehnten gestiegene Arbeitslosigkeit war von gestiegenen Profiten begleitet.

(Lohnstückkosten entscheidend.)

Die Diskussion darüber, wie die "Lohnnebenkosten" am besten gesenkt und die Profite des Kapitals am besten erhöht werden können, beherrscht das Denken der Parteien und der VertreterInnen des Kapitals. Sollen die Gesundheitskosten, die das Kapital zu tragen hat, über eine "Kopfpauschale" oder über eine "Bürgerversicherung" gesenkt werden oder über einen Gesundheitspool, der Elemente von beidem verbindet? Welche "versicherungsfremden" Leistungen sollen ausgegliedert und auf Steuerzahlungen verlagert werden?

Sollen die Versicherten über höhere Beiträge und/oder höhere Steuern oder über geringer Leistungen für die Gesundheitskosten aufkommen? In welcher Weise sollen sie noch mehr zuzahlen?

Sollen die Kosten des Gesundheitswesens über einen verstärkten Wettbewerb der Kassen untereinander, der Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken untereinander usw. gesenkt werden, um die "Lohnnebenkosten" zu senken?

3.1 Senkung der Lohnnebenkosten = Lohnsenkung + Leistungskürzung

Als Lohnnebenkosten werden **nur** die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung bezeichnet, nicht die Arbeitnehmerbeiträge.

Das Kapital senkt die Arbeitgeberbeiträge, in dem es in verschiedenen Formen Kosten auf die LohnarbeiterInnen verlagert. Aufgrund der Abwälzung von Krankengeld und Zahnersatz auf die Versicherten sank der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung 2005 z.B. von 7% auf 6,45% des Bruttolohns, während der der Versicherten auf 7,55% stieg.

Die Pläne der BDA, den Arbeitgeberbeitrag einzufrieren und an die Lohnabhängigen auszuzahlen, führt zu höheren Beiträgen auf Seiten der Versicherten. Dasselbe ist der Fall, wenn ein Gesundheitspool eingerichtet wird, aus dem die Kassen pro Versicherten bestimmte Pauschalen zugeteilt bekommen. Kassen mit einem höheren Anteil an Kranken müssten dann höhere Beiträge von ihren Versicherten verlangen.

Höhere "Eigenbeteiligungen" der Versicherten erschließen ebenfalls Einnahmequellen und machen weitere Senkungen der Arbeitgeberbeiträge möglich; die Beschränkung der Behandlungskosten und Privatisierung von Ausgaben im Namen der Eigenverantwortung erfüllt den gleichen Zweck.

Die Verlagerung von sogenannten versicherungsfremden Leistungen auf Steuermitteln führt zu Steuererhöhungen oder Ausgabenkürzungen für die Lohnabhängigen.

Senkung der "Lohnnebenkosten" bedeutet für LohnarbeiterInnen letztlich niedrigere Nettolöhne bzw. im Krankheitsfall höhere Ausgaben bei gleichem Lohn, d.h. eine Senkung des Reallohns. Es ist also falsch, wenn die Funktionäre des Kapitals versprechen, dass Senkungen der "Lohnnebenkosten" "*die Arbeitnehmer entlasten*". (BDA 2006)

Senkung der "Lohnnebenkosten" kann kein Ziel der LohnarbeiterInnen sein. Indem der DGB-Bundesvorstand für eine Senkung der von den Arbeitgebern zu zahlenden "Lohnnebenkosten" eintritt, fällt er den LohnarbeiterInnen in den Rücken. Zweck der Senkung der "Lohnnebenkosten" ist nicht die Steigerung der Nettoreallöhne, sondern letztlich ihre Senkung.

3.2 Krankheitskosten - notwendige Kosten der Ware Arbeitskraft

Die Ausgaben für Krankheiten sind unserer Meinung nach notwendiger Bestandteil des Lohns. Insoweit müssen auch die Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung dem Lohn zugerechnet

werden. In der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zählt denn auch der "Arbeitgeberbeitrag" zum "Arbeitnehmerentgelt", also zum Lohn.

