

redical Times

GÖTTINGEN

ZEITUNG GEGEN DEN KAPITALISTISCHEN NORMALZUSTAND

DEZEMBER 2012

Hauptsache Gesund!?

„Die größte aller Torheiten ist, seine Gesundheit aufzuopfern, für was es auch sei“

„1000 Wege sich gesund zu ernähren“ – „So bleiben sie in Form“ – „Fit für den Sommer“: In den Medien nimmt das Thema Gesundheit seit einiger Zeit viel Raum ein. Beinahe jedes Magazin bietet Tipps zu ausgewogener Ernährung, zu angesagten Sportarten zur Selbstoptimierung, berichtet über sogenannte Gesundheitscoachings oder listet die besten Biosupermärkte auf. Rund sechs Millionen Menschen in Deutschland gehen regelmäßig ins Fitnessstudio, und es scheint kaum jemanden zu geben, der sich nicht mit seiner „Gesundheit“ beschäftigt.

Grund genug einmal nachzufragen, was diese „Gesundheit“ überhaupt ist. Am Leichtesten fällt die Definition als Gegenkonstruktion zu „Krankheit“: Gesund ist man, wenn Körper und Geist funktionstüchtig sind, also nicht krank.

Interessant ist, dass „Krankheit“ zumindest in der Arztpraxis sehr selten in Form von „Unfähigkeit, Fußball zu spielen“ vorkommt, sondern auf der ärztlichen Bescheinigung steht: „Arbeitsunfähig“.

Dass „gesund“ mit „arbeitsfähig“ gleichgesetzt wird und der Mensch also als Arbeiter zählt, weist auf die Verhältnisse hin, in denen wir leben.

Das Privateigentum schließt zunächst einmal alle Menschen von dem aus, was sie benötigen. Es ist ihnen aber erlaubt, ihre Mittel zum Reichtumserwerb unter Achtung der Gesetze einzusetzen. Für die Mehrheit der Menschen bedeutet das, dass sie ihre Arbeitskraft verkaufen müssen, da sie nichts anderes haben, um Reichtum anzuhäufen. So scheint es den Menschen als etwas Natürliches, für einen Lohn arbeiten zu gehen. Dies ist Ihr einziges Mittel ist, um an Dinge wie Wohnung und Essen zu kommen, derer sie bedürfen. Wem es nicht gelingt, seine Arbeitskraft zu verkaufen, hat kein Geld sein Leben zu bezahlen. Denn der Zweck eines kapitalistisch produzierenden Systems ist eben nicht, ein möglichst angenehmes Leben für alle Menschen, sondern einzig und allein der Profit.

Sozialstaat – sozial? unsozial?

Nach dem wir die historische Abfolge zur Entwicklung zum Sozialstaat deutscher Prägung bis zu den 1970ern dargestellt haben, wollen wir in diesem Artikel eine genauere Bestimmung des kapitalistischen Sozialstaats und seiner ideologischen Wendung im Rahmen der Agenda 2010 unter Rot-Grün vornehmen. Der Sozialstaat als Ergebnis sozialer Kämpfe und der darauf reagierenden politischen Strukturanpassungen, ist unmittelbar auch von seinen zur Verfügung stehenden Geldmitteln abhängig. So wird im Angesicht der schwindenden Geburtenzahlen – und damit potentieller LohnarbeiterInnen – gar ein Niedergang der Deutschen herbei phantasiert. Dabei stehe die Gesellschaft vor allem vor dem Problem, ihre Sozialleistungen anpassen zu müssen. Denn „die Renden sin sischa“ (Norbert Blüm), war schon in den 1990ern eine durchschaubare Lüge und betraf nicht nur das Rentensystem. Was hat sich jedoch verändert, dass ein Anpassungsdruck auf die Sozialsysteme stattgefunden hat und vor allem, ist der Sozialstaat zu retten und sollten Linke das wollen?

Keynes ist tot, es lebe Keynes?

Die nachfrageorientierte Politik der Massenproduktion und -konsumtion und ihre fiskal- und geldpolitischen Steuerungsmöglichkeiten waren spätestens Anfang der 1970er am Ende. Die Staatsausgaben weiterhin zu erhöhen und gezielte Investitionen einzuleiten, hat nicht mehr zu einer Erholung des Weltmarkts bzw. zu steigendem Wachstum geführt. In den 1980ern unter Reagan und in England unter Thatcher sollte eine neue – die neoliberale – Idee ihre politische Tragfähigkeit das erste Mal praktisch beweisen dürfen. Der Arbeitsmarkt wurde reformiert und soziale Errungenschaften gestrichen oder massiv zusammengekürzt. Die Proteste in England waren zwar heftig, aber sie konnten

Thatcher auch nicht aufhalten. Außerdem griffen die Reformen, so dass die Mehrheit die „TINA“-Politik (TINA = There Is No Alternative) befürwortete. Vor allem die „Computerisierung“ der Produktion brachte einen neuen Boom in diesem Industriezweig, so dass von einer neuen Gründerphase geredet wurde.

Durch die – von der strukturellen Überakkumulation hervorgebrachten – Flucht von Kapital in die Zirkulationssphäre konnte die Rezession hinausgeschoben und die massive Vermehrung von fiktivem Kapital vorgenommen werden. Die Spekulationsblasen in den 90ern und 2000ern (Japankrise, Dotcom-Blase usw.) waren das Resultat ständig wachsender Eigentumstitel und damit Spekulationen auf noch nicht realisierte Wertproduktion. In diesem Kontext wurde die Rolle des Staates vermeintlich neu bestimmt. Der Staat solle sich aus allen Marktangelegenheiten heraus halten, so der neoliberale Konsens. Jede Einmischung führe zu externen Effekten, die den Markt destabilisieren. Der Glaube an den Markt in Form des Neoliberalismus hatte sich Stück für Stück die Hegemonie im volkswirtschaftlichen Meinungsspektrum erobert. Jedoch hatte sich der Staat nicht zurückgezogen, sondern wurde ganz im Gegenteil höchst aktiv in der Zuführung von vernutzbarem Menschenmaterial für den Markt. Mit der Idee, jeden Lebensbereich für den Kapitalismus flexibel, mobil und effizient herzurichten, trat diese Ideologie an, sich für die so genannte Globalisierung und den steigenden Konkurrenzdruck auf dem Weltmarkt zu rüsten. Wer jedoch den Neoliberalismus als das pure Böse stigmatisiert, hat nicht verstanden, warum dieser inzwischen zwar wieder laut kritisiert wird, aber seine Alternativlosigkeit trotzdem behaupten kann und sich in vielen Feldern sogar weiterhin ausbreitet. Gerade in Bereichen der Sozialpolitik und dem Sozialwesen z.B. im Gesundheitswesen kann dieses verdeutlicht werden.

Der Widerspruch zwischen Kapital und Arbeit sowie der stofflichen Seite der Produktion aufgrund der steigenden Produktivkräfte und dem Verwertungsprozess andererseits ist zumeist nicht Bestandteil des Wissens der heutigen sozialen oder antikapitalistischen

DIAGNOSE:

KAPITALISMUS

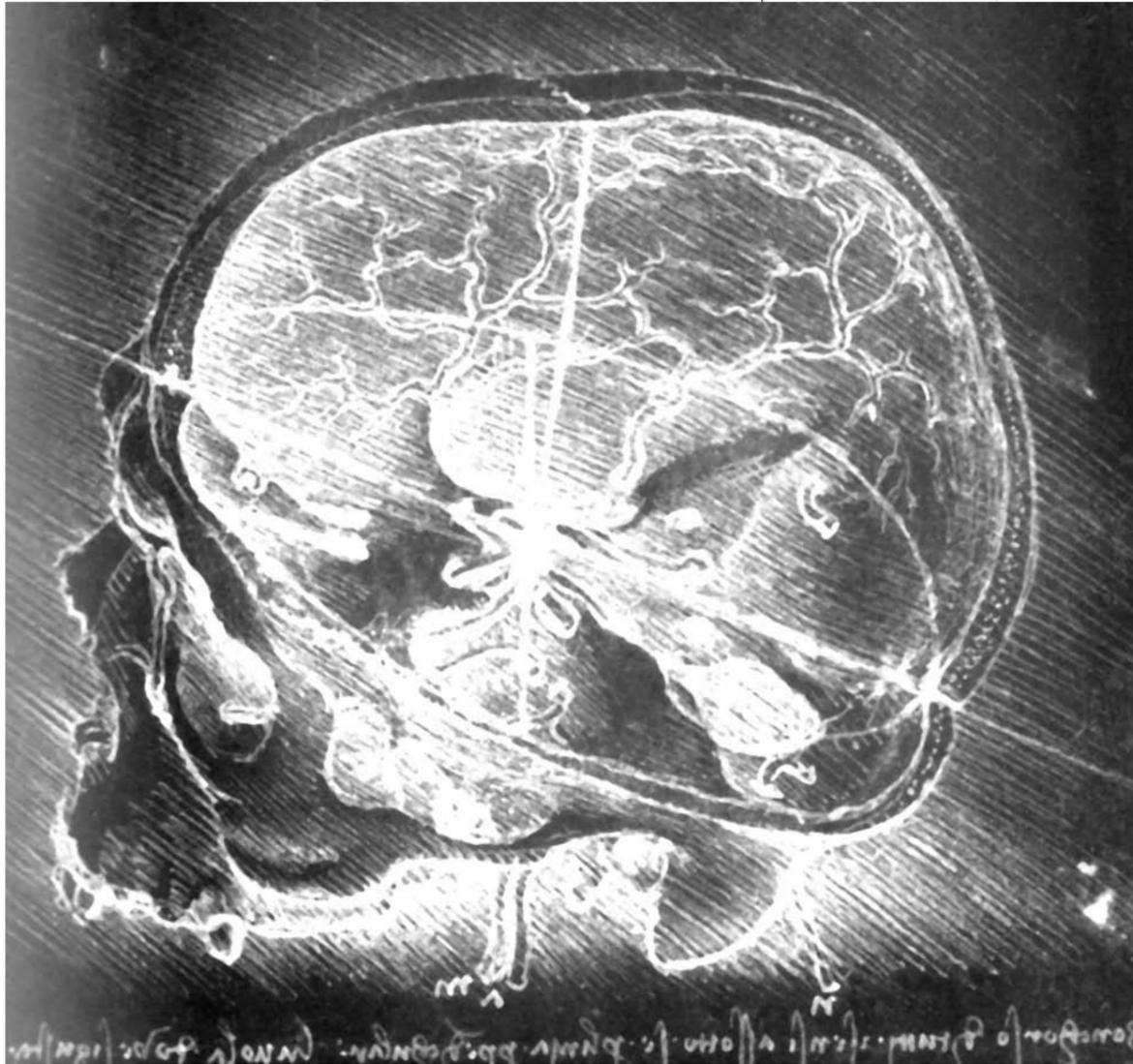
...DIE VERHÄLTNISSSE ÜBERLEBEN?!



talistischen Kämpfe. Daraus resultiert die Glorifizierung ruhigerer Zeiten, als die Politik noch eine vermeintliche Ordnung gegenüber dem Markt durchsetzen konnte. Der Staat müsse dementsprechend das Soziale wieder einführen. Doch der Begriff des Sozialen hat sich inzwischen selbst gewandelt. „Sozial ist, was arbeitet schafft“ war einer der Leitsätze, mit dem Gerhard Schröder die Agenda 2010 einleitete und die SPD endgültig ihre Daseinsberechtigung verlor. Von der Verteilungsgerechtigkeit am Anfang ihrer Existenz zur Chancen- und Teilhabegerechtigkeit bis hin zu der Umdefinierung, was als sozial gilt, spiegelt die SPD den Zeitgeist einer austauschbaren „Volkspartei“ wieder. Die politischen Differenzen im Parteiensystem sind so marginal geworden, dass die wenigen Diskussionen öffentlich inszeniert werden müssen. Und auch die Grünen, bis auf ihre gewitzte Idee des „Green New Deals“, sind nichts anderes als eine FDP für die gut situierte Bio- und Umweltbourgeoisie, die Kriege nur dann moralisch verurteilen, wenn sie von anderen geführt werden. Die Linke hingegen gibt sich kämpferisch gegen den Kapitalismus. Aber, bis auf wenige in der Partei, scheinen sie die Sozialdemokratie der 60er und 70er imitieren zu wollen. Ein mehr an Staat und ein weniger an Markt ist ihre Losung. Eine Kritik an der Vergesellschaftung im Rahmen kapitalistischer Verhältnisse als Ganzes scheint nicht verankert zu sein. Schlimmer noch, basiert ihr Antikapitalismus doch ausschließlich auf einer öffentlichen Kritik am Finanzwesen und trägt damit zumindest den Keim regressiver Züge in sich. Vermeintlich links von der SPD tut sich also nichts, was die Verfasstheit der nationaler Sozialpolitik für die BürgerInnen erträglicher machen könnte. Ganz im Gegenteil, ob im Gesundheitswesen, in der Steuerpolitik, in der Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Familienpolitik usw., die Zugriffs- und Disziplinierungsmaßnahmen des Individuums haben rasant zugenommen. Die objektive Gedankenform radikalisierte sich in der Weise, als dass Gesellschaft als nationale Produktionseinheit im feindlichen weltweiten Wettbewerb wahrgenommen wird. Kollektive materielle Ungleichheiten, die die Produktion gesellschaftlichen Reichtums kennzeichnen, werden individualisiert. So ist das Individuum nur dann Teil des nationalen Kollektivs, wenn es arbeitet. Die konstitutiven gesellschaftlichen Widersprüche werden dabei negiert. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen. Geht jemand (länger) keiner Arbeit nach, gilt sie oder er als faul und lebe auf Kosten der Allgemeinheit. Dementsprechend müssen diese Personen durch staatliche Maßnahmen – Stichwort Jobcenter – zu ihrem Glück gezwungen werden. Wer nicht auf seine Gesundheit achtet, missachtet die Pflicht, seine Arbeitskraft sorgfältig zu reproduzieren und setzt sich dem Verdacht aus, sein Arbeitsvermögen mutwillig durch Alkohol, Nikotin, zu fettes Essen usw. zu gefährden, und damit der Allgemeinheit zur Last zu fallen. Der Schritt, ein solches Verhalten im Rahmen der Versicherungsbeiträge flächendeckend zu sanktionieren, ist dabei nicht mehr weit. Die Umdefinierung der PatientInnen zu KundInnen kennzeichnet in zunehmendem Maße den Willen, aus Krankenhäusern usw. Unternehmen zu machen (vgl. Artikel „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ in dieser Ausgabe). Dies befördert neue Widersprüche und Konflikte, trägt aber nicht ansatzweise zu einer allgemeinen Verbesserung der Versorgung bei.

Im Bereich der Bildung wird dies noch offensichtlicher. Das Dogma, dass jedeR die Chance hätte, etwas aus seinem Leben zu machen und das Individuum dafür nur lebenslang lernen müsse, kontrastiert die Ergebnisse z.B. der OECD, die die Bildungschancen in Deutschland als sehr ungleich verteilt entlarven. Aber Ungleichheit basiert ja nicht mehr auf gesellschaftlichen Unterschieden in der materiellen Ausstattung, wie wir Tag ein Tag aus hören, sondern auf dem (Leistungs-) Anreiz des Individuums. So sind die durch Konkurrenzdruck und sonstigen Stress verursachten Burnouts, Depressionen usw. nicht gesellschaftliche Prozesse, die als physische und psychische Maximalschranken im Arbeitsprozess gewertet werden können, sondern werden als fehlende individuelle Leistungsfähigkeit pathologisiert. Anhand dieser Beispiele, wovon es zig tausende gibt, werden zentrale Punkte des Sozialstaats deutlich. Die von Merkel und Co wiederentdeckte „soziale Marktwirtschaft“ und die Agenda 2010 gehen Hand in Hand. Denn, wenn das Soziale in der Marktwirtschaft die Zurichtung, Disziplinierung und Individualisierung von Lebensrisiken und -krisen ein-

schließt, dann ist die Form, die eine solche Gesellschaft sich gibt durchaus sozial. Aber Sozial ist dann nicht mehr im Sinne des Wohlfahrtsgedankens zu verstehen, in denen es allen BürgerInnen im Rahmen der Konkurrenzverhältnissen möglichst gut gehen soll, sondern basiert auf einem dichten Netz der Armutsverwaltung und Almoseninstitutionen. Nicht zufällig sind die Institutionen der Suppenküchen wieder auf dem Vormarsch. Doch neben den „Überflüssigen“, bei denen Arbeitssimulationsmaßnahmen im Rahmen von HartzIV-Zwangsmaßnahmen ergriffen werden, ist das einzige Ziel der Arbeitsbeschaffung, den Ordnungsrahmen „Arbeit“ mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu verteidigen. Je mehr das Grundprinzip der Lohnarbeit an seine Schranken gerät, umso drastischer wird sein Prinzip verteidigt, und entsprechend mehr Zugeständnisse werden von Seiten der



ArbeitnehmerInnen, ob in Gewerkschaften organisiert oder nicht, an das Kapital gemacht. Die Angst den Job zu verlieren und in den Mühlen der Hartz IV-Gesetzgebung und seinen Arbeitsbeschaffungsinstitutionen zermahlen zu werden, treibt auch die so genannte Mittelschicht um. Denn auch sie musste lernen, dass die fordistische Arbeitswelt unwiederbringlich vorbei ist und Aktien als Rücklage nicht ins unermessliche steigen können. Gerade die Vorstellung, Geld im Rahmen der Zirkulation vermehren und damit Altersvorsorge usw. betreiben zu können, hat sich im Rahmen der jetzigen Krise für viele gerächt.

“One day baby, we’ll be old
Oh baby, we’ll be old
And think of all the stories
that we could have told”

Dass inzwischen Altersarmut als Thema entdeckt wurde, kann im Rahmen der Arbeits- und Sozialpolitik kaum verwundern. Wer nicht sein Leben lang vorsorgt und dementsprechend eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung dauerhaft ausübt, lebt in der Gefahr mit zukünftig wohl 67 Jahren, mit „nem Appel und nem Ei“ abgespeist zu werden bzw. eine sehr niedrige (Grund-) Rente zu erhalten. Dass diese anschließend bezuschusst werden muss, damit ein „würdiges altern“ stattfinden kann, bleibt ein Feigenblatt des Sozialstaats. Aber die Diskussionen um Renten und Rentenbeiträge kennzeichnen auch einen anderen Prozess. Denn die Vorstellung, im Alter nicht genügend zum Leben zu haben, führt ein Grundprinzip kapitalistischer Glücksversprechen, nämlich im Alter noch eine schöne Zeit erleben zu können, ad absurdum. Nichts da mit der Finka auf Mallorca, kein Reise mit dem Traumschiff um die Welt. Dies waren Vorstellungen der 60er, die genährt wurden durch die abendlichen Unterhaltungssendungen in den öffentlich-

Deshalb muss es den Menschen im Krankheitsfall also wichtiger sein, sich möglichst bald wieder verwerten zu können. In diesem Fall heißt das, also arbeiten zu gehen, als dass sie schnell wieder Fußball spielen können. Denn eines ist klar: So gerne man sich auch über seinen Job beklagt, wer gar nicht arbeiten kann, dem geht es meist noch schlechter.

Auch dem Staat ist klar, dass produktive Menschen nützlich für wirtschaftliches Wachstum sind, was vor dem Ersten Weltkrieg zum Beispiel noch nicht so klar war. Wenn Arbeiter ausfielen, konnte man sie jederzeit ersetzen, denn in Verhältnissen, die von Konkurrenz geprägt sind, gibt es nicht nur Wettbewerb zwischen Ländern oder Firmen, sondern eben auch zwischen den einzelnen Menschen um Arbeitsplätze. Nicht umsonst nennt Marx die

Arbeitslosen auch die „industrielle Reservearmee“. Zum Problem wurde es erst dann, als es zu teuer wurde, neue Arbeitskräfte anzulernen oder die „Reservearmee“ so sehr schrumpfte, dass Arbeiter nicht mehr ersetzt werden konnten oder – wie im Ersten Weltkrieg – der Staat nicht genügend Soldaten zur Verfügung hatte.

Der Staat und die Unternehmen haben also ein Interesse daran, dass die Menschen jeden Tag aufs Neue gesund zur Arbeit erscheinen. Den Unternehmen ist es aber meist wichtiger, die Arbeitskraft so gut es geht auszubeuten, was schnell auf Kosten der Gesundheit der Angestellten gehen kann, deshalb muss der Staat hier eingreifen. Er führt zum Beispiel Grenzwerte für Schadstoffe am Arbeitsplatz ein, was schon zeigt, dass es nicht darum geht, Menschen gar

keiner gesundheitlichen Gefahr auszusetzen, sondern um eine Begrenzung dieser schädlichen Stoffe, so dass die Menschen länger in der Lage sind zu arbeiten. Eine andere Möglichkeit ist, besonders gesundheitsschädliche Arbeiten in andern Ländern erledigen zu lassen, die sich einen solchen Arbeitsschutz schlicht nicht leisten können.

Nun ist das Gesundheitssystem nicht einfach vom Himmel gefallen. Eine soziale Gesundheitsversorgung der Menschen war der Inhalt zahlreicher Kämpfe und lange Zeit wurde für diesen Fortschritt gestritten. Der Grund aber, weshalb all diese Bemühungen auf einen fruchtbaren Boden fielen, ist letztlich, dass der Staat erkannt hat, wie nützlich es für das wirtschaftliche Wachstum ist, für gesunde und somit verwertbare Leute zu sorgen.

So entwickelte sich letztlich ein Sozialstaat, der den Menschen einen rechtlichen Anspruch auf medizinische Versorgung zugesteht. Dieses Interesse des Staates am Gesundheitszustand seiner Insassen trifft sich mit dem Profitinteresse vieler Konzerne, die dann Medizin herstellen und sich um die Forschung auf diesem Gebiet kümmern. Was also anfangs Aufgabe des Staates zur Erhaltung eines ausgewogenen Arbeitsmarktes war, entwickelt sich hin zu einem wirtschaftlichen Absatzmarkt. (Wer mehr darüber wissen will, dem sei der Artikel „Sozialstaat – sozial? unsozial?“ in dieser Ausgabe ans Herz gelegt)

Nun ist aber klar, dass sich Otto-Normalverbraucher all das, was er so an Medikamenten, Operationen und Sonstigem braucht, gar nicht selbst leisten kann, und genau dafür gibt es ein Gesundheitswesen, dem alle verpflichtet sind.

In Deutschland läuft das so: Alle (lohnabhängig beschäftigten) Menschen zahlen einen festen Prozentsatz an

die Krankenkassen, die wir uns der Einfachheit halber als großes Sparschwein vorstellen können. Diese Beiträge sind abhängig vom Einkommen jedes Menschen, ab einem Einkommen von 4.237,50 Euro kann man sich derzeit entscheiden, ob man privat versichert werden will oder nicht. Das sogenannte Solidaritätsprinzip sorgt oder sollte dafür sorgen, dass der Überschuss von höheren Beiträgen der Mehrverdienenden, denen zugute kommt, die niedrigere Beiträge zahlen, weil sie nur Wenig- oder Normalverdienende sind.

Je nach Bedarf werden aus diesem Sparschwein dann Leistungen bezahlt. Daran lässt sich erst einmal feststellen, dass es nicht den Menschen überlassen bleibt, ob sie für den Krankheitsfall vorsorglich sparen wollen oder nicht, denn das Geld wird ihnen direkt vom Bruttoeinkommen abgezogen. Nicht, dass noch jemand auf die Idee kommt, davon lieber Schoko-Muffins zu kaufen. Auch die Arbeitgeber müssen einen Beitrag bezahlen, womit dem Rechnung getragen wird, dass, wie bereits erwähnt, ja auch Unternehmen ein Interesse an einer medizinischen Versorgung ihrer Arbeiter haben. Ähnliches gilt für die Rentenversicherung, die für Reha-Maßnahmen aufkommt, um Menschen wieder arbeitsfähig zu machen.

Die Angestellten finden das total „gerecht“ und vergessen dabei, dass dieser Arbeitgeberanteil eigentlich nichts anderes ist, als einbehaltener Lohn. Mehr noch, sich über diese Lohnnebenkosten (so wird der Arbeitgeberanteil dann genannt) zu beklagen, eignet sich für die Unternehmen als Druckmittel, weitere Kosten einzusparen. Hierbei versteckt sich auch für die Politik ein Dilemma: Sind die Lohnnebenkosten zu hoch, wandern Unternehmen ins Ausland ab, was schlecht für die nationale Wirtschaft ist, sind sie aber zu niedrig, so bleibt nicht genug Geld, um die Gesundheitsversorgung der Menschen zu organisieren. Jenes Problem lässt sich innerhalb dieser Produktionsweise allerdings auch nicht auflösen.

