

Gesundheit ist keine Ware

Am 11. März stimmen wir über die Volksinitiative für eine soziale Einheitskrankenkasse ab. Diese Initiative bringt einige entscheidende Verbesserungen gegenüber der aktuellen Misere im Gesundheitswesen. Sie wirkt insbesondere der äusserst unsozialen Verteilung der Kosten im Gesundheitswesen entgegen.

Vor dem Hintergrund der Auseinandersetzung über die soziale Einheitskrankenkasse stehen sich zwei Orientierungen gegenüber. Eine kürzlich in der Wochenzeitung Cash publizierte 12-seitige Publireportage offenbarte einige Hintergründe dieser Auseinandersetzung. Die Spitäler bereiten sich auf die Entwicklung vor, die von den politischen Behörden und den Krankenkassen vorangetrieben wird. Die Kluft zwischen einer „Gesundheit für alle“ und einer „Top-Medizin in den Gesundheitshotels“ wird sich vertiefen. Damit wachsen die lukrativen Märkte zur Behandlung wohlhabender Personen.

Die erste Orientierung setzt auf den Markt. Das Resultat: ein Minimalservice mit einer Basisversorgung für die finanziell Bedürftigen. Die lukrativen Zusatzversicherungen für Besserverdienende bieten dann den verschiedenen Unternehmen der Gesundheitsindustrie zahlreiche neue Möglichkeiten, Gewinne zu erwirtschaften.

Die zweite Orientierung geht davon aus, dass jede Person unabhängig von ihren finanziellen Mitteln und den anfallenden Kosten medizinisch verantwortlich behandelt wird. Die Gesundheit ist ein Gesamtzustand des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und ist nicht nur Abwesenheit von Krankheit (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation von 1948).

Die Gesundheitsversorgung muss also in ein unbürokratisches Gesamtsystem im Rahmen einer umfassenden sozialen Sicherheit integriert werden. Sich auf die Kranken konzentrieren heisst auch ge-

nügend Personal mit entsprechender Zeit anzustellen. Eine umfassende Präventivmedizin ist nötig. Die PatientInnen müssen als PartnerInnen der Pflegenden gesehen werden. Die BenutzerInnen des Gesundheitswesens müssen ihre Rechte in der Konzeption der Krankenversicherung haben.

Ein Gesundheitssystem, das auf der Logik des Profits beruht, wird unweigerlich gegen die medizinische Ethik verstossen. In der Schweiz existieren die materiellen Ressourcen für ein Gesundheitssystem, das allen zu Gute kommt und dabei sowohl die PatientInnen als

auch das pflegende Personal achtet.

Im Hinblick auf die Abstimmung über die Einheitskrankenkasse informieren wir über einige Hintergründe der gegenwärtigen Situation im schweizerischen Gesundheitswesen und wir blicken über die Landesgrenzen nach Deutschland. Hier ist das Management von Spitälern nach rein kapitalistischen Prinzipien stark vorangeschritten. Zahlreiche Krankenhäuser wurden privatisiert. Und die soeben verabschiedete Gesundheitsreform bringt den Versicherten weitere Verschlechterungen.

**Gesundheitsreform in Deutschland,
profitorientierte Krankenkassen in der Schweiz
„Es tut uns Leid, Ihre Krankheit
können wir nicht behandeln“**

Tobias Michel

Betriebsrat und Mitarbeitervertreter im Alfried Krupp Krankenhaus in Essen, Aktivist in der Gewerkschaft ver.di, Redakteur der "drei", der Zeitung des ver.di-Fachbereich für Gesundheit und Soziales und Mitglied in der AG Soziale Sicherheit von attac Deutschland

**Dienstag, 20. Februar 2007, 19.30 Uhr,
Käfigturm beim Bärenplatz in Bern**

Wie in der Schweiz und in vielen Ländern Europas steht in Deutschland das Gesundheitswesen im Mittelpunkt der politischen Auseinandersetzungen. Die sogenannte Gesundheitsreform ist äusserst umstritten. Obwohl es schwierig ist, die Gesundheitssysteme in Europa zu vergleichen, haben sie eine Gemeinsamkeit. Überall werden Marktmechanismen unter dem Vorwand der Kostenkontrolle eingeführt. In Deutschland ist die Entschädigung der Krankenhäuser nach „Leistung“ weit vorangeschritten. Viele Krankenhäuser wurden bereits privatisiert. Bei einer Ablehnung der Initiative für eine soziale Einheitskrankenkasse drohen in der Schweiz ähnliche Entwicklungen.