Der Lohn stellt den Preis der Ware Arbeitskraft dar. Über den Lohn müssen die Grundbedürfnisse nach Nahrung, Kleidung, Kultur, soziale Beziehungen, Wohnung auf dem heutigen Niveau usw. abgedeckt sein, damit die Arbeitskräfte produktiv tätig sein können. Es müssen aber auch die Kosten für die "Wartung und Reparatur" der Ware Arbeitskraft, die Kosten ihres Verschleißes abgegolten werden und die Unterhaltungskosten für die Zeiten, in denen sie zeitweise oder dauerhaft nicht mehr benötigt wird. Ferner müssten auch die Kosten des Nachwuchses der Arbeitskräfte einschließlich ihrer Erhaltungs- d.h. ihrer Gesundheitskosten abgedeckt sein.

Die Kosten der Gesundheitsversorgung können nur aus einem Fonds bestritten werden, aus dem sie im Bedarfsfall abgedeckt werden. Nicht nur die individuellen Löhne, auch die Kosten der Fonds für Krankheit, Arbeitslosigkeit und Rente sind als Teil des Lohns Produkt geleisteter Arbeit der LohnarbeiterInnen, also keine "Neben"- oder "Zusatz"kosten des Lohns, die auf Nichtstun bzw. "Sozial"leistungen eines sozialverantwortlichen Kapitals beruhen. Die LohnarbeiterInnen erarbeiten ihren Bruttolohn und den als Arbeitgeberbeitrag getarnten Lohnbestandteil selbst.

So gesehen ist die Gesamtheit der Sozialversicherungsbeiträge nicht "paritätisch" durch "Arbeitgeber" und "Arbeitnehmer" finanziert, sondern ausschließlich durch die Arbeit der LohnarbeiterInnen selbst.

Mit den Sozialversicherungsbeiträgen treten sie einen Teil ihrer Mehrarbeit an die zu ihnen gehörenden "unproduktiven" Personen ab.

Insoweit ist die gesetzliche Krankenversicherung Ausdruck der Solidarität der LohnarbeiterInnen untereinander. Die "paritätische Finanzierung", also der Arbeitgeberbeitrag ist in keiner Weise Ausdruck der Solidarität des Kapitals mit der Lohnarbeit. Auch Lohnzahlungen insgesamt sind nicht Ausdruck irgendeiner Solidarität des Kapitals. Insoweit gibt es weder einen solidarischen Lohn, noch eine solidarische Krankenversicherung. Was als "Solidarität" erscheint, ist allenfalls Eigennutz des Kapitals an der Erhaltung von Arbeitskräften, die es besser abmelken kann, wenn sie sich gesundhalten können. Im Wesentlichen aber ist es das Produkt von Kämpfen der LohnarbeiterInnen gegen das Kapital.

3.3 Eine Kasse für alle - in Selbstverwaltung der LohnarbeiterInnen!

Krankheitskosten sind Teil des Lohns, des Werts der Ware Arbeitskraft. Sie müssen von den Käufern der Ware Arbeitskraft, dem Kapital bezahlt werden. Das gilt auch für alle LohnarbeiterInnen, die keinen Käufer finden bzw. für die, die am Ende ihres Arbeitslebens angekommen sind.

Auch wenn alle Krankheitskosten über eine Umlage vom Kapital gezahlt werden, bleiben sie dennoch Lohnbestandteile.

Die Entscheidung über die Verwendung **aller** Lohnbestandteile gehört in die Hand der LohnarbeiterInnen. Nicht nur die Entscheidung über die Verwendung der Gelder, die sie brauchen, um sich zu ernähren, ihre Kinder großzuziehen und ihre Miete zu zahlen, sondern auch über die Verwendung der Mittel, die sie brauchen, um gesund zu werden und gesund zu bleiben. Über die Verwendung der vom Kapital gezahlten Umlage müssen deswegen ausschließlich Vertretungen der LohnarbeiterInnen bestimmen.