Nun verwaltet der Staat also ein großes Sparschwein, in das alle einzahlen und mit diesem Geld, soll jetzt für die Gesundheit der Menschen gesorgt werden. Natürlich handelt es sich bei der Gesundheitsversorgung um Waren und Dienstleistungen, die der kapitalistischen Verwertungslogik nach, ihre Besitzer bereichern sollen. So sind die Ärzte schlicht dazu verpflichtet, ökonomische Faktoren zu berücksichtigen. Die meisten Ärzte geraten so in einen Konflikt zwischen ihrem moralischen Anspruch auf der einen Seite, nämlich den Menschen zu helfen nach ihren Möglichkeiten und dem Zwang zu unternehmerischen Abwägungen auf der anderen Seite.

So sind zum Beispiel die in den Medien so oft bemängelten schlechten Zustände in Krankenhäusern oder die fehlende medizinische Versorgung auf dem Land nicht verwunderlich, sondern Resultat dessen, dass alle Angestellten im Gesundheitssektor dem Verwertungszwang der kapitalistisch produzierenden Gesellschaft unterworfen sind.

Als Beispiel dieser schlechten Zustände, das medial viel Aufmerksamkeit erregt hat, kann die Medikamentenherstellung der Pharmaindustrie dienen. So kommt es vor, dass ein neu entwickeltes Medikament nicht ausreichend getestet wird, bevor es verkauft wird, um Kosten zu sparen und um der Konkurrenz zuvor zu kommen, was zu unerwarteten Nebenwirkungen führen kann. Oder Medikamente werden tausendfach nur minimal in ihrer Zusammensetzung verändert, um den Patentschutz darauf zu verlängern, um so selbst den Preis bestimmen zu können. Bei all diesen „Ungerechtigkeiten“ kommt es darauf an, sie als systembedingt zu entlarven: Es handelt sich bei diesen Konzernen um privatwirtschaftliche Unternehmen, die um Marktanteile konkurrieren und für die Rentabilität im Mittelpunkt stehen muss, nicht deren Nutzen für das Wohl der Menschen.

Wir solidarisieren uns also mit den Versuchen, dieses Gesundheitswesen so zu reformieren, dass es für die Menschen eine reale Verbesserung darstellt. Doch unser Anliegen kann es nicht sein, für eine Modernisierung zu kämpfen. Die einzig wirksame Pille, die es zu schlucken gilt, ist vielmehr die Abschaffung des Begriffs „Gesundheit“ nach seiner kapitalistischen Definition, nämlich „Verwertbarkeit“!

„Man kann eine Krankheit nicht dadurch heilen,
dass man das Fieberthermometer versteckt“
(Yves Montand)

– also: Kapitalismus aufheben!
Fußpilz für die Verhältnisse!

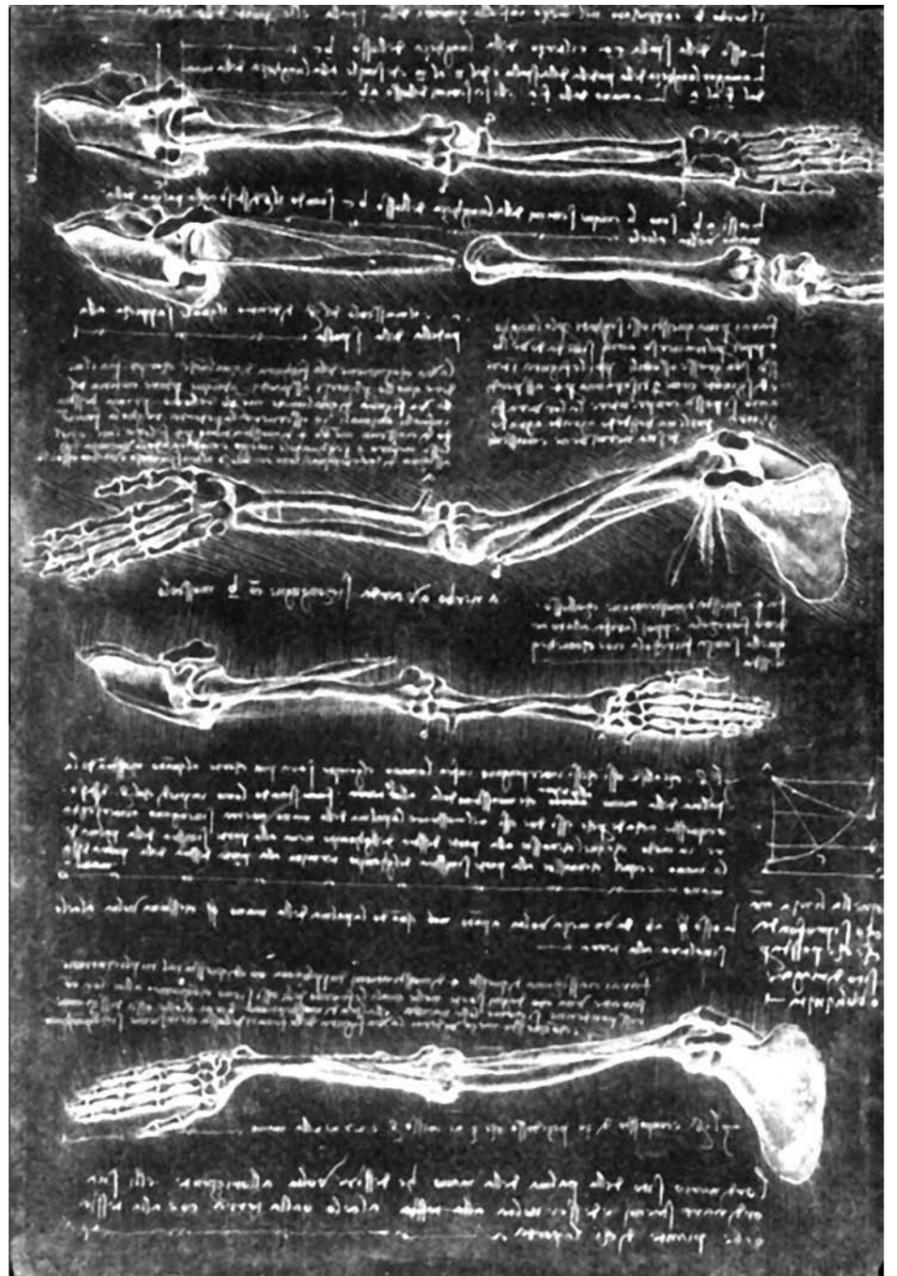
rechtlichen TV-Anstalten und die für jede/n realistisch erschienen. Das Bild der rüstigen RentnerInnen, die finanziell gut ausgestattet Extremsport überall auf der Welt betreiben und ihrer Libido bis zum Sargnagel dank Pharmaindustrie frönen können, weicht zunehmend der Angst vor Altersarmut. Die RentnerInnen, die noch rüstig sind, sollen ihre Zeit sinnvoll nutzen und im Rahmen eines Ehrenamtes für die Allgemeinheit oder deren Kinder tätig werden. Nach dem der Jugendwahn in den Unternehmen vorbei ist, sollen die Erfahrungen und das Know-how der Alten abgesogen werden. Die „stille Reserve“, also ungenutzte Produktionsfaktoren (Frauen, Alte, Behinderte ...) wie es im BWL- und VWL-Sprech so schön heißt, sollen zunehmend in die Produktionsprozesse eingegliedert werden. So wird aus lebenslangem Lernen, lebenslanges Arbeiten. Und die/der durch die kapitalistischen Verhältnisse zugerichtete RentnerIn fühlt sich dadurch auch noch „wertvoll“ im Dienste der nationalen Allgemeinheit. Wer bei diesen Aussichten des Alterns nicht Angst bekommt, außer man verdient anständig, der/dem ist nicht mehr zu helfen.

Diese dumme Schere geht immer weiter auseinander

Die Schere zwischen arm und reich geht immer weiter auseinander. Das bezweifelt auch niemand. Aber was dies konkret bedeutet und warum es sich dabei nicht um Abzocke oder Gier handelt, wird dabei nicht gesehen. Es ist die sukzessive Aneignung gesellschaftlich produzierten Reichtums unter den Bedingungen kapitalistischer Verwertung im Rahmen des rechtlich garantierten Privateigentums und somit die Subsumtion fremder Arbeitskraft durch die Unternehmen. Die zunehmende Konkurrenz der Kapitalisten untereinander forciert diese Distributionsprozesse. Gleichzeitig setzt der Staat alles daran, dass die Unternehmen auf ihren Gebieten optimale Bedingungen (Infrastruktur, Gesetze etc.) im Rahmen der Weltmarktkonkurrenz vorfinden. Der sich durch Steuern überhaupt erst reproduzierbare Staat ist demnach nicht nur auf die Steuermittel der Unternehmen angewiesen, sondern vor allem auf die Arbeitsplätze und Löhne, die anteilig als Steuern wieder zu ihm gelangen. Jeder/m LandeschefIn geht daher der Arsch auf Grundeis, wenn eine große Firma pleite geht oder rationalisiert. Denn in der Logik der Länder bzw. Kommunen ist dies eine Kostenfrage. Einerseits wird der Sozialetat der Kommunen empfindlich belastet, andererseits bleiben dadurch Steuergelder aus. Damit sich die Unternehmen aber auch dauerhaft ansiedeln, ist die spezifisch strukturelle Bevorteilung im Rahmen der Einkommens- und Vermögenssteuer für den Staat unerlässlich. Denn die optimalen Akkumulationsbedingungen widersprechen systematisch der von den meisten als gerecht empfundenen Besteuerung von Unternehmen. Die Vorstellung jedoch, dass man den reichen Unternehmern nur mehr wegnehmen müsse, vergisst, dass der Kapitalist nicht alles verkonsumiert, sondern, sofern dieser clever im kapitalistischen Sinne ist, reinvestiert. Er kauft neue Produktionsmittel und Arbeitskräfte, um auf erweiterter Stufenleiter produzieren zu können. Einen gewissen Lebensstil muss der Kapitalist allerdings schon aus Konkurrenzgründen – als Kreditmittel – aufweisen, damit das Unternehmen in seiner Person und seiner/ihrer ManagerIn etc. auch als angemessen „kapitalisierbar“ erscheinen kann. Eine Umverteilung gesellschaftlichen Reichtums ist dennoch nicht grundsätzlich abzulehnen, weil sie den massiven Druck der Sozialsysteme dämpfen könnte. Höhere Steuern oder die „Reichensteuer“ würden den Versuch darstellen, staatliche Umverteilungseffekte zu bewirken. Aber vor allem geht es dabei um die Legitimation von Gerechtigkeitskriterien innerhalb der Gesellschaft. Angenommen, Geld würde tatsächlich umverteilt werden, wäre es möglich die Gelder an

die Kommunen zu übermitteln, bis ... naja, bis eine neue Konkurrenzrunde eintritt und die gewährten Gelder für Soziales wieder reduziert oder gestrichen werden.

Der Zwang, auf dem Weltmarkt zu bestehen ist aus einzelkapitalistischer sowie aus nationalstaatlicher Sicht sehr ähnlich. Da jedoch der Staat nicht selbst produziert, und insofern auch nicht direkt seinen Anteil an der Verwertung menschlicher Arbeitskraft abziehen kann, muss dieser sich, um sich als Ganzes zu reproduzieren, Anteile der Revenuen der Arbeit anderer aneignen. Das ist auch der Kern, warum Steuern als sekundäre Ausbeutung bestimmt werden können. Gleichzeitig darf der Staat aber seine Steuern nicht so hoch bei den Einzelkapitalisten ansetzen, dass die Akkumulation von Kapital gefährdet wird. In diesem Zwiespalt steckt der Staat, wenn er sich nicht nur reproduzieren, sondern auch die besten Ausgangssituationen für seinen Standort gewährleisten will. Sozialpolitik, und damit die Mittel des Sozialstaats, sind damit zumindest rechnerisch auf ein hohes Steueraufkommen angewiesen. Abstrahiert man jedoch von der Milchmädchenrechnung der schwäbischen Hausfrau, kann der Staat sehr wohl Schulden aufnehmen bis er als nicht mehr kreditwürdig erscheint. Was passiert, wenn die Glaubwürdigkeit der Rückzahlung eines Staates beeinträchtigt wird und vor allem wie sozial das geschieht, kann seit der Krise an Griechenland, Spanien und Portugal nachvollzogen werden. Der Staat wird alle Ausgaben drastisch kürzen, so dass die erkämpften Rechte und Zugeständnisse, die dem Kapital abgetrotzt werden konnten, revidiert werden. Gleichzeitig wird der Arbeitsmarkt und die Lohnstruktur in einer zweiten Reformwelle auf Niedriglohnniveau herunterreformiert, um die Akkumulation von Kapital anzukurbeln. Wie sich ebenfalls zeigt, wird dies in den meisten Ländern nicht einfach so hingenommen. Die Proteste und Straßenschlachten in Griechenland, Spanien usw. sind der verzweifelte Versuch, durch Druck zumindest die schlimmsten Reformen verhindern zu können. Eine realistische Option auf Revolutionen im emanzipatorischen Sinne steht jedoch in keinem der Länder auf der Agenda. Vielmehr erhalten nationalistische Strömungen und Parteien Zulauf. Wie sich die Verhältnisse ändern werden, vermögen wir auch nicht konkret vorauszusehen, aber der soziale Frieden in Europa ist stark gefährdet. Nur in Deutschland scheint nach wie vor und trotz Krise die Sonne, obwohl grau die Farbe dieser Tage den emotionalen Zustand besser wieder spiegelt.



Sozialstaat – ja, nein, ähhh, ich meine jain?!

Können wir als radikale Linke in Deutschland den Sozialstaat wollen? Einen Sozialstaat, der entgegen der Behauptungen nicht angegriffen oder ähnliches wird, sondern seinen sozialen Charakter neu bestimmt. Die/der BürgerIn hat sich im Rahmen der kapitalistischen Verwertungslogik als aktiver, mobiler, vollflexibler, eigenständiger Arbeitskraftbehälter zu verhalten. Seine vorgestellte Gemeinschaft verbindet das Individuum an die Kollektivität der Nation. Das Wachstum der Volkswirtschaft ist das oberste Ziel dieser Gesellschaft. Daher organisiert der Sozialstaat sowohl den Ein- als auch den Ausschluss von dieser Gesellschaft. Nicht erst durch die



Faulheitsdebatten und sonstige sozialchauvinistische Diskussionen im öffentlichen Raum werden die faulen, antriebslosen, planlosen Individuen diszipliniert und mit aller Gewalt in den ersten Arbeitsmarkt geprügelte. „Ein Recht auf Faulheit gibt es nicht“, wie inzwischen alle lernen durften, und so greift der Zwang zum Selbstzwang auch auf das neue Sozialsystem über. Wie bereits beschrieben, verlagert sich die vermeintliche Unfähigkeit in das Individuum und die Gesellschaft erkennt darin eine individuelle Schuld. Die Schuld nämlich, sich nicht für die Produktionsallgemeinheit einzusetzen und das Bruttoinlandsprodukt zu vermehren. Die Aktivgesellschaft, die lebenslang in einer Maximierungs- und Verbesserungstretmühle gefangen ist, schreit daher nach Sanktionen. Und dieser Ruf wird von den Arbeitsagenturen und Jobcentern gehört. Noch nie wurden so viele Sanktionen gegen Hartz IV-EmpfängerInnen ausgesprochen, wie im vergangenen Jahr.

Auch die Sozialversicherung bzw. Versicherungen allgemein spielen in dieser Transformation des Sozialstaats eine zentrale Rolle. Versicherungen können nur kollektiv erfolgen, weil eine individuelle Vorsorge in allen Bereichen des Sozialwesens gar nicht möglich und finanzierbar wäre. Daher rührt auch die vermeintliche Plausibilität z.B. von Reformen im Gesundheitswesen. Die Kosten für die Allgemeinheit, also alle Einzahlenden steigen, wenn andere „mutwillig“ ihre Gesundheit etc. systematisch zerstören. Dieser Logik folgend muss daher der Staat in seiner sozialen Form auf das Individuum einwirken, damit die Kosten für die BeitragszahlerInnen nicht explodieren. Demgemäß können Versicherungen auch als eine nationale Vermittlungsform betrachtet werden. Neben der Vermittlung zwischen individuellen Risiken und gesellschaftlichen Vorsorge- und Verfügungsmitteln ist die staatliche Sozialversicherung ein Eingriff in die Realisierung des Werts der Ware Arbeitskraft. Da sie unmittelbare Abzüge aus den Revenuen der ArbeiterInnen darstellt, entzieht sie diesen die Möglichkeit über ihr privates Einkommen zu verfügen. Die Sozialversicherung zwingt aber andererseits die Kapitalisten,

die spezifischen Risiken der kapitalistischen Produktion und die individuellen Krisen der LohnarbeiterInnen anzuerkennen. Der Zugriff auf die Beiträge ergibt sich aus dem anteiligen Abzug der Reproduktionskosten der LohnarbeiterInnen. Aus einzelkapitalistischer Sicht stellen die Sozialversicherungsbeiträge einen Abzug des Mehrwerts dar und werden gemeinhin als „Lohnnebenkosten“ gehandelt. Dementsprechend bieten Veränderungen in der Höhe der Sozialversicherungsbeiträge dem Sozialstaat die Möglichkeit, Einfluss auf die Höhe der Löhne zu nehmen und umzuverteilen. Dies ist auch der Kern einer Argumentation der Sozialdemokraten aus dem 19. Jahrhundert, die sie dazu verleitet hat, eine „partielle Sozialisierung“ des Lohns und eine Durchbrechung kapitalistischer Prinzipien zu sehen. Aus Sicht der Sozialdemokraten ergab das insofern Sinn, als dass sie über Reformen und politischen Machtgewinn einen sozialistischen Staat formen wollten.

Aus heutiger Sicht wirkt diese Annahme jedoch mehr als weltfremd. Denn die, unter anderem durch Steuern und Sozialversicherungsbeiträge, konstituierte Wettbewerbsgesellschaft will nicht den Kapitalismus abschaffen, sondern erfreut sich an der Risikoabsicherung und nimmt sich als anspruchsberechtigt wahr. Mit der Neubestimmung, was als sozial zu verstehen ist, radikalisiert sich dieses Prinzip. Denn allen BürgerInnen scheint klar zu sein, oder es wird zumindest akzeptiert, dass die fetten Jahre vorbei sind und zukünftig privat vorgesorgt werden muss. Die Umstellung auf ein privatisiertes Sozialversicherungswesen hätte für diejenigen, die es sich nicht leisten können, drastische Auswirkungen. Neben dem staatlich organisierten Zwang zu prekärer Lohnarbeit, dem „solidarischen Wettbewerb“ und den unterschiedlichen Diskriminierungsformen und Risikobemessungsgrenzen im Gesundheitswesen, ist jetzt schon mehr als deutlich, dass Altersarmut ein zentrales Problem der Zukunft sein wird. Die Aussichten, vor allem im Rahmen der Krisenprozesse, sind alles andere als rosig. Während sich Deutschland für seine niedrige Arbeitslosenquote feiern lässt, weiten sich Niedriglohnjobs, Leiharbeit und Kurzarbeit aus und die Gewerkschaften haben in den meisten Fällen nicht mehr dazu beigetragen, als Achselzucken oder einen minimalen Ver-

weis darauf, dass Deutschland ein Sozialstaat bleiben müsse. Selbstverständlich ist es angenehmer, wenn ein gut ausgebaute Sozialstaat, der seine Überflüssigen nicht drangsaliert, alle Risiken trägt und umverteilt, um eine abstrakte Gerechtigkeitsnorm durchzusetzen. Aber dieser Sozialstaat des Fordismus unter den Voraussetzungen des Massenkonsums und Massenproduktion ist unwiederbringlich vorbei und die Anzeichen weiterer Spekulationsblasen z.B. im Immobilienbereich weisen darauf hin, dass sich die Reproduktionsbedingungen der Ware Arbeitskraft verschärfen. Der Druck und die Konkurrenz unter den LohnarbeiterInnen steigen dabei ebenfalls, so dass viele an die psychischen und physischen Maximalschranken ihres Arbeitsvermögens treten. Entgegen der erkämpften Normalarbeitszeit wird im heutigen Kapitalismus die Arbeitszeit in die sogenannte Freizeit ausgedehnt und durch „lebenslanges Lernen“ und Arbeiten ist erst Schluss mit dem Geplacke und dem Gelerne, wenn der letzte Atemzug getan ist. Schon der kapitalistische Normalvortrag ist eine Zumutung. Wenn sich jedoch das soziale Paradigma in der genannten Weise weiterhin durchsetzt und die Krisenprozesse sich voll entfalten, ist es allerspätestens an der Zeit, den Kapitalismus und seine ihm innewohnenden Ideologien abzuschaffen. Der Sozialstaat ist das Ergebnis aus Klassenkämpfen und Konfliktsituationen, die dem Kapitalismus eigen sind. Der bürgerliche Staat wird durch die Anerkennung und Kollektivierung der unterschiedlichen Lebensrisiken zum Katalysator der bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse. Damit zementiert er seinen Charakter als Sozialstaat. Er ist zwar nicht statisch, aber auch nicht so flexibel, dass ihm ein anderer Inhalt als die kapitalistische Ordnung eingeschrieben werden könnte. Auch als Sozialstaat bleibt er der Staat des Kapitals – kapitalistischer Staat – und nicht der Staat der Kapitalisten. Insofern ist der Sozialstaat die politische Form, die sich die bürgerliche Gesellschaft gibt. Aus diesem Grund kann eine Kritik an den gesellschaftlichen Verhältnissen und ihre Bekämpfung nicht vor seinem vermeintlichen Feigenblatt halt machen. **Wir bleiben dabei: Staat, Nation und Kapital sind umgehend abzuschaffen, weil sie ein gutes Leben für alle verunmöglichen.**

Ableism

„Wir werden nicht als Behinderte geboren, wir werden zu Behinderten gemacht!“

Dieser von einem Simone de Beauvoir-Klassiker abgewandelte Slogan der Behindertenbewegung ist einfach, aber wahr, wie sich in diesem Textbeitrag zeigen wird.

Einleitend der Versuch einer Definition des Wortes „Behinderung“: Aus medizinischer Sicht sind Behinderungen „die Auswirkung[en] einer Schädigung im Individuum und die dadurch hervorgerufene Veränderung von Funktionen im menschlichen Organismus. Sie [sind] immer Folge eines ursprünglich krankhaften Ereignisses“ – unabhängig davon, ob diese auf Unfälle, Infektionen oder genetische Ursachen zurückzuführen sind. Im Kapitalismus bedeutet dies, dass die Verwertbarkeit nicht nur kurzfristig, sondern dauerhaft eingeschränkt ist. Dies hat für die Betroffenen den weitestgehenden Ausschluss aus der Gesellschaft zur Folge – mit weitreichenden Konsequenzen. Grund genug, uns im Rahmen unserer aktuellen Kampagne ebenfalls mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.

Wenn von „Behinderten“ gesprochen wird, so haben die meisten von uns dazu sofort gewisse Assoziationen im Kopf. Doch das Wort an sich wirkt auf den ersten Blick relativ nichtssagend – klar ist nur, irgendjemand wird hier an irgendetwas gehindert. Wer, was und wovon da gehindert wird, bleibt vorerst unklar. Umgangssprachlich wird „behindert“ oft synonym mit „scheiße“ verwendet, dies ist jedoch ein gesondertes Thema, das einen eigenen Text verdient. Auf der Suche nach der Antwort auf die Frage, was Behinderung ist, springt uns das deutsche Sozialgesetzbuch zur Seite und bietet eine rechtliche Definition: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ Wie der „für das Lebensalter typische Zustand“ aussieht, wird nicht näher beschrieben. Eine klare Grenze scheint es nicht zu geben. Eindeutig geht aus dem Gesetzestext jedoch hervor, dass es sich bei Behinderungen um Abweichung von einer (gesellschaftlichen) Norm handelt – in diesem Fall vom besagten „lebensalterstypischen Zustand“.

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO ist da etwas präziser, ihr Modell unterscheidet zwischen drei Ebenen von Behinderung:

*Körperfunktionen und Körperstrukturen: Körperliche Schäden, bspw. eine fehlende Hand oder eine Lähmung
Aktivitäten: Die Möglichkeit zur Durchführung von Handlungen, bspw. beidhändiges Klavierspielen mit nur einer Hand*

Partizipation: Einschränkungen durch fehlende Barrierefreiheit, aber auch gesellschaftliche Normen, bspw. Bei Bewerbungsgesprächen die Bevorzugung von „Nicht-Behinderten“ trotz gleicher Qualifikation

Besonders interessant ist hierbei der dritte Punkt – Ausgrenzung aufgrund gesellschaftlicher Normen. Der Soziologe Saad Nagi entwickelte 1965 ein Modell, das den Fokus auf eben diese besondere Art der Ausgrenzung setzt. Nach diesem Modell gilt als behindert, wer „gesellschaftlich erwartete Handlungen oder Rollen nicht oder nur eingeschränkt ausüben kann“. Das Zusammenspiel der Einschränkung mit deren sozialer Bewertung ist hier besonders wichtig. Einige Einschränkungen können problemlos korrigiert werden, wie beispielsweise eine Sehschwäche, die durch das Tragen einer Brille aufgehoben wird. Die gesellschaftlich erwartete „Rollenausübung“ wird dadurch nicht beeinflusst und wer eine Brille trägt, hat kaum mit negativen Reaktionen seitens der Gesellschaft zu kämpfen – im Gegenteil gilt vielen das Tragen einer Brille immer noch als Sinnbild von Intellekt.