Tobias Michel erlebt täglich, was dieses System für die PatientInnen und das Personal bedeutet. Er informiert über die politischen Auseinandersetzungen im Gesundheitsbereich in Deutschland. Als aktiver Gewerkschafter und Mitglied von attac Deutschland entwirft er Alternativen, die von den Interessen der Beschäftigten, der PatientInnen und BürgerInnen ausgehen. Sein Bericht zeigt uns, welche Entwicklungen nach dem 11. März auch in der Schweiz möglich sind.

Der Griff nach Kassen und Körpern

„Die schwarz-roten Gesundheitsreformer gehen nicht nur nicht weit genug, sie gehen in die falsche Richtung.“ Das vernichtende Urteil einigt die Pressesprecher und Kommentatoren. Und es trifft die Richtigen. Doch diese Kritik verhindert nicht den drohenden Angriff und lähmt die Orientierungslosen. Denn wir stehen vor der Frage: Mobilisieren wir für eine andere oder gegen ihre Reform?

Noch 1998 hatte die schwarz-gelbe Koalition die Mehrheit der Wählenden gegen sich aufgebracht, als sie die Zuzahlungen insbesondere bei Medikamenten entfesselten. Ihre rot-grünen Erben hielten — zunächst — ein Wahlversprechen und schraubten die Zumutungen zurück. Ab 2004 zielten sie mit der Praxisgebühr und zahlreichen Zuzahlungen direkt auf die Geldbeutel der Kranken; und leiteten auch damit ihre Schlappe Ende 2005 ein.

Die gesundheitspolitischen Strategen aus CDU und SPD haben schmerzhaft gelernt, wie unmittelbar sie zumindest an den Wählern abgestraft werden. Diesmal stellen sie nicht etwa die Privatisierung des Risikos in den Vordergrund, sondern ihren Staat selbst. Er reglementiert die kranken und gesunden Körper. Er steuert nicht nur die Finanzen, sondern die Krankenkassen, die Medizin samt ihrer Behandlungsobjekte, der Patienten. Die Eckpunkte der drohenden Schnitte unterscheiden sich dabei dreifach von früheren Angriffsplänen.

Streng geheim

Die Entscheidungen über die öffentliche Gesundheitsversorgung fallen wieder unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Doch diesmal geben sich die Unterhändler nicht nur verschämt zugeknöpft. Vor laufenden Kameras und Mikrofonen begründen sie wortreich, wie sie sich untereinander striktes Stillschweigen geschworen haben. Wir kennen bislang nur Bruchstücke von dem, was sie hinter den Rücken der Kranken und Versicherten untereinander ausgedacht haben. Sie wollen uns nichts verraten, erklären, begründen.

Der bereits weitgehend zum Popanz verkommenen Selbstverwaltung der Krankenkassen wird im zweiten Schritt endgültig der Garaus gemacht. Die Beitragshöhe, der Beitragseinzug, die Verwaltung und die Versorgung — all das wird stückweise den Behörden übergeben. Trickreich bleiben die Planer selbst zunächst unsichtbar. Auch nicht der Arzt oder die Apothekerin werden zukünftig die Hand für die staatlich verordneten Zuschläge offen halten. Es sind die Kassen, die sich an ihre Versi-

cherten zum Jahresende halten müssen, um von uns zu holen, was ihnen in der Kasse fehlt. Diese Nachzahlungen werden in Form einer "kleinen" Kopfpauschale Arm und Reich ungleich treffen. Diese private Zwangsversicherung wird auf höchstens 1% des Einkommens begrenzt — vorläufig jedenfalls.

Verständlich, dass die bedrohten Chefetagen in den Kassen an der Seite der gewerkschaftlich organisierten Beschäftigten nicht nur aufgeschreckt protestieren, sondern auch mobilisieren. Und sie wenden sich an die Versicherten und Patienten um Hilfe. Sie ernten dafür ein Wutgeheul bei den Reformern. CSU-Generalsekretär Söder nannte die geplante Kampagne der Kassen eine "unerträgliche Verschwendung von Beiträgen der Versicherten".