Das würde das gegenwärtige rückständige Kassensystem aufsprengen.

Die LohnarbeiterInnen brauchen nicht Hunderte von Krankenkassen.

Die Verwaltungskosten der Kassen könnten erheblich reduziert werden, wenn es nur noch eine Kasse geben würde.

Der Risikostrukturausgleich, über den jährlich Milliarden Euro von finanzstärkeren an finanzschwächere Kassen verschoben werden, würde entfallen.

Eine Kasse für alle bedeutet, dass die Beitragsbemessungsgrenze fallen muss, die garantiert, dass privaten Krankenversicherungen ein Markt für ihre Produkte garantiert wird. Alle LohnarbeiterInnen und auch alle Selbständigen und Beamten müssen über diese eine Kasse versorgt werden. Da der Markt für Geschäfte mit Krankheiten beschränkt wird, sinken auch die Ausgaben. Die extrem

Die extrem hohen profitbedingten Verwaltungskosten der Privaten Versicherungen würden ebenfalls entfallen.

Während Arbeiter und untere Angestellte, ob beschäftigt, arbeitslos oder in Rente, im Wesentlichen in der GKV versichert sind, sind große Teile der Mittel- und Oberschicht privat versichert. Diese staatlich garantierte, nach Klassen abgestufte Form der Krankenversicherung muss ebenso fallen wie das Dreiklassenschulsystem.

Eine Kasse für alle bedeutet auch, dass der Wettbewerb unter den Kassen verschwindet, mit dem eine Kasse der anderen Kunden abjagt.

Dieser Wettbewerb ist ein Mittel des Kapitals, die "Lohnnebenkosten" zu senken. Die Kassen mit den gesündesten Mitgliedern können geringere Beiträge und damit auch Arbeitgeberbeiträge erheben, haben darüber einen Wettbewerbsvorteil. Das Kassenhopping muss beendet werden.

4 Profitinteressen innerhalb der Krankenversicherung

"Der Gesundheitssektor ist ein bedeutender Wachstumsbereich ..." (BDA, Leitlinien 2006) Mit anderen Worten: hier kann man Profite machen und hier werden Profite gemacht.

Allerdings hat das Gesamtkapital ein Interesse daran, dass die Profitinteressen der Pharmaindustrie, der Medizintechnischen Industrie, der privaten Krankenhauskonzerne und der Ärzte und Apotheken nicht dazu führen, dass die Arbeitgeberbeiträge steigen, die von allen gezahlt werden müssen. Die Versicherten haben ebenfalls ein Interesse daran. Allerdings würden sie wesentlich weniger Rücksicht auf die Sonderinteressen der genannten Teile des Kapitals und des Mittelstandes nehmen, als es das Kapital insgesamt tut.

4.1 Pharmaindustrie

Die Ausgaben der GKV für Arzneimittel waren 2005 mit 24,6 Mrd. Euro so hoch wie nie zuvor. Das waren 2 Mrd. Euro mehr als für ärztliche Behandlungen. 2,4 Mrd. Euro betrug die Zuzahlungen der Patienten und 1,8 Mrd. Euro "Rabatte" der Pharmaindustrie und der Apotheken.

Die Renditen der Pharmakonzerne werden überwiegend im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erwirtschaftet. Je höher die Preise sind und je höher der Absatz desto besser das Geschäft. Die teuren Anlagen für Medikamentenproduktion müssen laufen. Sie schreien nach Absatz, unabhängig vom Nutzen für die Patienten bzw. für die Gesellschaft.