Behinderung ergibt sich also nicht nur aus einem biologischen Zustand, sondern viel mehr durch dessen Zusammenspiel mit gesellschaftlichen Normen und Erwartungen, welche wiederum einem ständigen Wandel unterliegen und verändert werden können. Wie bereits erwähnt, verschiebt sich also die Grenze, wo körperliche Behinderung beginnt je nach den gesellschaftlichen Verhältnissen, in denen sie produziert werden. Für geistige Behinderungen gilt dies hingegen nicht, sie werden im-

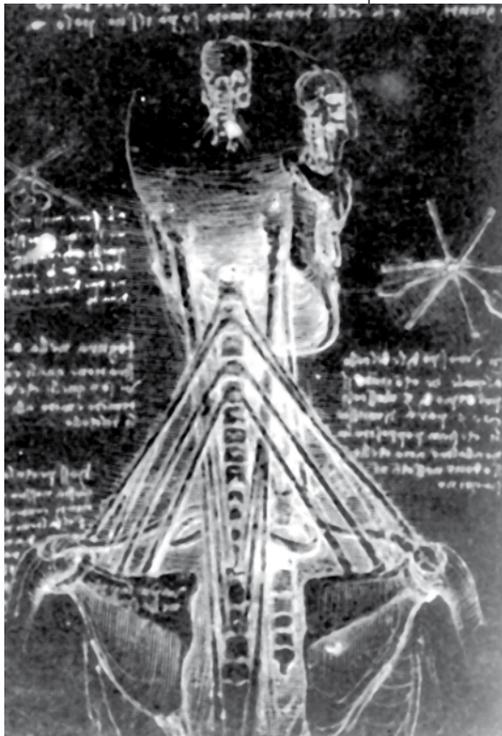
mer noch als ein unveränderbarer Zustand gesehen, welcher sich eben im Unterschied zu körperlichen Behinderungen nicht ausgleichen lässt. Ableism beschreibt also den Ausschlussmechanismus, in dem die Fähigkeiten zum Mittelpunkt der Bewertung eines Menschen als Ganzes gemacht werden – wer den Normen nicht entspricht, kommt dabei in der Regel nicht besonders gut weg.

Die Konsequenz einer „Behinderung“ ist der weitgehende Ausschluss vom Leben in der Mehrheitsgesellschaft. Geistig behinderte Menschen werden oft in Pflegeheimen untergebracht. Vor allem, wenn die Familien nicht die Zeit haben, um sich selbst zu kümmern, bspw. wenn sie der Lohnarbeit nachgehen müssen. Für viele Betroffene wäre ein (relativ) eigenständiges Leben mit Assistenz denkbar, würde es nicht an den finanziellen Ressourcen scheitern – die Heime sind einfach kostengünstiger. Doch es liegt nicht nur am Geld – der Mangel an sozialen Ressourcen bzw. an Partizipationsmöglichkeiten und Akzeptanz – trifft die Betroffenen ebenso mit voller Wucht. Viele Menschen wollen „mit Behinderten einfach nichts zu tun“ haben – manch einer schämt sich für Familienangehörige, auch, wenn das natürlich kaum jemand offen ausspricht. Und so vegetieren die meisten (geistig) Behinderten ihr Leben lang in Pflegeheimen herum – ausgeschlossen und unter sich, am Rande der Gesellschaft.

Das Urteil „behindert“ hat weitreichende Folgen und beinhaltet auch und insbesondere den Ausschluss vom Arbeitsmarkt. Dies mag auf den ersten Blick zwar angenehm scheinen – Lohnarbeit ist nicht unbedingt des Menschen liebste Beschäftigung – hat jedoch bei genauerer Betrachtung weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen. Um am Kampf auf dem Arbeitsmarkt teilnehmen zu „dürfen“ wird Konkurrenzfähigkeit erwartet, das heißt der Wille und – vor allem in diesem Fall – die Möglichkeit, seine Arbeitskraft auf dem Markt als Ware verkaufen zu können und diese auch eigenverantwortlich zu reproduzieren. Dies wird – insbesondere bei geistiger Behinderung – den Betroffenen pauschal abgesprochen, unabhängig davon, ob dem so ist oder nicht (dazu später mehr). Pauschal wird geurteilt: „Der ist behindert, der ist nicht arbeits-, geschweige denn konkurrenzfähig.“ Damit gilt er dann auf dem Arbeitsmarkt als wertlos, darf somit also nicht im alltäglichen Kampf um Jobs, Lohn und Anerkennung mitmischen.

Die Angst, nicht an diesem Konkurrenzkampf teilnehmen zu können, ist groß – und in dieser Gesellschaft leider auch berechtigt. Von der eigenen Verwertbarkeit hängt schließlich – als wäre das nicht fatal genug – nicht nur das Tägliche, sondern auch und vor allem der gesellschaftliche Status ab. Im gesellschaftlichen Ansehen steht der Arbeitsunfähigkeit zusammen mit dem Arbeitsunwilligen jedenfalls ganz unten. „Behindert“ zu sein schließt die Betroffenen also nicht nur vom Arbeitsmarkt aus, sondern auch von der damit verbundenen Teilhabe am gesellschaftlichen Umgang. Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, warum Behinderung, also körperlich oder geistig nicht mehr in der Lage zu sein, seine Arbeitskraft zu verkaufen, den meisten Menschen als ultimative Horrorvorstellung gilt. Nicht wenigen dienen Behinderte als Projektionsfläche für die Angst vor dem „nicht mitmachen können“, leider zu Recht, ist die eigene Verwertbarkeit doch das, worauf man in dieser Gesellschaft letztendlich seine gesamte Existenz baut. Ist dies nicht möglich, so gilt ein solches Leben bei nicht wenigen als „lebensunwert“.

Auf dem Arbeitsmarkt ist der Umgang mit Behinderten ambivalent. Auf der einen Seite werden viele, insbesondere geistig Behinderte, an Internate oder Sonderschulen verwiesen, auf der anderen Seite wird versucht, Menschen mit Behinderungen durch sogenannte Integrationsklassen an „normalen“ Schulen einzubinden. Abhängig von



„Wenn man nicht will, dass Gesundheit zur Ware wird, muss man sich notgedrungen auf den Kampf gegen die Warenförmigkeit der Gesellschaft einlassen“

Interview mit Nadja Rakowitz

redical M (rM): Hallo Nadja! Würdest du dich vielleicht kurz selbst vorstellen – wer bist du und wer ist/sind die vdää?

Nadja Rakowitz (NR): Ich bin Nadja Rakowitz, seit 2006 die Leiterein der Geschäftsstelle des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Vorher war ich wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Hans-Ulrich Deppe im Institut für medizinische Soziologie an der Uni Frankfurt/Main. Von Haus aus bin ich Politologin und habe in Frankfurt/Main promoviert über Karl Marx' Kritik am Frühsozialismus,

was mit dem Gesundheitswesen gar nichts zu tun hatte. Inzwischen kann ich beide Themen, mit denen ich mich beschäftige, manchmal zusammenbringen und die Entwicklungen im Gesundheitswesen durch die Brille der Kritik der politischen Ökonomie von Marx betrachten – was ausgesprochen hilfreich ist und die Begriffe schärft.

Der vdää wurde 1986 als „Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärztinnen und Ärzte in den Ärztekammern“ gegründet. Die Listen wurden im Protest gegen die konservativen ärztlichen Standesvertreter gegründet, weil diese alte Nationalsozialisten in ihren Reihen ignorierten oder verteidigten und weil sie für den Standesdünkel der „Halbgötter in Weiß“ standen und schon damals zumindest im ambulanten Sektor aus Eigeninteresse massiv zur Ökonomisierung der Medizin beitrugen. Außerdem waren die konservativen ÄrztInnen gegen eine aktive Friedenspolitik und unterhielten gute Beziehungen zu Ärzteorganisationen im rassistischen Südafrika etc. Als Reflex auf die damaligen undemokratischen Strukturen in den Kammern, als bewusster Hinweis auf das politische Verständnis von Medizin und als Bekenntnis zu den demokratischen Grundstrukturen der Gesellschaft wurde bei Gründung des vdää im Jahre 1986 der Begriff „demokratisch“ in den Vereinsnamen aufgenommen. In der Gründungserklärung heißt es dazu: „Es ist nicht Arroganz und Überheblichkeit, wenn wir uns ‚Demokratische Ärztinnen und Ärzte‘ nennen. Selbstverständlich sind demokratisches Bewusstsein und Engagement nicht an bestimmte Gruppierungen gebunden. Es geht vielmehr darum, in der ärztlichen Berufspolitik Initiativen der Demokratisierung zu entwickeln. Insofern ist die Namensbezeichnung ‚Demokratische Ärztinnen und Ärzte‘ bewusst gewählt als Ausdruck gemeinsamer Einschätzung, dass mehr Demokratie durchgesetzt werden muss und als Ankündigung der Bereitschaft, uns dafür gemeinsam mit anderen einzusetzen.“ Die Arbeit in den Ärztekammern stellt für den vdää heute nur einen Aspekt seiner Arbeit dar, er engagiert sich auch in anderen politischen Feldern, wie dem Bereich Armut und Gesundheit, in den Gewerkschaften, sozialen Netzwerken und anderen gesundheitspolitisch relevanten Zusammenhängen. Mit Sorge wird im vdää eine zunehmende Privatisierung und damit Kommerzialisierung öffentlicher Einrichtungen gesehen, die inzwischen auch das Gesundheits- und Sozialwesen betrifft. Auch international ist diese Tendenz zu beobachten. Die Interessen privater Unternehmen decken sich nicht mit denen der Gesellschaft. Durch die zunehmende Privatisierung gesundheitlicher Risiken wird der Prozess der Entsolidarisierung deutlich befördert. Und das trägt zur Polarisierung in der Gesellschaft bei. Seit der Weltwirtschaftskrise 2008 wächst aber auch wieder der Widerstand gegen die Privatisierung öffentlichen Eigentums. Di-

ese meist von örtlichen Bürgerinitiativen getragenen Proteste unterstützt der vdää. Außerdem haben wir zusammen mit den Sozialistischen Ärzten Schwedens ein „Europäisches Manifest gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens“ lanciert, das inzwischen einige Organisationen von Health Professionals europaweit unterschrieben haben.

rM: Wie sehen die Pläne der neuen Kampagne aus und was erwartet ihr von dieser?

NR: Ich muss gestehen, dass diese Pläne nicht sehr konkret sind. Wir wollten zunächst einmal eine europaweite Tendenz beschreiben und kritisieren und versuchen im Moment, uns in das „Europäische Netzwerk gegen Kommerzialisierung und Privatisierung des Gesundheits- und Sozialwesens“ einzuklinken und dort mitzuarbeiten. Das letzte Treffen des Netzwerks in Warschau (6.-7. Oktober) hat Kirsten Schubert als vdää-Vertreterin besucht. Wir hoffen, dass wir mit solchen Aktivitäten Aufmerksamkeit erregen und Druck auf die politischen Verantwortlichen erzeugen können, die eingeschlagene Richtung der Gesundheitspolitik zu ändern. Wir merken, dass Ärztinnen und Ärzte in der Öffentlichkeit nach wie vor eine sehr hohe Akzeptanz haben und versuchen deshalb diese zu nutzen, um Einfluss auf die Politik zu üben für eine bedarfsgerechte und sinnvolle medizinische Versorgung – und nicht für eine, die nur wieder den Leistungserbringern und der Gesundheitsindustrie noch mehr Geld in die Taschen spült. Vielleicht ist ja die aktuelle Krisen-Stimmung in Europa und die seit einiger Zeit wieder aufkommende Kritik am Kapitalismus (weniger in Deutschland als in anderen europäischen Ländern...) auch für eine Kritik an der Ökonomisierung des Gesundheitswesens sensibilisierbar.

Wir im vdää überlegen außerdem, ob man nicht in Deutschland eine Kampagne gegen die DRG starten müsste. Aber wird sind uns darüber im Klaren, dass das ein kleiner Verein wie der vdää alleine nicht stemmen kann. Deshalb überlegen wir, wie man das mit wem angehen könnte.

rM: Wie seid ihr vernetzt und an wen ist die Kampagne gerichtet?

NR: Die Kampagne ist sowohl an Beschäftigte im Gesundheitswesen als auch an PatientInnen und generell BürgerInnen gerichtet, die diese Tendenzen stoppen wollen. Das Thema Gesundheitssystem trifft ja irgendwie jeden – das ist ein großer Vorteil.

Der vdää macht – wie gesagt – seit kurzem bei diesem europäischen Netzwerk mit. Der vdää hat außerdem Kontakt zu verschiedenen Organisationen in der Schweiz, in Österreich, in Schweden und einzelne Mitglieder des Vorstands haben wiederum Kontakte zu ähnlichen Organisationen in anderen Ländern.

**DIAGNOSE:
KAPITALISMUS**

**Diskussionsveranstaltung
mit Nadja Rakowitz**

„Ökonomisierung des Gesundheitswesens“

Freitag | 07.12.2012 | 20h | Stadtbibliothek | Gotmarstraße 8

...DIE VERHÄLTNISS ÜBERLEBEN?!

Hier in Deutschland haben wir einen guten Kontakt zu ähnlichen Vereinen wie zum Beispiel dem VDPP. Natürlich haben wir Kontakt zu den jeweiligen alternativen Listen der Landesärztekammern. Wir arbeiten mit ver.di und dem dgb zusammen, wenn diese Kampagnen gegen die Kopfpauschale oder ähnliches machen. Wir sind inzwischen Mitglied der der „Plattform für Globale Gesundheit“, die von medico international und dem dgb initiiert wurde. Wir arbeiten natürlich mit den Medi-Büros und Medi-Netzen zusammen, wenn es um die Versorgung von Menschen ohne Papiere geht oder hier politisch die Stimme erhoben werden muss.

Inzwischen haben wir auch wieder einen Kontakt zur offiziellen Vereinigung der Medizinstudierenden BVMD und machen bei deren Kongresse Workshops, um den vdä bei den Studierenden wieder bekannt zu machen.

rM: Was bedeutet denn Gesundheit im Kapitalismus überhaupt? Und ist das Gesundheitssystem ohne Kapitalismuskritik zu betrachten?

NR: Ich beginne mit der zweiten Frage: Natürlich nicht! Sinnvollerweise ist dieses Gesundheitssystem nur zu betrachten, d.h. zu begreifen, wenn man es eingebettet sieht in die kapitalistische Produktionsweise und den ihr entsprechenden Staat. Alles Reden, dass der „Staat doch eigentlich für das Allgemeinwohl da sei“ und dieses verwechseln damit, dass dieses Allgemeinwohl identisch ist mit dem, was wir als Kritiker, als PatientInnen als Beschäftigte dafür halten, unterschlagen meines Erachtens die primäre Bestimmung des bürgerlichen Staats, nämlich die Akkumulationsbedingungen des Kapitals zu garantieren. Freilich gibt es da einen Spielraum, weil es ja nicht von vorneherein ausgemacht ist, wie diese zu garantieren sind: Bedient man eher die Interessen der Pharmaindustrie oder die der Arbeitgeber insgesamt, damit deren Lohn“neben“kosten nicht zu hoch sind, oder die der niedergelassenen ÄrztInnen, weil diese eine starke Lobbygruppe sind etc... Zugleich muss man bedenken, dass Politik auf Wählerstimmen angewiesen ist und deshalb in Demokratien eben auch die vermeintlichen Interessen der Massen bedienen muss. Auch diese sind aber alles andere als einheitlich und außerdem von den Medien beeinflusst, die selbst wieder bestimmte interessierte Interpretationen vorgeben.

Gesundheit bedeutet im Kapitalismus zunächst Herstellung und Erhaltung der Ware Arbeitskraft. Wenn die Arbeitskraft nicht mehr zur Verfügung steht, wenn man z.B. berufs unfähig der arbeitsunfähig ist, dann bekommt man bestimmte Maßnahmen nicht mehr. Zugleich gehört Gesundheit natürlich elementar auch zur Menschwürde, die in der bürgerlichen Gesellschaft einen besonderen

Schutz genießt, was heißt, dass Gesundheit im Kapitalismus eben nicht nur instrumentell nur auf die Interessen „des“ Kapitals gesehen werden kann. Der Sozialstaat wurde – unter anderem – von der Arbeiterbewegung deshalb erkämpft, um die Menschen nicht einfach den nackten Interessen des Kapitals auszusetzen. Im Moment erleben wir nur leider, dass sich die Leute solche Erregenschaften relativ kampfflos abnehmen lassen.

rM: Was denkst du, welche Auswirkungen die Krise auf das Gesundheitssystem und die Entwicklung der Medizin (Stichwort: Monopolisierung der Pharmaindustrie und im Rahmen des Patentrechts) hat. Und selbstverständlich welche Auswirkungen wird das für die Gesellschaften haben?

NR: Im Moment sieht es für mich so aus, dass die Krise in Deutschland gar keine Auswirkungen auf das Gesundheitssystem hat. Das sieht z.B. in Griechenland oder auch

Spanien dramatisch anders aus; ganz zu schweigen von den weltweiten Verhältnissen: medico international rechnete vor kurzem vor, dass alleine die Zahl der Hungernden weltweit als direkte Folge der Finanzkrise 2008 von 800 Millionen auf eine Milliarde Menschen angestiegen ist. Das ist ein Anstieg von 25 Prozent!

In Deutschland erleben wir seit einigen Jahren eine sich verstärkende Tendenz der Ökonomisierung und auch Privatisierung des Gesundheitswesens, die nicht nur – wie oft von Linken kritisiert – zu Unterversorgung und vielleicht auch schon zu Rationierung in wenigen Bereichen führt, sondern zu einer massiven Überversorgung aus ökonomischem Interesse. Ob das nun überflüssige Igeleistungen im ambulanten Sektor sind oder die Fallzahlensteigerungen bei invasiven Eingriffen im Krankenhaus, die medizinisch nicht mehr erklärbar sind. Was wir meines Erachtens gerade erleben, ist die reelle Subsumtion des Gesundheitswesens unter das Kapital – mit all seinen Konsequenzen, die wir aus anderen Branchen kennen. Z.B. erleben wir im Krankenhaus Tendenzen der Industrialisierung und Taylorisierung der Pflege. Für die Gesellschaft bedeutet das, dass ihre medizinische Versorgung zunehmend einem ökonomischen Kalkül unterliegt und dass die Menschen selbst in ihren schwächsten Momenten, nämlich wenn sie krank sind, sich immer weniger vertrauensvoll in die Hände von Experten und ihren Institutionen begeben können.

Ökonomisch heißt das, dass der „Gesundheitsmarkt“ immer weiter ausgebaut werden wird. Die USA machen uns das ja schon vor: Dort werden 16% des BIP für Gesundheit ausgegeben, auch wenn dort 17% der Bevölkerung überhaupt keinen Krankenversicherungsschutz haben...

rM: Warum wird das Thema Gesundheit gerade von Linken deiner Meinung nach nahezu stiefmütterlich behandelt?

NR: Da kann ich nur raten und es wenn dann nur auf das Thema Gesundheitspolitik beziehen: Vielleicht weil die Sachzwänge so übermächtig scheinen? Wenn mit dem Pseudoargument „demographischer Wandel“ jedes Festhalten an einer universalen Versorgung als naiv abgetan wird, mag das manchem schwer erscheinen, dagegen zu halten. Bei der Gesundheitspolitik muss man sich meines Erachtens immer auf die spezifischen Inhalte einlassen; einfache Forderungen nach z.B. „mehr Geld“ alleine sind hier nicht weiterführend. Das mag für manche, die es gerne bei abstrakten Parolen belassen, zu unbequem sein. Aber ich will hier niemandem zu nahe treten und bin mir gar nicht so sicher, ob das Thema wirklich so stiefmütterlich behandelt wird, wie ihr meint.

rM: Welche Perspektive kann deiner Meinung nach eine Linke in Sozialen Kämpfen im allgemein und im speziellen im Rahmen einer Kritik am Gesundheitssystem entwickeln? Siehst du dort Potenzial zur gesellschaftlichen Veränderung und Emanzipation?

NR: Auweia. Kleiner geht es nicht, was? Meines Erachtens könnte und müsste die Linke in sozialen Kämpfen das Moment der gesellschaftlichen Selbstbestimmung stark machen, das eine Fixierung auf parteipolitische und rein parlamentarische Strategien kritisiert. Soziale Kämpfe haben ja den Vorteil, dass sie – wie der Name schon sagt – in gesellschaftlichen Zusammenhängen entstehen und gesellschaftliche Probleme thematisieren, aber in der Regel auch von „Experten“ dieser Bereiche geführt werden. Sie implizieren gesellschaftliche Lösungen von Problemen und nicht den Appell an „Politik“. Ich fand immer den Slogan „Gesundheit ist keine Ware“ deshalb gut, weil er daran erinnert, dass Warenförmigkeit etwas zu kritisierendes ist. Gleichzeitig ist er auch sehr beschränkt, weil er ja anscheinend akzeptiert, dass alles andere warenförmig sein kann, nur eben nicht die Gesundheit. Man müsste den Slogan ja so weiterdenken, dass eine Gesellschaft, in der nahezu alles, vor allem aber die Arbeitskraft warenförmig ist, mit einer gewissen Notwendigkeit dazu tendiert, alles der Warenförmigkeit zu unterwerfen. Das kann man bei Marx lernen. Das hieße allerdings im Umkehrschluss: Wenn man nicht will, dass Gesundheit zur Ware wird, muss man sich notgedrungen auf den Kampf gegen die Warenförmigkeit der Gesellschaft einlassen. Darin könnte das Potential der Kämpfe im Gesundheitswesen liegen.



der Schwere ihrer Behinderung finden die meisten dann im späteren Berufsleben gar keine Stelle, oder sie dürfen in „Behindertenwerkstätten“ sich selbst beweisen, dass sie sehr wohl dazu imstande sind, sich – zumindest in einem gewissen Maße – zu verwerfen. Inklusion lautet hier das Stichwort, auf das der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung so gerne verweist. Dass diese Versuche, die gesellschaftlichen Grenzen, die man selbst produziert hat, aufzulösen, weitestgehend im Sande verlaufen müssen, liegt auf der Hand. Die Verhältnisse, denen die Diskriminierung entspringt, sind eben nicht reformierbar. Natürlich können einige Bemühungen, sei es Barrierefreiheit oder individuelles Handeln, punktuelle Verbesserungen bewirken. Diese Verbesserungen können sich jedoch nur im Rahmen der kapitalistischen Logik bewegen, und es liegt nun mal im Wesen des Kapitalismus, dass die Verwertbarkeit der Indikator für den Wert eines Menschen ist.

Während rein körperlich behinderte Menschen zumindest formal die gleichen Rechte wie Nichtbehinderte haben, gilt dies für die meisten Menschen mit geistiger Behinderung – wie vorhin erwähnt – nicht ansatzweise. Sämtliche Entscheidungen über ihr Leben trifft ein gesetzlich festgelegter Vormund. Begründet wird diese Entmündigung damit, geistig Behinderte hätten keine oder nur eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit, könnten also gar nicht wissen, „was gut für sie ist“. Für die Betroffenen bedeutet das ein Leben in völliger Fremdbestimmung.

Im öffentlichen Umgang mit behinderten Menschen zeigt sich oft entweder eine Mischung aus Mitleid, gepaart mit übertriebener Bewunderung für Selbstverständlichkeiten – Menschen mit Behinderung tun Dinge fast immer „trotz“ ihrer Behinderung – oder aber offene Verachtung für die angebliche Minderwertigkeit ihrer Existenz. Durch Demütigungen wird dabei versucht, sich selbst aufzuwerten und sich seiner eigenen, traurigen Normalität zu versichern. Ein aktuelles Beispiel dafür ist die Debatte über pränatale Diagnostik. Dabei steht das Recht auf Abtreibung außer Frage (bzw. sollte es das), problematisch ist jedoch, dass den Frauen von den konservativen und wertorientierten – oder sagen wir antiquierten – Teilen der Gesellschaft vermittelt wird, was im Falle einer möglichen Behinderung getan werden muss – nämlich eine Abtreibung.