Und auch sonst stoßen sie auf wenig Mitleid. Haben die Kassen doch schon die Anhebung der Beitragssätze für die kommenden Monate angekündigt. Fast jeder hat erlebt, wie die Kasse die Bezahlung notwendiger Behandlungen verweigerte. Wir alle haben schon von den Palästen der verschwendungssüchtigen Kassenbosse gehört, offenbar vor unseren Augen versteckte Schatzkammern, ganz anders als die offen ausgestellten Kathedralen der Banken in Frankfurt. An den Schauermärchen wird etwas dran sein...

Unter diesem Druck scheren einzelne Kassenchefs bereits aus. Sie dienen sich öffentlich als Steigbügelhalter für noch weiter reichende Operationen an. So ist IKK-Chef Hermes mit den "Eckpunkten" der Regierung durchaus einverstanden. Doch will er dafür die "wettbewerblichen" Freiräume für die Krankenkassen noch deutlich erweitert wissen. Hermes fordert, die Überforderungsklausel deutlich über 1% anzuheben. Auch Ärzte schauen hungrig auf eine Anhebung der Überforderungsklauseln. Ralf Büchner, KV-Chef in Schleswig-Holstein, erhofft sich dadurch einen Wettbewerb der Krankenkassen um Zusatzversorgungspakete: „Eine Überforderungsklausel von 5—10% wäre sinnvoll“.

Piercing oder Tattoos

Das dritte Signal: Wer nicht hören will, was die staatlichen Experten als richtig und gesund beschlossen haben, muss die



Das Spital: im Dienste der Bevölkerung oder des Profits?

Folgen fühlen und zahlen. Da kann sich die geplagte Volksseele endlich Luft machen. Die Behandlung von Komplikationen nach Körperdesign sollen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen werden. Ein internes Papier des Ministeriums beziffert das Einsparvolumen der Folgekosten von Piercings, Tattoos und Schönheitsoperationen auf 50 Millionen Euro im Jahr.

Wie bei den meisten angezettelten Missbrauchsdebatten ist der wahre Kern dann viel billiger. Für die Behandlung von „primär nicht heilenden“ kleinen Wunden hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach Angaben des AOK-Verbands 2005 insgesamt 25 Millionen Euro ausgegeben. Piercings und Tattoos hätten daran wahrscheinlich einen Anteil von 1%. Experten schätzen die Ersparnis insgesamt auf jährlich 249000 bis höchstens 746000 Euro. Dieser Schritt zu mehr „Eigenverantwortung“ zielt also gerade einmal auf eine Entlastung von 0,00007 Beitragspunkten.

Beim Zahnarzt wurden wir bereits an das Bonusheft gewöhnt. Der jährliche Stempel im Bonusheft weist nach, dass wir uns der Kontrolle unterworfen haben. Sonst verlieren wir weitere Teile des Versicherungsschutzes. Die 45- bis 55-Jährigen sollen nun auch beim Hausarzt auf dieselbe Weise zur „Vorsorge“ getrieben werden. Meist handelt es sich lediglich um eine mögliche medizinische Früherkennung, keinesfalls um Vorbeugung. Doch Gesundheitsministerin Ulla Schmidt straft und belohnt: „Wer mitmacht, wer aktiv dazu beiträgt, vermeidbare Komplikationen nicht entstehen zu lassen, sollte besser dastehen als andere Patienten.“

Tatsächliche Prävention, also die Vermeidung von Krankheiten, ist nicht beabsichtigt. Denn ihre sozialen Ursachen, unsere Arbeits- und Lebensbedingungen, passen nicht ins Bonus-Malus-Heftchen.

Tobias Michel,

Sozialistische Zeitung, September 2006

Gesundheitsfonds und Rationalisierungen

Keiner will sie, die neueste Gesundheitsreform. Der Spiegel fasste sie in der Überschrift „Sieg der Lobby“ zusammen, die privaten Krankenversicherungen zern, sie stünden vor dem Ruin.

Eigentlich gab es zwischen den Koalitionspartnern keine Einigungsmöglichkeit: Die einen wollten eine sogenannte Bürgerversicherung (die diesen Namen nicht verdient), die anderen eine sogenannte Kopfpauschale (beschönigende Bezeichnung für einen großen Schritt hin zur endgültigen Privatisierung der Krankenversorgung). Was jetzt herausgekommen ist, stellt nichts anderes dar als eine Konstruktion, die allenfalls geeignet ist, das leidige Thema maximal bis zum Ende dieser Legislaturperiode vom Tisch zu bekommen und die größten Finanzprobleme temporär zu lösen. Weichen stellt diese Reform allerdings trotzdem ...