Aus diesen Gründen beschäftigen die Pharmakonzerne 16.000 Arzneimittelvertreter, Pharmaberater, die Ärzte und Krankenhäuser jährlich mit 25 Mio. Besuchen heimsuchen. Die Pharmakonzerne geben dafür 2 Mrd. Euro jährlich aus. Sie finanzieren die Produktwerbung für die Ärzte, Fortbildungen, Seminare und Studien über Medikamente, sowie Geschenke und Umsatzbeteiligungen für Medikamentenabsatz. Bei Einführung von neuen Medikamenten werden von Ärzten "Anwendungsbeobachtungen" durchgeführt, die natürlich die Verschreibung dieses Medikaments voraussetzen. Transparency International behauptet, die Industrie zahle jährlich dafür 1 Mrd. Euro an die Ärzte. (Bundesregierung, Eckpunkte zur Gesundheitsreform, 4. Juli 2006, Anlage 8, 44) Da jeder Arzt im Durchschnitt jährlich für 165.000 Euro Medikamente verschreibt, lohnt sich die Pflege der ärztlichen Vertriebswege. Alle Marketingkosten sind in den Medikamentenpreisen enthalten. Sie sollen 40% des Umsatzes ausmachen. (Quelle ??)

Der Druck der Kapitalverwertung in der Pharmaindustrie führt zu ständigen "Modellwechseln", um den Absatz anzukurbeln, zu Preistreiberei und Scheininnovationen. Er führt zur Produktion überflüssiger, ja sogar krankmachender Medikamente bzw. zur Entwicklung von Medikamenten nur dann, wenn sie den nötigen Absatz garantieren.

Die Überproduktion an Medikamenten im Verhältnis zum Bedarf zeigt sich daran, dass jährlich 4.700 t Arzneimittel im Wert von 4 Mrd. Euro entsorgt werden. Übergroße Packungen sind ein Grund dafür.

Sie zeigt sich auch darin, dass 70-80% aller Arzneimittel, die von Ärzten in der GKV verschrieben werden, von über 60-jährigen geschluckt werden. Jeder Dritte über 65-jährige nimmt zwischen 5

und 8 Wirkstoffe über Medikamente zu sich. 20% der 85 bis 90-jährigen bekommen sogar 13 und mehr Wirkstoffe zugleich verschrieben. (Gerd Glaeske nach ver.di.de/gesundheitspolitik)

Bei mehr als drei Wirkstoffen nehmen Neben- und Wechselwirkungen der Wirkstoffe deutlich zu. Das erzeugt neue Krankheiten.

Patienten werden zum "Mülldepot" der Arzneimittelüberproduktion.

- 300.000 mal wurden Patienten aufgrund arzneimittelbedingter Probleme in Krankenhäuser eingewiesen.
- 16.000-24.000 Menschen sterben jährlich an den Wechselwirkungen bzw. unerwünschten Nebenwirkungen von Medikamenten. Vermutlich häufig nach längeren arzneimittelbedingten Krankheitsperioden.

Da die Konzerne Medikamente produzieren und verkaufen müssen, um ihre teuren Anlagen auszulasten und die fixen Kosten zu decken, werden auch Krankheiten erfunden, die angeblich eine Behandlung erfordern. Selbst dann, wenn sie krankmachende Nebenwirkungen haben.

Der Absatz der Überproduktion von Medikamenten auf Kosten der Lohnabhängigen wird dadurch begünstigt,

- dass Ärzte mangels Möglichkeiten der Prävention keinen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung bzw. Vermeidung von Krankheiten haben und sich deshalb häufig auf die Verschreibung von Medikamenten beschränken und
- dass Patienten sich von Medikamenten eine wirkungsvolle Behandlung erhoffen, obwohl ihre Probleme nicht der fehlenden Einnahme von Medikamenten, sondern unbefriedigenden Lebensverhältnissen zuzuschreiben sind, die man nicht zu verändern versucht. Medikamente sind nicht selten Placebos.

Der Kreis schließt sich hier:

Da die am weitesten verbreiteten Krankheiten überwiegend Krankheiten der unteren Schichten sind, bekommen Männer und Frauen dieser Schichten entsprechend mehr Arzneimittel verschrieben. Die Pharmaindustrie verdient an den Krankheiten, die das Kapital insgesamt fördert und produziert noch weitere Krankheiten zusätzlich.