Dem zugrunde liegt die Annahme, dass Behinderung für die Betroffenen nichts als Leid bedeuten kann. Dies ist natürlich in der heutigen Gesellschaft nicht grundsätzlich falsch – hervorzuheben ist jedoch, dass der Großteil eben dieses Leids einen gesellschaftlichen Ursprung hat. In den Augen der meisten Menschen sind Behinderte immer noch „von Natur aus arm dran“. Dass genau durch dieses Denken die Normativität, von der aus das Leiden ausgeht, reproduziert wird, ist jedoch das eigentliche Problem. Bei manchen Menschen zeigen sich im Umgang mit behinderten Menschen regelrechte Schuldgefühle. Sie sehen sich dann als von der Natur begünstigt, das Leben der Behinderten hingegen als „mitleidsbedürftig“, was sich eben in der oben genannten Sonderbehandlung widerspiegelt. Dass sie dadurch die Ausgrenzung noch zementieren, fällt ihnen dabei nicht auf.

Es sollte also nicht nur eine Reflexion über die gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen sich behinderte Menschen bewegen, stattfinden. Damit einhergehend sind auch ein Umdenken im Umgang und eine ernsthafte und ernst gemeinte Wahrnehmung der Selbstbestimmungsrechte von behinderten Menschen notwendig. Das wäre ein guter Anfang.

„Hier werden Patienten kostenlos betreut“

Zusammenbruch des griechischen Gesundheitssystems und die einzige Hoffnung: DIY

Während sich in der Medienlandschaft in den letzten drei Jahren die Nachrichten über das nächste Sparpaket, Troika-Treffen oder den nächsten Molotow-Cocktail-Angriff von Protestierenden spektakulär wiederholen, ging die griechische Gesellschaft wortwörtlich weiter den Bach runter. „Die“ Krise hat ihren Effekt: die Zahl der Kranken wächst, Drogenkonsum nimmt zu, die Selbstmordrate explodiert. Und dieser Effekt trifft auf ein inzwischen strukturloses Gesundheitssystem. Dies ist exemplarisch für die Auswirkungen der Regierungszeit des konservativen Karamanlis und der darauffolgenden Staatsverschuldungskrise und den dadurch auferlegten Sparmaßnahmen der Troika aus EZB, E.U. und IWF. Schon vor dem Einbruch der Krise lief im vor allem staatlich unterstützten Gesundheitssystem Griechenlands einiges schief. Die Ausgangslage bestand aus Korruption in den staatlichen Krankenhäusern und Arztpraxen auf der einen Seite, und gleichzeitig voranschreitende Privatisierungen ganzer Kliniken und Entstehung eines privaten Kassensystems auf der anderen. Der daraufhin resultierende Konkurrenzkampf verschlimmerte die desolote Situation staatlich Versicherter und versetzte sie in einer schwierigen DIY-Situation. Die Schuld an der Misere schieben sich alle Beteiligten gegeneinander zu. Mal ist es das falsche Verständnis vom Sozialstaat der Versicherten, mal sind es die korrupten ÄrztInnen und ApothekerInnen, die sich von Pharmakonzernen bestechen liessen. Tatsächlich ist es aber vor allem ein strukturelles und finanzielles Problem: Schon vor der Krise bewegten sich die Ausgaben für Gesundheit bei 6% des BIP, bei einem EU-Durchschnitt von 12%.

In der Krise wurde infolge der Sparmaßnahmen das Budget für das Gesundheitssystem massiv gekürzt und der Abbau des Sozialstaats weiter vorangetrieben. Nicht ohne Grund machen sich die „Ärzte der Welt“ Sorgen um eine anhaltende humanitäre Krise in Griechenland. Das griechische Versicherungssystem befindet sich – wie deutsche Medien immerhin ab und zu feststellen – tatsächlich „vor dem Kollaps“. Die Gesundheitskasse EOPPY, Teil des staatlichen Gesundheitssystems ESY und Produkt der Fusionen von staatlichen Krankenkassen im Januar 2012, meldet seit Monaten Zahlungsprobleme. Diese Tatsache betrifft ein Großteil der staatlich Versicherten – nur gegen Vorleistung werden mittlerweile Behandlungen bei Kliniken und Praxen durchgeführt. Hunderttausende Versicherte der größten Krankenkasse EOPPY müssen – wenn sie es sich überhaupt leisten können – ihre Medikamente in den Apotheken bar bezahlen und sich anschließend mit der Quittung an die Krankenkasse wenden. Die Selbstbeteiligung an Medikamenten beträgt bis zu 60%, was im Vergleich zu anderen EU-Ländern ein neuer Rekord ist.

Zahlungsunfähigkeit betrifft auch zahlreiche Krankenhäuser des Landes. Kürzungen von bis zu 40% lassen ihnen kaum Überlebenschancen: In den Großstädten werden Krankenhäuser geschlossen und zusammengelegt, in den Kleinstädten massiv Personal abgebaut bzw. Gehälter monatelang zurückgehalten. Im Rahmen der aktuellen Austeritätsmaßnahmen sollen 50 von den 132 Kliniken geschlossen werden. Herzoperation werden verlegt und verschoben; die größte Klinik in Thessaloniki führt schon länger keine kardiologischen Untersuchungen und Operationen mehr durch. Es fehlt an elementarem Material wie Spritzen und Klopapier an jeder Station. Vor allem in kleineren Städten oder abgelegenen Orten verdeutlicht sich die Materiallage: Aus ersten Krankenhäusern werden wegen fehlenden Handschuhen oder Katheter unsaubere Behandlungen

Impressum:



redical M
c/o Buchladen Rote Straße
Nikolaikirchhof 7 | 37073 Göttingen
e-Mail: info@redical.org
www.redical.org

Gesundheit, Arbeitskämpfe und der Glaube an den Markt ...

Von der Realität im Gesundheitswesen zur Utopie?

Im Gesundheitssektor werden immer mehr Kliniken und weitere Versorgungseinrichtungen privatisiert. Dies hat immer weitreichendere Folgen, sowohl für die Patient_innen, als auch für die Beschäftigten.

Private Konzerne machen sich nichts aus Wohltätigkeit, außer, sie können dabei einen wirtschaftlichen Vorteil erzielen. Wird diese Logik weiter gedacht, ist die Versorgung der Patient_innen nichts anderes, als eine Ware, mit der Gewinn erwirtschaftet werden kann. Den immer wieder beschriebenen Vorteil von Privatisierungen im Gesundheitssektor sehen wir dabei nicht - im Gegenteil - Privatisierungen gefährden die gerechte und optimale Krankenversorgung massiv. Das System von DRGs*, in dem nach der jeweiligen Diagnosegruppe eine Fallpauschale an den Krankenhauskonzern gezahlt wird, lässt die Lukrativität einer schnellen Entlassung, bis hin zum Schauerbild der „blutigen Entlassung“, immer häufiger Wirklichkeit werden. In den psychiatrischen Kliniken wird es in den nächsten Jahren mit der Einführung eines DRG-äquivalenten, nach Behandlungsgruppen geordneten, so genannte PEPP**, kaum besser aussehen. In allen Sektoren der Kliniken können Patient_innen bemerken, dass zu viel Arbeit von zu wenigen Menschen geleistet wird, die vorgeschriebene Mindestbesetzung ist vielfach zum Normalzustand geworden.

Hiergegen gilt es sich zu organisieren und wo nötig Widerstand zu leisten.

Denn Geld scheint nicht so knapp zu sein in der Gesundheitskasse

Das immer wieder angeführte Argument, dass im Gesundheitssystem nun einmal nicht genug Geld für die umfassende Patient_innenversorgung oder die geforderten Lohnerhöhungen der Gesundheitsarbeitenden vorhanden sei, ist vor dem Hintergrund der Ausgabenverteilung eine Farce. Als Aktiengesellschaften sind auch Krankenhäuser auf Umsatzsteigerung und Gewinnausschüttung ausgelegt, denn wie andere Konzerne auch unterliegen sie den Regeln des Marktes. So gesehen erscheint die Patient_innenversorgung dabei als Ware, die Belegschaft als ein Kostenfaktor an deren Lohnsummen Gewinnmaximierung betrieben werden kann. Das so „erwirtschaftete“ Geld landet dann wiederum in anderen Wirtschaftszweigen. Entschieden ist in der BRD noch nicht vollends was in den USA schon praktiziert wird: ein Klinikkonzern kann ebenso eine Wäscherei, ein Labor oder einen anderen Service-Betrieb betreiben. Dabei steht dann die Patient_innenversorgung in Konkurrenz mit anderen Geschäftsfeldern.

Das im Gesundheitssystem vorhandene Geld verschwindet zudem auch in den Erträgen von Pharmafirmen aufgrund des Einsatzes von überpreuerten oder irrationalen*** Medikamenten. Die Pharmafirmen haben im Gegensatz zu den Patient_innen und Gesundheitsarbeitenden im Übrigen eine starke Lobby.

Dies alles steht im Gegensatz zu einer solidarischen Gesundheitsversorgung.

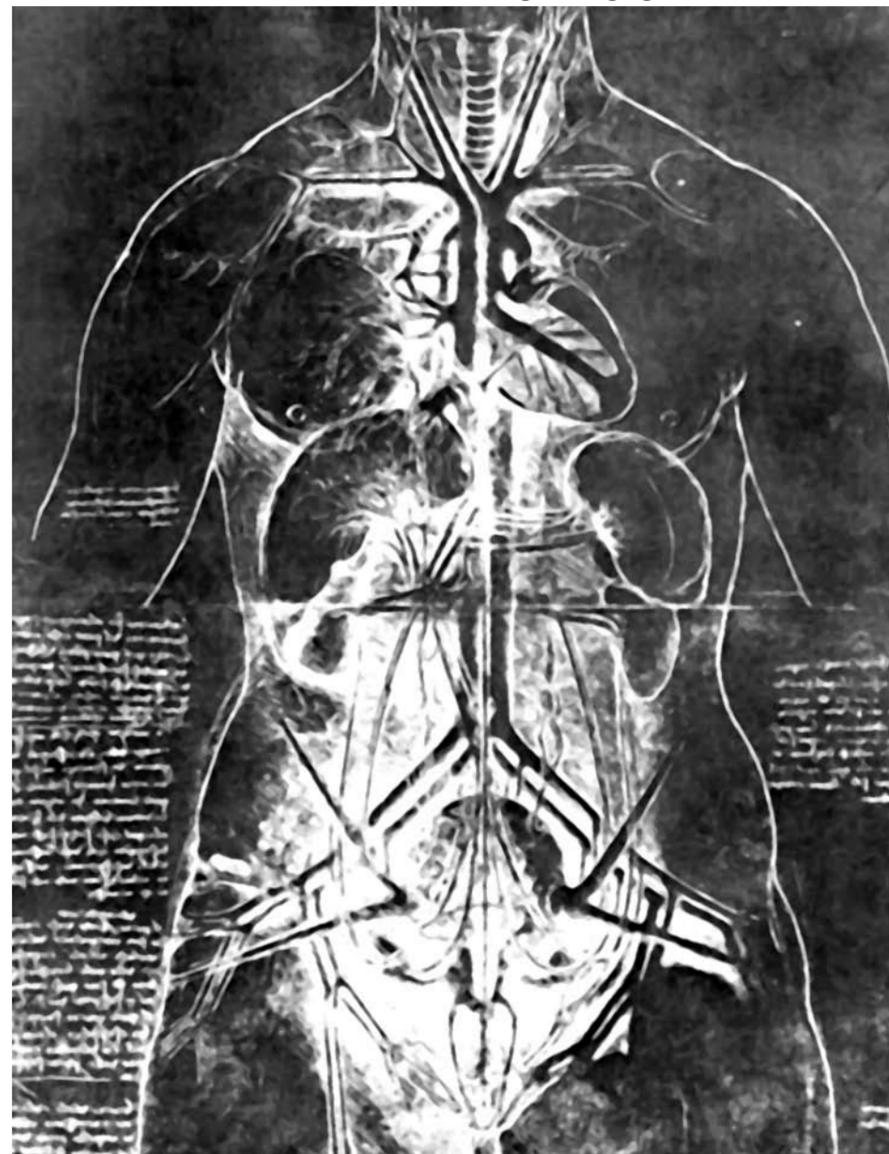
Ein Betrieb - ein Arbeitskampf?!

Arbeitskämpfe im Gesundheitssektor haben eine lange Tradition der Spaltung und der Vereinzelung von Berufsgruppen. Solidarisch organisierte Praxen, kollektivierte Krankenhäuser bleiben dabei leider die Ausnahme oder werden als Reaktion auf unhaltbare Zustände realisiert, wie zuletzt in Griechenland.

Was die alltägliche Vereinzelung der Berufsgruppen für Folgen hat kann man jeden Tag auf Station erleben, wenn es statt Versorgung im allgemeinen Leistungsdruck darum geht, zu delegieren und Verantwortung von sich zu weisen, da die „to-do Liste“ seit der Schichtübergabe nur länger und zudem vielfach ohne Pause gearbeitet wird. In diesem Klima entsteht nur selten der Respekt für die gegenseitige Leistung und noch viel seltener Verständnis für die Belastungen der anderen Berufsgruppen.

Und die Geschichte von den patient_innenfernen Berufen, bei denen gespart wird? Nach kurzer Überlegung wird klar, dass die Patient_innenbetreuung von der Wäscherei aus anfängt und nicht die Ärzt_innen und Pfleger_innen diejenigen sind, die allein den Krankenhausbetrieb am Laufen halten.

Dass sich die Ärzt_innen nicht besonders solidarisch mit den anderen Berufsgruppen gezeigt haben ist schon vor 2006 bekannt gewesen. Doch als der Marburger Bund damals auch noch offen zugab es ginge ihm nur um



die Ärzt_innen wurden viele Kolleg_innen verprellt, die genauso Überstunden und unregelmäßige Arbeitsbedingungen haben.

Wie schwach die Arbeitskämpfe im Gesundheitssystem verlaufen wird besonders deutlich, wenn Ärzt_innen bessere Arbeitsbedingungen oder Selbstverständlichkeiten wie geregelte Arbeitszeiten fordern. Dann wird der Kostenpunkt als Totschlagargument und der Mangel an Gesundheitsprofessionellen ins Feld geführt, damit nicht viel am Bestehenden geändert werden muss. Klar, denn nach Streiks geringfügige Lohnerhöhungen und Einmalzahlungen zu gewähren ist weniger kostenintensiv, als Menschen tatsächlich auszubilden und Stellen neu zu schaffen. Die dadurch entstehenden Überstunden, die aufgrund chronischer Unterbesetzung der Stationen, Funktionsbereiche und OPs besonders Pflegekräfte und Assistenzärzt_innen leisten, werden oftmals weder vergütet noch dürfen sie abgefeiert werden.

Innerhalb des Betriebes Krankenhaus liegt die Alleinstellung der Ärzt_innen bei Tarifkonflikten sicherlich nicht nur an den willentlich gesondert ausgehandelten Tarifverträgen, sondern daran, dass diese Berufsgruppe sich mit mehr Geld kaufen lässt, schön gestaffelt nach Dienstalter und Einfluss. So jüngst geschehen 2011 beim Ärzt_innenstreik der gar nicht erst zustande kam.****



Diese Vereinzelung des Protestes sehen wir nicht als selbstverständlich an. Wir interpretieren sie vielmehr als Standespolitik einiger Gewerkschaften. Es wird die Aufgabe der kommenden Gesundheitsarbeitenden sein, sich wieder zusammen an einen Tisch zu setzen und die Strategie der Konzerne zu konterkarieren.

Betreffen Tarifkonflikte nur eine spezifische Gruppe innerhalb des Gesundheitssystems, in diesem Fall die Ärzt_innenschaft, führt dies zu einer Vereinzelung der Arbeitenden im gesamten Bereich.

Hier fehlt die generelle Debatte über die Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor und die Entlastung der Arbeiter_innen. Wenn die Arbeitsbedingungen diskutiert werden sollen, müssen hierfür auch die Pflegekräfte mit an den Verhandlungstisch. Das Problem zu hoher Arbeitsbelastung liegt nicht nur auf ärztlicher, sondern genauso auf pflegerischer Seite und bedingt sich gegenseitig. Eine gemeinsame gewerkschaftliche Organisation und Tarifverhandlung aller Beschäftigten im Betrieb Krankenhaus, inklusive der sogenannten patient_innenfernen Berufe, verhindert außerdem, dass die Verbesserungen für eine Berufsgruppe auf den Schultern einer anderen ausgetragen werden. Aus diesem Grunde lassen sich bessere Arbeitsbedingungen am sinnvollsten berufsgruppenübergreifend erkämpfen. Solange die Arbeitgeber_innen immer nur eine Kontrahent_in vor sich haben, die bereit ist, die Situation der anderen mitarbeitenden Berufsgruppen auszublenden, wird es immer einfacher für sie sein, ihre Interessen durchzudrücken, als wenn sie die Gesundheitsarbeitenden geschlossen vor sich haben.

Zudem befinden wir uns in einem Arbeitsverhältnis, in dem Notdienstvereinbarungen einen absoluten Streik im Sinne einer völligen Stilllegung des Betriebs erschweren. Mit dem gemeinsamen Fokus auf bessere Arbeitsbedingungen und Organisierung ließen sich ein besserer Stellschlüssel sowie bessere Gehälter erkämpfen, ohne dass neue Arbeitsplätze auf Kosten von Stellen in anderen Bereichen, z.B. Pflege, geschaffen werden. Hiervon würden sowohl die Beschäftigten, als auch die Patient_innen profitieren.

Doch ausreichen wird das alles nicht ...

Eine wirkliche Verbesserung des Gesundheitssystems im Sinne eines Systems, das für Menschen da ist und nicht dem Ziel der Gewinnmaximierung dient wird sich nicht erreichen lassen, wenn nur die Gesundheitsarbeitende für bessere Arbeitsbedingungen innerhalb des profitorientierten Systems kämpfen. Um eine medizinische Versorgung zu erreichen, die sich an den Bedürfnissen aller Menschen orientiert, müssen Aufklärungskampagnen über Nachteile und Gefahren des kommerziellen Gesundheitssystems initiiert werden, damit auch Nicht-Gesundheitsarbeitende Ansatzpunkte finden, um für ein besseres Gesundheitssystem zu streiten. Dies könnte z.B. in Form von Bürger_inneninitiativen oder Stadtteilgruppen geschehen, die sich auf lokaler oder überregionaler Ebene engagieren. Hierdurch wäre es möglich das Eintreten für Gesundheitsbelange auf eine breitere Basis zu stellen. Zudem wären weitergehende Forderungen möglich, als wenn „wieder einmal“ einige Gesundheitsarbeitende auf die Straße gehen, die in noch größerem Maße selbst von dem System abhängig sind, das sie kritisieren.

Als ein Beispiel für erfolgreiche Kämpfe im Gesundheitswesen sei hier Dresden genannt. Dort konnte die geplante Privatisierung zweier Krankenhäuser im Januar 2012 durch einen Bürgerentscheid gekippt werden. Initiiert wurde dieser durch ein breites Bündnis aus Gewerkschaften, Parteien und Bürger_inneninitiativen. Hier wurde u.a. die Gefahr von Lohnkürzungen und Stellenabbau bei einer Privatisierung gesehen. In Marburg an der Lahn sind die Auswirkungen der Privatisierung der Uniklinik längst Realität. Auch dort gibt es Bürger_inneninitiativen, die für einen Rückkauf durch das Land Hessen eintreten. In Katalonien wiederum gibt es selbstverwaltete allgemeinmedizinische Zentren, die versuchen, dem privatisierten Gesundheitssystem etwas entgegen zu setzen.

Letztendlich bleibt die Frage: was muss noch passieren damit sich mehr Menschen bewegen und über die bestehenden Verhältnisse hinauswachsen?

Basisgruppe Medizin Göttingen,
November 2012
www.bgmed.org

* DRG: Diagnosis Related Groups, Diagnosengruppe mit der pauschale Entgelte für Krankheiten verrechnet werden

** PEPP: Psych-Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik, soll 2013 eingeführt werden.

*** Die WHO gibt eine Liste mit rationalen Medikamenten heraus, für deren Einsatz und Wirkung genug wissenschaftliche Belege existieren, für andere Medikamente, die sogenannten „irrationalen Medikamente“, fehlen oft diese Nachweise.

**** Siehe dazu medinfo „Lauwarmer Streik“ der Basisgruppe Medizin vom November 2011

gemeldet. Zum „Schutz der öffentlichen Gesundheit“ reagiert der griechische Staat mit Notfallmaßnahmen für einen von allen erwarteten „harten Winter“. Somit verhängte die griechische Arzneimittelbehörde am 23. Oktober ein Exportstopp aller pharmazeutischen Produkte.

Deutschlands Interesse und Anteil an der Geschichte ist auch diesmal nicht gering. Angela Merkels Trostpflaster hält den Kollaps nicht zurück. Bei ihrem pompösen Besuch im Oktober in Athen annoncierte sie eine Hilfe in Wert von 30 Millionen Euro. Zwei EU-Projekte, unter Deutscher Leitung selbstverständlich, sollen Gesundheit und der Verbesserung der regionalen Verwaltung zu Gute kommen. Dahinter verbirgt sich durchaus mehr: der deutsche Staat mit seinen Unternehmen fördert in den letzten Jahren einiges im maroden Staat. Von Medikamentenlieferungen bis Privatisierungen: Deutsche Firmen und Experten exportierten nicht nur Medikamente, sondern ein ganzes Modell in Form von privaten Kassen und Kliniken. Was Agenda 2010 für die heutigen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen ein Vorbild ist, ist das „befreite“ Gesundheitssystem des Westens für Griechenlands Gesundheitskrise. Profiteure des Privatisierungsprozesses, vor und während der Krise, sind somit weltweite Pharmakonzerne, die von der Öffnung des Marktes profitieren. Aber die Sonne scheint nicht ununterbrochen: Wie beim Focus vom Juli 2012 zu lesen, sorgt sich die deutsche Wirtschaft schon länger um ihre Gewinne. „Auch deutsche Pharma-Konzerne leiden unter den zahlungsunfähigen Griechen. Merck [Konzern] habe 2010 von griechischen Krankenhäusern im Tausch für nicht bezahlte Rechnungen nur Sicherheiten aber kein Geld erhalten“, klagt ein Sprecher. „Die Forderungen an den griechischen Staat belaufen sich auf insgesamt 55,6 Millionen Euro. Sie sind aber inzwischen nur noch 27,4 Millionen wert, also weniger als die Hälfte.“ Immerhin gibt im selben Artikel der Chef der Schweizer Firma Roche zu „Es gibt Krebstherapien, die man nicht einfach abbrechen kann“. Das Bundesministerium für Gesundheit selber macht grundsätzliche Mängel im griechischen Gesundheitssystem aus. In einer Antwort auf eine Anfrage der Linkspartei-Fraktion im Bundestag hieß es „Es fehlen eine effektive Kostensteuerung sowie wettbewerbliche Elemente“.

Die Kämpfe im Bereich Gesundheit haben sich zu regelrechten Kämpfen ums Überleben entwickelt – für alle Beteiligten. Krankenhausschließungen, Entlassungen und leere Kassen bringen verschiedene Zusammenhänge auf die Straße. Streiks der ÄrztInnen und Klinikpersonals, die sich gegen Krankenhausschließungen und den sonstigen Maßnahmen wehrten, fanden in den letzten Jahren mehrfach statt. In der kleinen Stadt Kilkis im Norden Griechenlands wurde sogar das Krankenhaus zeitweise besetzt, sodass kostenlose Behandlungen durchgeführt werden konnten. Auch in den Großstädten werden Demos und Kundgebungen organisiert. Bei der Ankunft von Merkel befand sich ein Krankenhaus unter Streikbesetzung. An dem Tag wurde das protestierende Klinikpersonal durch Polizeikräfte nicht auf die Straße gelassen, da Merkels Limousinenkolonne vorbei fuhr und es ein allgemeines Versammlungsverbot außerhalb des Syntagma Platzes verhängt worden ist. Apotheker und Ärzte „erpressten“ das staatliche Versicherungssystem, indem sie Versicherten direkt Leistungen in Rechnung gestellt haben und wehrten sich somit gegen monatelange unbezahlter Arbeit. Aber auch die PatientInnen gehen auf die Straße. Demonstrationen von staatlichen KassenpatientInnen oder von empörten Rentnern suchen oft das ein oder andere Gesundheitsamt auf.

Einige Menschen in Griechenland experimentieren aus Hoffnung oder Not und zeigen Wege zur Selbstorganisation auf. Mit dem Symbol der Krankenhausbesetzung in Kilkis im Hintergrund setzen die radikalen Milieus auf eine Doppelstrategie: Einerseits selbstorganisierte Strukturen aufziehen und andererseits Vorbild sein für mögliche Kämpfe in Krankenhäusern die in Selbstorganisation münden könnten. In Athen und Thessaloniki wurden soziale Arztpraxen aufgezogen, die kostenlos jede PatientIn behandeln; vor allem Menschen ohne Versicherung oder ohne Papiere suchen diese Möglichkeit auf. Jedoch könnten diese Initiativen noch nicht die Lücke im staatlichen System füllen. Bei komplizierten Behandlungen, Operationen und teuren Medikamenten sind alle noch auf die bankrotten Krankenhäuser angewiesen.

John Malamatinas

Sozialstaat in der Krise – Krise des Sozialstaats?