Der Gesundheitsfonds – Geschenk für das Kapital

Eine zentrale Maßnahme ist der sogenannte Gesundheitsfonds, der ab 2009 eingeführt werden soll. Dieser stellt in zweierlei Hinsicht eine Abwendung vom bisherigen Finanzierungssystem dar: Einerseits ist er der Einstieg in eine zusätzliche Steuerfinanzierung, da neben den Beiträgen auch ein Steuerzuschuss mit einfließt. Den Weg der Steuerfinanzierung favorisieren gewisse Kreise in der SPD. Der Pferdefuß dabei ist, dass das nichts anderes ist als ein verdeckter Zusatzbeitrag, denn das Steueraufkommen stammt ja zum allergrößten Teil aus der Lohnsteuer. Das heißt auch, dass damit im Prinzip die Arbeitgeber entlastet werden – und da sind sich die Koalitionäre ja auch einig, dass eine „Verminderung der Lohnzusatzkosten“ her müsse. Steuern sollen angeblich dafür in dieser Legislaturperiode nicht erhöht werden. Ab 2009/2010 allerdings werden Steuererhöhungen nicht ausgeschlossen. Das Geld soll in die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder fließen. Wo die Mittel herkommen sollen, ist nicht bekannt. Die volle Finanzierung der Kinderversicherung kostet nämlich nach entsprechenden Berechnungen rund 16 Milliarden Euro, wie die SZ vermeldete.

Hinzukommt, dass, wenn die Kassen trotz des Fonds mit dem Geld nicht auskommen, sie einen Zusatzbeitrag erheben können. Bis acht Euro monatlich gibt es auch keine Bedürftigkeitsprüfung. Man kann sicher sein, dass dieser Zusatzbeitrag bei den Kassen mit den „schlechten Risi-

ken“ schneller kommen wird, als die PolitikerInnen „Reform“ sagen können.

Angesichts dieser Sachlage ist es schon ziemlich unverfroren, wenn das Gesundheitsministerium (BMG) in seiner Präsentation der Reform behauptet: „Dies ist die erste Gesundheitsreform seit vielen Jahren, durch die keine Zuzahlungen erhöht werden“.

Wettbewerb als Selbstzweck

Einerseits beteuert das BMG in seiner Stellungnahme, das Gesetz diene dazu, mehr Wettbewerb zwischen den Kassen zu ermöglichen. Andererseits wird durch den Einheitsbeitrag und den Risikostrukturausgleich dafür gesorgt, dass eine Konvergenz stattfindet. Ziel ist schlicht, die Kassen einerseits zu Fusionen zu zwingen – was ausdrücklich erwünscht ist – und auch anderweitig den Rationalisierungsdruck zu erhöhen. ... Selbst klassische bürgerliche Ökonomen stellen in den einschlägigen Lehrbüchern der Gesundheitsökonomie fest, dass Wettbewerb im Gesundheitssektor nicht funktioniere, weil keine „Waffengleichheit“ bestehe. Aber lesen scheint die Stärke der Gesundheitsministerin nicht zu sein. ...

Und die Medizinindustrie?

Die hält sich bedeckt – sie ist fast ungeschoren davongekommen. Ihre Lobby hat exzellent gearbeitet. Zu den ausufernden Medikamentenpreisen säuselt Frau Schmidt in ihrer Verlautbarung lediglich: „Die Kosten für Arzneimittel gehören zu den ausgabentreibenden Faktoren im Gesundheitswesen. Deshalb wird der Arzneimittelbereich stärker für den Wettbewerb geöffnet. Krankenkassen und Apotheker erhalten erweiterte Möglichkeiten, mit den Herstellern günstigere Preise zu vereinbaren.“

Die restlichen Nutznießer aus der Medizinindustrie werden gar nicht erst erwähnt und die Tatsache, dass die in den letzten Jahren entstandenen Krankenhauskonzerne (auf dem Rücken der Beschäftigten) satte Gewinne abwerfen, bleibt vornehm unerwähnt – es handelt sich ja um eine Wachstumsbranche.

Und die Privatkassen?

Deren Lobby – allen voran die CSU – ist natürlich auch tätig geworden. Den für sie schlimmsten Fall haben sie folgerichtig

abwenden können: In den Risikostrukturausgleich wurden sie nicht einbezogen. Die Pille, die unversicherten Selbständigen aufnehmen und einen Basistarif anbieten zu müssen, mussten sie zwar schlucken, aber sie haben sicherheitshalber schon einmal angekündigt, dass sie sich dabei eher am Höchstbeitrag der gesetzlichen Kassen orientieren wollen. ...