Der Gesundheitssurvey von 1998 hat die Anwendung von Arzneimitteln bei Patienten mit Hauptschul-, Realschulabschluss und Abitur untersucht. Darauf beziehen wir uns hilfsweise.

Blutdrucksenkende Mittel, Herzmittel, durchblutungsfördernde Mittel, Mittel für Lungen und Bronchien (z.B. Asthmamittel), für Magen, Leber, Galle, Mittel zur Senkung des Blutzuckerspiegels, gegen Gicht, gegen Blasen- und Nierenkrankheiten, gegen Rheuma und Bandscheibenbeschwerden, Schmerzmittel, Psychopharmaka und Beruhigungsmittel werden an Männer und Frauen mit Hauptschulabschluss in der Regel mit mehr als doppelter Häufigkeit vergeben als an solche mit Abitur.

Mittel gegen Rheuma und Bandscheibenbeschwerden z.B. in Westdeutschland mehr als dreimal so häufig bei Männern und mehr als 6 mal so häufig bei Frauen.

Nur bei Antiallergika, Vitamin C und anderen Vitaminpräparaten war die Häufigkeit der Einnahme bei Personen mit Abitur deutlich höher als bei denen mit Hauptschulabschluss. (H. Knopf, U. Ellert, H.-K. Melchert, Soziale Schicht und Gesundheit, Gesundheitswesen 61 (1999), Sonderheft 2, S 174-S175)

Prävention würde u.a. bedeuten

- Die ökonomischen und sozialen Bedingungen so zu gestalten, dass möglichst wenig Herzinfarkte, Schlaganfälle, Bandscheibenvorfälle usw. entstehen, deren Folgen wiederum chronische Erkrankungen erzeugen, die eine gesunde Grundlage nicht nur für ununterbrochenen Medikamentenkonsum bilden.
- Nur Medikamente, deren Wirkung in Langzeitstudien als positiv getestet wurden, werden von den Kassen bezahlt. (Positivliste)
- Nur wenn die Wirkung einer Kombination von Wirkstoffen erforscht ist, dürfen Medikamentencocktails verabreicht werden.

- Industrieunabhängige Information über die Wirkung von Medikamenten muss flächendeckend aufgebaut werden.
- Die ärztliche Versorgung ist so zu organisieren, dass die Gesamtheit der ärztlichen Behandlungen und Untersuchungen den jeweils behandelnden Ärzten zugänglich sind. Das erfordert Medizinische Versorgungszentren (Polikliniken).
- Verbesserung der sozialen Lage von RentnerInnen (Isolation entgegenwirken, Bewegung, Sport usw.) kann das Bedürfnis nach Medikamenten ersetzen.
- Bisher nicht als Regelleistung anerkannte Heilverfahren wie Akupunktur können Schmerz- und Rheumamittel meistens ersetzen und haben keine Nebenwirkungen.

Dazu kommt, dass Medikamente aufgrund der Monopolstellung der Pharmakonzerne häufig über-
teuert sind. Die gleichen Medikamente sind in Deutschland erheblich teurer als anderswo in West-
europa.

Medikamente, deren Patentschutz noch nicht abgelaufen sind, sind um zwei Drittel teurer als so-
genannte Generika, Produkte mit derselben Wirkstoffzusammensetzung wie die Originalprodukte.
Generika kommen auf einen Marktanteil von rd. 50%. Aber nur in rd. 75% der Fälle, in denen Ge-
nerika zur Verfügung stehen, werden sie verschrieben.