Immer lauter wird der Ruf nach dem Regulativ des Staates in der Krise. Der Staat soll die Reichen höher und endlich Transaktionen auf den Finanzmärkten besteuern, damit mehr Geld im Staatssäckle zur Verfügung steht. Dabei gleichen sich die Krisenantworten aller Parteien. Denn inzwischen kann es jedes Kind im Kanon mitsingen: Man kann nur das Geld ausgeben, das auch eingenommen wird. Dass die Weisheiten der schwäbischen Hausfrau nicht auf die gesellschaftlichen Verhältnisse im Rahmen von Staat und Kapitalismus übertragbar sind, fällt dabei den wenigsten auf. Zu diesem Thema haben wir in der letzten Ausgabe der redical Times einige Ansätze zu Staatsschuld und Krise formuliert. Obwohl zurzeit der Trend rückläufig sei, sei die Staatsquote, also die Ausgaben des Staates in einer bestimmten Periode, in den letzten 30 Jahren angestiegen. Das habe vor allem mit den Kosten im Bereich des Sozialen zu tun. Die Konsolidierung des Staatshaushalts sei daher nur durch Einschnitte im Sozialen zu bewerkstelligen. Da Deutschland 2005, also vor der wahrgenommenen Krise die Agenda 2010 eingeführt habe, sei Deutschland während der Krise relativ sanft gelandet und es bedürfe daher nur einiger Korrekturen des Sozialstaats und vor allem eines sehr rigiden Sparkurses. So oder sehr ähnlich lauten die Argumentationen von PolitikerInnen usw., wenn sie den Erfolg der Wirtschaftspolitik beschreiben. Das, was zuvorderst Deutschland bzw. die europäische Troika unter anderem den Griechen angedeihen lassen will und lässt, ist jedoch nicht nur ein massiver Abbau sozialer Standards, sondern die praktische Zerstörung aller bisherigen sozialen Absicherungen. Das Gesundheitssystem als ein Indikator für relativen Wohlstand einer Gesellschaft nach OECD-Richtlinien steht beispielsweise kurz vor dem Kollaps. Es stellt sich daher die Frage, wie soziale Errungenschaften und notwendige staatliche Infrastruktur im Kapitalismus vermittelt sind. Oder anders formuliert, kann ein kapitalistischer Staat seine Ausgaben für Soziales bis zum geht nicht mehr senken oder gerät damit nicht nur der gesellschaftliche Frieden in Gefahr, sondern gefährdet dieser Abbau die gesellschaftliche Reproduktion als Ganzes? Da jeder bürgerliche Staat im Laufe der Zeit seine spezifische Form der sozialen Abfederungssysteme entwickelt hat, ist ein gesellschaftlich durchschnittlicher Sozialstaat logischerweise nicht zu bestimmen. Wir beziehen uns daher in erster Linie auf die Entstehung und Entwicklung des deutschen Sozialstaats heutiger Prägung. Dabei wollen wir zwei bekannte Argumentationsmuster aufnehmen und kritisch diskutieren. Ist der Sozialstaat in Form seiner Wohlstandsstaatsideologie ein Resultat geführter Klassenkämpfe, die den herrschenden Verhältnissen abgetrotzt werden konnten? Oder ist der Sozialstaat ideologisches Zuckerbrot – eine Illusion – damit die Peitsche der Verwertung härter gedroschen werden kann, ohne dass es bemerkt wird? Wir wollen daher in diesem Artikel die historische Entwicklung des Sozialstaats ins Auge fassen.

„Es macht uns ein Geschwätz nicht satt, das schafft kein Essen her ...“

Ganz allgemein muss erst einmal festgehalten werden, dass der heutige Begriff des Sozialstaats ein ambivalenter ist. Denn Pflicht gepanzert mit Zwang von Staatswegen als eine soziale Errungenschaft zu präsentieren, gleicht dem

schwarzen Schimmel oder der bitteren Süße. Dies umso mehr, als im Rahmen der Agenda 2010 eine Umdefinierung des Sozialen stattgefunden hat. Nur verkehrt sich im Kapitalismus so einiges in der Wahrnehmung der Welt durch Subjekte. Nicht nur, dass sie den Kapitalismus als etwas natürliches, schon immer dagewesenes verstehen, nein auch seine politische Form als Staat wird naturalisiert und für seine nationalen „Errungenschaften“ gefeiert. Der Tenor deutscher Prägung lautet daher: „Naja, die soziale Marktwirtschaft lahmst zwar zusehends, aber immerhin haben wir noch einen Sozialstaat, der in die Bresche springt, wenn jemand abschmiert.“ Verhungern oder erfrieren müsse demnach niemand. Dass das auch für Deutschland nicht mehr gilt, sei nur kurz berichtet. Danach folgt in der bürgerlichen Argumentation häufig, dass man froh sei, Insasse eines Sozialstaats zu sein und nicht der USA, in denen es überhaupt keine Absicherung gebe und tausende von Menschen in den Strassen verhungerten. Die eigene Wirtschaftsweise und sozialen Absicherungen werden als Gesamtsystem des „moralischen“ europäischen Kapitalismus, dem angelsächsischen Modell gegenübergestellt. In Deutschland bedeutet das in diesem Kontext, den unverschuldet arm gewordenen Armen unter die Arme zu greifen bis sie stehen. Sobald sie aber ihre Krücken vom Amt erhalten haben, sollen sie auch wieder etwas für diese Gesellschaft leisten. Und das heißt im Vorzeigeland des Arbeitsethos: malochen, bis die Schwarte kracht, und zwar bis zum 67. Lebensjahr. Denn, das wissen dank Rot-Grün seit der Agenda 2010 alle: „Sozial ist, was Arbeit schafft.“ Damit wurde ausgesprochen, was der Kern des kapitalistischen Zwangsverhältnisses arbeiten-gehen-müssen beinhaltet. Dabei ist es nicht mehr relevant, ob man mit dem Mittel Arbeit seine Bedürfnisse befriedigen kann. Stattdessen wird Arbeit zum Selbstzweck. Als moralischer gesellschaftlicher Makel gilt es aber, wenn sich Menschen anstrengen, krumm buckeln und dann doch nicht einmal von ihrem Lohn leben können. So hartherzig das bürgerliche Subjekt im Rahmen der Leistungsideologie und im Hamsterrad der Konkurrenz agiert, in gewisser Weise ist sie/er stolz in einem Sozialstaat zu leben. Daher ist nachzuzeichnen, wieso eine Gesellschaft, die eine Alarmanlage statt eines Herzens hat, sozialstaatliche Maßnahmen, dennoch nicht zur Gänze ablehnt. Eine monokausale Erklärung der völkischen oder (post-)völkisch geprägten Nation, die keinen Biodeutschen im Stich lässt, mag zwar ein Erklärungsansatz sein, verkennet jedoch gleichzeitig die zunehmende Brisanz des Sozialchauvinismus, der gerade auf untere Klassenfragmente losgeht und dem die nationale Zugehörigkeit dabei erst einmal egal ist. Wie kam es aber dazu, dass der deutsche Staat der Ausbeutungskapazität der Kapitalakkumulation überhaupt eine Grenze setzte und wie kam es, dass genau dieselben Kräfte – Sozialdemokraten – im Rahmen der Agenda 2010 den Sozialstaat neu justierten?

Zur Geschichte des Sozialstaats:

Das sich langsam industrialisierende Deutschland entwickelte sich mit zusehender Entfaltung der kapitalistischen Produktionsweise zu einem enorm produktiven und wachstumsstarken Land. Neben dem massiven Einsaugen von Arbeitskräften in den Produktionsprozess entwickelten sich zugleich starke Tendenzen der

Urbanisierung. Diese war gekennzeichnet durch Wanderungsbewegungen vom Land in die Städte. Diese Tendenz, die ab den 1850ern auch in Deutschland empirisch beobachtet werden konnte, offenbarte zur gleichen Zeit in England ihr volles Ausmaß der Verelendung. In seinem 1845 erschienenen Werk „Die Lage der arbeitenden Klassen in England“ Engels detailreich dar, wie sich die gesellschaftlichen Verhältnisse durch die neue Produktionsweise in kürzester Zeit zuspitzten und welche drastischen Lebensbedingungen daraus für die ArbeiterInnen folgten. Auch in Deutschland fehlten zu diesem Zeitpunkt nicht nur Regelungen für einen Normalarbeitstag. Die Plackerei konnte damit von Kapitalistenseite ausgedehnt werden. Darüber hinaus konnte ein längerfristiger Arbeitsunfall oder eine Krankheit den Arbeiter und seine ganze Familie in den Abgrund reißen. Vor allem Arbeitsunfälle waren bei den körperlich sehr schweren Arbeiten in der Fabrik, im Werk, im Stollen usw. nicht selten. Das Kapital hatte also rundum fröhliche Umstände, um maximalen Profit zu generieren bzw. sich einen größeren Anteil unbezahlter Mehrarbeit der Arbeiter einzuverleiben. Aus diesen miserablen Verhältnissen wurden verschiedene Schlüsse gezogen, die sich auch anhand der unterschiedlichen Arbeiterparteien darstellen lassen.

Der im 19. und 20. Jahrhundert hart geführte und immer wieder auftauchende Reformismus bzw. Revisionismusstreit ist seit seiner Geburt die zentrale Fragestellung der Linken. Marx, Luxemburg und viele nach ihnen haben ihn geführt. Und auch heute stellt sich der Gegensatz „Reform oder Revolution“ als die zentrale strategische und theoretische Auseinandersetzung in Krisenzeiten dar. Die Rahmenbedingungen für eine Revolution haben sich jedoch gravierend verändert. Die zentrale Fragestellung war dabei, kämpft die Arbeiterklasse, um sich den Staat anzueignen und bedarf es dafür der Revolution? Oder sind Reformen im Rahmen der bürgerlichen Gesellschaft der Weg, wie sich die Proletarier den Staat zu Eigen machen können? Eine dritte theoretische und leider noch nie in die gesellschaftliche Praxis überführte Möglichkeit ist die Abschaffung von Staat und Kapital.

Man liegt zwar nicht falsch, wenn man dem sozialdemokratischen Flügel um Lassalle des 19. Jahrhunderts Revisionismus und Opportunismus vorwirft, aber was sollte das heute bringen, außer die Feststellung, dass die Sozialdemokratie schon immer ein deutscher Kackverein war, der nicht den Kapitalismus aufheben, sondern modifizieren bzw. um bei dem Bild der Peitsche von vorhin zu bleiben, noch einen Plstikschutz um die Peitschenspitze machen wollte und will. Wenn wir jedoch einen Blick auf die Klassenkämpfe vor und während Bismarck und die historisch spezifischen gesellschaftlichen Verhältnisse werfen, fällt auf, dass zwar die Arbeiterklasse der zentrale Player bei den Kämpfen um Witwenrenten, Krankenversicherung usw. waren, aber auch religiöse und bürgerliche Vereine etc. dazu bei trugen, das massive Leid der Arbeiterschaft innerhalb ihrer Produktionsverhältnisse zumindest zu lindern. Die Hilfe hatte zwar andere Motivation, als die der Arbeiter, aber es ist dennoch wichtig zu erwähnen, dass sich Fürsorgeinstitutionen und bürgerliche Armutvereine engagierten. Die kapitalistische Produktionsweise sorgte in allen industrialisierten Ländern dafür, dass ArbeiterInnen und ihre Kinder in einem prekären Reproduktionsverhältnis standen. Diese Produktionsweise sie und damit auch ihre Familien also an die psychische und physische Grenze trieb. Wenn bei der zumeist schweren Arbeit ein Unfall geschah, gab es keine gesetzliche Absicherung oder eine Kranken- oder Unfallversicherung, wie wir sie heute kennen. Der Lohn, als alleiniges Reproduktionsmittel der Familie, musste ausreichen, um sie alle am

Leben zu erhalten. Bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit stand damit zugleich die Existenz der Familie auf dem Spiel. Vor allem die massiven körperlichen Beeinträchtigungen der Kinder von ArbeiterInnen, die unter massiver Unterernährung und schwierigen hygienischen Bedingungen lebten, dürften dazu beigetragen haben, dass sich die bürgerlich christlichen Institutionen und Vereine für bessere Verhältnisse der Arbeiterkinder stark machten und sich an die häufig angerufene Nächstenliebe erinnerten. Ein anderer Grund für etwaige Interventionen könnte jedoch auch sein, dass die Bürger eine Ahnung davon hatten, dass hungrige Jugendliche und junge Erwachsene, die nichts zu verlieren haben ein unmittelbares Problem für die herrschenden Verhältnisse und damit ihr Haus, Hof, Fabrik, also gesellschaftlichen Reichtum in privater Hand, sein könnten. Obwohl die organisierte ArbeiterInnenschaft die zentralen Kämpfe geführt hat, ist die bürgerliche Vermittlung und Fürsprache gegen die elenden Verhältnisse für den politischen Vermittlungsprozess nicht zu unterschätzen.

Zur Geschichte des Arbeitskampfes

Nach dem Wirtschaftsboom gegen 1873, entwickelte sich die „große Depression“ und mündete in Stagnation und abflachendes Wirtschaftswachstum. Die Folgen waren Verarmungs- und Verelendungstendenzen im gesamten Land. Durch die zusätzliche Flucht vom Land in die Städte stiegen die Mieten und der sich verknappende Wohnraum sorgte für zusätzliche soziale Missstände. Die große Depression war Folge eines Aktienbooms und Spekulation auf vorgeschossenen, nicht realisierten Wert in der Produktion. Das sich entfaltende Kreditwesen hatte zu einer rasanten Steigerung der Eigentumstitel geführt. Zusätzlich hatte das Deutsche Reich den Krieg gegen Frankreich gewonnen, so dass Reparationszahlungen in Milliardenhöhe zur Verfügung standen. Die rapide zunehmende Bildung von Aktiengesellschaften (1870 gab es 295, innerhalb von 4 Jahren stieg die Anzahl pro Jahr auf ca. 300 im deutschen Reich) und die zunehmenden Spekulationen ließen z.B. Eisenbahnaktienwerte ins Unermessliche schießen. Wie inzwischen bekannt ist, führt eine solche Praxis immer auch zu Spekulationen im Immobilienbereich, deren sozialen Folgen sich unmittelbar zeigten. Es zu einer so massiven Entwertung von vermutlich 1/3 des Nationalvermögens, so dass von Massenverelendung gesprochen werden kann. Trotz dessen stabilisierten sich die Marktverhältnisse relativ schnell. Vor allem, weil das Deutsche Reich zwar zunehmend kapitalistisch produzierte, nach wie vor aber ländliche Strukturen prägend waren, so dass es zu keiner dauerhaften und schwerwiegenden Nahrungsmittelkrise kam.

Die massive Kapitalexpansion und die steigenden Bevölkerungszahlen schaufelten dem Arbeitsmarkt mehr als genug Arbeiter zu, die zur Verwertung freigegeben werden konnten. Die Überkapazitäten aus der „Gründerkrise“ konnten abgebaut und unproduktives fiktives Kapital schlichtweg entwertet werden. Durch industriefreundliche Politik und Klassenfraktionierung der unterschiedlichen Industriezweige bzw. unterschiedlicher Kapitalfraktionen in Form von Arbeitgeberverbänden, Preisabsprachen, Kartellen usw. stieg die Profitrate wieder, weil sich die Mehrwertmasse sukzessive erhöhte. Die staatlich vollkommen unregulierte Form der Mehrwertgewinnung (absolute Ausweitung der Arbeitszeit und später die schnellere Taktung der Maschinen) nahm dadurch unmittelbar und aus Sicht der ArbeiterInnen existenziell bedrohliche ausbeuterische Züge an, die nicht mehr ertragen werden konnten. Da das Kapital zu dem

ZUR HISTORISCHEN ENTWICKLUNG DES SOZIALSTAATS

Zeitpunkt keinerlei staatliche Grenzen erfuhr, brachte es diesen Widerspruch, gegen den sich die ArbeiterInnenschaft wandte, selbst hervor. Der Kapitalismus geht also in der Verwertung der Arbeitskraft soweit, dass er sogar die eigenen Grundlagen – das physische Arbeitsvermögen selbst und seine Reproduktion – massiv gefährdet. Doch wie reagierten die geknechteten ArbeiterInnen in Deutschland? Dazu bedarf es einer kurzen Beschreibung zum System des Deutschen Reiches unter Preußischer Herrschaft.

Das 1871 gegründete Deutsche Reich unter preußischer Herrschaft war eine Konsequenz der so genannten bürgerlichen Revolution. Der Kaiser und seine Entourage mussten in Deutschland nur den Hut ziehen und verloren nicht, wie es seit 1789 während der französischen Revolution üblich war, den Kopf. Die proletarischen Hoffnungen, die sich mit 1848 verbanden, wurden nicht erfüllt. Ganz im Gegenteil sollten sie sich im Rahmen der Bismarckschen Innenpolitik noch heftigeren Anfeindungen, Denunziation und Verfolgung ausgesetzt sehen. Die politische Souveränität lag nach wie vor beim Kaiser und damit in preußischer Hand und obwohl das allgemeine Wahlrecht auf männliche Staatsbürger beschränkt war, wollten einige tragende Fraktionen im preußischen System nicht allen Staatsbürgern dieses Recht zugestehen. Dies galt vor allem für das Industriebürgertum, das Militär und die preußische Beamtschaft. Die politische Linke war zu der Zeit in zwei sich relativ feindliche Lager geteilt, Lassalle, für den Marx und Engels fast nur wüste Beschimpfungen übrig hatten und den Flügel um Bebel und Liebknecht. Lassalles Fürsprache für die Einigung des Reiches unter preußischer Herrschaft, die im Staat eine positive Organisationsform der Gesellschaft sah, die man sich Stück für Stück aneignen könne, ließ ihn unter den Revolutionären als Opportunisten da stehen. Der Streit zwischen ReformernInnen und RevolutionärInnen sollte ein zentrales Merkmal linker Auseinandersetzungen und Organisationsstrukturen werden.

1863 gründete Lassalle den ersten zentralen Arbeiterverein ADAV (Allgemeiner Deutscher Arbeiterverein), der das allgemeine freie und gleiche Wahlrecht zur Durchsetzung parlamentarischer Repräsentation forderte. Die zweite große Organisation, die Sozialdemokratische Arbeiterpartei (SDAP) gründete sich 1869 in Eisenach unter August Bebel und Wilhelm Liebknecht, vertrat eine an Marx orientierte revolutionäre Maxime und verstand sich als Zweig der Internationalen Arbeiterassoziation (IAA). Vor allem der positive Bezug zur Pariser Kommune in einer Rede 1871 ließ die SDAP massiv in das Blickfeld des Reichskanzlers Bismarcks geraten. Generell kann festgehalten werden, dass die politische Repression ab den 1870ern massiv an Fahrt gewann. Dies auch, weil sich die organisierten ArbeiterInnen gegen die herrschenden Verhältnisse wendeten und durch diverse Aktionen, große und militante Streiks usw. zunehmend die Machtfrage stellten. Auch in Wahlen gewannen sie massiv an Einfluss. Während der sogenannten „Ära Tesendorff“, eines Staatsanwalts, der ab 1873 in der 7. Kammer Berlins sein Unwesen trieb, hagelte es massive Strafen gegen Sozialdemokraten beider relevanter Vereinigungen. Neben Gefängnisstrafen gab es Verbote, Vereinsschließungen und Auflösungen von Gewerkschaften. Diese Form der Repression führte jedoch dazu, dass sich die Arbeiterparteien SDAP und ADAV annäherten und sich schließlich 1875 in Gotha zur Sozialistischen Arbeiterpartei Deutschlands (SAP) zusammen schlossen, wohl auch, weil beide Organisationen fast im gesamten Deutschen Reich verboten wurden, jedoch zu Wahlen zugelassen werden mussten.

Als 1878 zwei Attentate auf Kaiser Wilhelm fehl schlugen und den Attentätern eine vermeintliche Nähe zur Sozialdemokratie nachgewiesen werden konnte, schlug Bismarck Stunde und er wollte endgültig mit der Sozialdemokratie abrechnen. Das „Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie“ auch bekannt als „Sozialistengesetz“ sollte eine bis dahin unbekannte Stärke der Repression und Denunziati-

on mit sich bringen. In den nächsten 12 Jahren sollten daraufhin ca. 1500 Sozialisten, Sozialdemokraten und Gewerkschafter in Gefängnisse gesteckt oder zur Auswanderung gezwungen werden. Obwohl die massive Repression und Unterdrückung eine gewisse Wirkung entfaltete, konnte Bismarck nicht das Wahlrecht zum Reichstag antasten. So musste zwar die SAP aus dem Untergrund agieren, sie konnte aber dennoch Wahlerfolge verbuchen. Die Konservativen und Nationalliberalen mussten hingegen massive Stimmverluste bei den Wahlen hinnehmen. Die Wut auf das repressive System und Bismarck nahm bei den ArbeiterInnen zu. In diesem Kontext ersann Bismarck neben der Peitsche das Zuckerbrot, mit dem er der Sozialdemokratie den Wind aus den Segeln nehmen wollte.

Im November 1881 nahm dieses Zuckerbrot Form an. In der Kaiserlichen Botschaft nennt Bismarck erstmalig als Ziel staatlicher Sozialpolitik, „dass die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde“. An dieser Stelle wird deutlich, dass Bismarck umschwenken oder zumindest eine weitere Option bedenken musste, um die soziale Ordnung nicht über Gebühr zu belasten, denn die Repression führt auch zu einer Radikalisierung der deutschen Arbeiterschaft. In dieser Darstellung stechen zwei zentrale Momente heraus, die beleuchten, wie die Entwicklung des Sozialstaats von statten ging. Die Selbstdomestizierung oder die „Verhausschweinung der Arbeiterklasse“ (Kurz) führte dazu, dass der Kampf nicht mehr zentral gegen den Kapitalismus und den Staat als Ganzes geführt wurde, sondern politische Teilhabe innerhalb desselben einforderte. Die zentralen Forderungen der Sozialdemokraten richteten sich demnach auch auf eine Integration in den politischen Prozess und die Produktionsverhältnisse. Ob dies nun als Zwischentappe oder als eigentliches Ziel zur Verwirklichung der Diktatur des Proletariats gesehen wird, ist dabei ein interner Streit. Das Joch der Lohnarbeit selbst wurde nicht angetastet, sondern seine offensichtlichsten Symptome bekämpft. Der Widerspruch zwischen Kapital und Arbeit schien im Rahmen gewährter „demokratischer Rechte“ ertragbar zu werden bzw. zumindest nicht die Erkenntnis zu fördern, die Negation kapitalistischer Verhältnisse voran zu treiben. Aber die Bewegung des Proletariats aus den Widersprüchen. also der Klassenkampf, entfaltete genügend Druck, so dass der Staat oder die herrschende Klasse nicht allein durch Repression die Akkumulationsbedingungen zur maximalen Ausbeutung aufrecht erhalten konnte. Es zeigt sich wieder, dass Handlung und Struktur, die selbst wieder durch Handlungen der Subjekte entstanden sind, nicht zu trennen sind.

Der Beginn des Sozialstaats?

Eine zentrale Forderung der ArbeiterInnen war der Schutz vor Armut und diese nahm Bismarck auf, als er ab 1883 die Sozialgesetze einführte. 1883 wurde die Krankenversicherung und 1884 die Unfallversicherung eingeführt. Arbeiter waren auf dieser gesetzlichen Grundlage zwangsversichert und es bedurfte einer Institution, die für diese Aufgabe geeignet war. Dementsprechend wurden Krankenkassen gegründet, um bei einer Arbeitsunfähigkeit die Not zu lindern. Der Beitrag setzte sich zu einem 1/3 aus dem Kapitalistenanteil und 2/3 aus Arbeiterbeiträgen zusammen. Die Unfallversicherung hingegen mussten die Kapitalisten komplett übernehmen. Weitere Versicherungsmaßnahmen waren im Mai 1889 eine Alters- und Invaliditätsversicherung, sowie am 1. Januar 1891 die gesetzliche Rentenversicherung. Bei der Rentenversicherung wurden die Beiträge 50:50 aufgeteilt. Die Versicherungsträger waren öffentlich-rechtliche Körperschaften, die nach dem

Prinzip der Selbstverwaltung organisiert wurden. Die Arbeiterschaft nahm diese Sozialgesetze als Beschwichtigungsmanöver der herrschenden Klasse wahr, um ihren Kampfwillen zu brechen. Gleichzeitig übersah Bismarck konkrete Fehler in der Gesetzgebung, die schließlich seinen Abgang vom Staatsschiff bedeuteten. Der Rentenanspruch galt z.B. erst ab dem 71. Lebensjahr und kann zu dieser Zeit wegen der niedrigen Lebenserwartung als nahezu unnütz angesehen werden, und auch die geringe Höhe an Sozialleistungen bedeutete keine Absicherung im eigentlichen Sinne. Eine Arbeiterpension betrug im Höchstfall bis ca. 40% des vorherigen Einkommens. Bei einem durchschnittlichen realen Jahresverdienst von 636 Mark im Jahre 1890, bedeutet dies eine jährliche Pension in Höhe von maximal 254,40 Mark. Von einem angemessenen Reproduktionsniveau der Arbeiterklasse kann also nicht gesprochen werden und auch die Befriedung der ArbeiterInnen und ihre Versöhnung mit dem preußischen Reichsstaat kamen dadurch nicht zustande. Auch das Sozialistengesetz wurde im Januar 1890 kein weiteres Mal verlängert und die organisierten ArbeiterInnen mussten nicht mehr aus dem Untergrund agieren. Im gleichen Jahr wurde die Partei in Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) umbenannt. Auch wenn diese Umbenennung die Einheit der Sozialdemokraten signalisieren sollte, knallte es hinter den Kulissen mächtig. Denn die auf Revolution drängenden Teile der Partei lieferten sich harte Auseinandersetzungen mit den reformorientierten Teilen. Die SPD-Führungsrige war der Meinung, dass die SPD zwar eine revolutionäre Partei sei, sie aber keine Revolution machende sein werde.