Es geht um alles Mögliche – aber nicht um Gesundheit

Eines scheint keiner der Journalisten, die unisono in allen Gazetten das neueste Produkt der CDSPU verreißen, bemerkt zu haben: Über Gesundheitspolitik wurde eigentlich gar nicht gesprochen. Es ging und geht ausschließlich um Finanzen. Die entscheidende Frage, nämlich, wie eine für alle gleiche, rationale und nicht dem Gusto des medizinisch-industriellen Komplexes überlassene Krankenversorgung zu realisieren sei, wurde sicherheitshalber erst gar nicht gestellt. Alle beschlossenen Maßnahmen zielen schlicht darauf ab, das bestehende unzulängliche System durch Umschichtungen und zusätzlichen Geldzufluss für eine Weile gängig zu halten – bis zur nächsten Finanzkrise, und die kommt bestimmt, das zeigt sich nicht nur an der Beitragserhöhung in diesem Jahr.

Dass der vorliegende „Gesundheitskompromiss“ so ausgefallen ist, dass seine Halbwertszeit bei maximal zwei Jahren liegt, scheint vordergründig zunächst einmal daran zu liegen, dass die beiden beteiligten Parteien unvereinbare Konzepte vertreten. In Wirklichkeit steckt etwas ganz anderes dahinter: Solange der fundamentale Widerspruch nicht aufgelöst wird, dass die von den Versicherten kollektiv und solidarisch aufgebracht Mittel für ihre Krankenversorgung in den Taschen nach dem Profitprinzip arbeitender Kapitalgruppen und KleinunternehmerInnen verschwinden, denen an einer effektiven, rationalen und sicheren Versorgung relativ wenig, an einer Ausweitung ihrer Gewinnchancen allerdings sehr viel liegt, sind Reformen wie die aktuelle nur zu einem geeignet – und da sind sich dann auch die beiden angeblich so hart ringenden Kontrahenten von CDU/CSU und SPD wieder einig: Den Marsch in die endgültige marktwirtschaftliche Deregulierung des Krankenversicherungssystems weiter zu beschleunigen.

Thadeus Pato

leicht gekürzt aus Avanti, Februar 2007

Es ginge auch ganz anders – Medizin ohne Profit

„Unter Gesunden ist der Arzt überflüssig“, schrieb Seneca. Wenn es nach der Zahl der Medizinprofessionellen geht, dann sind wir alle schwer krank. Es ist allerdings nicht verwunderlich, dass eine Gesellschaft, deren Ziel es zu sein scheint, zum höheren Zwecke der Profitmaximierung die allgemeine Gesundheit mit Individualverkehr, lebensfeindlichen Arbeits- und Lebensbedingungen, Konsumwahn, Kriegstreiberei und Umweltzerstörung nachhaltig zu untergraben, ein riesiges System zum (unzulänglichen) Abpuffern dieser selbst erzeugten Probleme benötigt und alimentiert.

Somit ist die beste Gesundheitspolitik eine vernünftige Gesellschaftspolitik und alle Versuche, das bestehende Medizinsystem zu optimieren, werden ohne letztere zum Scheitern verurteilt sein.

Aber natürlich werden sich auch in einer vernünftiger verfassten Gesellschaft die Menschen weiter den Knöchel brechen, Blinddarm- und Mandelentzündungen bekommen, die eine Behandlung und kompetente BehandlerInnen erfordern. Die Frage ist, wie mensch ein – dann erheblich kleineres – Medizinsystem organisiert, das tatsächlich in der Lage ist, die grundlegenden Forderungen nach allgemeinem, gleichen und sicheren Zugang zu ihm zu garantieren.

Dazu müsste man den Trend umkehren: Statt immer mehr Marktelemente, Konkurrenz und Gewinnanreize ins System einzuführen, müssten diese beseitigt werden. Im übrigen ist es in diesem Zusammenhang interessant, dass die sonst auf Umfrageergebnisse so versessenen PolitikerInnen ausgerechnet bei diesem Thema die öffentliche Meinung völlig ignorieren: Seit Jahrzehnten gibt es eine stabile absolute Mehrheit in der Bevölkerung, die eine Abschaffung der Solidarversicherung ablehnt und der Meinung ist, dass das Profitprinzip in der Medizin nichts zu suchen hat. Das ist ja auch einer der Gründe, warum die marktförmige Zurichtung

des Systems nur scheinbar vorgekommen wird.