Prof. Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik in Bremen schätzt die Einsparungen auf 3
Mrd. Euro, wenn statt überteuerter Medikamente wirkungsgleiche billigere Medikamente ver-
schrieben würden. (Plus Minus 11.7.2006)

Die Kassen sind daran interessiert, die Kosten für Arzneimittel zu drücken. Sie haben Festbeträge
eingeführt. So heißen die Preise für das jeweils billigste Präparat bei gleicher Wirksamkeit. Durch
die Einführung von Festbeträgen wurden die Arzneimittelkosten 2005 um 2,9 Mrd. Euro gesenkt.
Allerdings können die Pharmaunternehmen dem mit Preisabsprachen entgegenwirken. Sie können
auch mit neuen, angeblich innovativen Produkten gegensteuern, die noch nicht von Festbeträgen
erfasst sind.

Durch die Budgetierung von Arzneimittelkosten von Ärzten, Bonussystemen bei Unterschreitung,
durch Zuzahlungen bzw. dem Verzicht auf Zuzahlung, wenn die Festbeträge um 30% unterschritten
werden, durch die Herausnahme überflüssiger Medikamente aus dem Katalog der Kassen, durch
Rabatte der Pharmafirmen usw. versuchen die Kassen den Anstieg der Arzneimittelkosten zu brem-
sen.

Um die Festbeträge zu umgehen, werden ständig neue Medikamente auf den Markt gebracht, die
angeblich besser sind als bewährte alte Medikamente. Neue Medikamente, die teurer sind und noch
nicht von Festbetragsregelungen erfasst sind, werden mit erheblichem Marketing in den Markt ge-
drückt.

Da die krankmachenden Arbeits- und Lebensbedingungen nicht oder kaum verändert werden, kann
der Medikamentenkonsum aufrechterhalten bleiben. Insofern ist die Vermeidung von Prävention
die Existenzbedingung der Pharmaindustrie.

4.2 Medizinisch-technische Geräteindustrie

Die medizintechnische Industrie, dominiert von Siemens, Dräger und Fresenius, wuchs von 1995
bis 2005 um jährlich 6%, allerdings nahezu ausschließlich durch Exporte. Der Absatz medizinischer
Geräte ist mit 5,95 Mrd. Euro 2005 im Inland sogar niedriger als 2001 mit 6,10 Mrd. Euro.

Auch hier hängt die Kapitalverwertung in erster Linie von der gesetzlichen Krankenversicherung
ab. *"Nur Produkte, die auch von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden, sind auf Dauer
im Markt erfolgreich."* (IGM Medizintechnik 2006, Frankfurt April 2006, 14) Die Gesundheitsre-
form stößt bei der Geräteindustrie auf Zustimmung, denn sie verbessert ihre Absatzchancen.

Die Finanzierung der Leistungen von Krankenhäusern werden seit 2003 auf Fallpauschalen umge-
stellt. Die Umstellung soll 2008 abgeschlossen sein. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, deren Be-
handlungskosten unterhalb der Fallpauschalen liegen, Gewinne machen können. Es bedeutet auch,
dass Krankenhäuser, deren Behandlungen qualitativ besser sind, eher Kunden bekommen.

Ein Vorstandsmitglied von Fresenius sagte: *"Qualitätsvergleiche lösen eine ungeheure Dynamik
aus."* (FTD 16.03.2006) Denn Krankenhäuser sind durch den verschärften Wettbewerb gezwungen,

die jeweils modernsten medizinischen Apparate anzuschaffen, um die Behandlungskosten zu reduzieren oder sie müssen sich mit anderen Krankenhäusern zusammenschließen bzw. werden aufgekauft.

Ähnliche Ergebnisse erhofft sich die Industrie vom Ausbau der Integrierten Versorgung, die durch die Gesundheitsreform gefördert wird. "*Die gemeinschaftliche Nutzung von Geräten mit hohen Anschaffungskosten durch mehrere Ärzte könnte aus Kostengründen ein Anreiz zum Ausbau der integrierten Versorgung sein.*" (IGM 2006, 12) Der Zwang zum entsprechenden Zusammenschluss wird durch die neu einzuführenden Pauschalvergütungen erzeugt, die die Senkung der Behandlungskosten erzwingen, wenn sie unterhalb der jeweiligen Kosten einer Praxis liegen.

