

GESUNDHEIT braucht POLITIK

Zeitschrift für eine soziale Medizin

verein
demokratischer
ärzt*innen

SOLIDARISCHES
GESUNDHEITS
WESEN

Nr. 4/2025



**Gesundheit im
Verteilungskampf**
— Wie entsteht
gesellschaftlicher
Fortschritt?

INHALT

5

Gesundheit im
Verteilungskampf.
Bericht vom Gesundheits-
politischen Forum in Dresden

8

Wie gelingt gesell-
schaftlicher Fortschritt?

Raul Zelik

14

Austerität und Gesundheit
Zusammenfassung des
Vortrags von Ben Wachtler

Jonas Röhricht

15

Vormerken: ManiFiesta
12./13.09.2026 Oostende

16

Keine nationale Einheit(lichkeit)
Unterschiede in der Gesund-
heit 35 Jahre nach 1989 –
Zusammenfassung eines
Vortrags von N. Michalski

Nadja Rakowitz

18

Was ist Gesundheit im
Kapitalismus?
Bericht über den Vortrag
von Debora Darabi

21

Gute Versorgung und Recht
auf Gesundheit
Gesundheitsarbeiter*innen in
Belgien organisieren sich

25

Regimewechsel in den USA
Margit Mayer

30

Risiken und Nebenwirkungen
der Gesundheitspolitik unter
Donald Trump
Zusammenfassung des
Vortrags von Eckardt
Johanning

Sind Deine Mitgliedsbeiträge noch aktuell?

Der Mitgliedsbeitrag für den vdää* ist seit der MV 2024 für

- Studierende, Arbeitslose und
Rentner*innen: 5 €/Monat
- Berufstätige: 10 €/Monat

Darüber hinaus schlagen wir folgende Solibeträge vor:

- Ärzt*innen in Weiterbildung: 15 €/Monat
- Niedergelassene und angestellte
Fachärzt*innen: 25 €/Monat

Bitte prüfe auch, ob Dein aktueller Beitrag mit Deiner beruf-
lichen Situation noch zusammenpasst. Der vdää* bestreitet
seine Arbeit fast ausschließlich aus den Mitgliedsbeiträgen
und ist deshalb auf Eure stabile Unterstützung angewiesen.

31

Trump zum Zweiten

Globale und nationale Gesundheitspolitik als Kampffeld der autoritären Rechten

Andreas Wulf

33

vdää* on Radtour 2026 – Gesundheitspolitik im Ruhrgebiet

34

Empfehlung:
Gary's economics

35

»KI«, Digitalisierung und »Longevity«

Über Tech-Narrative und soziale Ungleichheiten von Gesundheit

Manuel Hofmann

38

Bericht vom Workshop
Gegen Militarisierung

39

Vulnerable Gruppen
unter Druck

Bericht über den Workshop

Nina Pritzens

40

Reality Check der Polikliniken
Bericht zum Workshop vom
Poliklinik Syndikat

Manuel Funk

43

»Kriegstüchtige
Krankenhäuser?«

Bericht über die Podiums-
diskussion zur Militarisierung
des Gesundheitswesens
am 1.11.2025

45

»Wir wollen mehr werden!«
Interview zum Solidarischen
Gesundheitszentrum Jena

Der **vdää*** ist ein Berufsverband, der sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung einsetzt. Der Verein **Solidarisches Gesundheitswesen e.V.** fördert mit politischer Bildung die Solidarität im Gesundheitswesen und ist als gemeinnützig anerkannt. Beide Vereine nehmen Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützen den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« wird seit 2024 von beiden Vereinen gemeinsam herausgegeben; sie erscheint viermal jährlich. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Position der Herausgeber wieder.

Falls Sie weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an kontakt@vdaae.de oder solid.g-wesen@posteo.de.

Redaktion

Elena Beier, Romy Bornscheuer,
Marla Frentz Manuel Funk, Timea Gion,
Colette Gras, Isabelle Horster,
Simon Knobloch, Julius Poppel,
Nadja Rakowitz, Jonas Röhrich,
Karen Spannenkrebs, Rafaela Voss,
Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2025
ISSN 2194-0258
Preis: 5 Euro
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärzt*innen
und vom Verein Solidarisches
Gesundheitswesen e.V.
V.i.S.d.P. Felix Ahls, Karen Spannenkrebs,
Bernhard Winter

Bildnachweise

Die Bilder dieser Ausgabe stammen, wenn nichts sonst dabei steht, von unseren Referent*innen und Autor*innen oder von Manuel Funk oder Wikimedia Commons. Bearbeitet wurden die Bilder von Manuel Funk.

Geschäftsstelle des vdää*

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email kontakt@vdaae.de
Internet www.vdaae.de/

Bankverbindung: Triodos Bank
IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03
BIC: TRODEF1XXX

Zeitschrift

Layout/Satz Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck



»Armut und Ausgrenzung machen krank«

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der gemeinnützige Verein steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

Kontakt:

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main
solid.g-wesen@posteo.de
<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:

Bank: Frankfurter Sparkasse 1822
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

EDITORIAL

Gesundheit ist kein isoliertes Politikfeld – sie ist Spiegel gesellschaftlicher Prioritäten und Ergebnis politischer Entscheidungen. In Zeiten angeblich knapper öffentlicher Kassen wird besonders deutlich, wie eng Austeritätspolitik, Verteilungsfragen und gesundheitliche Chancen miteinander verwoben sind. Soziale Determinanten wie Einkommen, Bildung und Wohnverhältnisse entscheiden maßgeblich darüber, wer gesund bleibt und wer krank wird.

Diese Ausgabe widmet sich dem Spannungsfeld von Gesundheit im Verteilungskampf und der Frage, unter welchen Bedingungen gesellschaftlicher Fortschritt entsteht. Viele der Beiträge gehen auf Diskussionen und Impulse des Gesundheitspolitischen Forums zurück und zeigen, dass Fortschritt nicht durch Austerität und Einsparungen erwächst, sondern aus politischer Gestaltung, solidarischen Strukturen und einer klaren Orientierung am Gemeinwohl.

Das Heft beginnt mit einem Bericht des Gesundheitspolitischen Forums, welches gemeinsam durch den vdää* und durch den Verein Solidarisches Gesundheitswesen e.V. im Zentralwerk in Dresden abgehalten wurde. Im Anschluss hinterfragt der Politik- und Sozialwissenschaftler Raul Zelik, wie gesellschaftlicher Fortschritt definiert ist und unter welchen Bedingungen und soziopolitischen Konstellationen dieser zustande kommt. Eine Zusammenfassung des Vortrags von Ben Wachtler vom Vortrag auf dem Gesundheitspolitischen Forum analysiert die Auswirkungen von Austerität auf Gesundheit aus einer Public-Health-Perspektive. Der Bericht zu Niels Michalski Vortrag fasst die Unterschiede von Gesundheitsindikatoren der ost- und westdeutschen Bevölkerung 35 Jahre nach dem Mauerfall zusammen. Angelehnt an den Vortrag von der Ärztin Sofie Blancke von Médecine pour le Peuple, zeigt der anschließende Text die Ziele und Herausforderungen von MPLP im Kampf für eine gerechte Gesundheitsversorgung insbesondere anhand der Organisation der Gesundheitsarbeiter*innen in Belgien. Debora Darabi stellt dar, was Gesundheit für den Kapitalismus und Gesundheit im Kapitalismus bedeuten und fragt sich, wie eine gerechte Gesundheitsversorgung in einem kapitalistischem System bestehen oder erreicht werden kann. Margit Mayer analysiert den Regimewechsel in den USA, die institutionelle und ideologische Transformation Richtung eines autoritären Systems und der damit einhergehenden Unterwanderung von Gleichheit und Demokratie. Im Bericht über den Workshop zur Gesundheitspolitik unter Trump wird der Input von Eckardt Johanning über die Auswirkungen auf das US-Gesundheitssystem zusammengefasst. Andreas Wulf zeigt die aktuellen Folgen der internationalen Gesundheitspolitik und Austritts- und Sparpolitik autoritärer rechter Regierungen auf und fordert eine unabhängige Finanzierung der WHO. Manuel Hofmann fasst den gleichnamigen Workshop zusammen und erinnert in seinem Text »KI«, Digitalisierung und »Longevity« – über die Chancen der Technologien im Gesundheitswesen auch an die Notwendigkeit einer menschlichen Medizin und daran, soziale Ungleichheiten nicht aus dem Auge zu verlieren. Es folgen Berichte zu den Workshops des Gesundheitspolitischen Forums: Workshop zu Militarisierung, Gesundheitsversorgung vulnerabler Gruppen und Reality-Check der Poliklinik-Bewegung. Es schließt sich ein Bericht zur Podiumsdiskussion »Kriegstüchtige Krankenhäuser?« der vdää*-Regionalgruppe Berlin zur Militarisierung des Gesundheitswesens an. »Wir wollen mehr werden« ist ein Interview zur Eröffnung des Solidarischen Gesundheitszentrums in Jena.

Da viele Fragen rund um Austerität weiterhin offen sind und Sparpolitik politisch hochaktuell bleibt, widmet sich die nächste Ausgabe dem Begriff der Austerität: Sie versucht, diesen zu definieren, die Auswirkungen austeritätspolitischer Maßnahmen zu skizzieren, historische Beispiele zu diskutieren und politische Gegenentwürfe vorzustellen.

Gesundheit im Verteilungskampf

Bericht vom Gesundheitspolitischen Forum von vdää* und Solidarisches Gesundheitswesen in Dresden

Nadja Rakowitz

Wie schon letztes Jahr fand das Gesundheitspolitische Forum dieses Jahr im Zentralwerk in Dresden statt. Die von der *Zentralwerk Kultur- und Wohngenossenschaft* organisierte Kulturfabrik in einem Fabrikgebäude aus den 1930er Jahren ist für die Veranstalter ein geradezu idealer Ort, der linken kritischen Umgang mit der Geschichte ausstrahlt, atmosphärisch von den solidarischen Strukturen und den Kolleg*innen des Kollektivs geprägt ist und der technisch gut ausgestattet und groß genug ist für unsere Bedarfe, ohne kommerziell zu sein. Zum zweiten Mal haben wir uns dort sehr wohl gefühlt, was auf die Atmosphäre der ganzen Veranstaltung ausstrahlte. Vielleicht sieht man es auf dem einen oder anderen Bild in dieser Ausgabe.

Es kamen (ohne Referent*innen) 160 Teilnehmer*innen, davon weit mehr als die Hälfte Studierende und junge Mediziner*innen in Ausbildung. Erfreulich war auch, dass diesmal viele Menschen aus anderen Berufsgruppen zu uns gefunden haben. Das hat die Diskussionen noch spannender gemacht.

Die Veranstaltung hat am Freitagnachmittag mit zwei Basisworkshops begonnen: einer zum Thema »Kritische Medizin – der vdää* und seine historischen Bezüge« und einer zu den »Grundstrukturen des Gesundheitswesens«, die beide mit ca. 30 Teilnehmer*innen gut besucht waren. Am Abend referierte dann Raul Zelik, Politikwissenschaftler und Journalist aus Berlin, zu unserem Tagungsthema: »Wie kommt es zu gesellschaftlichem Fortschritt?« Raul Zelik hatten wir eingeladen, weil er in seinem 2020 erschienenen Buch »Wir Untoten des Kapitals. Über politische Monster und einen grünen Sozialismus« vor dem Hintergrund historischer Erfahrungen von linken politischen Bewegungen auf verschiedenen Kontinenten untersucht hat, wie es zu gesellschaftlichem Fortschritt kommt und wer die Akteure, die treibenden Kräfte sind. Woher kommt transformatorische Macht und wohin wollen wir die Gesellschaft transformieren? (Wir dokumentieren seinen Vortrag hier im Heft auf S. 8.) Diskutiert wurden anschließend die Fragen, wie man zu einer Massenbewegung von unten kommen kann und wie man die Grenzen eines innersystemischen Kampfes erreichen und überwinden kann. Antworten darauf müssen wir freilich gemeinsam finden...

Am Samstagvormittag gab es wieder zwei Panels zu unserem Hauptthema und am Nachmittag fünf parallele Workshops zu verschiedenen Themen. Unter der Überschrift des ersten Panels »Austerität – gesellschaftliche Ungleichheit – Gesundheit« referierten zuerst Ben Wachtler, Arzt und Public Health-Wissenschaftler aus Dresden mit Forschungsschwerpunkt zu gesundheitlicher Ungleichheit zu »Austerität und Gesundheit – Aktuelle Entwicklungen aus einer Public-Health-Perspektive«. Ben erläuterte die gesundheitlichen Auswirkungen von Austeritätspolitik und betonte, dass diese Zusammenhänge allseits bekannt seien und dass man deshalb davon ausgehen muss, dass die



Es gibt ein Bild von Klee, das Angelus Novus heißt. Ein Engel ist darauf dargestellt, der aussieht, als wäre er im Begriff, sich von etwas zu entfernen, worauf er starrt. Seine Augen sind aufgerissen, sein Mund steht offen und seine Flügel sind ausgespannt. Der Engel der Geschichte muß so aussehen. Er hat das Antlitz der Vergangenheit zugewendet. Wo eine Kette von Begebenheiten vor uns erscheint, da sieht er eine einzige Katastrophe, die unablässig Trümmer auf Trümmer häuft und sie ihm vor die Füße schleudert. Er möchte wohl verweilen, die Toten wecken und das Zerschlagene zusammenfügen. Aber ein Sturm weht vom Paradiese her, der sich in seinen Flügeln verfangen hat und so stark ist, daß der Engel sie nicht mehr schließen kann. Dieser Sturm treibt ihn unaufhaltsam in die Zukunft, der er den Rücken kehrt, während der Trümmerhaufen vor ihm zum Himmel wächst. Das, was wir den Fortschritt nennen, ist dieser Sturm.