Reform oder Revolution?!

Als Eduard Bernstein ab 1896 seine Artikelreihe zur Revision der angeblichen Marxschen Zusammenbruchstheorie veröffentlichte, war dies der Startschuss für eine hart geführte Positionsbestimmung innerhalb der ArbeiterInnenschaft. Weil der Kapitalismus keine weiteren Krisenprozesse nach der Großen Depression hervor gebracht habe, sei die Marxsche Zusammenbruchstheorie bzw. seine Krisentheorie widerlegt und damit auch das Festhalten am Klassenkampf in der bisherigen Form nicht Ziel führend. Als Grund für die Selbstregulierungskräfte oder, wie Bernstein es nannte, Anpassung des Kapitalismus, bestimmte er die Entwicklung des Kreditwesens, die Ausweitung von Infrastruktur und die Bildung von Trusts und Kartellen (Konzentration von Kapital). Er vertrat dabei die These, dass der Interessenausgleich zwischen Kapital und Arbeit und soziale Reformen die Verteilungsmechanismen des Kapitalismus zugunsten der ArbeiterInnen verändern könne und den Sozialismus längerfristig herbeiführen werde. Es reiche daher aus, dass sich die SPD auf ihr parlamentarisches Kerngeschäft beschränke – demokratische Repräsentation zugunsten der ArbeiterInnen. 1899 trat Rosa Luxemburg in diesen heftig geführten Streit ein. In der Leipziger Volkszeitung wies sie systematisch nach, dass Bernsteins Grundannahmen falsch sind, sowohl Kreditwesen, steigende Infrastruktur und Trusts bzw. Kartelle eben nicht die Krise beseitigen, sondern selbst die latenten gesellschaftlichen Widersprüche beförderten. Luxemburg bestimmte zudem eine notwendige Expansion des nationalen Kapitals und stellte damit den inneren Zusammenhang zwischen Militarismus und kapitalistischer Expansion dar. Später wurde dieses Verhältnis, vor allem durch Lenin, als Imperialismus bestimmt, der in der Arbeiterbewegung weltweit zur Erklärung der Weltmarktsituation und der Klassenkämpfe und ihrer Ziele Verbreitung fand. Luxemburg sah in den Reformen eine notwendige Auseinandersetzung mit den herrschenden Verhältnissen, die die Bedingungen der ArbeiterInnen verbessern und ein Bewusstsein bei den

ArbeiterInnen schaffen sollte. Ziel sei jedoch der Sozialismus und damit die Überwindung der kapitalistischen Verhältnisse als Ganzes. Innerhalb der SPD ab der Jahrtausendwende entbrannte daher ein heftiger Streit über Inhalte, Ziele, Strategien und Kampfformen. Aufrufe zu Generalstreiks und dem Forcieren der Revolutionsbemühungen in Deutschland standen die so genannten Revisionisten, die sich zunehmend in der Führungsebene konzentrierten, konträr gegenüber. Sie suchten im Rahmen ihrer demokratischen Tätigkeit zunehmend den Schulterschluss mit dem Kaiser und den herrschenden Eliten. Die Nationalisierung des deutschen Proletariats zeigte Erfolge und ihre Realpolitik ließ die SPD von einer Antikriegs- zu einer Kriegspartei werden. Im Sommer 1914 wurde der nationale Schulterschluss durch die Bewilligung der deutschen Kriegskredite für den 1. Weltkrieg besiegelt. Die „vaterlandslosen Gesellen“ wandelten sich zu nationalen Fürsprechern der kapitalistischen Expansion. Das internationale Proletariat und der Klassenkampf galt der SPD nichts mehr im Rahmen ihrer Realpolitik. Diese Burgfriedenspolitik der SPD führte im Rahmen des 1. Weltkriegs zur Gruppierung im Rahmen der Antikriegspositionen unter Federführung Luxemburgs. Die Gruppe Internationale und der sich daraus entwickelnde Spartakusbund gingen als Opposition gegen den herrschenden Kriegskurs der SPD hervor. Sie sahen dadurch nicht nur den „Krieg der Bourgeoisie“ gestützt, sondern die Idee des Internationalismus des Proletariats und ihrer Solidarität verraten. Als Reaktion auf die Bewilligung deutscher Kriegskredite durch die SPD hat sich wiederum die französische ArbeiterInnenschaft ebenfalls für die Unterstützung des Krieges ausgesprochen, um die Deutschen zu besiegen.

Nach dem der Krieg länger dauerte, als von den politischen Herrschern vorgesehen und sich auch die Versorgungslage dementsprechend verschlechterte, kam es zu diversen Hungerrevolten und politischen Unruhen. 1916 wurde Karl Liebknecht verhaftet, nach dem er am 1. Mai eine Rede gegen den Krieg gehalten hatte. Daraufhin kam es in Berlin zu einem spontanen Massenstreik. Im April 1917 war die Lebensmittelversorgung unerträglich geworden und der zweite von drei Massenstreiks während des Krieges begann. Die Hungerrevolten und der anschließende Streik wurden vor allem durch Arbeiterinnen getragen, die die industrielle Arbeit im Rahmen des Krieges zunehmend übernehmen mussten. Zu Ergebnissen oder Zugeständnissen seitens der Herrschenden kam es jedoch nicht. Ebenfalls 1917 spaltete sich die USPD (Unabhängige Sozialdemokratische Partei Deutschlands) von der SPD ab und wurde damit zu einem Sammelbecken der Kriegsgegner, die von der SPD zunehmend ausgeschlossen wurden. Ihre zentralen Parteiforderungen waren die Beendigung des Krieges sowie die Demokratisierung Deutschlands. Weitere sozialistische Zielbestimmungen und Forderungen bzw. Aufrufe zur Revolution waren aufgrund der uneinheitlichen inhaltlichen Bestimmungen nicht möglich. In Abgrenzung zur USPD änderte die SPD Mitte 1917 ihren Namen in MSPD (Mehrheitssozialdemokratische Partei Deutschlands) um. Der letzte große Streik während des Krieges begann im Januar 1918 und war mit überregional mehreren hunderttausend ArbeiterInnen einer der größten Streiks bis dahin. Neben der Forderung, die Kriegshandlungen umgehend einzustellen, wurde im Lichte der russischen Revolution die Demokratisierung des deutschen Kaiserreichs gefordert. Die Streiks konnten jedoch auch hier keine größeren politischen Wirkungen erzielen. Als das OHK (Oberstes Heereskommando) gegen Ende des Krieges ein geheimes Flottenmanöver gegen England durchsetzen wollte, kam es zur Meuterei und in Folge dessen zum Kieler Matrosenaufstand, der in die Novemberrevolution 1918/19 mündete. Im Zuge der Aufstände gründeten sich in fast allen größeren Städten Arbeiter- und Soldatenräte, die politische Forderungen stellten. München war eine der ersten Städte, in denen die Räte die Macht übernahmen und die Republik Bayern ausriefen. In Folge dessen wurden in vielen Städten die Monarchen abgesetzt und die Monarchie

redical Times
HINTERGRUND

zerfiel. Als am 9. November 1918 unter Federführung der USPD Hunderttausende in Berlin demonstrierten, um den Kaiser abzusetzen und eine Neuordnung der politischen Verhältnisse zu fordern, schlossen sich auch die drei Jägerbattalione an, welche die Herrschaft in der Hauptstadt sichern sollten. Mit dieser Nachricht im Gepäck forderte der Reichskanzler Max von Baden Wilhelm II in Spa (Belgien) auf, seine Abdankung vorzunehmen, was dieser jedoch nicht in Erwägung zog. Da sich die Situation in Deutschland aber zuspitzte, legte Max von Baden die Regierungsverantwortung in die Hände der MSPD und Friedrich Ebert wurde neuer Reichskanzler. Die MSPD wollte unter allen Umständen eine Revolution verhindern und sprach sich für eine Wahl der Nationalversammlung aus, die die politischen Prozesse und Reformen demokratisch einleiten sollte. Während Phillip Scheidemann um 14 Uhr vom Reichstagsgebäude die Republik ausrief, rief Karl Liebknecht als Sprecher des Spartakusbundes zwei Stunden später die „freie sozialistische Republik Deutschlands“ aus. Die doppelte Ausrufung der neuen politischen Zielsetzung war damit auch ein Machtkampf zwischen RevolutionärInnen der USPD und des Spartakusbundes gegen die MSPD und die alten Eliten in Verwaltung und Militär. Dieser Machtkampf ging dabei zu Gunsten des Parlamentarismus aus. Die Vergesellschaftung bzw. Sozialisierung von Fabriken, die der Spartakusbund und Teile der USPD vorsahen, konnte nur in einigen Industriebereichen im Rahmen der Räte durchgeführt werden. Allgemein muss festgehalten werden, dass mit der parlamentarischen Kontrolle und der Einsetzung Friedrich Eberts als Reichskanzler die Zustände der kapitalistischen Verwertungsbedingungen überhaupt nicht angetastet wurde. Die Revolutionäre hingegen orientierten sich zwar an der Struktur der russischen Revolution, aber schon früh erkannte Luxemburg, dass Lenin eine sehr hierarchisch orientierte Version der Räte, die an eine Diktatur grenzte, errichtet hatte.

Was jedoch durch die Revolutions- bzw. Transformationswirren kaum bekannt wurde, ist die Tatsache, dass kurz nach den Massendemonstrationen und der Republikgründung ein Vertrag geschlossen wurde, der als Urform der Sozialpartnerschaft betrachtet werden kann. Das „Stinnes-Legien-Abkommen“ war eine Vereinbarung zwischen 21 Kapitalistenverbänden und 7 Arbeiterverbänden. Wobei die Arbeiterverbände nicht primär der revolutionären Arbeiterschaft angehörten, sondern christliche, freie etc. Gewerkschaften waren. Die Angst vor Sozialisierung ihrer Unternehmen brachte die Kapitalisten dazu, gewisse Konzessionen zu machen, die für sie zuvor politisch indiskutabel gewesen waren. So wurde die Urform des Tarifvertrages festgelegt, der hart umkämpfte Achtstundentag eingeführt und Betriebsräte zugelassen. Gleichzeitig wurden die beteiligten Gewerkschaften darauf verpflichtet, keine Streiks oder ähnliches zu begehen oder zu unterstützen. Dieser Vertrag stand auch Pate für die gesetzliche Verordnung über Tarifverträge, Arbeiter- und Angestellten-Ausschüsse sowie Schlichtungen von Arbeitsstreitigkeiten vom 23. Dezember 1918. Für die Gewerkschaften galt diese Verordnung als ein neues Verhältnis zwischen Kapital und Arbeit. Ein neues Verhältnis ergab sich insofern, als dass die Angst der Kapitalistenverbände enteignet zu werden sich positiv auf ihre Konzessionsbereitschaft auswirkte. An der strukturellen, systematisch unbezahlten Mehrarbeit im Rahmen der Mehrwertgewinnung und der Akkumulation hat sich jedoch wenig geändert. Dies kritisierte auch Luxemburg mit Vehemenz.

Blutweihnachten

Ab dem 9. November war nicht mehr der Reichstag führendes Organ, sondern der Rat der Volksbeauftragten sowie der Vollzugsrat. Der Rat der Volksbeauftragten stellte schon am 12. November sein Regierungsprogramm vor. Belagerungszustand und Zensur wurden aufgehoben, die Gesindeordnung abgeschafft, das allgemeine Wahlrecht auch für Frauen eingesetzt. Politische

Gefangene erhielten Amnestie, Versammlungs-, Vereins- und Pressefreiheit wurden als Bestimmungen erlassen. Gleichzeitig wurde auf Grundlage des „Stinnes-Legien-Abkommens“ der 8 Stundentag festgeschrieben und die Sozial- und Unfallversicherungsleistungen ausgeweitet. Außerdem versuchte Ebert die Räte zu beschränken oder auszubremmen. Als der Reichsrätekongress tagte, schickte der Reichskanzler Ebert Truppen, um die Kontrolle über die Reichshauptstadt zurück zu erlangen. Ein Teil der Truppen schlug jedoch schon am 6. Dezember anstelle des 15. Dezember zu, so dass 16 Personen der unbewaffneten roten Garden starben. Am 19. Dezember stimmten die, von der MSPD dominierten, Räte gegen die Etablierung eines Räteystems als verfassungsgebende Instanz. Es sollte hingegen die Wahl für eine verfassungsgebende Nationalversammlung forciert werden. Der Spartakusbund wurde in diesem Kontext zunehmend isoliert. Die Frage nach der Kontrolle über die Streitkräfte hatte Ebert, entgegen der Auseinandersetzungen im Rat, schon mit der Obersten Heeresleitung Groenig in einem geheimen Vertrag abgesprochen. Am 10. November hatte Groenig bereits die Loyalität gegenüber der neuen Regierung bekundet und ihr Hilfe im Kampf gegen linke Revolutionäre zugesichert. Im Gegenzug würde Ebert die Kontrolle über das Militär dem Offizierskorps überlassen. Sowohl Regierung als auch Militär wollten unter allen Umständen eine Revolution, wie sie in Russland stattfand, vermeiden. Ruhe und Ordnung galt es demnach wiederherzustellen. Und so begann die Oberste Heeresleitung in Kassel Freikorps aufzustellen, die die Regierung schützen sollten.

Wie hilflos die neue Regierung unter Ebert war, zeigte sich anhand der Weihnachtskrise. Die Volksmarinedivision Kiel sollte vor dem Hintergrund des 9. Novembers nach Berlin kommen, um die Regierung zu schützen. Kaum hatte sie in Berlin die Arbeit aufgenommen, wurden sie beschuldigt, Kunstschatze aus dem Stadtschloss geklaut zu haben. Im Zuge dessen verlangte der Rat der Volksbeauftragten die Auflösung und den Abzug der Division aus dem Gebäude. Obendrein hatte das Stadtoberhaupt Otto Wels die Soldaten unter Druck gesetzt und ihren Sold einbehalten. Während der Verhandlungen kam es zu einem Schusswechsel zwischen Angehörigen der Volksmarinedivision und der republikanischen Soldatenwehr. Nach dem zwei Matrosen getötet wurden, besetzte die Volksmarinedivision die Staatskanzlei und nahm Otto Wels als Geisel. Der Reichskanzler rief daraufhin bei der OHL an, um Hilfe zu beantragen. Am Morgen des 24. Dezember versuchten ca. 1400 Soldaten Wels zu befreien. Ihnen gelang es das Schloss zu stürmen, jedoch kamen in einer Feuerpause die Sicherheitswehr des Polizeipräsidenten (USPD), die „Rote Soldatenwehr“ sowie bewaffnete Arbeiter zur Hilfe, so dass die Soldaten sich wieder zurückziehen mussten. Nach längeren Verhandlungen beendete die Volksmarinedivision ihre Besetzung, das politische Nachspiel begann. Die MSPD wurde für ihre Komplizenschaft mit der OHL massiv angegriffen und es zeigte sich, dass die Gräben zwischen den ArbeiterInnenparteien inzwischen nicht mehr zu überbrücken waren. Die USPD entschied sich daher am 28. Dezember, den Rat der Volksbeauftragten zu verlassen. Ein weiteres Momentum, das die Stimmung auch zusätzlich noch befeuerte, war die Absetzung des USPD Polizeipräsidenten Eichhorn, der den Matrosen zu Hilfe gekommen war. Die USPD musste damit jegliche Macht in Berlin einbüßen. Im Zuge dieser Ereignisse gründete sich die KPD (Kommunistische Partei Deutschland), die eine Partei für die revolutionäre Umwälzung nach Lenins Vorbild darstellen sollte. Auch wenn Luxemburg und Liebknecht dafür waren, einen parlamentarischen Arm auszubilden, wollte der Mainstream in der KPD die Revolution durch Massentreiks und bewaffneten Kampf herbeiführen. Ohne dabei maßgeblich die Zügel in den Händen

zu halten, entwickelte sich im Januar in Berlin eine massive Demonstration als Folge der Absetzung Eichhorns, in deren Verlauf nicht nur bewaffnete Gruppen teilnahmen, sondern auch die Presseorgane der MSPD besetzt wurden. Es entstand jedoch Streit, wie mit der neuen Situation umzugehen sei, und einige in der USPD sahen den Zeitpunkt noch nicht gekommen, um die Regierung abzusetzen und vor der Nationalversammlung Fakten zu schaffen. Am 5. Januar bildeten USPD und KPD einen gemeinsamen Revolutionsausschuss, der in den Folgetagen einen Generalstreik ausrief. Schätzungen zufolge nahmen in Berlin rund 500.000 Menschen teil. Innerhalb der Streikleitung kam es jedoch zu Streitigkeiten. Während ein Teil den Sturz der Regierung und die Verhinderung der Nationalversammlung als zentrales Ziel bestimmte, war ein anderer Teil zu Verhandlungen mit der Regierung Eberts bereit. Die KPD versuchte zeitgleich, Soldaten auf ihre Seite zu ziehen, um die Regierung zu stürzen. Dies misslang jedoch, da die Soldaten dem Rat der Volksbeauftragten loyal gegenüberstanden. Nach dem die Verhandlungen mit dem Reichskanzler Ebert zu keinen Ergebnissen führten, wurde von beiden Seiten zum bewaffneten Kampf aufgerufen. Am 7. Januar übergab Ebert Gustav Noske (SPD) den Oberbefehl über die Berliner Truppen. Noske, der sich selbst als Bluthund bezeichnete, sollte den Graben zwischen Revolutionären und Reformen in einer einzigartigen Weise zementieren. Auf Seiten der Regierung kämpften republiktreue Verbände zusammen mit monarchistischen, rechtskonservativen und antidemokratischen Verbänden. Die Regierungstruppen waren den revolutionären Truppen überlegen, sie hatten die Waffen aus dem 1. Weltkrieg zur Verfügung. Am 10. Januar wurde das Hauptquartier der Spartakisten und in den folgenden Tagen das Zeitungsviertel geräumt. Aufgrund ihrer unterlegenen Ausrüstung, scheuten die Revolutionäre eine direkte militärische Auseinandersetzung. Die wenige, vorhandene Gegenwehr wurde mit äußerster Brutalität niedergeschlagen. Freikorps gingen dabei mit besonderer Brutalität vor. Standrechtliche Erschießungen waren, trotz Aufgabe, ein adäquates Mittel, um die Ordnung wieder herzustellen. Einen Tag später rückten die umliegenden Freikorps in Berlin ein und machten regelrecht Jagd auf Revolutionäre oder jene, von denen sie meinten, dass es welche seien. Am 15. Januar wurden Luxemburg und Liebknecht von der Wilmersdorfer Bürgerwehr aufgegriffen und in das Hotel Eden verbracht. Waldemar Pabst befahl die Folter während der Verhöre und gab anschließend den Befehl zur Ermordung Luxemburgs und Liebknechts. Diese Morde sorgten für massive Aufstände im ganzen Land, so dass die Nationalversammlung nach den Wahlen nicht in Berlin, sondern in Weimar stattfinden musste, die der Republik letztendlich ihren Namen verlieh. Die Räterepubliken, zuletzt München, wurden im ganzen Land durch Freikorps und Reichswehrverbände aufgelöst. Auch für die SPD hatten die Verfolgungen und Morde parlamentarische Auswirkungen. Ihre einstige Stärke ging massiv zurück und eine parlamentarische Zusammenarbeit mit der USPD – war aus gegebenen Gründen – in sehr weite Ferne gerückt, so dass die MSPD fortan an die bürgerlichen Parteien gebunden war.

Die historische Situation musste an dieser Stelle deshalb so ausführlich dargestellt werden, um zu verstehen, warum es in Deutschland nicht zu einer Revolution kam und die Arbeiterschaft sich von Staats wegen nicht den Ketten der Verwertung, sondern den Reformen anschloss. Die unterschiedlichen Herangehensweisen, der Revisionismusstreit, die Strategien und die Strukturen machen deutlich, dass die Arbeiterklasse als solche nicht notwendigerweise ein revolutionäres Bewusstsein entwickelte und dementsprechend auch nicht entwickeln wird. Mit dem Niedermetzeln des Spartakusaufstandes durch Noske wurde offenbart, was einige Revo-

lutionärInnen der Zeit schon ahnten. Die SPD bzw. MSPD ist der integrierte und auf Macht zentrierte Revisionistenhaufen, der, sobald er selbst die Regierung stellt, alles tun wird, um die soziale Ordnung zu verteidigen, und eben nicht die Gesellschaft vom Kapitalismus befreit. Die sozialen Errungenschaften wie beispielsweise das 8-Stunden-Gesetz usw. werden als Folge der Integration von Teilen der Sozialdemokratie durch den Staat zementiert. Die Transformation der geführten Klassenkämpfe hing somit von Beginn an auch mit Fraktionierungskämpfen innerhalb der unterschiedlichen Arbeiterorganisationen und Parteien zusammen. Gleichzeitig verdeutlicht die historische Entwicklung, dass die Widersprüche, die die Produktionsverhältnisse hervorbringen, in der Tat die kapitalistische Akkumulation beeinflussen und sich politische Entscheidungen und Strukturen aus diesen Widersprüchen entwickeln. So falsch das bürgerliche Märchen vom Sozialstaaterfinder Bismarck ist, so falsch ist ebenso der Mythos, in dem die Handlungen der unterschiedlichen linken Organisationen als Handlungen einer Klasse gedeutet werden. Wir haben ausführlich dargestellt, dass der Beginn des Sozialstaats eine Notwehrmaßnahme gegenüber einer zunehmend politisierten, aber dennoch sehr unterschiedlichen Zielen verpflichteten Arbeiterbewegung war. Mit Zuckerbrot und Peitsche als Politikkonzeption im Inneren ist damit treffend auf den Punkt gebracht, was den bürgerlichen Sozialstaat kennzeichnet, sofern sich Widersprüche öffentlich artikulieren. Auch die spezifische Interessenvertretung und Konfliktbereinigungsstrategie im Rahmen der Sozialpartnerschaft haben wir dargestellt. Somit wird ein weiterer Punkt deutlich: nur durch die angedrohten Sozialisierungsmaßnahmen waren die Kapitalisten bereit, neue Standards wie z.B. den 8-Stundentag zu akzeptieren. Ohne Druck und Kampf wird sich kein Kapitalist bewegen. Diese Lehre sollten sich auch heutige Gewerkschaften hinter die Ohren schreiben, wenn wieder zum Lohnverzicht zwecks Arbeitserhaltung aufgerufen wird. Gleichzeitig muss sich eine gewerkschaftliche Position immer vergegenwärtigen, dass sie im Rahmen ihrer Handlungsmöglichkeiten zumeist nur die Distributionsverhältnisse kritisiert, nicht aber den Kapitalismus als Ganzes. Die Fehler müssen sich aber auch nicht dauerhaft wiederholen. Der ausführlichere Ausflug in das 19. und anfangende 20. Jahrhundert kennzeichnet damit die Entwicklung einer keinesfalls homogen handelnden Klasse. Die gesellschaftlichen Verhältnisse und politischen Auseinandersetzungen während der Weimarer Republik und ihren Niedergang durch die demokratischen Wahlen der NSDAP zu analysieren, würde jedoch den Rahmen dieses Artikels bei weitem sprengen. Einige Punkte sollten dennoch Erwähnung finden. Und auch die Frage, welche völkische Sozialpolitik im NS betrieben wurde, soll kurz angeschnitten werden.