Der technische Fortschritt erzwingt eine gewisse Konzentration und Zentralisierung des Eigentums, damit er sich überhaupt entfalten kann.

Andererseits aber entfalten medizinische Apparate, einmal installiert, eine Eigendynamik, weil und wenn sie als Kapital wirken müssen. Sie müssen ausgelastet werden, wenn sie sich amortisieren und rechnen sollen. Und das um so mehr, je teuer sie sind. So wie Medikamente abgesetzt werden müssen, weil sie entwickelt und produziert worden sind, brauchen medizinische Geräte, wenn sie angeschafft sind, einen ständigen Nachschub von Patienten.

Dieser Umstand, dass Apparate als Kapital wirken, weil Arztpraxen, Krankenhäuser und Labore eben Kapital verwerten müssen, hat erhebliche, bislang kaum untersuchte Folgen für die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach Angaben der Techniker Krankenkasse ist etwa jedes zweite Röntgenbild in Deutschland überflüssig. (FTD 01.06.2006) Allein dadurch werden überflüssige Kosten von 1 Mrd. Euro erzeugt. Die Welt schreibt: "*Wer einmal einen millionenteuren Computertomographen angeschafft hat, der wird sich mühen, sein Gerät mit möglichst vielen Untersuchungen auszulasten.*" (WAMS 23.04.2006)

Gleichzeitig führt die Hilflosigkeit von Ärzten, Beschwerden aus den konkreten Lebensumständen der Patienten abzuleiten, dazu, dass sie Untersuchungen veranlassen, um mögliche Ursachen aufzufinden oder auszuschließen. Z.B. lässt sich bei 80% der Rückenschmerzen keine somatische Schmerzursache finden trotz CT-Untersuchungen. Rückenschmerzen haben oft soziale Gründe. Bandscheiben sind nur bei jedem zehnten Patienten der Auslöser. (Ärzte Zeitung 17.10.2000)

Als ein wichtiger Grund für Kostensteigerungen wird der medizinisch-technische Fortschritt genannt. Das ist oberflächlich. Es ist der Umstand, dass medizinische Geräte ihren Eigentümern zur Verwertung von Kapital dienen bzw. als Mittel zum Zweck, aus Kassenmitteln Einnahmen zu erzielen. Das ist ein wichtiger Grund für die beklagten überflüssigen Untersuchungen.

4.3 Arztpraxen

Andererseits sind die gegenwärtigen Eigentumsverhältnisse Ursache überflüssiger Untersuchungen und Behandlungen.

Ärzte sind letztlich mitarbeitende Kleinunternehmer, die Umsatz machen müssen, um ihr in Geräte, Räume und Mitarbeiter investiertes Kapital zu verwerten. Es sind in der Regel Einzelunternehmer, die in Konkurrenz zueinander stehen.

Sie brauchen Kunden, damit dieser Zweck erfüllt wird.

Da jeder Privateigentümer für sich arbeitet, kommt es zu zahllosen Doppeluntersuchungen. Da Konkurrenz herrscht, wandern Patienten bei Erfolglosigkeit einer Behandlung zum nächsten Arzt, der wiederum aufs Neue mit Behandlungen anfängt, ohne zu wissen, was seine Vorgänger gemacht haben.

Das auf Einzelpraxen beruhende System ist überholt. Es verursacht überflüssige Kosten in bedeutender Höhe. Einzelärzte sind oft auch gar nicht in der Lage, auf der Höhe der Behandlungsmethoden zu sein, weil es ihnen an Zeit bzw. an Kapital mangelt.

Polikliniken, Gesundheitszentren, Ärztehäuser, ambulante Behandlungen durch Krankenhäuser. Höherer Grad der Vergesellschaftung der Gesundheitsdienstleistungen.