Walter Benjamin: Über den Begriff der Geschichte, 1940

politischen Entscheider*innen die negativen Folgen von Austerität billigend in Kauf nehmen. Unsere Aufgabe als kritische Organisation sei es, breiten Widerstand gegen die geplante Sparpolitik zu leisten. Gesundheitsarbeiter*innen trügen eine besondere Verantwortung dafür, auf die dramatischen gesundheitlichen Folgen von Sparmaßnahmen aufmerksam zu machen (siehe auch Bericht über den Vortrag in diesem Heft S. 14).

Eine besondere Ungleichheit stellte Niels Michalski, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut, in seinem Vortrag »35 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands« vor. Es war uns ein Anliegen, die Perspektive Ostdeutschlands in Dresden vorzustellen und zu diskutieren, denn es gibt – nachdem sich die Verhältnisse in den ersten zehn Jahren nach 1989 zunächst angeglichen hatten – immer noch hartnäckig sich haltende gesundheitliche und soziale Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland, die die Public Health Forschung feststellen, aber die herrschende Soziologie nicht schlüssig erklären kann. Zu diesen spannenden Fragen gibt es ebenfalls einen Beitrag von Michalski in diesem Heft (siehe S. 16).

Zum Panel 2 »Kämpfe für ein anderes Gesundheitssystem im und über den Kapitalismus hinaus« hatten wir Debora Darabi, Politische Bildnerin und Ärztin, gebeten, uns zu erläutern, was Gesundheit für den Kapitalismus ist. Sie fasste diese Frage sehr grundsätzlich und sehr pädagogisch auf, so dass wir erst einen kleinen Grundkurs in Logik des Kapitals nach Marx absolviert haben und dann relativ wenig Zeit hatten für die eigentliche Frage und die Widersprüche, die sich stellen, wenn man im Gesundheitswesen politisch / praktisch aktiv ist. Eine kurze Fassung des Vortrags findet sich ebenfalls hier im Heft S. 18.

Die zweite Rednerin bei diesem Panel war Sofie Blancke von den Médecins pour le Peuple (MPLP) in Belgien. Sie ist auch politisch aktiv in der Partei der Arbeit (PTB) und wir haben sie gebeten, uns etwas zu sagen über »Linke Perspektiven in der täglichen Praxis – vom Umgang mit Widersprüchen bei den Médecins pour le Peuple und in der PTB« (S. 21). Sofie erläuterte uns, wie ihre medizinische Praxis eingebettet ist in politische und soziale Auseinandersetzungen und wie umgekehrt ihre politische Arbeit und Aktivität oft auch zusammen mit ihren Patient*innen stattfindet. Dass Gesundheit politisch ist und Krankheit ohne Politik nicht heilbar, ist das Fundament der Arbeit der MPLP. Aber auch hier kamen wir nicht dazu, das von uns erfragte Verhältnis von radikaler linker politischer Perspektive und Praxis im kapitalistischen Handgemein gründlich zu diskutieren. Das sollte dann dem ein oder anderen Workshop vorbehalten sein. Auf jeden Fall lud uns Sofie, zur jedes Jahr stattfindenden »Manifesta« zu kommen, einer schon legendären internationalen Konferenz in Ostende mit Politik, Musik u.a., die von MPLP und anderen Gruppen organisiert wird. In Dresden schon haben ein paar von uns beschlossen, nächstes Jahr zusammen hinzufahren.

Workshops

Wie schon seit einigen Jahren haben wir auch dieses Jahr am Samstagnachmittag wieder verschiedene Workshops parallel angeboten. Wobei wir selbstkritisch sagen müssen, dass auch dieses Jahr nicht alle didaktisch dem entsprechen haben, was man sich unter einem Workshop genau genommen vorstellt. Wir arbeiten weiter dran und wissen, dass da noch Luft nach oben ist – versprochen!

Im Workshop »Kämpfe im Gesundheitswesen in USA in Zeiten von Trumps Regierung« referierte zunächst Margit Mayer, emeritierte Professorin für Politikologie und USA-Expertin aus Berlin über die aktuellen politischen Entwicklungen in den USA unter der Trump-Regierung, dann stellte Eckardt Johanning, Arbeitsmediziner und vdä*-Mitglied aus New York vor, welche Auswirkungen das auf das Gesundheitswesen und für die Bevölkerung der USA hat und Andreas Wulf, Arzt und Nothilfe-Referent bei medico international, der viel zu Themen globaler Gesundheit arbeitet, ergänzte das Ganze aus einer globalen Sicht. (Die Beiträge finden sich auch hier im Heft, S. 25ff.)

Im Workshop »Militarisierung des Gesundheitswesens und unser Widerstand dagegen« initiierten Karen Spannenkrebs und Annebirth Steinmann (beide vdä*-Hamburg) mit Hilfe von Michael Quetting, ehemaliger ver.di-Sekretär und Organizer aus Saarbrücken, zum Teil in Kleingruppen einen Organisationsprozess für Antimilitaristische Betriebsgruppen in Krankenhäusern: Wie komme ich mit den Kolleg*innen auf Station ins Gespräch, wie kommen wir zu politischem Bewusstsein und zu gemeinsamen politischen Aktivitäten und Widerstand gegen die Militarisierung? Der Faden soll im neuen Jahr weitergesponnen werden.

Im Workshop »Reality Check der Poliklinik Bewegung« diskutierten Jonas Löwenberg und Max Buttler vom Poliklinik Syndikat die aktuelle Situation im Poliklinik-Syndikat. Die Poliklinik-Gruppen in Deutschland verstehen sich als links verortet, auch über die Gesundheit hinaus. Das kann in juristische Konflikte mit der Gemeinnützigkeit der Vereine geraten. In dem Workshop wurde auch ein Vergleich zu den griechischen social clinics gezogen, die in der großen Krise entstanden waren und sich ohne staatliche Finanzierung ihre Unabhängigkeit bewahren, allerdings auch illegal arbeiten. Ein Bericht über den Stand der Debatte im Polikliniksyndikat ist uns für die nächste Ausgabe von GbP versprochen. Wir sind gespannt.

Vor welchen Herausforderungen und unter welchem Druck vulnerable Gruppen hierzulande stehen, diskutierte Nina Pritzens von akzept e.V., dem Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, am Beispiel Drogenabhängiger mit der Frage »Wie dreht sich der Wind?« Wie wirkt sich der Kulturkampf auch gegen marginalisierte Gruppen der Gesellschaft, der unter schwarz-rot Fahrt aufgenommen hat, auf die Drogenpolitik aus, die weitgehend Ländersache ist? Sie diskutierte, ob sicherheitspolitische Maßnahmen bedarfsgerechte Angebote verdrängen und welche Konsequenzen das für die Betroffenen und Hilfsorganisationen haben wird. Den Beitrag von ihr findet Ihr auf S. 40.



Gesundheitspolitisches Forum in Dresden

Manuel Hofmann, Politikwissenschaftler und Soziologe, der als Referent für Digitalisierung bei der Deutschen Aidshilfe arbeitet, gab im Workshop »Digitalisierung und soziale Determinierung« Einblicke zur Digitalisierung des Gesundheitswesens: Wie steht es um die Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheitsdaten z.B. bei der E-Patientenakte, insbesondere für Menschen aus marginalisierten Gruppen? Im zweiten Teil des Workshops wurden aktuelle Narrative in gesundheitspolitischen Debatten aufgegriffen und in Verbindung mit Big Tech gesetzt. Sein Beitrag findet sich auf S. 35.

Statt wie sonst in den letzten Jahren, ans Ende dieses vollgestopften Samstags noch den Input zu aktueller Gesundheitspolitik zu setzen, haben wir uns dieses Jahr anschließend Zeit genommen für den Austausch in kleinen und größeren Runden und den Regionalgruppen des vdää* die Möglichkeit gegeben, sich vorzustellen. Außerdem haben wir noch ein gemeinsames Foto gemacht im Bewusstsein, dass am Sonntag der 9. November sein und damit am Jahrestag der Reichspogromnacht sein würde.

Auch für den gemeinsamen Abend, wo die Einen zusammensaßen und schnackten und die Anderen im großen Saal (mithilfe von YouTube-Videos Reihentanz übten, hätte ich beinahe geschrieben) tanzten und Spaß hatten, erwiesen sich die Räumlichkeiten des Zentralwerks als sehr passend für unsere Bedürfnisse. Die Party war auf jeden Fall schön...

In der ersten Stunde am Sonntagvormittag beschäftigten wir uns mit der aktuellen Gesundheitspolitik mit den Schwerpunkten: Militarisierung, Sozialabbau, Primärversorgung.

Die anschließende Mitgliederversammlung war sehr produktiv und bescherte dem vdää* einen neuen 5-köpfigen geschäftsführenden Vorstand: Chrissi Bachelier, Felix Ahls, Karen Spannenknecht und Jürgen Seeger kandidieren erneut und Julius Poppel aus München kommt neu hinzu; Paul Brettel und Thomas Kunkel wollten nur aus beruflichen und familiären Gründen nicht wieder für den gv Vorstand kandidieren. Sie bleiben im jetzt 40-köpfigen erweiterten Vorstand. Den genaueren Ablauf können die Mitglieder des vdää* in den Vereinsnachrichten mit dem Protokoll der Mitgliederversammlung, dem Rechenschaftsbericht und den Bilanzen nachlesen; sie wurden als pdf-Datei an alle Mitglieder verschickt.

Der zweite Teil der Mitgliederversammlung widmete sich der Diskussion über die vdää*-Programmatik zum Thema Militarisierung. Es lag kein zu diskutierender Text vor, sondern nur ein Vorschlag für die Struktur des zu schreibenden Kapitels. In dieser Diskussion wurde zunächst die grundsätzliche Frage gestellt, ob es ein solches Kapitel überhaupt brauche, wenn der vdää* schon eine Ausgabe seiner Zeitschrift und eine Broschüre dem Thema gewidmet hat. Die Stimmung schien aber mehrheitlich so zu sein, dass wir uns die Mühe dennoch machen sollten. Das große

Thema der Diskussion war dann die Frage eines Mitglieds, ob diejenigen im vdää*, die für einen strikt antimilitaristischen Kurs plädieren, angesichts des Bedrohungspotentials die aktuelle politische Situation richtig einschätzen. Diese Diskussion wurden zwar schon während des ganzen Jahrs intensiv im Vorstand des vdää*, im für alle Mitglieder u.a. offenen AK Gegen Militarisierung und auch bei der Veranstaltung anlässlich der Veröffentlichung der Broschüre »Gegen die Militarisierung des Gesundheitswesens« diskutiert worden, aber sie muss offensichtlich weiter und immer wieder geführt werden. Es wurde beschlossen, dass sich eine Redaktionsgruppe zusammenfindet, die einen Entwurf entlang der vorgeschlagenen Struktur schreiben wird. Dass uns das Thema im nächsten Jahr weiter und wahrscheinlich noch intensiver beschäftigen wird, war Konsens bei dieser MV.

Beim nächsten Gesundheitspolitischen Forum und bei der nächsten Jahreshauptversammlung werden wir den 40. Geburtstag des vdää* feiern. Das wird wahrscheinlich ein Wochenende Ende Oktober in Berlin sein und hoffentlich eine große Sause werden. Schaut auf die Homepage, wo wir in den nächsten Wochen Ort und Datum veröffentlichen werden.

Wie gelingt gesellschaftlicher Fortschritt?

Raul Zelik

Raul Zelik hatten wir eingeladen, weil er in seinem Buch von 2022 »Wir Untoten des Kapitals. Über politische Monster und einen grünen Sozialismus« nicht nur die negativen zeitgenössischen Entwicklungen diskutiert, sondern auch, wie sich diese Entwicklungen stoppen lassen.

Bevor ich diese Frage diskutieren kann, muss ich wahrscheinlich erst einmal erklären, warum ich den Begriff Fortschritt überhaupt noch verwende: Spätestens seit den Kämpfen gegen den Kolonialismus und seit der kritischen Theorie, seit dem Feminismus, der poststrukturalistischen Philosophie und den ökologischen Bewegungen sollte klar sein, dass wir die Vorstellung einer linear vorwärtsschreitenden Geschichte zurückweisen müssen. Die von der europäischen Aufklärung formulierte Idee, dass es eine festgelegte Abfolge gesellschaftlicher Formationen gibt, ist nicht nur eurozentristisch und produktivistisch, sondern stand auch der Emanzipation immer wieder im Weg. »Fortschritt« war das systemübergreifende Argument, mit dem – sowohl im Kapitalismus wie im Stalinismus – die Zerstörung von traditionellen Sozialstrukturen, Natur, bäuerlicher Subsistenzwirtschaft, Allmendensystemen und lokaler Selbstbestimmung gerechtfertigt wurde. Fortschritt war Entwicklungsterror und die technologische Intensivierung der Herrschaft. Auch deshalb traf die Formulierung des französischen Philosophen Jean-François Lyotard, dass die Zeit der »großen Erzählungen« vorüber sei, unter Linken ab den 1980er Jahren auf so große Zustimmung.

Was wir von diesen Einwänden unbedingt aufgreifen sollten, ist die scharfe Kritik am Geschichtsdeterminismus. Die Vorstellung, dass technischer Fortschritt die Ausdifferenzierung der Gesellschaften und soziale Emanzipation untrennbar miteinander verknüpft seien, wie es der Mainstream-Marxismus in der Tradition der europäischen Aufklärung behauptete, ist vielfach widerlegt. Technischer Fortschritt entsteht unter Herrschaftsbedingungen und ist daher nie neutral – viele wichtige Erfindungen dienten der Intensivierung von Macht und Ausbeutung. Denken wir nur an das Fließband, das die Kontrolle und Taktung der Arbeitskraft erlaubt. Zwar stieg auch die Effizienz der Produktion und damit auch die Menge der hergestellten Güter, was man als »Fortschritt« bezeichnen könnte, aber gleichzeitig verloren die Arbeitenden in den Fabrikhallen jede Autonomie über ihre Bewegungsabläufe. Menschen wurden zu Verlängerungen der Maschine. Das ist ein gutes Beispiel dafür, wie »Fortschritt« der Emanzipation widersprechen kann.