Sozialstaatsreformen in der Weimarer Republik

Die Weimarer Republik war das Ergebnis von einerseits kämpfenden unzufriedenen Arbeitern unterschiedlichster Strömungen und Parteien, andererseits aber auch die Form des Staates, die sich die bürgerliche Gesellschaft selbst gegeben hatte. Sozusagen eine gesellschaftliche Strukturanpassung im Rahmen nationaler und kapitalistischer Entwicklung. Die Folge war eben nicht, dass Fabriken vergesellschaftet wurden, wie es z.B. KPD und linker USPD-Flügel noch vorsahen, sondern, dass Privateigentum konstitutiv für diese Republik festgeschrieben wurde. Auch der inzwischen verrechtlichte Tarifstreit und die damit verbundene Fixierung der Gewerkschaften als alleiniger Verhandlungspartner zog ab 1919 den ArbeiterInnen den subversiven Stachel. Auch wenn das Prinzip rechtlichen Status genoss, mischte sich der Staat als verbindlicher Schlichter erst 1923 ein, um das Tarifvertragsprinzip durchzusetzen. Auch ein lang umkämpfter Wunsch der ArbeiterInnen wurde rechtlich kodifiziert – der 8-Stundentag war nun endlich Realität. Dass der Kapitalismus neben der absoluten Ausdehnung der Arbeitszeit auch

ZUR HISTORISCHEN ENTWICKLUNG DES SOZIALSTAATS

noch andere Möglichkeiten zur Ausdehnung der Mehrwerttrate hat, sollten die ArbeiterInnen vor allem im Rahmen des Fordismus noch bitter erfahren. Arbeit bzw. Lohnarbeit wurde unter besonderen Schutz gestellt. Aber auf der anderen Seite war jede/r dazu verpflichtet, auch Arbeiten für die Allgemeinheit zu leisten. Gleichzeitig wurde ein umfassender Versicherungsschutz durch den Artikel 161 der Weimarer Verfassung etabliert. Um die Fürsorgekosten der Gemeinden zu senken, wurde 1926 für Langzeitarbeitslose eine Krisenunterstützung installiert, die selbstverständlich an die Arbeitspflicht der Erwerbslosen gekoppelt war. Solange die Sozialdemokraten (SPD) in bürgerlichen Koalitionen regierten, haben sie im Rahmen der Sozialpolitik alles getan, um das Prinzip „Ordnung durch Arbeit“ durch staatliche Ausweitung sozialer Disziplinierung zu forcieren. Das bedeutete ganz konkret, dass Erwerbslose zu sogenannten öffentlichen Notstandsarbeiten herangezogen werden durften. Da stellt sich die etwas ahistorische Frage, ob Gerhard Schröder nicht in die Jahrgangsbücher der eigenen Partei geguckt hat, um die Pflicht zur Arbeit zum Grundpfeiler sozialdemokratischer Sozialpolitik zu machen (man muss ihm ja nicht zwangsläufig NS-Methoden unterstellen, wie das einige immer wieder taten und immer noch tun). Ab 1923 wird die Arbeitslosenversicherung durch Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber geteilt. Im Rahmen der Weltwirtschaftskrise und der damit einhergehenden massiven Arbeitslosigkeit war das System auf dieser Grundlage jedoch nicht mehr zu finanzieren, weil es in dieser Phase mehr Arbeitslose als

Erwerbstätige gab. Auch im Bereich der Gesundheitsfürsorge gab es einige Reformen. So gelang es, die Versicherungspflicht in die gesetzliche Krankenkasse durchzusetzen, so dass die Krankenkassen nicht mehr mit jedem einzelnen Arzt verhandeln mussten, sondern Absprachen mit Ärzteorganisationen führen konnten. Des Weiteren wurde versucht, das Gesundheitswesen als Ganzes zu verstaatlichen, was jedoch am Widerstand der anderen Parteien innerhalb der Koalition scheiterte. Und auch im Rahmen der Familienpolitik (Jugendwohlfahrtsgesetz 1922), dem frühen sozialen Wohnungsbau (Arbeitersiedlungen) und in der Bildungspolitik (4 Jahre gemeinsame Grundschule aller Kinder) engagierte sich die Regierung. Doch neben der seit 1914 beginnenden kriegsbedingten Inflation, welche durch Kriegsanleihen und später Reparationszahlungen einen Vorgriff auf noch zu realisierenden Wert der BürgerInnen darstellte, warf der deutsche Staat die Gelddruckmaschinen an. Somit gab es nicht nur eine Inflation, wodurch das Geld entwertet wurde, sondern durch den Krieg ist auch die Akkumulation der nationalen Kapitale empfindlich geschädigt worden. Bis zum Jahr 1928 erholte sich jedoch die Wirtschaft wieder, aber im Rahmen der Weltwirtschaftskrise bzw. der „Great Depression“ konnten die neu gestalteten sozialpolitischen Reformen nicht mehr durchgehalten werden. Als sich SPD und Deutsche Volkspartei nicht über die massiv angestiegenen Kosten der Arbeitslosenversicherung einigen konnten, diktierte Paul von Hindenburg durch die Notstandsverordnung die neuen Gesetze. Die Beiträge wurden daraufhin erhöht und die Leistungen gesenkt. Die SPD trat als Folge aus der Regierung aus. Die folgende Regierung erhöhte die Steuern und die Sozialversicherungsbeiträge weiter. Nach und nach wurden die Sozialreformen, die dem Staat als zu hohe Kosten erschienen, abgebaut bis gegen Ende der Weimarer Republik nur noch per präsidentialer Notverordnungen regiert werden konnte. Auf den Strassen und im Parlament kämpften KommunistInnen und andere Linke gegen die Schergen der Barbarei, die ab 1928 an Wählerstimmen und finanzieller Unterstützung gewannen.

Völkisch und Sozial!? Eine Betrachtung der Sozialpolitik des NS

Die demokratische Wahl der NSDAP 1932 hatte den völkisch-antisemitischen Wahn in Form einer Partei an die Macht gebracht. Die deutsche Gesellschaft hat, ohne relevanten Widerstand zu leisten, über 6 Millionen Jüdinnen

und Juden, Sinti und Roma u.v.w. im Verlauf des Kriegs- und Vernichtungsprogramms systematisch und industriell ermordet. Alle, die nicht in das völkische Weltbild der „arischen Rasse“ passten, wurden entweder massiv diskriminiert, diszipliniert oder vernichtet. Dennoch stellt sich in einem Artikel über die Entwicklung der Sozialstaats die Frage, welche Form von Sozialpolitik das nationalsozialistische Deutschland verfolgte. Da sie ihre Aufgabe darin sahen die „Volksgenossen“ zu vereinen und jeglichen Widerspruch innerhalb der Gesellschaft zu versöhnen, durfte es keinen Klassenkampf und keinen Widerspruch zwischen Kapital und Arbeit mehr geben. Arbeit wurde von der doppelt freien Lohnarbeit zusätzlich zum Medium der Volkserziehung, Arbeiterkämpfe waren daher verboten. Es galt einen homogenen „Volkkörper“ zu produzieren, der keine Widersprüche innerhalb der Produktion und Reproduktion ermöglichte. „Arbeiter der Hand“ sollten zusammen mit den „Arbeitern der Stirn“ im gemeinsamen Interesse für die völkische Allgemeinheit agieren. Und zum Volk gehörte nur, wer produktiv oder reproduktiv für dieses wertvoll war. Daher war es nur folgerichtig, dass der Arbeitsdienst zur Erziehung und Disziplinierung von Jugendlichen sowie eine fein gegliederte Arbeitsbeschaffungspolitik seit 1933 tragende Stütze der NS-Sozialpolitik war. Denn während der NS das abstrakte Prinzip der (Wert-)Vergesellschaftung in den Jüdinnen und Juden wählte und dieses Prinzip vernichten wollte, so sehr überhöhten sie die Arbeit als Zentrum menschlicher Existenz schlecht hin und biologisierten ihre vermeintliche Produktivität.

Nach dem Gewerkschaften verboten wurden, wurde im Januar 1934 das „Gesetz über die Ordnung der nationalen Arbeit“ beschlossen. Damit wurde der Arbeitgeber zum „Betriebsführer“ und der Staat konnte Löhne und Arbeitsbedingungen zwangsregulieren. Die Arbeitslosenversicherung diente auch nicht ihrem bisherigen Zweck – der materiellen Sicherung – sondern gewährleistete den staatlichen Zugriff auf das Arbeitsvermögen. Dass die Arbeitenden keinerlei Rechte genossen, versteht sich im Rahmen der NS-Ideologie von selbst. Vor allem im Rahmen des Angriffskrieges und dessen Verlaufs war Zwangsarbeit ein probates Mittel im Umgang mit Kriegsgefangenen. Programme wie „Kraft durch Freude“ sollten hingegen die Wertigkeit der nationalen Arbeit steigern und erfahrbar machen sowie die Arbeitsmoral der anderen heben. Arbeitsfähigkeit war aber zugleich die Selektionsvoraussetzung, um Teil der Volksgemeinschaft sein zu dürfen. Andernfalls galt man als unwert, Schmarotzer, Parasit etc. und wurde ausgeschlossen. Diese Selektionsmechanismen waren auf unterschiedliche und zum Teil sich sachlich überschneidende Institutionen übertragen worden. So gab es neben der Deutschen Arbeiterfront (DAF), die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV), die Hitlerjugend (HJ) und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Diese waren institutionell das Gerüst des „NS- Wohlfahrtsmodells“.

Wohlfahrt und Fürsorge existierten jedoch nicht aus einem Fürsorgegedanken für die Kranken und Schwachen in einer Gesellschaft, sondern unter umgekehrten Vorzeichen. Es galt z.B. im Rahmen der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) Belohnungsmaßnahmen für „gute“ Mütter, Kinder und Familien durchzuführen. Denn die Keimzelle des NS ist die patriarchale Familienstruktur mit herausragender Fertilitätsrate. Das Ziel des NSV ist die „Volkspflege“, die durch die Weimarer Republik ganz besonders gelitten habe und die Fortpflanzung und Vermehrung des Schwachen und „Minderwertigen“ befördert habe. Dementsprechend leitete, der durch Spenden finanzierte Verein Kindergärten, Kinderheime und engagierte sich in der Kinder und Jugendarbeit. Um jedoch die

nach der Geburt. Kinder- und Mütterheime rundeten das ideologische Reproduktionsvollwaschprogramm ab. Eine weitere zentrale Organisation im Rahmen der NS-Sozialpolitik war die ÖGD (Öffentliche Gesundheitsdienst). Ihm oblag die Volkspflege im Rahmen der „Rassen“- und „Hygiene“-Politik. Sowohl Ausgrenzung als auch „Ausmerzungen“, aufgrund angenommener biologischer und sonstiger herbeifantasierter, genetischer Unterschiede zum „arischen Volk“, waren die zentralen Aufgaben. Am 14.7.1933 wurde die Zwangssterilisation bei „Erbkranken“ festgeschrieben und mit den „Nürnberger Rassegesetzen“ von 1935 wurde die Selektion anhand von „wertem und unwertem Leben“ flächendeckend vollzogen. Wer z.B. heiraten wollte, benötigte ein Gesundheitszeugnis von der ÖGD. Bei den anderen Bereichen im Rahmen der Sozialversicherung, Unfall-, Kranken-, Invaliditäts- und Altersversicherung wurden die Leistungen auf Krisenzeitenniveau zusammengekürzt und die Selbstverwaltung eingeschränkt.

Zusammenfassend kann über die Sozialpolitik im NS festgehalten werden, dass sie die Inklusion über Arbeitsfähig- und -willigkeit sowie aufgrund vermeintlicher körperlicher Merkmale organisiert wurde. Dabei gab es ein Belohnungs- und auch Fürsorgesystem für Teile der „Volksgemeinschaft“. Aus der, bis vor dem NS, formulierten Pflicht der Gesellschaft den einzelnen Schwachen und Armen zu helfen, wurde die Pflicht sich als einzelner für die große Sache – die Volksgemeinschaft – zu opfern. Und dieses Prinzip galt bis die Alliierten am 8.Mai die deutsche Barbarei beendeten.

Der Entwicklung des Sozialstaats nach 1945

Nach dem die Idee des US Finanzministers Henry Morgenthau aus Deutschland einen Kartoffelacker (bzw. einen Agrarstaat auf lange Zeit) zu machen keine Zustimmung in den USA fand, einigten sich die Alliierten darauf, Deutschland in Besatzungszonen zu gliedern und wieder aufzubauen. Berlin bekam dabei wieder eine Extrawurst, in dem gleich 4 Besatzungszonen installiert wurden. Außerdem einigten sich die Alliierten am 2. August 1945 auf die 4 Ds: Demilitarisierung, Denazifizierung, Demokratisierung und Dezentralisierung. Wobei der zweite Punkt sowohl von den Westalliierten als auch von der Sowjetunion vorsichtig formuliert eher schlampig durchgesetzt wurde. Die personelle und strukturelle Kontinuität in Justiz, Militär, Beamtschaft usw. prägten die zukünftigen beiden deutschen Staaten. Während die BRD durch den Marshall-Plan wieder aufgepäppelt wurde, wurde in der DDR der Staatssozialismus errichtet. Das Sozialsystem dieser Zeit war so broken, wie die Dresdner Frauenkirche. Unzählige Kriegsversehrte, Invalide und Heimkehrer mussten versorgt werden, so dass keine einheitliche Regelung am Anfang vorgenommen werden konnte und die jeweiligen Zonen die Versorgung unabhängig voneinander übernahmen. Durch die zunehmende Zusammenarbeit zwischen den USA und England wurde auch die Krankenversicherung angepasst und schlussendlich einheitlich geregelt. Das Sozialversicherungsanpassungsgesetz, das am 17.6.1949 erlassen wurde, regelte die paritätische Beitragszahlung, so dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber je die Hälfte tragen mussten. Auch Frankreich schloss sich der Vereinheitlichung an. In der Sowjetzone wurde hingegen eine zentral geleitete Einheitsversicherung installiert, die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung zusammenführte. Die Beiträge bzw. Geldmittel wurden von den Betrieben, vom Staat und ein minimaler Anteil vom Bruttolohn aufgebracht. Da im Westen die keynesianische Wirtschaftspolitik die hegemoniale Wirtschaftstheorie der Zeit war, wurde die gesamte Wirtschaftspolitik auf Nachfrageschaffung und staatliche Eingriffe ausgelegt. Da der Marshallplan griff, konn-

ten durch seine Kredite und Investitionen die Industrien wieder aufgebaut werden und es entwickelte sich in der BRD ein Wachstumspfad, der Ökonomen von heute Tränen in die Augen treibt. So schön war das. Der Arbeitsmarkt war leergefegt, alle hatten etwas zu tun, der Mittelstand der Bourgeoisie erlangte bis Ende 1960er einen Speckgürtel und allen ging es wunderbar. Die Rentenversicherung wurde reformiert, so dass die Renten an die BruttoLohnsteigerungen in einem Jahr gekoppelt wurden. Ziel war es die Altersarmut zu reduzieren. Die Tatsache, dass die DDR ab 1949 an die Sowjetunion ging, ärgerte zwar die ehemaligen Reichsdeutschen, aber dem Boom hat die Zweiteilung auch nicht geschadet. Vielmehr zeigte sich, dass die Konkurrenz der beiden deutschen Staaten auch eine Konkurrenz sozialer Zugeständnisse war. Ein Kampf um die Frage, welches System besser für die Menschen ist. Der autoritäre Staatssozialismus konkurrierte mit dem kapitalistischen Westen. Da sich im Zuge steigender Produktivität und steigender Löhne im Westen nach und nach allgemeiner Wohlstand entwickelte, ging man schlichtweg auf Seiten der bürgerlichen Ökonomie davon aus, dass die Erhardsche „soziale Marktwirtschaft“ auf ewig Wohlstand bringe. Doch nichts ist in der politischen Ökonomie wahrscheinlicher, als ihr nächster Irrtum. Mit dem sich entfaltenden Fordismus und der immanenten Massenproduktion und -konsumtion ermöglichte dieser nicht nur den Arbeitern einen gewissen Luxus, sondern schuf auch die nächste schwarze Wolke am Wirtschaftshimmel. Die massenhafte Produktion hatte nämlich zur Folge, dass die Märkte irgendwann übersättigt waren und keiner die Waren mehr wollte. Vor der Krise der 1970er hat die „günstige Beschäftigungssituation“ nicht nur Steuern für den Staat eingebracht, sondern zugleich auch die Sozialsysteme stabilisiert. Die Sozialsysteme wurden immer weiter ausgebaut und auch die Sozialpartnerschaft geriet durch die Gewerkschaften ins Wanken. Dies ist übrigens, neben dem „exogenen Schock“ der Ölkrise auch die zentrale VWL-Position, wieso es die Krise in den 1970er gab. Die Lohnpreisspirale, also zu hohe und dreiste Lohnforderungen der Gewerkschaften und damit die steigenden Lohnnebenkosten, hätten zu der Krise geführt. Dass die kapitalistische Produktionsweise hin und wieder an ihre eigenen Schranken knallt, fällt der politischen Ökonomie und dem bürgerlichen Nachbeterverein nicht im Traum ein. Ab den 1970ern entwickelte sich die strukturelle Überakkumulation (vgl. M31 Times, Frühjahr 2012, „Get rich or die trying!“ S.4ff) und das überschüssige Kapital suchte überall auf der Welt nach Verwertungschancen. Die fordistische Produktionsweise rationalisierte mit steigender Produktivität zunehmend Arbeitskräfte und untergrub damit die eigene Quelle des Kapitals. Dieses Problem verschärfte sich in den darauf folgenden ca. 40 Jahren durch die Computerisierung und drastische Vermehrung von Eigentumstiteln auf noch nicht produzierten Wert in einzigartiger Weise. Mit den Krisenprozessen ab den 1970ern und dem Siegeszug des Neoliberalismus in den 1980ern Jahren geriet der Sozialstaat zunehmend unter Druck. Staatliche Regulierung wurde zugunsten des freien Marktes geopfert und ehemals große staatliche Betriebe im Rahmen kapitalistischer Infrastruktur wurden privatisiert. Gleichzeitig wurde die Luft auf dem Arbeitsmarkt dünner. Dies vor allem, weil Rationalisierungsprozesse die strukturelle Arbeitslosigkeit verstetigten und auch der Jugendhype dafür sorgte, dass ältere Arbeitnehmer in Frührente geschickt wurden. Vor allem in den 1990ern verschlechterte sich die Beschäftigungssituation enorm. Die Adaption der DDR ab 1989 brachte zwar neue Investitionsmöglichkeiten für das nationale Kapital, aber in der Praxis wurden die Betriebe ausgenommen, ausgeschlachtet und verkauft. Auch die Staatsausgaben für Soziales und die Staatsschulden stiegen in den 90ern rasant an. Mit der Agenda 2010 unter Rot Grün sollte ein fundamentaler Umbau des Sozialstaats einhergehen und das Wohlfahrtsstaatsmodell in einer in Deutschland bisher unbekannt Form reformiert werden. Das Soziale im Sozialstaat erhält damit eine neue Bestimmung.

Medical Times
HINTERGRUND

Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitssystem hat wieder einmal Schlagzeilen gemacht – zuerst der Organspende-Skandal in Göttingen, nun die an einem Keim erkrankten früh geborenen Säuglinge in der Charité und vor ein paar Jahren (und immer mal wieder) die Zustände in den Pflegeeinrichtungen.

Schlechte Arbeitsbedingungen, in denen die eine Hand nicht weiß, was die andere tut, werden immer wieder dafür verantwortlich gemacht. Aber wie konnte es in einem der angeblich „besten Gesundheitssysteme der Welt“ überhaupt dazu kommen? Welche Transformationen hat das Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten durchlaufen und was bedeutet das für GesundheitsarbeiterInnen und PatientInnen? Und kann man das Ganze mit Reformen wieder gerade rücken?

Once upon a time ...

Die Entwicklung einer umfassenden Sozial- und Gesundheitsversorgung war nur in der fordistischen Phase möglich. Denn bis in die späten 70er Jahre schien das deutsche „Wirtschaftswunder“ anzuhalten – „Vollbeschäftigung“, Konsum und steigender Wohlstand für alle. Das bedeutete auch, dass die Arbeitenden gegenüber ihrem Arbeitgeber mehr Macht hatten, um Änderungen, beispielsweise bei der Wochenarbeitszeit, aber auch einen Ausbau der Sozial- und Gesundheitssysteme durchzusetzen.

Diese Reformen waren zwar natürlich von Vorteil für die ArbeiterInnen, sie dienten aber auch der Erhaltung der Produktivität der Arbeitskräfte, auf die man in, Ermangelung einer „industriellen Reservearmee“, angewiesen war. Außerdem bestand neben dem Kapitalismus noch ein weiteres Gesellschaftssystem, das, wenn auch auf Kosten des „allgemeinen Wohlstands“, eine umfassende soziale Absicherung bot. Es war also notwendig für die kapitalistischen Staaten, sich ebenfalls als sozial zu legitimieren und für eine Absicherung der BürgerInnen zu sorgen. Es begann eine Art „sozialstaatlicher Rüstungswettlauf“.

In den späten 70er Jahren begannen jedoch tiefgreifende Transformationsprozesse, die mit der Verlagerung des Kapitals aus der Produktions- in die Zirkulationssphäre zu tun hatten (mehr dazu siehe Artikel „Sozialstaat in der Krise“). Unbefristete, lebenslange Arbeitsverträge wurden seltener, Flexibilität wurde zum Wort der Stunde. Dazu gehörte auch und vor allem die Möglichkeit, kurzfristig Arbeitskräfte loszuwerden oder neue einzustellen. Die Flexibilisierung fand nicht nur in den Arbeitsverträgen statt, sondern auch im Organisationsprozess der Arbeit selbst: Die Hierarchien wurden flacher, die Eigenverantwortung wurde höher und Arbeit wurde bald auch als Mittel zur Selbstverwirklichung propagiert. Damit wuchs jedoch auch die Arbeitsbelastung, die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit begannen zu verschwimmen und die Beschäftigungsverhältnisse wurden prekärer. Dafür wurden Eigenschaften wie „Kreativität“ und „Teamfähigkeit“, also die sogenannten „Soft Skills“, immer wichtiger. So wurde es Aufgabe des einzelnen, sich auch in der Freizeit zu bilden, wenn schon nicht intellektuell, so doch wenigstens als Persönlichkeit.

Persönliche Eigenschaften (z.B. Umgang mit der eigenen Emotionalität) wurden also Teil des eigenen Kapitals, das jederzeit bereitzuhalten und zu investieren ist. Mit diesen Entwicklungen einhergehend wurden immer mehr Le-

bensbereiche ökonomisiert und kommodifiziert, d.h.: die kapitalistische Verwertungslogik wurde auf sie angewandt, auch, wenn sie strukturell eigentlich gar nicht markt- oder warenförmig sein können. Dies gilt auch und insbesondere für den Bereich des Gesundheitswesens. Wenn es früher zur Legitimation kapitalistischer Staaten diente, ist es nun selbst legitimationsbedürftig und erscheint als Hindernis auf dem Weg der Anpassung der „sozialen Marktwirtschaft“ an die Verwertungsbedingungen des Marktes. Verschiedene Maßnahmen sollen deshalb helfen, das Gesundheitswesen so zu reformieren, dass es gleichzeitig Kapital abwirft und Kosten für den Staat und die durch ihn finanzierten Krankenkassen einspart. Zwar war das Gesundheitssystem bereits seit Beginn des Kapitalismus ein Teil desselben, also keineswegs jemals ein kapitalismusfreier Raum, doch dass nicht nur möglichst kostendeckend, sondern sogar profitabel gewirtschaftet werden soll, ist eine neuere Entwicklung. Der Umbau dazu findet auf verschiedenen Ebenen statt und betrifft sowohl die Träger, also die Krankenkassen, die seit 1993 miteinander konkurrieren sollen, als auch die Leistungserbringer, also Krankenhäuser, Pflegeheime, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, Pflegedienste usw. Deren Trägerschaft wird zunehmend privatisiert, und die Gestaltung der Versorgung soll durch verschiedene finanzielle Steuerungsinstrumente gelenkt werden. Und natürlich hat diese Umgestaltung auch Auswirkungen für die auf Gesundheitsleistungen angewiesenen Menschen selbst, die einerseits unter dem Spärzwang im Gesundheitswesen zu leiden haben, andererseits vermehrt sowohl das finanzielle, als auch das persönliche Risiko für ihre Gesundheit tragen. Der Gesetzgeber nennt das ganze dann eine „solidarische Wettbewerbsordnung“ – ein Widerspruch in sich!

Solidari – was?