Einheitsversicherung

Als erstes müsste die derzeitige Zwei- bis Dreiklassenmedizin beseitigt werden. Das wäre theoretisch auch jetzt schon ganz einfach zu bewerkstelligen: Einheitsversicherung wäre ein erster Schritt. Aber das allein würde das Problem der privaten Aneignung der von den Versicherten aufgebrauchten Gelder durch die üblichen ProfiteurInnen nicht lösen. Es muss noch einiges dazukommen. Es gibt beispielsweise bereits Länder, in denen die Versicherung die Arzneimittelproduktion selbst in die Hand nimmt, allerdings aus patentrechtlichen Gründen nur für die sogenannten Generika, d.h., die Mittel, bei denen der Patentschutz ausgelaufen ist. Hier wäre die Lösung, den Patentschutz auf Medizinprodukte grundsätzlich abzuschaffen.

Forschung müsste ausschließlich an der Selbstverwaltung der Versicherten zugeordneten Einrichtungen und Universitäten stattfinden – die Ergebnisse kämen dann ungeschmälert denen zugute, die diese Forschung mit ihren Einkommen – seien es Steuern oder Beiträge – bezahlen. Das hätte außerdem noch den Vorteil, dass die Forschungsgelder nicht primär in die Bereiche fließen würden, in denen der höchste Gewinn erzielt, sondern der höchste Nutzen im Sinne einer rational an den wirklichen Krankheitsproblemen ausgerichteten Politik gestiftet wird. Forschung an neuen Techniken zur Fettabsaugung gäbe es dann nicht mehr...

Im übrigen wäre dann auch der Druck genommen, neu entwickelte Methoden und Substanzen schnellstmöglich auf den Markt zu bringen (und die Einführung durch offene und verdeckte Bestechung der ÄrztInnen zu fördern – Summen, die die BeitragszahlerInnen ebenfalls bezahlen, da sie in den Preis eingerechnet sind) und damit die mit schöner Regelmäßigkeit

auftretenden Einführungen von gefährlichen und/oder nutzlosen Mitteln und Techniken, die in kurzer Zeit kommentarlos oder per Skandal vom Markt wieder verschwinden, zu verhindern.

Dezentralisierte Struktur

Natürlich dürfte ein solches egalitäres, der Maschinerie der Gewinnmaximierung entzogenes System der Krankenversorgung nicht zu einem patientenfern von BürokratInnen verwalteten Moloch werden. Das heißt, dass die Struktur der Selbstverwaltung entgegen dem derzeitigen Trend nicht noch weiter zentralisiert, sondern im Gegenteil regionalisiert und dezentralisiert würde und die Entscheidungen z.B. über Forschungsvorhaben, Versorgungsdichte etc. transparent gemacht und demokratisch getroffen werden müssten.

Was in den letzten zwanzig Jahren stattgefunden hat und mit dem neuesten Gesetzesvorhaben weitergeführt wird, ist allerdings der Weg in die entgegengesetzte Richtung. Gesund ist dieser Weg nicht – da können Sie eines der in der Apotheke erhältlichen Gifte darauf nehmen!

Thadeus Pato 1.10.2006

leicht gekürzt aus Avanti, Oktober 2006

Quellen unserer Beiträge:
Sozialistische Zeitung: www.soz-plus.de
Avanti: www.rsb4.de

G8 Gipfel

Im Juni treffen sich die Regierungen der acht stärksten Länder zum G8 Gipfel in der Nähe von Rostock in Deutschland. Die BFS unterstützt die Aktivitäten gegen den G8 Gipfel. Nähere Informationen auf: www.g8-2007.de, www.heiligendamm2007.de, www.dissentnetzwerk.org

Spenden

Unsere Aktivitäten und die Herausgabe von *in Bewegung* kosten Geld. Darum bitten wir Sie/Euch, unsere Arbeiten mit einer Spende zu unterstützen.

**Bitte Spenden auf: BFS Bern,
PC 30-702301-8.**

- Ich möchte *in Bewegung* gegen eine Spende abonnieren.
- Ich möchte Informationen der Bewegung für Sozialismus zugeschickt erhalten.

Vorname Name

Strasse

PLZ, Ort

Tel. E-mail

Einsenden an: BFS, Postfach 129, 3000 Bern 23 oder bfs-be@bluewin.ch
Weitere Informationen auf: www.sozialismus.ch