Andererseits meine ich aber auch, dass wir heute, da gesellschaftliche Realitäten immer stärker fragmentiert, wir alle vereinzelt werden, das Bewusstsein darüber stärken müssen, was uns im emanzipatorischen Sinn als Menschen zusammenführt. Und das scheint mir in vielen historischen Momenten die »große Erzählung« der Befreiung gewesen zu sein. Das Wissen, dass Herrschaft irgendwo herausgefordert wurde, hat Menschen zum eigenen Aufbegehren ermutigt. Die Bauernaufstände der 1520er Jahre in Mitteleuropa, die Rebellionen Südamerikas in den 1780er Jahren, der Nachhall, den die Haitianische

Raul Zelik ist Politikwissenschaftler, Schriftsteller, Journalist und Übersetzer in Berlin. Hier ist seine Homepage: <https://www.raulzelik.net/>

Revolution in Plantagenaufständen im Süden der USA fand, die Revolutionen des 20. Jahrhunderts – das alles wurde nicht nur von dem Wissen um die Unerträglichkeit bestehender Verhältnisse getragen, sondern auch von der Zuversicht, dass es besser werden, es einen »Fortschritt der Befreiung« geben kann.

Und tatsächlich haben sich viele Rechte, die sich Unterdrückte einmal eroberten, danach hartnäckig gehalten. Als die Bauern keine Leibeigenen und die Schwarzen keine Sklav*innen mehr waren, als die Frauen zu formal gleichberechtigten Rechtssubjekten wurden, waren sie zwar noch lange nicht frei, aber es wurden bestimmte Standards der Gleichheit und Selbstbestimmung etabliert, was die Herrschenden zwang, sich neue Figuren und Strategien ausdenken, um ihre Machtpositionen zu behaupten. Dieses Wechselspiel von erkämpfter Emanzipation und Rückschlägen hat der schwarze Soziologe W.E.B. Du Bois exemplarisch am Beispiel der Abolition der 1860er Jahre untersucht: Die Abschaffung der Sklaverei in den USA war ein historischer Fortschritt, auf den die plantagenkapitalistische Klasse mit einer »Konterrevolution des Eigentums« reagierte, so Du Bois. Sie errichtete das rassistische Jim-Crow-System, in dem aus Sklaven entrechtete Pächter wurden. Auf die Befreiung folgte ein Gegenschlag. Aber dennoch bedeute die Abschaffung der Sklaverei einen Fortschritt.

An dem Beispiel sieht man, wie ich den Begriff verwenden will – nämlich normativ. Fortschritt impliziert die Bewegung auf ein Ziel hin. Und mich interessiert das Ziel einer freien Gesellschaft, in der sich die Menschen gleichberechtigt, geschwisterlich und selbstbestimmt begegnen können. Weil es diese Emanzipation nicht individuell, sondern nur gemeinsam gibt, zählen Gemeineigentum, Kollektivität, radikale Demokratie und die feministische Praxis der Sorge umeinander zu ihren Voraussetzungen.

Mir ist klar, dass sich Fortschritt auch ganz anders definieren lässt. Für Elon Musk besteht er wahrscheinlich darin, dass sein Technologiekonzern den Mars besiedeln und Mana-

Nach wie vor gibt es so etwas wie ein kollektives Verlangen nach Gleichheit und Solidarität.

ger ihre Persönlichkeit in eine Cloud hochladen können, um unsterblich zu werden – oder das zumindest zu glauben. Interessant ist jedoch, dass das Ziel der egalitären, solidarischen und demokratischen Gesellschaft, in der es eine starke Gemeinschaft, aber gleichzeitig auch Platz für individuelle Selbstbestimmung gibt, von einer großen Mehrheit der Menschen geteilt wird. Trotz Jahrhunderten patriarchaler, feudalistischer, rassistischer und kapitalistischer Gehirnwäsche gibt es nach wie vor so etwas wie ein kollektives Verlangen nach Gleichheit und Solidarität. Vielleicht, weil diese Organisationsprinzipien während eines großen Teils der Menschheitsgeschichte für unser Überleben entscheidend waren; vielleicht auch einfach, weil wir in solidarischen Gemeinschaften von Freien und Gleichen am glücklichsten sind.

Diesem Ziel näherzukommen ist also das, was ich als Fortschritt bezeichnen möchte. Es ist das, was unser Leben egalitärer, geschwisterlicher und freier macht. Oder wie es bei Marx hieß: »Alle Verhältnisse umzuwerfen, in denen der Mensch ein erniedrigtes, ein geknechtetes, ein verlassenes, ein verächtliches Wesen ist.«

Aufstand und Emanzipation

Es gibt diese Geschichtslinie fortschreitender Emanzipation. Doch wenn sie in Schulen, Universitäten oder bürgerlichen Medien vermittelt wird, scheint sie das Ergebnis weiser Regierungskunst und wohlgesonnener Herrschender zu sein: Die Demokratie wurde eingeführt, weil liberale Philosophen die Gewaltenteilung und freie Wahlen propagierten. Die Sklaverei hat Abraham Lincoln besei-

tigt, nachdem er die Südstaaten im Bürgerkrieg besiegte. Die deutschen Sozialversicherungen wurden eingeführt, weil Reichskanzler Bismarck sich um die Gerechtigkeit sorgte. Und die soziale Marktwirtschaft wiederum ist eine Erfindung Ludwig Erhards.

All das ist, man muss es so platt sagen, pure Ideologie. Wenn wir etwa zum Beitrag des historischen Liberalismus bei der Einführung der Demokratie recherchieren, werden wir feststellen, dass das Allgemeine Wahlrecht von der Arbeiter- bzw. Frauenbewegung eingefordert, vom liberalen Bürgertum aber vielerorts sehr gefürchtet wurde. In England etwa, dem »Mutterland der Demokratie«, durften bis 1918 nur Vermögensbesitzer wählen – in Nordirland sogar bis 1969. Auch in Deutschland waren nicht wenige Liberale davon überzeugt, dass man die Demokratie vor der Mehrheit schützen müsse. In Preußen etwa galt bis 1918 das Dreiklassenwahlrecht, durch das die reichsten vier Prozent der Wählerschaft genauso viele Abgeordnete in den preußischen Landtag entsenden durften wie die arbeitenden achtzig Prozent. Und bei diesen Zahlen wiederum war die Hälfte der Bevölkerung, nämlich die Frauen aller Klassen, bereits ausgeschlossen. Zwei Prozent der Bevölkerung entsandten so viele Abgeordnete wie 40 Prozent, und 50 Prozent überhaupt niemanden.«

Interessant ist auch die Beschäftigung mit John Lockes »Zwei Abhandlungen über die Regierung«, das oft als eine Art Gründungsmanifest des Liberalismus bezeichnet wird. Das Buch legt dar, warum bürgerliche Gesellschaften einen Staat benötigen und ihm Macht übertragen sollten. Locke begründet das keines-

wegs damit, dass die Mehrheit entscheiden sollte. Was ihn am Staat interessiert, ist dessen Fähigkeit, über die Einhaltung von Verträgen zu wachen. Durch die Übertragung von Macht in die »Hände der Gesellschaft« kann das Eigentum des Einzelnen besser geschützt werden, so Locke. Seine »Zwei Abhandlungen« enthalten zwar auch Überlegungen zur Gewaltenteilung, doch um Demokratie geht es an keiner Stelle.

Man muss zur Kenntnis nehmen: Der Liberalismus entstand, wie es der kanadische Politologe C.B. Macpherson formuliert hat, als Ideologie des Besitzindividualismus. Vor der Despotie geschützt werden sollte die Freiheit der Eigentümer – und nicht das Leben oder die Freiheit der Vielen. Wie kommt es dann aber zur parlamentarischen Demokratie, die gegen die Macht der Eigentümer wenig auszurichten vermag, aber doch immerhin auf dem Prinzip beruht, dass alle gleichberechtigt eine Stimme besitzen sollten – eine ungenügende Errungenschaft, aber eben doch auch ein Fortschritt? Nun, es waren die Kämpfe der Untertanen, die die Herrschaft der Wenigen zurückdrängten. In der französischen Revolution von 1789 begehrte der »Dritte Stand« auf, also jene 98 Prozent, die weder Adel noch Klerus waren. Die eigentliche »Volksherrschaft« kam dann 1918 mit den Aufständen der Arbeiter- und Soldatenräte.

Widersprüche bei der Abschaffung der Sklaverei

Ganz ähnlich verhält es sich auch mit der Abschaffung der Sklaverei. Wenn wir von Bürger- und Menschenrechten sprechen, denken viele von uns an die Verfassungsväter der USA. Man hat es uns so beigebracht. Aber wussten Sie, dass Thomas Jefferson, der als wichtigster Autor der US-Unabhängigkeitserklärung gilt, ein Plantagenbesitzer war, der seine Sklavin Sally Hemings im Alter von 14 oder 15 Jahren zu vergewaltigen begann? Hemings bekam fünf Kinder von Jefferson, die dieser als seinen Besitz eintragen ließ und erst auf Drängen der Frau nach Erreichen der Volljährigkeit in die Freiheit entließ. Die Gründerväter postulierten zwar die Gleichheit der Menschen – doch die Sklav*innen waren irgendwie ausgenommen. Männer wie Jefferson waren von der Sklaverei zwar auch nicht mehr wirklich überzeugt, aber hielten erst einmal an ihr fest. Warum auch nicht? Warum sollten Herrschende aus freien Stücken ihre Herrschaft abschaffen?

Und Abraham Lincoln? Er war gewiss einen Schritt weiter – die abolitionistische Bewegung hatte an Zuspruch gewonnen, und Lincoln war für die Abolition. Doch von ihm stammt gleichzeitig auch folgende, durch und durch rassistische Ausführung: »Es gibt einen körperlichen Unterschied zwischen der weißen und der schwarzen Rasse, der es, wie ich glaube, für immer verbietet, dass die beiden Rassen auf der Grundlage von sozialer und politischer Gleichheit zusammenleben. Und da sie so nicht leben können und doch zusammenbleiben, muss es die Posi-

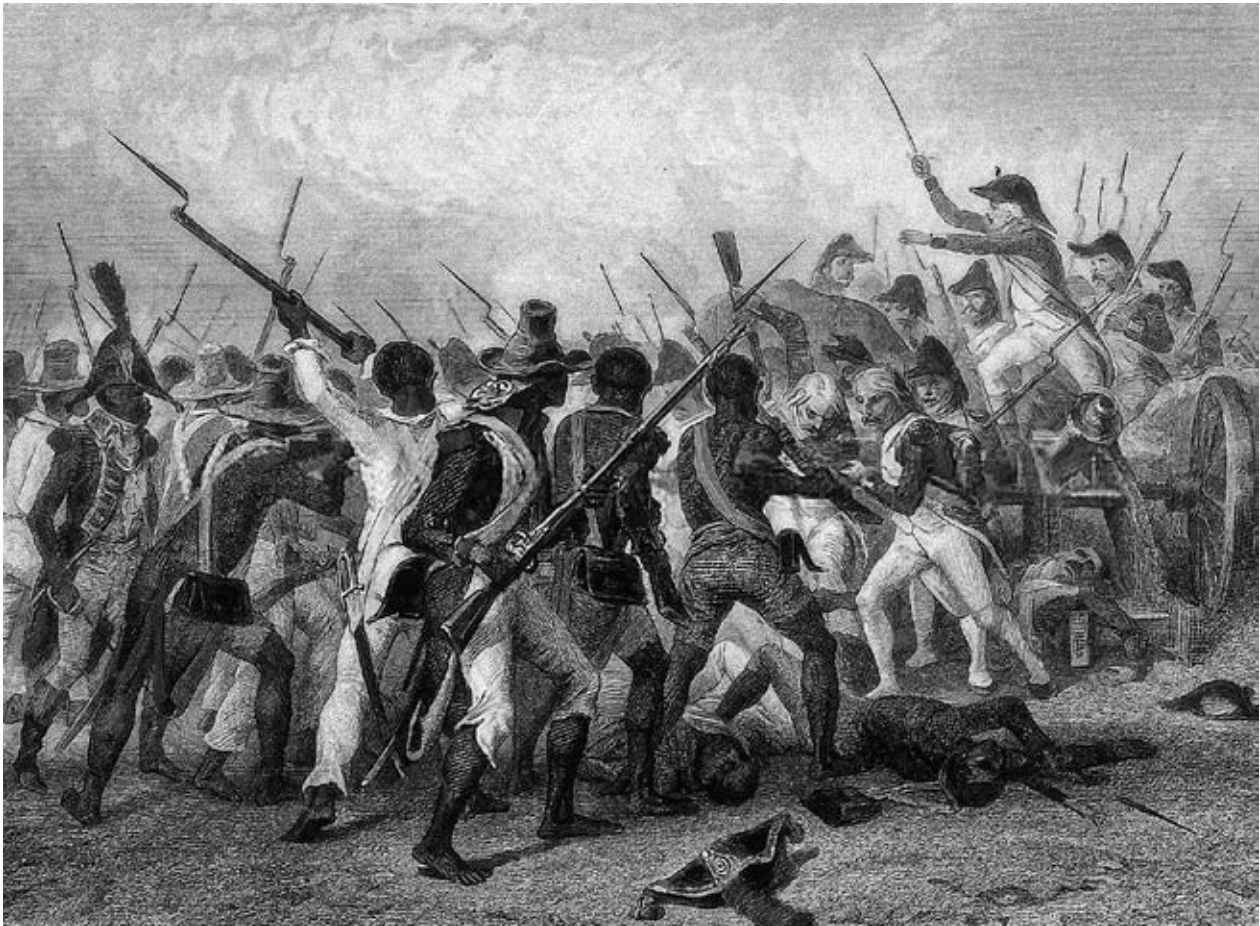
tion des Überlegenen und Unterlegenen geben, und ich bin genauso wie jeder andere dafür, dass die überlegene Position der weißen Rasse zuerkannt wird.«

Von Abraham Lincoln und Thomas Jefferson hören wir viel, wenn wir fernsehen oder in die Schule gehen. Selten hingegen hören wir von Toussaint Louverture und den haitianischen Revolutionär*innen, die mit einem bewaffneten Aufstand ab 1791 die Sklaverei in Frankreichs lukrativster Kolonie, der Zuckerrohrinsel Saint Domingue, dem heutigen Haiti, beseitigten. Von Haiti wissen wir heute nur mehr, dass es sich um einen gescheiterten, von Gangs kontrollierten Staat handelt. Aber wussten Sie, dass die Menschen in Haiti, die sich selbst befreiten, Frankreich eine Entschädigung dafür leisten mussten, dass Frankreich sie versklavt hatte? 150 Millionen Gold-Francs wurden als Entschädigungssumme festgelegt. Einer Recherche der *New York Times* zufolge dauerte es bis 1947, bis Haiti diese eigenartige Auslandsschuld beglichen hatte. Die Verschuldung, die ökologische Erschöpfung der Böden und die Installation neuer, nationaler Eliten sind die zentralen Ursachen dafür, warum das revolutionäre Haiti von uns nicht als Motor des gesellschaftlichen Fortschritts, sondern als historische Tragödie erinnert wird.