Dabei wird schon die Solidarität auf dem Rücken der Niedrig- und Normalverdienenden ausgetragen. So werden die gesetzlichen Krankenkassen über deren Lohn finanziert, während Menschen mit hohem Einkommen hingegen wählen können, ob sie sich lieber durch ein privates Unternehmen versichern lassen wollen. Sie tragen also die Solidarität nur auf freiwilliger Basis mit. Und auch das Risiko wird von ihnen nur bedingt mitgetragen – schließlich hängt der Gesundheitszustand unter anderem vom sozioökonomischen Status ab. Zwar tragen auch die ArbeitgeberInnen einen Anteil an der gesetzlichen Krankenversicherung, aber selbstverständlich handelt es sich dabei eigentlich um einbehaltenen Lohn, der dann noch als Druckmittel benutzt wird. Denn sind die Lohnnebenkosten angeblich zu hoch, drohen die Unternehmen mit Abwanderung ins Ausland. Folgerichtig wurde 2003 im Rahmen des Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen, dass sich ArbeiterInnen stärker an ihrer gesundheitlichen Absicherung zu beteiligen haben. Die Kosten für Gesundheitsleistungen seien gestiegen, die ArbeitgeberInnen könnten nicht weiter belastet werden. Der Arbeitgeberanteil an der gesetzlichen Krankenversicherung wurde eingefroren. Erhöhungen der Beiträge bzw. durch die Kassen erhobene Zusatzbeiträge treffen nun nur noch die ArbeitnehmerInnen. Zugleich werden seit dem zahlreiche Leistungen nicht mehr durch gesetzliche Krankenkassen ge-

zahlt, außerdem müssen die Versicherten höhere Zuzahlungen für Medikamente und – zumindest noch bis zum 1. Januar – die Praxisgebühren zahlen. Dabei ist nur teilweise richtig, dass sich die Kosten für die gesetzlichen Krankenkassen erhöht hätten. Zwar sind die absoluten Kosten stetig gestiegen, doch ihr Anteil am Bruttosozialprodukt blieb seit den 1970er Jahren gleich. Auch die Beiträge waren seitdem kontinuierlich gestiegen. Warum also sind die Kosten für das Gesundheitswesen auf einmal nicht mehr bezahlbar? Der Grund liegt unter anderem in der Umstrukturierung des Arbeitsmarktes. So führt vor allem der stetig steigende Anteil von Menschen in Teilzeit- oder Niedriglohnjobs dazu, dass insgesamt weniger Beiträge gezahlt werden. Trotzdem scheint auch das nicht ausschlaggebend zu sein, denn nun sind die Kassen auf einmal überfüllt – und das, obwohl die Krankenkassen eigentlich gar keine Rücklagen bilden dürfen.

Trotz dieser Widersprüche wurde 1993 das „Gesetz zur Gesundheitsstruktur“ verabschiedet, das Wettbewerb als Steuerungsinstrument der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einführte und in das Konzept der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ münden sollte. Dabei sollen alle Beziehungen im Gesundheitswesen, also die zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und PatientInnen, möglichst als Wettbewerb strukturiert werden, was zu effektiver und effizienter Versorgung führen soll. So zumindest der Plan.

Privatize it!

Während einerseits die „horrenden“ Kosten des Gesundheitswesens beklagt werden, gilt es gleichzeitig als ein viel versprechender Markt – schon immer für die Pharmaindustrie, mittlerweile aber auch für die Unternehmen, die privat Kliniken und Pflegeheime betreiben, und für die „Wellness“-Industrie für jene, die es sich leisten können.

Natürlich sind private Unternehmen vor allem am Profit orientiert. Und so tut sich hier bereits eine weite Schere auf zwischen den Leistungen, die zahlungskräftige PatientInnen sich kaufen können, und den von der Kranken- bzw. Pflegeversicherung getragenen. Diese Schere ist im Pflege- und Rehabereich besonders groß, weil dort bereits seit langem private Unternehmen Häuser betreiben. Doch auch im Bereich der medizinischen Versorgung zeigen sich unterschiedliche Leistungsklassen.

Privatunternehmen möchten die von ihnen angebotenen Dienstleistungen selbstverständlich so günstig wie möglich produzieren. So werden nach Privatisierung eines Hauses oft (besonders in den sogenannten patientInnenfernen Berufen) die Verträge der MitarbeiterInnen nicht verlängert und diese sowie alle neuen Angestellten dann zu einem geringeren Lohn bei einer Tochterfirma beschäftigt. Zudem werden beispielsweise in Pflegeheimen immer weniger examinierte Kranken- oder AltenpflegerInnen und dafür immer mehr günstigere PflegeassistentInnen und -helferInnen sowie ungelernete Kräfte eingesetzt, oft nicht einmal mit festen Verträgen, sondern in Leiharbeit. Auch im medizinischen und psychotherapeutischen Bereich findet sich das Abwälzen von Arbeiten auf günstigere Arbeitskräfte – PsychotherapeutInnen im Praktikum übernehmen zu Hungerlöhnen die Arbeit approbierter TherapeutInnen, und seit der Abschaffung des „Arzt im Praktikum“, die eigentlich die Arbeitsbedingungen der Ärzte und Ärztinnen verbessern sollte, werden nun die Pjler von überlasteten Assistenzärzten und -ärztinnen ausgebildet.

Privatwirtschaftliche Unternehmen sind dabei aber nicht die „Quelle des Übels“. Auch Ge-

sundheitseinrichtungen, die sich in öffentlicher Hand befinden, orientieren sich am Rentabilitätskalkül, um im ausgerufenen Wettbewerb im Gesundheitswesen Schritt halten zu können.

Ein Mittel, um die angeblich ineffektiven Mechanismen im Gesundheitswesen, die „Übersorgung“ und „Verschwendung“ von Maßnahmen, die die angeblich „explodierenden Kosten“ verursachen sollen, zu optimieren, sind neue Formen der Vergütung von Gesundheitsdienstleistungen. 2000 wurden die sogenannten „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) in der Krankenhausversorgung eingeführt. Diese setzen Fallpauschalen für jede behandelte PatientIn fest, die sich an der Diagnose, den Risikofaktoren und den damit verbundenen durchschnittlichen Behandlungskosten orientieren. Sie werden jedoch nicht erst im Nachhinein in Rechnung gestellt. Stattdessen wird vorher festgelegt, wie viele PatientInnen einer bestimmten DRG-Gruppe ein Krankenhaus behandeln soll (üblicher Weise anhand der statistischen Daten der vorherigen Jahre) und was das dementsprechend kosten darf. Die voraussichtlichen Kosten werden also budgetiert. Dabei ergibt sich für die Krankenhäuser das Dilemma, dass, wenn mehr PatientInnen einer bestimmten Fallgruppe behandelt werden oder viele PatientInnen z.B. weil sie alt sind, überdurchschnittlich lange Liegezeiten haben, diese nicht bezahlt werden. Der Anreiz soll sein, zunächst PatientInnen möglichst schnell zu entlassen. Die Konsequenz der Fallpauschalen in Verschränkung mit der allgemeinen ökonomischen Ausrichtung des Gesundheitssystems ist, dass alle Krankenhäuser um die PatientInnen aus lukrativen Fallgruppen konkurrieren. Gleichzeitig suchen sich die „lukrativen“ Patienten, die jungen, gut gebildeten mit guten Prognose, schnell entlassen zu werden, öfter Privatkliniken aus, die sich als „Hotels für Kranke“ bewerben und Wohlbefinden auf allen Ebenen versprechen. Für die öffentlich finanzierten Krankenhäuser, die dann noch übrig bleiben, bedeutet dies, dass ihnen vor allem die älteren, chronisch Kranken bleiben, die unrentabel sind und die deshalb keiner haben will.

Das DRG-System mit seiner Belohnung des möglichst schnellen Entlassens führt zu einem enormen Rationalisierungsdruck in den Krankenhäusern. Die Auswirkungen sind eine gesteigerte Arbeitszeitverdichtung sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich und, wen wundert's, die Behandlungsqualität kann dabei schon mal auf der Strecke bleiben. Im ambulanten Bereich gibt es diese Budgetregelung schon lange. So wird nur eine bestimmte Summe an Medikamentenkosten oder Hausbesuchen vergütet. Was zusätzlich in der Behandlung notwendig wird, muss der Arzt kostenlos erbringen. Für einen niedergelassenen Arzt, der eigentlich ein Kleinunternehmer mit mehreren Angestellten ist, stellt das ein großes Risiko dar. Im Pflegebereich hingegen werden die Leistungen minutiös abgerechnet und die Versorgung straff getaktet. Dabei bleibt kaum Zeit für das individuelle Eingehen auf die PatientIn.

DRGs sollen Übersorgung verhindern, führen allerdings auch zu überflüssigen (weil rentablen) oder unterlassenen bzw. verschobenen (weil unrentablen bzw. nicht mehr ins Budget passenden) Operationen.

Dem zu Grunde liegt der Glaube, ein ökonomisches Steuerungsinstrument könne die Qualität der Versorgung verbessern. Die Qualität der PatientInnenversorgung lässt sich aber nicht quantitativ erfassen, sondern misst sich an der angemessenen, ausreichenden Versorgung des/der individuellen PatientIn.

Natürlich entscheiden ÄrztInnen und Pfleger nicht vornehmlich nach ökonomischen Kriterien, sondern haben immer noch das PatientInnenwohl im Sinn – auch, wenn bereits die

ZUR ÖKONOMISIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS

Ausbildung an kapitalistischen Kriterien orientiert ist. Es geht hier also nicht um ärztliches oder pflegerisches Fehlverhalten aus Profitgier. Doch die Anreize für die Institution Krankenhaus, die sich mit den Interessen der PatientInnen beißen, sind da, der Druck von Seiten des Managements und der patientenfernen Hierarchieebenen ist groß und ÄrztInnen werden angehalten, doch ruhig Maßnahmen durchzuführen, die der Patientin zwar nicht schaden, ihr aber auch nicht nutzen, dafür aber den Verdienst steigern. „Vier Jahre später hatte ich wieder einen Termin beim Geschäftsführer. Diesmal hatte er ein anderes Ziel vorgesehen: Am Jahresende würde ich 5.000 Euro bekommen, wenn ich dafür sorgte, dass die Zahl der »Case-Mix-Punkte« in meinem Bereich – der Wirbelsäulenchirurgie – jährlich um zwei Prozent steigt.“ So berichtet ein/e Ärzt/in im Magazin der Wochenzeitung „Die ZEIT“ (16.5.2012). Diese Methode, abseits vom Interesse der PatientInnen persönliche Anreize dafür zu schaffen, den Verdienst des Krankenhauses zu steigern, ist sicherlich kein Einzelfall. So findet langsam eine Gewöhnung daran statt, in einer Grauzone nicht zuerst nach dem Interesse der PatientInnen zu urteilen, sondern nach finanziellen Interessen. Indem den Leistungsberechtigten diese ökonomische Rationalität als Bezugsrahmen gesetzt wird, wird sie immer mehr verinnerlicht. Alles, was nicht ökonomisch rentabel ist, gilt als irrational.

Es regt sich regelmäßig Kritik von Seiten der Pflegenden und ÄrztInnen an schlechten Arbeitsbedingungen, ungenügender Besetzung, schlechter Bezahlung, langen Diensten und an als unnötig empfundenen Dokumentationsarbeiten. Trotz ähnlicher Ziele findet der Arbeitskampf jedoch, so denn überhaupt, meist gesondert nach Berufsgruppen statt, es gibt kaum Solidarität untereinander. Das macht es den ArbeitgeberInnen leicht, ihre Belegschaft zu spalten, und Zugeständnisse an die eine Berufsgruppe werden meist auf den Schultern der anderen ausgetragen.

Voraussetzung der betriebswirtschaftlichen Planung eines Krankenhauses ist die Kalkulierbarkeit.

Die unmittelbaren Arbeitsprozesse („Pflegeprozess“ und ärztliche Qualitätskontrolle) müssen messbar und somit rationalisierbar gemacht werden. Die Dokumentation kontrolliert alle Arbeitsschritte. Gleichzeitig ist sie die Voraussetzung für die Standardisierung der Arbeitsprozesse und damit für die „Industrialisierung“ der Pflegearbeit und der ärztlichen Tätigkeit. So wird auch sichtbar, wie Arbeitszeit und Arbeitskräfte eingespart werden können, etwa durch Out-Sourcing und Zentralisierung. Natürlich zu Ungunsten der Beschäftigten – und meist auch der PatientInnen.

Geld wurde also vom Mittel zur Sicherstellung der Versorgung zum Zweck des Gesundheitswesens: Die Versorgung von Kranken ist das Mittel, durch das Gewinn erzielt wird.

Wer Patient wird verursacht gleichzeitig Kosten (nämlich für Krankenkassen) und bringt Profite ein. Denn die in den an ihm zu seiner Behandlung vollzogenen Dienstleistungen verausgabte Arbeit schafft Mehrwert für das jeweilige Unternehmen, das diese Dienstleistungen organisiert. Die Interessen der AkteurInnen sind dabei durchaus gegensätzlich. Beispielsweise wollen Krankenkassen möglichst viel einsparen, ÄrztInnen möglichst viel bezahlt bekommen, Träger möglichst viel verdienen. Sie sollen damit in einem „solidarischen Wettbewerb“ - das Wort an sich ist bereits hanebüchener Unsinn - durch eine unsichtbare Hand das Beste erreichen. Die gegensätzlichen Interessen werden jedoch nur zu oft auf dem Rücken der Schwächsten, der PatientInnen ausgetragen.

Eine sinnvolle Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung bleibt schnell auf der Strecke. Beispiel „Integrierte Versorgung“: Ursprünglich angedacht, um die Zusammenarbeit zwischen ambulante und stationärem Sektor zu verbessern. Netzwerke zwischen ÄrztInnen, Pflegenden und anderen Berufsgruppen, die beispielsweise an der Therapie bestimmter Krankheiten, wie Diabetes, beteiligt sind, sollten gefördert und Übergänge geglättet werden.

Das sollte eigentlich PatientInnen und VersorgerInnen nützen - wobei man sich hier fragen kann, ob diese nicht in verschärftem Wettbewerb zueinander stehen, wenn verschiedene ÄrztInnen-Netzwerke individuell Verträge mit den Krankenkassen abschließen müssen und ggf. dazu getrieben werden, sich gegenseitig zu unterbieten. Die Krankenkassen reißen sich aber verständlicherweise nicht darum, allzu offensiv solche Verträge einzugehen und gegenüber ihren Versicherten zu bewerben, ziehen sie doch so chronisch kranke Menschen an, die wiederum mehr Kosten verursachen. Schließlich gibt es „keinen wirtschaftlichen Wettbewerb um die Gunst von Versicherten oder Patienten schlechthin, sondern nur um erwünschte Patienten oder Versicherte“ (Hagen Kühn).

Kritik an dem Dogma, alle Bereiche des Sozialstaats dem ökonomischen Rationalitätskalkül zu unterwerfen und marktförmig zu organisieren, gibt es kaum. Wenn, dann wird sie von den ProtagonistInnen der Transformation als Utopie und rein moralisches Bedenken diffamiert. Die Notwendigkeit der Anwendung dieses Dogmas steht schließlich außer Frage – wie soll es auch anders gehen?

Der Kunde ist König

Damit der Wettbewerb funktionieren kann, müssen PatientInnen zu KundInnen werden. Nur dann ist gewährleistet, dass sich im Wettbewerb auch das „beste Produkt“ durchsetzt. So wird regelmäßig Transparenz gefordert, beispielsweise in der Krankenhausqualität, die es dann den PatientInnen ermöglichen soll, das beste Krankenhaus auszuwählen. In der „Zeit“, in der mehrere ÄrztInnen (und eine Pflegendende, die sich ihrer Rolle in der Krankenhaushierarchie gemäß nur bei expliziten Pflegethemen äußert) darüber sprechen, wie die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ihre Arbeit verändert, wird folgerichtig gefordert, man solle als PatientIn nur immer hartnäckig nachfragen und mit Bedacht den richtigen Versorger wählen. Wer dies schon einmal im Krankenhaus mit seinen gehetzten Angestellten versucht hat, kann darüber nur bitter lachen. Kann es doch leicht passieren, dass man als „schwierige/r Patient/in“ abgestempelt wird. Abgesehen davon hinkt das Konzept der PatientInnen als KundInnen auch an anderen Ecken gewaltig. PatientInnen befinden sich ihren ÄrztInnen gegenüber in einer Abhängigkeitsposition, einer asymmetrischen Machtbeziehung, in der die ÄrztInnen mehr Informationen haben, diese den PatientInnen ausgewählt präsentieren können und den Zugang zu Behandlungen regeln. PatientInnen hingegen befinden sich in einer Situation subjektiven Leidens - sonst würden sie ja nicht zum Arzt gehen -, so dass sie „ausgeliefert“ sind. Zudem benachteiligt die Ideologie der PatientInnen als KundInnen wiederum die Schwächsten der Gesellschaft, die Schwerkranken, Alten, Armen, weniger gebildeten, MigrantInnen, die nicht über die notwendigen Ressourcen verfügen, um sich dieser Situation ungleich verteilter Macht entgegenzustellen. Was über die Standardversorgung hinausgeht und als Dienstleistung erkaufte werden muss, bleibt ihnen ohnehin vorenthalten.

Natürlich gibt es auch Menschen, die von der Gesundheitsversorgung nahezu vollständig ausgeschlossen sind. Dies betrifft insbesondere illegalisierte MigrantInnen, die keinen Anspruch auf Krankenversorgung haben, sich diese nicht leisten können und bei der Behandlung im Krankenhaus mit Meldung bei den Behörden, Gefängnis und Abschiebung rechnen müssen. Dabei macht die neue Gesundheitskarte es den informellen Netzwerken von ÄrztInnen, die sie dennoch – ihrem ärztlichen Auftrag entsprechend - notfalls auf eine andere Karte behan-

deln, noch schwieriger. Doch man muss nicht einmal illegalisiert werden, um von der Gesundheitsversorgung weitgehend ausgeschlossen zu werden – auch Flüchtlinge, die einen Asylantrag stellen und häufig unter Traumatisierungen, Stress und den schlechten Bedingungen in ihrem Herkunftsland und in der Unterbringung in Deutschland leiden, dürfen nur bei akuten Beschwerden und auch dann nur über die jeweilige Ausländerbehörde eine ÄrztIn aufsuchen. Wann die Beschwerden schlimm genug sind, liegt dabei im Ermessen der Behörden.

Wer krank wird, hat irgendetwas falsch gemacht...

Analog zur ökonomischen Transformation im Übergang vom Fordismus zum Postfordismus hat sich auch die Sicht der Gesellschaft und der Medizin auf Gesundheit und Krankheit verändert. Während noch in den 70er Jahren von MedizinerInnen wie auch im gesellschaftlichen Diskurs Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert wurde und Krankheit als durch rein physische Ursachen entstanden galt, so ist mittlerweile das „biopsychosoziale“, d.h. ganzheitliche Modell der Krankheitsentstehung, in beinahe allen Bereichen der Medizin angekommen.

Dies wurde wesentlich durch die Gesundheitsbewegungen der 70er und 80er Jahre angestoßen. Sie wehrten sich gegen eine technizistische und technologiegläubige Medizin, die seelische Ursachen von Erkrankungen und den Zusammenhang zwischen Körper, Psyche und Gesellschaft negierte. Dabei hatten sie zunächst einen emanzipatorischen Anspruch, der jedoch im Verlauf seiner Durchsetzung in der Mainstream-Medizin seinen Bezug zur Gesellschaft verlor und Krankheit wieder im Individuum verortete – nun zwar nicht mehr vornehmlich in körperlichen oder genetischen Unzulänglichkeiten, dafür aber in der Psyche

Die Entwicklung zu einem ganzheitlich-biopsychosozialen Verständnis von Medizin passte gut zusammen mit einer Veränderung der Ware Arbeitskraft im Übergang vom Fordismus zum Postfordismus – es wurden immer weniger Menschen benötigt, die in Fabriken am Fließband jeden Tag die gleichen Handgriffe verrichten. Stattdessen stieg der, der „Kopf-Arbeit“ beige-messene Wert, und intellektuelle sowie soziale Fähigkeiten, die berühmten „Soft Skills“ wurden wichtiger. Dementsprechend wurde dann auch Gesundheit nicht mehr auf körperliche Gesundheit reduziert (es soll einem so gut gehen, dass man am Band stehen kann), sondern als die Fähigkeit, Selbstheilungskräfte zu aktivieren und einen Zustand „vollkommenen geistigen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens“ (Definition der WHO zu Gesundheit), zu erreichen, der - natürlich - auch die optimale Arbeitsfähigkeit beinhaltet. Im gleichen Maße, wie am Arbeitsplatz der Druck der sozialen Selbstoptimierung, des lebenslangen Lernen und der unbedingten Teamfähigkeit stieg und Arbeit und Freizeit über den Zwang zur Selbstverwirklichung am Arbeitsplatz zusammenwuchsen, farbte dies auch auf Gesundheit ab. Es reicht nun nicht mehr, schmerzfrei zu sein und nachts schlafen zu können, sondern die Gesundheit ist als Humankapital zu behandeln und stets zu optimieren. Das Konzept des lebenslangen Lernens wurde schließlich in der Agenda 2010 gesetzlich zementiert. Also adé Kneipennächte, hallo Yoga-kurs und Grüner Tee!

Der Nebeneffekt ist, dass PatientInnen nun selbst für ihre Erkrankungen verantwortlich gemacht werden. Denn wer krank wird, hat wohl nicht genug auf sich geachtet, hatte zu viel Stress - und daran sind natürlich nicht erhöhte Arbeitsbelastungen auf Grund von Rationalisie-

rungen und Flexibilisierungen schuld, sondern die falsche Einstellung dazu! Oder hat sich da jemand etwa gar gesundheitsschädigend verhalten, hat geraucht, getrunken und/oder keinen Sport gemacht? Oder simulieren sie etwa nur?! Dies zu kontrollieren ist ebenfalls Aufgabe des Gesundheitswesens, das insbesondere in seinem Rehabilitationssektor das primäre Ziel hat, Menschen wieder arbeitsfähig zu machen und dafür zu sorgen, dass nur ja keiner ungerechtfertigter Weise eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhält.

Es ist also nur folgerichtig, dass auch die Kosten für Gesundheitssicherung immer weiter auf die vermeintlich „Schuldigen“ abgewälzt werden – schließlich ist man ja an den allermeisten Krankheiten selbst schuld. Und dies betrifft insbesondere die benachteiligten Gruppen, die Prekarisierten, deren gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Fernsehen! Rauchen! Saufen! Fast Food!) man ja jeden Tag im Privatfernsehen beobachten kann. Warum sollte man „solidarisch“ zahlen für diejenigen, die ja zu den Sozialkassen selbst ohnehin nichts beitragen und an ihrer Misere auch noch selbst schuld sind?

Der Wille, sich selbst gesund zu erhalten, wird zunehmend mit allgemeinem Arbeits- und Leistungswillen gleich gesetzt. Das bekommen die ArbeitnehmerInnen zu spüren, die bei Erkrankung schnell unter den Verdacht geraten, entweder nur blau zu machen, sich anzustellen oder aber in ihrer Freizeit, die doch eigentlich der Reproduktion der Arbeitskraft dienen soll, gesundheitsschädigendem Verhalten nachzugehen. Der Druck steigt, wer zu oft fehlt, erhält im Zweifelsfall die Kündigung. Und die Rationalisierung der Arbeitsprozesse, die oft selbst gesetzlich zustehenden Urlaub nicht berücksichtigt, führt dazu, dass kranke ArbeitnehmerInnen das Gefühl vermittelt bekommen, sie belasteten ihre KollegInnen und verhielten sich unsolidarisch. Hohe Burnout-Raten sind also nicht verwunderlich, wenn sich kaum einer mehr traut, bei Erkrankung zu Hause zu bleiben oder wenn nach der Rückkehr in den Betrieb der Druck steigt, von nun an seine Fehlzeiten zu reduzieren.

Natürlich betrifft auch diese Verschärfung prekarierte ArbeitnehmerInnen noch wesentlich stärker, weil sie keine Chance auf unbefristete Arbeitsverträge haben und schnell ersetzt werden können. Sie können auch nicht damit rechnen, schnell wieder eine Anstellung zu finden, wenn sie vorher durch Erkrankungen aufgefallen sind.

Letztendlich steht in der Diskussion zur Disposition, ob der Staat überhaupt noch seine Aufgabe als Fürsorgeinstitution wahr nehmen soll, die ihn doch in der Konkurrenz mit anderen Staaten um möglichst niedrige Lohnnebenkosten nur behindert! Diese Frage wird analog den StaatsbürgerInnen gestellt, die sich gut überlegen sollen, ob sie überhaupt noch solidarisch zahlen wollen für all die Überflüssigen, Unproduktiven, Ausgeschlossenen, die ja nicht einmal selbst etwas zum „Sozialsystem“ beitragen.

Das lässt sich nicht mit ein paar Reformen aus der Welt schaffen. Denn ausgeschlossen, unproduktiv und überflüssig sind Menschen nicht von selbst, nicht, weil sie weniger wert wären oder nicht genug geleistet hätten, sondern weil im Kapitalismus nur zahlungskräftige Bedürfnisse zählen. Und das gilt ebenso für das Gesundheitswesen. Der Kapitalismus wird niemals allen Menschen ein gutes Leben ermöglichen. Denn er beruht darauf, dass die Menschen um den Zugang zu seinem Reichtum konkurrieren, und dabei fallen selbstverständlich die meisten hinten runter. Das ist nicht reformier-, sondern nur abschaffbar. Nur in der befreiten Gesellschaft ist eine Versorgung von Kranken denkbar, die sich allein an deren Bedürfnissen orientiert, und nicht an ihrer Rentabilität!