4.4 Apotheken

4.5 Krankenhäuser

Privatisierung

4.6 Private Krankenversicherungen

Ausbau zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen. Da die Pflichtversicherung bei rd. 4000 Euro aufhört, zieht es gesunde junge Leute in die Privatsicherung. Höhere Einkommenschichten sind eh gesünder. Aderlass.

Muss unterbunden werden.

4.7 Noch einmal: Das Kapital muss zahlen!

Für die gesamten Krankheitskosten muss das Kapital auch deswegen aufkommen, weil der Zwang zur Kapitalverwertung in der Pharmaindustrie und Medizinischen Geräteindustrie, die Verwertung von Kapital in Arztpraxen, Laboren und Krankenhäusern Kosten erzeugt, die im Grunde überflüssig sind. Für die aus den Sonderinteressen entspringende Raffgier des Kapitals in seinen verschiedenen Formen soll das Gesamtkapital selbst aufkommen.

Mehr Kosten verursachen und weniger zahlen - das geht nicht.

4.8

Mit der Gesundheitsreform wird auf zaghafte Art versucht, die aus Sonderinteressen entstehenden Mehrausgaben zu begrenzen, ohne die Grundstruktur der Privatinteressen anzugreifen.

Ziel ist, durch eine gewisse Senkung von Kosten zu Lasten der Einzelinteressen der Pharmaindustrie, der Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser, durch gewisse Rationalisierungsmaßnahmen und mehr Zusammenarbeit die Kosten zu senken, damit die "Lohnnebenkosten" im Interesse des Gesamtkapitals gesenkt bzw. Beitragserhöhungen vermieden werden können. Hauptmittel der Kostensenkung soll die Verschärfung der Konkurrenz unter den Einzelinteressen sein.

Es ist aber genau die Konkurrenz voneinander unabhängiger Privateigentümer, die überflüssige Untersuchungen und Behandlungen erzeugt und die Qualität der medizinischen Versorgung absenkt. Eine Verschärfung des Wettbewerb unter Bedingungen der Kapitalverwertung kann demzufolge auch nicht die Lösung der Probleme sein.

Das Grundproblem aber, die krankmachenden Arbeits- und Lebensbedingungen, die das Kapital erzeugt, aufrecht hält und noch verschärft, bleibt bestehen.

Deswegen sind diese Reformen, so nützlich sie trotz ihrer Beschränktheit teilweise sind, zum Scheitern verurteilt.

5 Senkung der Lohnnebenkosten - scheitert

Denn, in dem Maße wie die Kassen Ausgaben senken bzw. Kosten einsparen, wenn sie es überhaupt können, zieht ihnen das Kapital die Einnahmen unter den Füßen weg.

Hauptmittel sind Entlassungen, Lohnsenkungen, prekäre Arbeitsverhältnisse. Die dadurch entstehenden Mindereinnahmen führen zu einem Druck auf steigende Beiträge.

Ein Ausgleich aus höheren Steuermitteln ist schwierig, weil das Kapital die Gewinnsteuern immer weiter senkt, gleichzeitig aber auch die Lohnsteuern tendenziell sinken.

Bleibt noch der Weg, die Mehrwertsteuer zu erhöhen bzw. andere indirekte Steuern.

Unlösbare Dynamik. Bisher haben alle Gesundheitsreform bestenfalls den Prozess verlangsamt, in dem die Beiträge gestiegen sind.

Auch der Druck auf die Einnahmen wird durch das Kapital erzeugt. Auch das spricht für ein Umlageverfahren, weil tatsächlich die Bindung an den Lohn die Krankenversicherung in die Krise führt.

Durch höhere Zuzahlungen und Praxisgebühren bei Patienten "Kostenbewusstsein" zu erzeugen - das ist der Weg des Kapitals.

Für seinen verschwenderischen, verantwortungslosen Umgang mit unserer Gesundheit, mit unserer Arbeits- und Lebenskraft soll das Kapital zahlen - das muss unser Weg sein..