Doch die haitianische Revolution ist ein gutes Beispiel dafür, wie Fortschritt funktioniert. Ohne den geglückten Sklavenaufstand in der Karibik waren die Aufstände auf den Plantagen im Süden der USA weniger zahlreich gewesen, wären dort vermutlich nicht 600.000 Menschen aus der Sklaverei geflohen. Die haitianische Revolution wurde zum Leuchtturm für die abolitionistische Bewegung, die auf vielfältige Weise gegen die Superreichen ihrer Zeit, die Plantagenkapitalisten, aufbegehrten. Übrigens war das auch im Amerikanischen Bürgerkrieg selbst entscheidend: 400–500.000 versklavte Menschen flohen aus den Südstaaten und schlossen sich den Truppen Lincolns an. Diese Massenflucht war ein entscheidend für die Niederlage der Konföderation.

Und wie ist es mit den sozialen Errungenschaften in Deutschland? Auch hier wird meist nur über Regierende gesprochen. Tatsächlich jedoch wurden die Sozialversicherungssysteme der 1880er Jahre eingeführt, weil die Sozialdemokratie, damals noch eine revolutionäre Bewegung, rasant wuchs. Reichskanzler Bismarck reagierte in Anbetracht dieser Bedrohung mit einer Doppelbewegung: Die SPD wurde 1878 verboten, parallel dazu führte man Sozialversicherungen ein. Der Kaiser erklärte 1881: »Die Heilung der sozialen Schäden ist nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen.«

Klar ausgedrückt: Die Sozialversicherungen waren gegenrevolutionäre Maßnahmen, die den preußischen Obrigkeitsstaat schützen sollten. Das Machtverhältnis wurde gewahrt, indem man manchen Forderungen der unteren Klassen entgegenkam. Nicht nur in parlamentarischen Demokratien, sondern auch in autoritären Regimen, Feu-



Haitianische Revolution. Von Karl Girardet / Jean-Jacques Outhwaite, 1839.

dalsystemen und Diktaturen müssen Herrschende Kompromisse eingehen.

Motor des Bismarck'schen Reformprozesses war übrigens auch nicht die organisatorische Macht der Sozialdemokratie, die vor ihrem Verbot etwa 9 Prozent der Wählerschaft hinter sich versammelte, sondern ihr Potenzial, für unregierbare Verhältnisse zu sorgen. Die Angst vor der Rebellion der arbeitenden Klassen führte zum deutschen Sozialversicherungssystem.

Das gilt übrigens auch für die »soziale Marktwirtschaft«, von der in der Bundesrepublik immer gern die Rede ist. In der offiziellen Geschichtserzählung wird sie, in den Worten des Ordoliberalen Alfred Müller-Armack, als Modell verstanden, um »das Prinzip der Freiheit auf dem Markt mit dem des sozialen Ausgleichs zu verbinden«, und Wirtschaftsminister Ludwig Erhard (CDU) zugeschrieben. Doch tatsächlich haben die sozialen Aspekte der Bundesrepublik eher mit

Arbeitskämpfen, antikapitalistischen Überzeugungen in der Bevölkerung und der Systemkonkurrenz mit dem sozialistischen Ostblock zu tun. Nach 1945 waren viele Deutschen davon überzeugt, dass der Kapitalismus maßgeblich zum Faschismus beigetragen hatte. Sogar die CDU plädierte 1947 im Ahlener Programm für einen »christlichen Sozialismus« und die Vergesellschaftung von Schlüsselindustrien.

Diese kapitalismuskritische Grundstimmung schlug sich auch in den Länderverfassungen nieder. Vor allem in Hessen und Nordrhein-Westfalen eröffneten die Landesverfassungen sozialistische Perspektiven. Erst der Eingriff der US-Besatzungsmacht drängte diesen Einfluss zurück und brachte den verfassungsgebenden Prozess der Bundesrepublik in ein anderes Fahrwasser. Die Ausarbeitung des Grundgesetzes wurde, anders als die der Länderverfassungen, einer Expertenkommission überant-

wortet, die die populäre Forderung nach sozialer und ökonomischer Demokratisierung weitgehend ausklammerte. Trotzdem blieb auch das Grundgesetz insofern Ausdruck eines Kompromisses zwischen Wirtschaftsliberalismus und sozialistischen Forderungen, als es die Entscheidung über die zukünftige Wirtschaftsform Deutschlands offenließ. Das ist der Hintergrund der Enteignungsparagrafen (§14 und 15) im Grundgesetz. Die deutsche Verfassung sieht, wie Wolfgang Abendroth nicht müde wurde zu betonen, einen demokratischen Weg zu sozialistischen Gemeineigentumsformen ausdrücklich vor.

Das Projekt der Ordoliberalen um Ludwig Erhard bestand darin, diese sozialistischen Tendenzen zurückzudrängen und eine »freie« Marktwirtschaft durchzusetzen. Erhard kümmerte sich zunächst darum, die von den Alliierten etablierte Regulierung von Preisen aufzuheben, das Zuteilungssystem von Lebensmitteln

zu beenden und den vorhandenen Geldüberhang durch eine Währungsreform abzuschöpfen. In einer lesenswerten Untersuchung hat der Historiker Uwe Fuhrmann gezeigt, dass Erhards Politik auf heftigen Widerstand stieß. Millionen Menschen beteiligten sich an Streiks und Massenprotesten, bei denen es nicht nur um die schlechte Versorgungslage oder um die Demontage von Industrien, sondern auch um weiter reichende politische Forderungen ging: Verlangt wurden unter anderem eine umfassende Entnazifizierung der Firmenleitungen, mehr betriebliche Mitbestimmung und die Einführung einer Wirtschaftsdemokratie, die eine gesellschaftliche Gestaltung des ökonomischen Lebens ermöglichen sollte. Charakteristisch für die Kämpfe war auch, dass sie von Hausfrauen angezettelt wurden. Spontane Arbeitsniederlegungen zwangen die sozialdemokratischen Gewerkschaftsführungen, die fürchteten, die Verbindung zur Basis zu verlieren, zur Durchführung regionaler Generalstreiks.

In Anbetracht dieser Massenproteste reagierte Ludwig Erhard mit der Flucht nach vorn – er setzte die auch von Teilen der CDU kritisch bewertete Rückkehr zur Marktwirtschaft durch. Die Ausgabe der neuen D-Mark führte zunächst zu massiven Preiserhöhungen und einer dramatischen Verschlechterung der Versorgungslage, was die sozialen Konflikte weiter eskalieren ließ: Im Oktober 1948 kam es bei einer Protestkundgebung in Stuttgart zu Krawallen, die US-Besatzungsmacht reagierte mit dem Einsatz von Panzern. Zwei Wochen später folgte ein Generalstreik in der britisch-amerikanischen »Bizonie«. Die wichtigste Forderung in diesen Kämpfen war die Einführung sozialpolitischer Maßnahmen. Genau das jedoch lehnten die Ordoliberalen um Ludwig Erhard ab.

Auch diskursiv stammt das Adjektiv »sozial« keineswegs von Erhard, sondern von den Gewerkschaften, die der »freien« Marktwirtschaft der Ordoliberalen das Konzept einer »sozialen« Ordnung entgegensetzten. Erst aufgrund dieses Drucks verwendete Erhard erstmals den Begriff

Alle sozialen Errungenschaften der Nachkriegsjahre gehen auf das Konto sozialer Kämpfe.

und machte ihn sich dann angesichts der anhaltenden Proteste im Herbst 1948 zu eigen. Fuhrmann resümiert: »Es waren vor allem seine politischen Widersacher, welche die ›soziale Marktwirtschaft‹ im Diskurs hielten.«

Alle sozialen Errungenschaften der Nachkriegsjahre gehen auf das Konto sozialer Kämpfe. Das Montan-Mitbestimmungsgesetz, mit dem sich die Beschäftigten die paritätische Mitbestimmung in den Bergbau- und Stahlunternehmen sicherten, wurde durch die Vorbereitung eines großen Stahl- und Kohlestreiks 1950/1951 erkämpft. Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall folgte 1956/57 nach einem 114 Tage langen Streik in der Metallindustrie Schleswig-Holsteins, das Rentensystem mit seinen dynamischen, lohnbezogenen Steigerungsraten wurde 1957 mit Sozialprotesten durchgesetzt. Und bei all diesen Auseinandersetzungen spielte natürlich immer auch die Sorge eine Rolle, die Bundesrepublik könnte im Systemwettstreit mit der DDR an Zustimmung verlieren. Es war die Drohung einer Revolution, die für die Bereitschaft zu Reformen sorgte. Und das erklärt wohl auch zu einem beträchtlichen Teil, warum es global praktisch keinen Fortschritt in Richtung sozialer Gleichheit und Solidarität mehr gibt, seitdem die sozialistischen Staaten 1989 verschwunden sind. Die Sowjetunion war alles andere als eine befreite Gesellschaft, aber die bloße Gefahr, dass andere Länder es ihr nachtun könnten, erweiterte die Spielräume sozialen Fortschritts.

Geschichte von unten

Die Antwort auf die Frage, wie gesellschaftlicher Fortschritt gelingen

kann, kann meiner Ansicht nach nur lauten: Es waren und sind die Kämpfe von unten. Regierungen, ob nun konservativ wie Bismarck und Ludwig Erhard in Deutschland oder progressiver wie Franklin D. Roosevelt in den USA, reagierten immer auf die Kämpfe der Vielen und artikulierten sie.

Der französische Journalist Abel Mestre hat in der liberalen Tageszeitung *Le Monde* (24.09.2025), nicht zu verwechseln mit der linken *Le Monde Diplomatique*, im September eine interessante Analyse der französischen Protestbewegungen veröffentlicht. Ausgehend von Bloquons Tout, jener Protestwelle, die Anfang September dieses Jahres den Premierminister stürzte, fragte Mestre, ob eine Regierungsorientierung der Linken wirklich erfolgversprechend sei. Jene Bewegungen in Europa, die sich in regierungsorientierte Parteien wie Syriza in Griechenland oder Podemos in Spanien verwandelten, hätten, so Mestre, im Rückblick vergleichsweise wenig erreicht. Die radikaloppositionelle französische Gelbwesten-Bewegung hingegen habe Präsident Macron Zugeständnisse in Milliardenhöhe abgerungen, und so habe sich in der linken Partei *La France Insoumise* die Ansicht durchgesetzt, dass man gemeinsam mit autonomen radikalen Bewegungen Druck aufbauen müsse. Eine Perspektive der Kämpfe statt der Institutionen.

Mestres Artikel erhebt nicht den Anspruch, die Frage allgemeingültig zu klären, und ich habe seine Argumentation auch nur sehr holzschnittartig zusammengefasst. Was mir an Mestres Text wichtig erscheint, ist allein diese Frage: Wo rührt eigentlich die Macht her, die sozialen Fortschritt ermöglicht? Überhaupt wird, was Macht ist, erstaunlich wenig diskutiert. Dabei ist die Annahme, Macht konzentrierte sich in Regierungen, Parteien und Organisationen doch offenkundig falsch. Wie sonst ließe sich erklären, dass beispielsweise eine liberalkonservative Regierung in den 1970er Jahren in Frankreich ganz ähnliche Reformprozesse im Sozial- und Bildungswesen einleitete wie eine sozialdemokratische

in Deutschland? Offenbar mussten die Regierungen auf gesellschaftliche Forderungen, auf eine bestehende Gegenmacht von unten reagieren.

Die Macht der Herrschenden beruht auf Eigentum, also großen Kapitalvermögen, staatlichen Gewaltapparaten, Medienkonzernen, der systematischen Einflussnahme auf Wissenschaft, Kulturbetrieb und Abgeordnete, auf informellen Netzwerken und der Kontrolle der Verwaltungsbürokratien. Aber wodurch entsteht die Macht, soziale und politische Rechte der 95 Prozent durchzusetzen, die nicht über Kapitalvermögen, Medienkonzerne und die Kontrolle der staatlichen Gewaltapparate verfügen? Eine provisorische Antwort lautet sicher: Es ist die Fähigkeit, sich der bestehenden Ordnung verweigern zu können. Anfang der 1920er Jahre schrieb Walter Benjamin seinen berühmten Aufsatz »Zur Kritik der Gewalt«, in dem er die Gewaltförmigkeit staatlicher Rechtsordnungen kritisiert und schließlich beim revolutionären Generalstreik ankommt. Für Benjamin ist die kollektive Arbeitsverweigerung »Mittel ohne Zweck«. Hinter dem Recht, so Benjamin, stehe immer die Willkür erfolgreicher Gewaltausübung. Deswegen könne das Recht nie gerecht sein. Gerechtigkeit, so Benjamin weiter, könne nur hergestellt werden, wenn keine neue Herrschaftsordnung errichtet wird. Die kollektive Macht, nicht mehr mitzuwirken – an der Arbeit, am politischen System der Herrschenden – das ist, so könnte man Benjamin lesen, der Ausgangspunkt der Befreiung.

Auch darüber könnte man streiten, auch hier will ich keine allgemeingültige These aufstellen. Ich schlage nur vor, dass man Benjamins Perspektive zulässt: Macht ist die kollektive, keiner neuen politischen Ordnung verpflichtete Handlung der Vielen und Gleichen. Das ist nicht spontaneistisch, denn Streiks und Bewusstsein müssen organisiert werden. Akzeptieren wir diesen Gedanken, verschiebt sich unser politischer Horizont radikal.

So viel scheint mir sicher: Wer den sozialen Fortschritt verstehen will, braucht eine Geschichtsschreibung von unten. Peter Linebaugh und Marcus Rediker haben in der »Vielköpfigen Hydra« die Geschichte eines globalen Proletariats erzählt, das im 16. und 17. Jahrhundert entstand, als der Kapitalismus mit ungeheurer Gewalt Menschen auf Schiffen zusammenpferchte, um sie, als Arbeitskräfte und Waren, über den Atlantik zu transportieren: versklavte, verschleppte Matrosen, Arbeiter*innen, *indentured labour* (Vertragsknechtschaft – wird von L/R als ein zentraler Bestandteil des Übergangs vom transatlantischen Sklavenhandel zur Lohnarbeit angesehen, um billige Arbeitskräfte für Zucker- oder Tee-Plantagen etc. zu beschaffen; sie beleuchten damit die Ausbeutung, rassistische Hierarchien und Widerstände dieser Arbeiter, Anm. der Red.). Dieses junge Proletariat der Weltmeere, das dem der Fabriken vorausging, war auf ungeheure Weise transnational (wobei der Begriff eigentlich unsinnig ist, weil es noch gar keine Nationen gab) und stand immer wieder vor der Entscheidung, ob es sich entlang von Rassifizierungsmerkmalen, ethnischer Herkunft und Geschlecht auseinanderdividieren ließ oder Solidarität praktizierte. Meistens funktionierte die Spaltung, die es

Hinter dem Recht,
so Walter Benjamin,
stehe immer die Willkür
erfolgreicher Gewaltausübung.

den wenigen – den europäischen Investoren, Plantagenbesitzern und Schiffskapitänen – erlaubte, ihre Terrorherrschaft zu etablieren. Aber manchmal obsiegte auch die Solidarität, und Menschen befreiten sich, flohen, gründeten Widerstandsgemeinden. Diese Geschichte der Freiheit und Zivilisation ist kaum erzählt.

Vor einiger Zeit habe ich die indisch-kanadische No-Border-Aktivistin und Soziologin Nandita Sharma für die Tageszeitung *nd* (06.11.2025) interviewt. Sharma ist der Ansicht, dass die Unterscheidung zwischen Staatsbürger*innen oder Einheimischen auf der einen und Migrant*innen auf der anderen Seite zur zentralen rassistischen Spaltungslinie der Gegenwart geworden ist – übrigens nicht nur im Globalen Norden und oft über die Hautfarben hinweg. Sharma sagt, dass wir errungene soziale und politische Rechte im neoliberal-faschistischen Sturm weiter verlieren werden, wenn wir nicht in der Lage sind, radikal solidarisch zu handeln. Wir müssen die Spaltungslinien, mit denen den Beherrschten die Fähigkeit genommen wird, ihre Herrscher zu stürzen, entlernen und zerstören, sagt Sharma. Der Kampf um Freiheit und Gleichheit könne nur jenseits nationaler Grenzen, Rassifizierungslinien und Gender-Rollen gewonnen werden.

Für Sharma ist also auch der Wohlfahrtsstaat, der zwischen berechtigten Nutznießern und »Ausländern« unterscheidet, keine befriedigende Antwort. Das, was man am Wohlfahrtsstaat als positiv erachten könnte – nämlich die ihm eingeschriebenen sozialen und politischen Rechte –, sei durch die Kämpfe von unten erobert worden. An diesen Rechten, und nicht an den Staaten, sollten wir anknüpfen, so Sharma. Wir sollten die Kraft der Solidarität propagieren und uns auf den Aufbau globaler Commons konzentrieren: Systeme demokratischer Gemeinnutzung und des Gemeineigentums.

Also zum Beispiel Gesundheitssysteme, die für alle, wirklich alle offen sind. Warum nicht? Gegen die Logik von Profit und Nationalstaaten öffentliche, globale Systeme der Daseinsvorsorge aufbauen. Vielleicht so eine Art radikal demokratisierter, entbürokratisierter und weiterentwickelter WHO. Nach 1945 setzte sich für einen kurzen Augenblick die Idee durch, dass die Menschheit globale soziale Infrastrukturen schaffen sollte: für Gesundheit, Ernährung, Wohnraum ... Die Idee globaler öffentlicher und demokratischer Infrastrukturen – das, so scheint mir, wäre der soziale Fortschritt, für den es sich zu kämpfen lohnt.

Austerität und Gesundheit

Zusammenfassung des Vortrags von Ben Wachtler über aktuelle Entwicklungen aus einer Public-Health-Perspektive

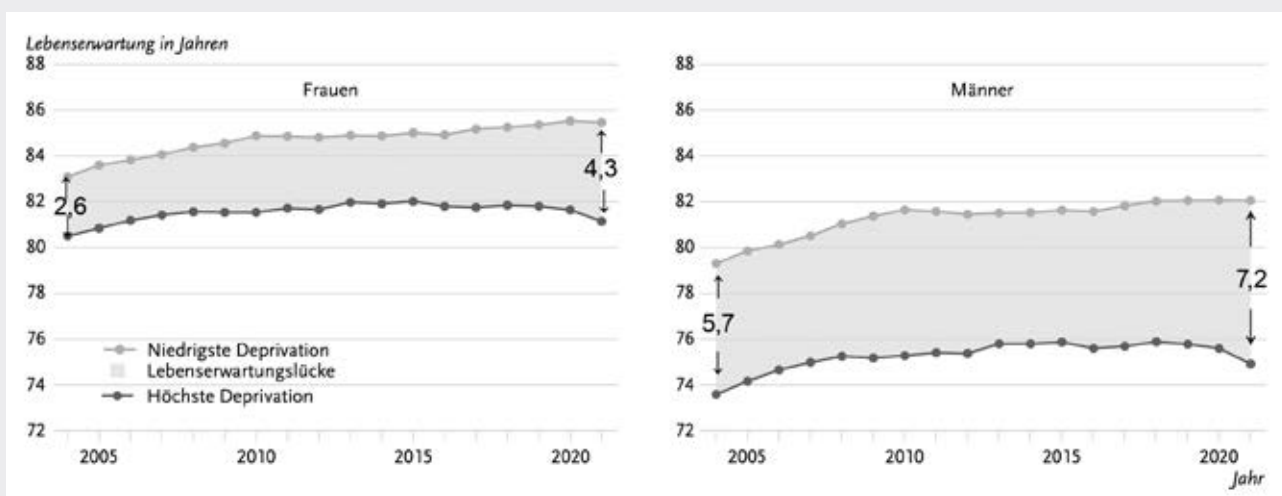
Jonas Röhricht

Jonas Röhricht ist Facharzt für Innere Medizin und Mitglied der GbP-Redaktion.

Im ersten Beitrag am Samstagmorgen beleuchtete der Arzt und Public-Health-Wissenschaftler **Dr. Benjamin Wachtler** die gesundheitlichen Auswirkungen von Austeritätspolitik. Hierbei handele es sich um staatliche Sparpolitik im öffentlichen und sozialen Bereich bzw. »eine Krisenintervention zum Abbau der Verschuldung eines Staates und zur Neuordnung der Staatsfinanzen (Einnahmen- und Ausgabenpolitik), um einen ausgeglichenen Staatshaushalt zu erreichen und damit positive gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen«.¹ Aktueller Anlass waren die unter der neuen Bundesregierung im Rahmen eines »Herbstes der Reformen« diskutierten Gesetzesänderungen, insbesondere die geplante Verschärfung des Bürgergelds mit höheren Mitwirkungspflichten, strengeren Sanktionen und Kürzungsmöglichkeiten bei sämtlichen Leistungen.

Anhand der Daten von Deutschland erklärte Wachtler zunächst den erwiesenen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Deprivation und Lebenserwartung. Sozioökonomische Deprivation beschreibt die Benachteiligung eines Bevölkerungsanteils (einer Region) im Vergleich zu anderen Anteilen in Bezug auf ihre sozioökonomische Situation. Diese Benachteiligung drückt sich oft in niedrigen Einkommen, geringer Bildungsbeteiligung und hoher Arbeitslosigkeit aus. Häufig sind damit schlechtere Chancen auf soziale Teilhabe und gesunde Lebensbedingungen verbunden.² Wenig überraschend korreliert das Ausmaß von Deprivation mit einer geringeren Lebenserwartung; ein Phänomen, das durch das Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit erklärt wurde.

Besonders aufschlussreich war für Wachtler in Hinblick auf den potenziellen gesundheitlichen Nutzen von Sozialausgaben bzw. den Schaden durch Kürzungen der Blick nach England. Unter den Labour-Regierungen von Tony Blair und Gordon Brown wurde von 2000–2010 die »English National Health



Mittlere Lebenserwartung in Regionen mit der höchsten und niedrigsten sozioökonomischen Deprivation in Deutschland in gleitenden 3-Jahres-Perioden, 2003–2022. Quelle: Berechnungen auf Basis von Todesursachstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes und German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)

Inequalities Strategy« implementiert. Ziel des Maßnahmenpakets, so der Referent, seien eine Reduktion der relativen Ungleichheit sowohl der Säuglingssterblichkeit als auch der Lebenserwartung um jeweils 10 % gewesen. In diesem Rahmen sei eine Kombination aus besserer Finanzierung des *National Health Service (NHS)*, der Etablierung eines Instituts für evidenzbasierte Versorgung (*National Institute for Health and Care Excellence – NICE*) und diversen »Upstream-Ansätzen« wie einem Mindestlohn und der Verbesserung von Bildung, Wohnen und Transport durchgesetzt worden. Zwar sei die Datenlage bezüglich der Effekte uneinheitlich; insgesamt konnten jedoch positive Effekte verzeichnet werden.

Ab 2010 wurde dann unter Führung der konservativen Tories eine drastische Austeritätspolitik durchgesetzt. Durch Kürzungen der Ausgaben für Kommunen und soziale Sicherungssysteme seien allein zwischen 2010-2019 Einsparungen in Höhe von 540 Milliarden Pfund erzielt worden, berichtete Wachtler. Dabei seien die Einsparungen ausgerechnet

in sozial deprivierten Kommunen höher gewesen. Zur Einordnung der Auswirkungen auf die Bevölkerung stellte der Referent die Ergebnisse einer Studie von Alexiou et al. von 2021 vor, wonach zwischen 2013-2017 jede Einsparung von 100£/Einwohner*in mit einer Abnahme der Lebenserwartung um 1,2-1,3 Monate (Frauen bzw. Männer) assoziiert war.³ Ein systematischer Review von 2024 wiederum konnte den negativen Einfluss von Austeritätspolitik auf die Mortalität zeigen.⁴

Zum Abschluss brachte Wachtler ein Zitat der *WHO Commission on Social Determinants of Health* 2008: »Soziale Gerechtigkeit ist eine Frage über Leben und Tod«. Es sei bekannt, welche Auswirkungen politische Entscheidungen auf die Gesundheit der Bevölkerung hätten. Ben Wachtler appellierte an das Publikum, breiten Widerstand gegen die geplante Sparpolitik zu leisten. Gesundheitsarbeiter*innen trügen dabei die besondere Verantwortung, auf die dramatischen gesundheitlichen Folgen von Sparmaßnahmen aufmerksam zu machen.

Anmerkungen

- 1 Zitiert nach der Bundeszentrale für politische Bildung: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/politiklexikon/225594/austeritaet>
- 2 Zitiert nach dem Robert-Koch-Institut, Definition regionaler sozioökonomischer Deprivation (https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/EinflussfaktorenAufDieGesundheit/SozialeEinflussfaktoren/RegionaleSoziooekonomischeDeprivation/regionalesoziooekonomische_deprivation_node.html), aufgerufen am 01.12.2025
- 3 Alexiou A, Fahy K, Mason K, Bennett D, Brown H, Bamba C, Taylor-Robinson D, Barr B. Local government funding and life expectancy in England: a longitudinal ecological study. *Lancet Public Health*. 2021 Sep;6(9):e641-e647. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00110-9. Epub 2021 Jul 12. PMID: 34265265; PMCID: PMC8390384.
- 4 Broadbent P, Walsh D, Katikireddi SV, Gallagher C, Dundas R, McCartney G. Is Austerity Responsible for the Stalled Mortality Trends Across Many High-Income Countries? A Systematic Review. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. 2024;54(4):362-379. doi:10.1177/27551938241255041

Bitte vormerken!



ManiFiesta

12.–13. September 2026
Oostende/Belgien

ManiFiesta ist ein jährliches kulturelles und politisches Festival in Belgien, das von den Gesundheitszentren Médecine pour le Peuple u.a. organisiert wird.

Aus der Homepage: »ManiFiesta – das sind zwei Tage, um die Welt so zu sehen, wie sie sein sollte. Sich Alternativen für die Zukunft vorstellen, zusammen sein, handeln... Bei ManiFiesta sprechen wir die Sprache der Solidarität und Vielfalt. Kommen Sie, fügt Euren Stein dem Gebäude des Wandels hinzu und feiert mit uns. Denn ManiFiesta ist vor allem das Festival der Solidarität!«

»Was erwartet Euch? Engagierte Künstler, fortschrittliche Redner, faszinierende Autoren, militante Filme, fesselnde Debatten und Persönlichkeiten mit einer Meinung. Oder erwarten Sie unser Kulturprogramm mit Stand-up-Comedy, Poetry Slam und Auftritten? Ganz zu schweigen von den Sportaktivitäten, dem Kinderdorf, der Geselligkeit und all den verschiedenen Gerichten, die auf dem Fest angeboten werden! Bei ManiFiesta schaffen wir es, alle Freuden des Lebens mit Aktivismus und einer neuen Perspektive zu verbinden.«

Dieses Jahr wollen wir mit einer vdäa*-Gruppe hinfahren und auch einen Workshop dort anbieten. Wenn Ihr Interesse habt, meldet Euch in der Geschäftsstelle: kontakt@vdaae.de

Ab Januar kann man sich hier anmelden: <https://manifiesta.be/fr/info>



Keine nationale Einheit(lichkeit)

Unterschiede in der Gesundheit 35 Jahre nach 1989 – Zusammenfassung eines Vortrags von N. Michalski

Nadja Rakowitz

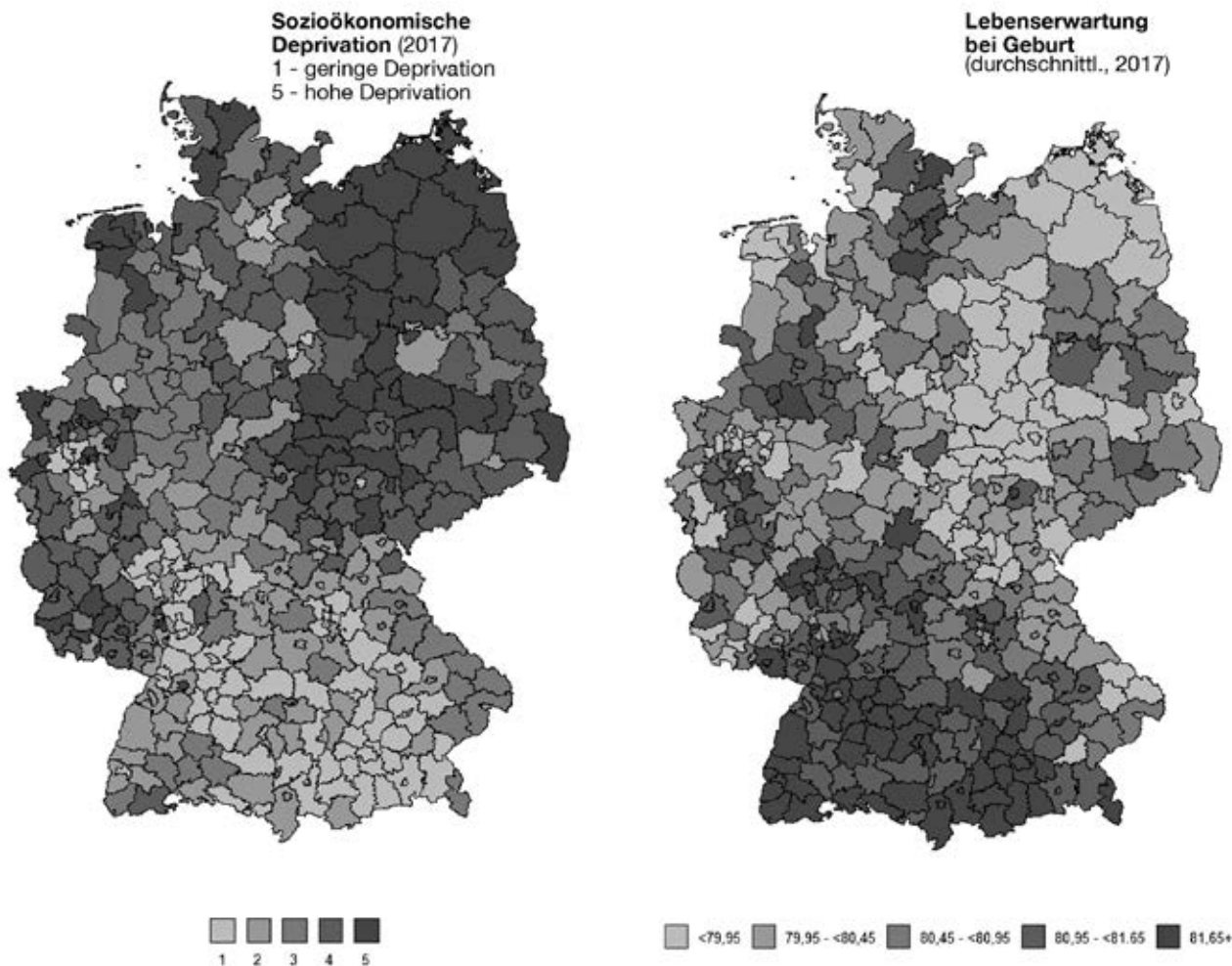
Wir haben im Vorfeld des Gesundheitspolitischen Forums in Dresden lange gesucht nach einem Input zur Frage zu Ungleichheit zwischen Ost- und Westdeutschland. Da man bezogen auf sehr viele Kategorien immer noch auffällige Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland feststellen kann¹, wollten wir wissen, ob es auch Unterschiede bei den Gesundheitsdaten gibt und wie diese interpretiert werden. Erfreulicherweise hat sich Niels Michalski, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert-Koch-Institut, bereit erklärt, das zu machen. Wir fassen seinen Bericht zusammen und hoffen, dass wir in einer der nächsten Ausgaben einen ausführlicheren Text zum Thema veröffentlichen können.

Niels Michalski stellte anhand der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Ost-West-Unterschiede für ausgewählte Indikatoren vor. Im Jahr 2009 stellte Bärbel-Maria Kurth im Vorwort eines RKI-Berichts noch fest, dass es keines weiteren »Mauerfallberichtes« mehr bedürfe, weil sich die »gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen ... nicht mehr (nur) auf der Ebene von Ost-West-Unterschieden« befänden. Von 1989 bis 2009 wurde die Ungleichheit zwischen Ost und West bei den meisten Gesundheitsindikatoren immer kleiner, so dass sie seit 2009 vergleichsweise gering ist, so Michalski. Das Unerwartete kam dann: Die Unterschiede verkleinerten sich nicht weiter, sondern an den bestehenden Unterschieden hat sich in den letzten 10-15 Jahren kaum etwas verändert. Bezogen auf diese gesundheitlichen Indikatoren nähern sich die beiden Gesellschaften anscheinend nicht mehr an.

Als eine Erklärung für die noch bestehenden Unterschiede wird das ebenfalls festgestellte unterschiedliche Gesundheits- und Risikoverhalten (z.B. gemessen an Adipositas, Rauchverhalten, körperlicher Aktivität, riskanter Alkoholkonsum) herangezogen, das selbst aber noch nicht erklärt werden kann. Zum anderen sind die immer noch bestehenden sozioökonomischen Unterschiede si-

cher relevant. Es brauche außerdem regionalisierte Betrachtungen, die manche Unterschiede auch wieder relativieren bzw. die Unterschiede entlang anderer Linien wie z.B. Stadt / Land u.a. festmachen lassen.

Auffällig sei auch, so Michalski, dass bezogen auf die Gesamtbevölkerung keine Unterschiede in der psychischen Gesundheit auszumachen sind, trotz der Unterschiede in den anderen Bereichen: Zwischen 1990-2000 war die Prävalenz psychischer Störungen im Osten noch geringer und die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde im Osten besser beurteilt, aber seitdem gibt es in mehreren Studien (z.B. DEGS1 von 2011, GEDA 2014/15) keine dokumentierten Ost-West-Unterschiede. Selbst während der COVID-19-Pandemie zeigen sich keine Ost-West Unterschiede bei der psychischen Gesundheit (GEDA 2014/15). Die Forscher ziehen daraus erst einmal den Schluss, dass Ost-West-Unterschiede komplexer analysiert werden müssen. Es brauche, so Michalski, die Betrachtung kleinräumiger regionaler Unterschiede insbesondere unter Berücksichtigung der sozioökonomischen Verhältnisse so wie kohortenspezifische Betrachtungen, um Sozialisations- von Wohnorteffekten zu trennen. Er zeigte dann eine Grafik, die die Prävalenz depressiver Symptomatik nach regionaler sozioökonomischer Deprivation und Bildung und Einkommen zeigte, und eine zur



Impfbeteiligung nach regionaler Deprivation und Bildung.

Ein gutes Beispiel dafür sei die Studie: »DDR-Vergangenheit und psychische Gesundheit. Risiko- und Schutzfaktoren«², die laut der Darstellung auf der Homepage gemeinsam Daten aus den fünf groß angelegten Bevölkerungsstudien analysiert und Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der psychischen Gesundheit von Ost- und Westdeutschen untersucht. Ziel sind differenzierte Aussagen zu Auswirkungen des DDR-Systems auf die psychische Gesundheit, wobei nicht nur systembedingte Risikofaktoren, sondern auch Resilienz fördernde Faktoren beleuchtet werden. Besonderes Augenmerk gilt in der Studie den zahlreichen Ost-West-Migrant*innen. Die Längsschnittstruktur der Daten, die auch Erfahrungen während der DDR-Zeit beinhaltet (z.B. Krippenbesuch, Binnenmigration, elterliches Erziehungsverhalten) biete die Chance, ursächliche Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit der DDR-Vergangenheit zu identifizieren.

Etwas unglücklich war dann die Präsentation einer Grafik zur Teilnahme an rechtsextremistischen Demos in Ost- und Westdeutschland, die auch Unterschiede zwischen Ost und West zeigte und allein durch die Reihenfolge des Präsentierten einen Zusammenhang von psychischer Gesundheit mit rechtsextremen Positionen nahelegte, die Michalski aber nicht behauptet hat. Er war sich über das Problem im Klaren und wollte damit eher vorführen, wie Daten auch verführen können zu vorschnellen kausalen Schlüssen. Dennoch war genau diese Folie die am meisten diskutierte.

Michalski endete seinen Beitrag mit ein paar Zahlen zu Vermögensunterschieden und Unterschieden bei Anteilen der Haushalte mit Immobilieneigentum, die einen sehr deutlichen Unterschied zwischen Ost und West zeigten, aber auch einen sehr klaren zwischen den nördlichen und den südlichen Bundesländern.

Mein Fazit zu dem Input ist, dass die »deutsche Einheit« noch lange keine Einheitlichkeit in Lebensverhält-

nissen und Einkommen, aber auch keine bei den Gesundheitsdaten gebracht hat. Unklar blieben aber die Gründe dafür. Dafür braucht es aber weniger Public Health Daten und Statistiken als eine soziologische kritische Perspektive auf die beiden verschiedenen Gesellschaften in Ost- und Westdeutschland. So lange die (immer noch westdeutsch dominierte) Debatte und der wissenschaftliche Blick (das beziehe ich *nicht* auf unsere Referenten) im Mainstream weiterhin dermaßen ideologisch bleiben und nur dem Zweck dienen, die bürgerliche Gesellschaft als das höchstmögliche an Freiheit, Gleichheit und Demokratie darzustellen, ist von der Wissenschaft keine sinnvolle Antwort auf die Frage nach dieser Ungleichheit zu erwarten.

Anmerkung

- 1 Siehe z.B.: <https://www.ostbeauftragte.de/ostb-de/aktuelles/regionale-unterschiede-in-ost-und-west-2324156>; <https://zdfheute-stories-scroll.zdf.de/ost-bilanz-einheit/index.html>;
- 2 <https://ddr-studie.de/>

Was ist Gesundheit im Kapitalismus?

Bericht über den Vortrag von Debora Darabi

Für die grundsätzlicheren theoretischen Fragen linker Praxis im Gesundheitssystem und der Gesundheitspolitik hatten wir Debora Darabi, politische Bildnerin und Ärztin aus Berlin, gebeten, uns einen Input zu geben zu Gesundheit im Kapitalismus. Die Redaktion hat sich bemüht, eine Zusammenfassung davon zu machen.

Debora Darabi begann ihren Vortrag damit, erst einmal ein paar Ebenen der Argumentation zu sortieren. Sie nahm Begriffe aus dem vorherigen Panel wie soziale Deprivation oder Bildungsferne als Risikofaktor für Gesundheit auf und argumentierte, dass es ihr um eine andere Herangehensweise an Gesellschaft gehe. Sie will nicht nur die Phänomene beschreiben und katalogisieren, sondern fragen: Was der Mechanismus ist, der diese beobachtbaren Phänomene produziert. Also nicht nur fragen: Was ist? Sondern: Was ist es, das das Beobachtbare überhaupt erst möglich macht?

Anders als die Herangehensweisen von vdää* und vielen anderen linken Akteuren z.B. bei der Kritik der Ökonomisierung und der zunehmenden Profitorientierung des Gesundheitswesens ist es ihr Anliegen, nicht (bloß) ethisch-normativ zu argumentieren, sondern historisch an die Fragen und Probleme heranzugehen. Bevor wir Werturteile über beobachtbare Phänomene fällen, sollten wir versuchen, diese erst einmal zu verstehen, also erst Mal fragen: Was ist eigentlich das, was ich gerade beobachte? Warum kann ich das beobachten? Warum stellt es sich mir in einer bestimmten Art und Weise dar? Was bedeutet das dann für ein Verständnis dieses Phänomens und seiner politischen Beantwortung? Mit dieser Herangehensweise bezieht sie sich auf Karl Marx' methodisch-politisches Verständnis, der Gesellschaft begreifen will, um sie zu ändern.

Bezogen auf Gesundheit plädierte Darabi dafür, zu fragen, was Gesundheit und das Gesundheitswesen für den Kapitalismus ist, bevor man Werturteile fälle. Auch an Marx geschult will sie fragen: Welcher Inhalt stellt sich in dieser spezifischen Erscheinungsform dar, wenn wir ein soziales Phänomen wie zum Beispiel Armut, psychische Probleme oder auch Krankheit beobachten? Was ist der gesellschaftliche Mechanismus, der etwas wie Krankheit produziert? Warum stellt sich ein Phänomen als Krankheit, als Armut, als soziale Deprivation oder als Bildungsferne dar und was sind dessen gesellschaftliche Bestimmungen? Bei allem, was uns als unmittelbar erscheint, sei nach der historischen gesellschaftlichen Formbestimmtheit zu fragen, also: Welche Gesellschaftsverhältnisse produzieren die spezifische Art, in der Gesundheit in unserer Gesellschaft verstanden wird?

Kapitalismus als gesamtgesellschaftliches, totales Prinzip

Nach diesem erkenntniskritischen methodischen Vorlauf erläuterte Debora Darabi dann sehr grundsätzlich die Zusammenhänge von Gesellschaftsver-

hältnissen des Kapitals, die sie als Totalität aller gesellschaftlichen Verhältnisse, die über Wert vermittelt werden, darstellte. Im Anschluss an ihre Lesart von Marx' »Kapital« beschrieb sie Kapitalismus als universale gesellschaftliche Warenproduktion, in der die Menschen sich zueinander als Objekte und über ihre Arbeitsprodukte subjektiv verhalten. Das Kapital sei zu begreifen als der sich selbstverwertende Wert. Diese Verwertung könne nur dadurch geschehen, dass im Produktionsprozess des Kapitals die Arbeiter einen Wert produzieren, der den Wert ihrer eigenen Arbeitskraft ersetzen muss, was ihnen ermöglicht, sich selbst (und alle zusammen ihre Klasse) zu reproduzieren. Darüber hinaus müssen die Arbeiter aber einen Mehrwert produzieren, so dass der produzierte Wert der Ware den Wert ihrer Arbeitskraft übersteigt. So erklärt Marx die systematische Entstehung des Mehrwerts über Ausbeutung unbezahlter Arbeit, ohne dass die Gesetze des bürgerlichen Tauschverkehrs verletzt werden. Dieser Prozess muss sich über die Konkurrenz der Kapitale möglichst in jedem Zyklus der Produktion wiederholen und sich dabei erweitern. Dies ist das Gesetz der Akkumulation: der Zwang für jedes einzelne Kapital, sich auf erweiterter Stufenleiter zu verwerthen zu müssen. Zur Veranschaulichung zeigte sie das am Problem des Klimawandels, der nicht zu stoppen sei, wenn diese Dynamik nicht gestoppt würde. Aus dem Gesagten folge, dass es *in diesem System* keine Reform geben kann, die diese Logik jemals aushebeln könnte, da das Aushebeln dieser Logik das Ende der Selbstverwertung des Kapitals bedeutete und damit das Ende der kapitalistischen Produktion.

Vor dem Hintergrund dieses allgemeinen Verständnisses von Gesellschaft als Totalität des Kapitals gilt es dann zum Beispiel Gesundheit und das Gesundheitswesen als partikuläre Momente derselben zu verstehen. Im Zusammenspiel von Allgemeinem und Partikularem ergebe sich dann auch eine Einsicht in Gesellschaft, die ein bisschen tiefer gehe und die vielleicht auch deswe-

gen radikale Rahmenfragen zulasse, so Darabi.

Teil des Problems sei dabei, dass die Menschen, die die Träger dieses abstrakten Prinzips sind, sich dessen nicht unbedingt bewusst sind. Das unbewusste Verhalten zu sich selbst und zur Gesellschaft ist Teil des Entfremdungsprozesses der Menschen im Kapitalismus. Die Entfremdung des Lohnarbeiters müsse dabei aber als widersprüchlich betrachtet werden: Auf der einen Seite entfremdet sich ihm gegenüber alles, was in seinem Arbeitsumfeld durch ihn geschaffen wird, und wird zur äußerlichen physischen Welt, die ihm aber nicht gehört, sondern die ihn unterjocht. Auf der anderen Seite entwickelt er aber in diesem entfremdeten Arbeitsprozess die Fähigkeit zu kooperieren und kollektiv auf einer sehr großen Stufenleiter gemeinsam im Verhältnis zu anderen Menschen (weltweit) zu arbeiten.

Dass aufgrund der Produktionsverhältnisse viele Arbeiter an einem Ort versammelt sind, sei ein großer Vorteil des (post-)industriellen Kapitalismus. Während in feudalen Gesellschaften sehr personenabhängige, unmittelbare Abhängigkeitsverhältnisse herrschten, befinde sich heute die Menschheit global in einem durch das Kapital vermittelten Abhängigkeitsverhältnis. Diese Produktions- und Gesellschaftsform birgt wiederum nie dagewesene Potenzen für die allgemeine, universelle Aufhebung dieses Gesell-

*»Die Arbeitskraft ist also eine Ware, die ihr Besitzer, der Lohnarbeiter, an das Kapital verkauft.
Warum verkauft er sie? Um zu leben.«*

(Karl Marx, Lohnarbeit und Kapital, MEW 6, S. 400)

schaftsverhältnisses in sich. Dasselbe Gesellschaftssystem, so Darabi, das Entfremdung, Ausbeutung, Unterdrückung tagtäglich produziert, produziert auch die Möglichkeit der Aufhebung all dieser Phänomene, also auch die Möglichkeit der universalen Freiheit, der Realisierung von Freiheit der Menschheit. Es gelte, sich dieser Potenzen bewusst zu werden, um sie auch bewusst nutzen zu können, anstatt weiterhin Objekt der gesellschaftlichen Prozesse zu sein. Vorher hatte sie allerdings behauptet, dass wir in einem Zeitalter lebten, in dem sich das Potenzial für Befreiung nicht verwirklicht habe und dass wir *deswegen* Objekte des gesellschaftlichen Produktions- und Reproduktionsprozesses sind. Diesen Objektstatus der Menschen im (aktuellen) Kapitalismus betonte sie mehrfach und es wurde nicht klar, wie daraus sich revolutionäre Subjektivität entwickeln soll/kann.

Der Staat und Klassenwidersprüche im Kapitalismus

Debora Darabi kritisierte zunächst, dass viel von dem, was bei der Tagung besprochen, aber auch, was sonst in Bezug auf das Gesundheitswesen von Linken gefordert werde, implizite oder explizite Forderungen an den Staat seien. Subjekt der Veränderung von Gesellschaft sei in all diesen Fällen der Staat und nicht etwa die selbstorganisierte Arbeiterklasse, wie es historisch der Fall

war, als es Sozialismus noch gab. Deswegen sei es umso wichtiger zu fragen, was der Staat für den Kapitalismus ist? Dafür müssten wir das Denken in Klassen wieder entdecken, denn in Diskussionen über soziale Ungleichheit, Benachteiligung, bildungsferne Schichten und so weiter werde nie, so ihre steile These, der Begriff Klasse verwendet, weil das Bewusstsein über die Notwendigkeit der Erklärung dieser Phänomene fehle. Eine Form der Erklärung aus einem spezifischen Standpunkt heraus, nämlich dem Standpunkt des Proletariats sei, dass diese Ausdrücke von Klassenwidersprüchen sind, die fortwährend von der Gesellschaft produziert werden.

In dieser Perspektive ließe sich dann besser erläutern, was der Staat im Kapitalismus ist, so Darabi.

Gerade für Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, sollte sich die Frage stellen, welche Rolle der Staat im Kapitalismus einnimmt, da das Gesundheitswesen in Deutschland vor allem ein stark verwalteter Teil der Gesellschaft sei. Teil der Akkumulationsbewegung des Kapitals und somit signifikantes Moment der aktuell beobachtbaren sozialen Phänomene ist die beständige Revolutionierung und Verbilligung der Produktionsmittel, um den Wert der Ware Arbeitskraft zu senken. In diesem Zusammenhang sind auch die Arbeitskämpfe zu sehen, die den Arbeitstag auf eine absolute Anzahl an Stunden begrenzen, woraus wiederum Produktivkraftentwicklung und technologische Erneuerungen folgten, in deren Zuge die Arbeiterklasse sich selbst erübrige, so Darabi: Innerhalb des Kapitalismus werden durch die Arbeiterklasse durch ihre eigene Arbeit, durch die Produkte ihrer Arbeit, die Möglichkeiten geschaffen, dass die Arbeiterklasse weniger arbeiten muss, weil ihre Arbeit produktiver wird. Gleichzeitig ist aber ihre Errungenschaft, ihr wissenschaftlicher Fortschritt gekoppelt an eine Gesellschaftsform, die von menschlicher Arbeitskraft investiert in Arbeitszeit lebt. Arbeiter sind gleichzeitig abhängig von Arbeit und dem Produkt ihrer Arbeit, was ihnen als Lohn ausgezahlt wird, um sich in der Welt mit allen anderen Produkten von Arbeit ins Verhältnis zu setzen und alles kaufen zu können, was sie zum Überleben brauchen bzw. was sie sich leisten können.

Diese entgegengesetzten Prinzipien, die alle möglichen gesellschaftlichen Widersprüche wie Krieg, Massenarbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Elend, Umweltzerstörung usw. produzierten, brauchen eine Instanz, die dieses gesellschaftliche Verhältnis vermittelt und verwaltet, damit es nicht zu Grunde geht. Aus dieser Analyse folge das, was von Karl Marx und Friedrich Engels als Staat im Kapitalismus analysiert worden sei. Der Staat ist im Kapitalismus, so Darabi, der Verwalter von Klassenwidersprüchen; seine Aufgabe ist es, die kapitalistische Verwertung von Gesellschaft so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. In

diesem historischen Kontext sei auch das öffentliche Gesundheitswesen des deutschen Kapitalismus, der einen Teilmoment des globalen Kapitalismus darstellt, entstanden, wie Darabi an dieser Stelle erläuterte. Ihre Perspektive darauf ist die Frage: Wie stellte sich das Übernehmen einer selbstorganisierten, bewussten Aufgabe der Arbeiterklasse hinein in eine staatliche Funktion dar, so dass unsere einzige Option scheinbar sei, an diesen Staat Forderungen zu stellen und zu hoffen, dass er sie erfüllt. Dies sei allerdings extrem erfolglos geblieben, was auch die Vorträge am Vormittag gezeigt hätten und was wir auch jeden Tag in unserem eigenen Leben spürten.

Bedeutung des Gesundheitswesens im Kapitalismus

Vereinfacht dargestellt teile sich die kapitalistische Gesellschaft in Produktion und Reproduktion; letztere verstanden als Reproduktion der Ware Arbeitskraft, der Produktionsmittel sowie der Bedingungen, damit gesellschaftliche Produktion stattfinden kann. Reproduktion der Arbeitskraft beinhaltet, so Darabi, abgesehen von der staatlichen Organisation und dem Gesundheitswesen, auch sowas wie emotionale Fürsorge, Hobbys oder das Treffen mit Freunden. Der Verkauf der Arbeitskraft sichert dem Lohnarbeiter sein (Über-)Leben. Hört er auf, seine Arbeitskraft zu verkaufen, also einer Lohnarbeit nachzugehen, drohen ihm bspw. der Verlust seines sozialen Status oder gar Obdachlosigkeit. Exemplarisch könne man diese Zwänge als reale soziale Kontrollmechanismen verstehen, welche Leute davon abhalten, nicht arbeiten zu wollen.

Damit die Arbeitskraft reproduziert werden kann, braucht es u.a. das Gesundheitswesen, in dem die Beschäftigten jeden Tag die Fähigkeit von Menschen wieder herzustellen versuchen, am gesellschaftlichen Produktionsprozess teilzunehmen. Als allgemeine Erscheinung ist das Gesundheitswesen für den Kapitalismus ein Teil der durch den Staat vermittelten Organisation der Reproduktion der Ware Arbeitskraft, so Darabi.

Am Ende ihres Vortrags griff sie ihren Appell, keine normativen Werturteile über Phänomene zu fällen, noch einmal auf: Ihre Darstellungen sollten eine Einladung sein, anders über soziale Phänomene nachzudenken, eher kausal über sie nachzudenken und sich zu fragen: Warum beobachte ich gewisse soziale Phänomene? Warum denke ich in spezifischen Kategorien über Phänomene nach? Was bedeutet es folglich, wenn wir zum Beispiel Gesundheitsungerechtigkeit beobachten und Gesundheitsgerechtigkeit fordern? Was ist dann das Gesundheitswesen, das diese für uns vermitteln soll? Was bedeutet eine gerechte Gesundheitsversorgung im Kapitalismus? Und abschließend: Was heißt eigentlich Gesundheit für uns? Ist das, was wir als Gesundheit beobachten, das, was wir uns am Ende auch darunter vorstellen? Dass Menschen gesund, frei und glücklich sind? Ist diese Art von Gesundheit überhaupt in der Gesellschaft, in der wir leben, erreichbar? Wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht? Was heißt das dann als politische Konsequenz?

Für eine gute Versorgung und das Recht auf Gesundheit

Gesundheitsarbeiter*innen in Belgien organisieren sich

Zum Gesundheitspolitischen Forum hatten wir Sofie Blancke, Ärztin bei den MPLP, eingeladen, die uns von ihrer praktischen medizinischen und politischen Arbeit berichtete. Wir haben einen Text von MPLP von 2022 übersetzt, den sie uns zur Verfügung gestellt hat.

Zentrale Erkenntnisse

- Die Auseinandersetzung mit den sozialen und strukturellen Ursachen von Krankheit trägt ebenso wesentlich zur Gesundheit von Patient*innen bei wie die medizinische Versorgung selbst.
- Gesundheitsarbeiter*innen können und sollen konkrete Schritte unternehmen, um Solidarität mit ihren Patient*innen und Gemeinschaften zu zeigen. Organisation, gemeinschaftliches Handeln und politische Intervention sind effektive Wege, lokale Gesundheitsprobleme anzugehen.
- Unvollkommene Gesundheitssysteme lassen sich durch kollektive Initiativen wie MPLP teilweise zurückgewinnen: Sie lindern akute Bedürfnisse und schaffen zugleich Grundlagen für gerechtere, zukunftsfähige Gesundheitssysteme.

Ursprünge

Geneeskunde voor het Volk (GVHV) / *Médecine pour le Peuple* (MPLP, Medizin für das Volk) ist eine belgische Vereinigung von elf Gesundheitszentren in Arbeiter*innenvierteln auf beiden Seiten der belgischen Sprachgrenze; sie betreuen etwa 25.000 Patient*innen. Zum 50-jährigen Bestehen 2021 betonte MPLP, dass ihre Wurzeln auf die Studierendenbewegung der späten 1960er-Jahre und dann auf die marxistische Arbeiterpartei Belgiens (Partij van de Arbeid van België – PVDA / Parti du Travail de Belgique – PTB) zurückgehen.

Das erste Zentrum wurde 1971 in Antwerpen gegründet, als sich junge Ärzt*innen in Solidarität den streikenden Hafenarbeiter*innen anschlossen. Aus dieser Solidaritätsaktion entstand das Projekt einer Medizin »für das, vom und aus dem Volk« — im Gegensatz zu einer profitorientierten Medizin. Als Verein ist MPLP wirtschaftlich und organisatorisch unabhängig; die Verbindungen zur PTB bleiben jedoch eng. In einem Interview mit der belgischen Zeitschrift *Solidaire* erläutern Janneke Ronse (Landesvorsitzende von MPLP) und Sofie Merckx (Ärztin bei MPLP und Abgeordnete für die PTB) dieses Verhältnis:

geneeskunde 
voor het volk

médecine 
pour le peuple

»Viele Probleme, mit denen wir konfrontiert sind, lassen sich nicht innerhalb der vier weißen Wände unserer Gesundheitszentren lösen. Wir können sie jedoch in politische Debatten und Aktionen übersetzen. Beispielsweise halten viele Menschen Quarantänemaßnahmen nicht ein, weil diese ihr Einkommen schmälern oder sie ihren Arbeitsplatz riskieren. Als Ärztin oder Pflegende ist es schwer, damit umzugehen. Wird daraus jedoch eine politische Forderung, können wir kollektiv dafür eintreten.«

Dieses erweiterte Gesundheitsverständnis — Gesundheitsprobleme als politische Fragen zu begreifen — bildet das Rückgrat der Vision und Arbeit von MPLP. Im Zentrum stehen drei Prinzipien: Zugänglichkeit, Qualität und Solidarität.

Zugänglichkeit

In der letzten nationalen Erhebung gaben 900.000 Menschen in Belgien an, sich keinen Arztbesuch leisten zu können. Das belgische Gesundheitssystem ist teuer: Patient*innen zahlen etwa 19 % der Gesundheitsausgaben selbst, im Mittel 666 € pro Jahr. Obwohl Belgien eines der reichsten Länder der Welt ist, gehört es innerhalb der EU zu den schlechteren Schülern, wenn es um den Zugang zu medizinischen Leistungen geht.

MPLP will zeigen, dass zugängliche und qualitativ hochwertige Versorgung organisierbar ist. Die belgische Sozialversicherung beruht auf einem Umlagesystem, solidarisch finanziert durch lohnbezogene Abgaben; die nationale Krankenversicherung ist Teil dieses Systems. Belgien hat ein liberales Modell, das heißt: Patient*innen zahlen pro Leistung, die nationale Krankenversicherung erstattet dann rund 75 % der Kosten.

Das belgische Recht lässt jedoch alternative Erstattungsmodelle zu. Auf Basis eines Vertrags zwischen Patient*in und einzelnen oder zusammengeschlossenen Leistungser-

bringenden zahlt die Krankenkasse dem Gesundheitszentrum monatlich einen Festbetrag — unabhängig von der Inanspruchnahme von Leistungen. Die MPLP-Zentren arbeiten nach diesem Pauschalsystem (Capitation). Die Pauschale für alle eingeschriebenen Patient*innen fließt in einen gemeinsamen Topf, aus dem laufende Kosten und Löhne beglichen werden.

Dieses Modell hat mehrere Vorteile: Patient*innen können Ärzt*innen ohne Zuzahlungen aufsuchen, finanzielle Hürden werden deutlich gesenkt. Zudem ermöglicht das System eine multidisziplinäre, präventive und kurative Arbeitsweise, und das Personal kann sich ganz auf die Versorgungsqualität konzentrieren. Überschüsse werden in Gesundheitsförderung, die Finanzierung von landesweiten Studien von MPLP und in Kampagnen investiert.

Haushaltskürzungen und die Vorherrschaft neoliberaler Politik setzen dieses Finanzierungsmodell jedoch unter Druck. Entscheidungsträger*innen bevorzugen zunehmend leistungsorientierte Finanzierung, mit der Folge steigender Eigenleistungen für Patient*innen. MPLP setzt sich aktiv für den Erhalt und Ausbau des Pauschalsystems ein — u. a. mit der Kampagne »Save our Medical Homes«.

Qualität

MPLP teilt das Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation und der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte: Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit als Menschenrecht und die Erreichung des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus erfordern das Zusammenspiel vieler gesellschaftlicher und ökonomischer Sektoren zusätzlich zum Gesundheitssektor.

► Multidisziplinäre Zusammenarbeit und Wissensaustausch

Die MPLP-Zentren sind längst keine klassischen Hausarztpraxen mehr. Sie haben sich zu vollwertigen, multidis-

ziplinären Zentren weiterentwickelt — eine notwendige Reaktion auf die zunehmende Komplexität der Erkrankungen. Alle Zentren beschäftigen Allgemeinmediziner*innen, Pflegepersonen sowie Empfangs- und Verwaltungsteams. Die meisten verfügen zusätzlich über Psycholog*innen und/oder Sozialarbeiter*innen; einige bieten Ernährungsberatung und Physiotherapie an. Das Team arbeitet auf Augenhöhe, gemeinsame Konsultationen, Briefings sowie medizinische und teaminterne Besprechungen sind Alltag; alle medizinischen Daten werden in einer gemeinsamen elektronischen Akte geführt. Bei der Anmeldung werden Patient*innen über die Arbeitsweise informiert.

Diese integrierten Angebote gewährleisten Nachsorge, Behandlung, Prävention, Beratung und Gesundheitsförderung. Multidisziplinäre Arbeitsgruppen führen Aktivitäten durch zu Schwerpunktthemen (z. B. Diabetes, junge Mütter, chronische Schmerzen, Stress, Schlaf). Bei chronisch kranken Patient*innen streben die Zentren ein dauerhaftes Betreuungsteam an, um Kontinuität, individualisierte Versorgung und ein Vertrauensverhältnis sicherzustellen. MPLP-Mitarbeitende organisieren sich außerdem in lokalen sowie nationalen multidisziplinären Netzwerken.

Prävention

Die COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung eines starken öffentlichen Gesundheitssystems klar hervorgehoben. Für wirksame Prävention und die Kontrolle neu auftretender Epidemien sind drei Säulen zentral: eine zentral organisierte Primärversorgung, eine patientenorientierte (nicht leistungsorientierte) Finanzierung und ein national organisierter öffentlicher Gesundheitsdienst (inklusive zuständiger Gesundheitsminister*innen). In den ersten Monaten der Pandemie demonstrierte MPLP die Relevanz dieser Säulen mit einem eigenen Kontaktverfolgungsprojekt und durch gezielte Ansprache besonders vulnerabler älterer Patient*innen.



Standorte der Gesundheitszentren von MPLP in Belgien, Karte: MPLP

► Beispiel: Pionierarbeit in der Kontaktverfolgung

Der staatliche Aufbau von Contact Tracing in Belgien verlief zu Beginn der Pandemie schleppend. MPLP startete daher im Frühjahr 2020 in Hoboken ein Pilotprojekt zur Testung, Identifizierung und Isolierung potenzieller COVID-19-Fälle. Über 120 Patient*innen wurden kontaktiert; 89 nahmen teil. Durch dieses proaktive Vorgehen konnten präventive Maßnahmen umgesetzt werden: Information über das Virus, Unterstützung bei Schutzmaßnahmen und Hilfe bei der Isolation. Kontaktverfolgung erfordert beträchtlichen Aufwand, Zeit und vor allem Vertrauen. Aus dem Projekt leitete MPLP Empfehlungen für die Politik ab: Primärversorger*innen kennen ihre Patient*innen am besten – Contact Tracing kann nur in enger Zusammenarbeit mit Primärversorgungszentren erfolgreich sein.

► Beispiel: Präventive Versorgung älterer Menschen in Pandemiezeiten

Bei Ausbruch der Pandemie identifizierten die elf MPLP-Zentren 3.367 ältere Patient*innen anhand der elektronischen Akten und kontaktierten sie telefonisch, um medizinische und soziale Bedarfe zu erfassen. Trotz der dynamischen Umstände blieb

das Ziel bestehen, diese Personen proaktiv zu erreichen. Neben großer Dankbarkeit erhielt MPLP wertvolle Informationen über die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen: Manche waren ängstlich oder panisch, andere unterschätzten das Risiko; alleinlebende ältere Menschen sahen sich mit multiplen Problemen konfrontiert.

Medizinische Fragen wurden an Ärzt*innen weitergeleitet, soziale Anliegen an die Koordination der Freiwilligen. Mehrere Dutzend Patient*innen erhielten über Wochen oder Monate Unterstützung beim Einkaufen. Eine Patientin schrieb nach einem solchen Anruf: »Ihre Sorge um die Einsamkeit alleinlebender älterer Menschen hat mich sehr berührt. Gerade jetzt ist gute Gesundheitsversorgung wichtiger denn je.«

Solche Initiativen zeigen, wie entscheidend proaktive Prävention im Umgang mit Epidemien ist. Sie ermöglichen das Erreichen von Menschen, die noch nicht ausreichend informiert sind, fördern die Akzeptanz von Schutzmaßnahmen und helfen, zusätzliche Bedarfe zu erkennen – denn Gesundheit umfasst auch psychisches Wohlbefinden und Fähigkeit zur Selbstfürsorge.

Solidarität

Die Mitarbeitenden von MPLP beziehen klar und öffentlich Stellung zu

Themen, die ihre Patient*innen und Lebenswelten betreffen, und stellen wissenschaftliches Wissen und gesellschaftliches Engagement in den Dienst der Bevölkerung. Gemeinsam mit Patient*innen, sozialen Organisationen, Krankenkassen und Gewerkschaften verteidigt MPLP das Recht auf ein gesundes Leben – etwa den Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung und Bildung, gesunde Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen sowie soziale Sicherheit. Die Zusammenarbeit mit Gewerkschaften ist für MPLP zentral, da die Errungenschaften der Arbeiterbewegung die Grundlage des belgischen Sozialversicherungssystems bilden.

MPLP versteht ärztliche und pflegerische Tätigkeit als gesellschaftliche Verantwortung, die über die individuelle Behandlung hinausgeht. Mit einem »sozialen Stethoskop« richten die Teams den Blick auf soziale Ursachen von Krankheit. Ziel ist nicht Wohltätigkeit, sondern Solidarität als Handlungsprinzip – Befreiung und Emanzipation stehen im Vordergrund.

Je mehr Menschen verstehen, was in ihrem Körper geschieht, desto resilienter wird ihre Kontrolle im eigenen Heilungsprozess. Und je mehr sie die sozialen, wirtschaftlichen oder ökologischen Ursachen von Krankheit durchschauen, desto eher werden sie kollektiv aktiv, um diese Ursachen anzugehen. MPLP unterstützt diesen



Die aktuellen Zentren der MPLP in Belgien

Bewusstseinsbildungsprozess individuell und kollektiv, um an der Seite von Patient*innen soziale Kräfte zu bilden, die Ungerechtigkeiten und Fehlerhaftes adressiert. Und *das* ist empowernd!

► Beispiel: Luftverschmutzung in Antwerpen bekämpfen

Ausgangspunkt war eine Patientin, die in der Praxis nachfragte, ob nähere Informationen zu einem Hinweisschild in ihrer Straße vorlägen. Dieses kündigte an, dass die *Beheersmaatschappij Antwerpen Mobiel (BAM)* – das für die Verkehrsinfrastruktur in Antwerpen zuständige Unternehmen – den Antwerpener Ring, der die Stadt umschließt, umbauen wolle. Teil des Projekts war der Bau einer Brücke direkt über Wohngebiete hinweg. Damit sollte der verkehrsreichste Verkehrsknotenpunkt Europas weiter ausgebaut werden, der bereits heute quer durch dicht besiedelte Stadtviertel verläuft.

Die Gesundheitsfachkräfte von MPLP hatten bereits zuvor beobachtet, dass viele ihrer Patient*innen unter Atemwegserkrankungen litten und Inhalatoren benötigten. Sie begannen daher, mögliche Ursachen systematisch zu untersuchen. MPLP verglich den Inhalatorgebrauch von Kindern in der ländlichen belgischen Gemeinde Baarle-Hertog mit jenem von Kindern in der Stadt Antwerpen. Die Ergebnisse zeigten eine alarmierende Diskrepanz: In Antwerpen nutzten sechs von zehn Kindern Inhalatoren, in Baarle-Hertog lediglich eines von zehn. Dieses Muster bestätigte die Ergebnisse einer Literaturauswertung durch Forschende, die ähnliche Zusammenhänge auch in anderen Teilen der Welt dokumentiert hatte.

Im Frühjahr 2008 organisierte MPLP gemeinsam mit *Ademloos*, einem Kollektiv für saubere Luft, eine Demonstration gegen das Projekt. Im Juni desselben Jahres folgte eine noch größere Aktion zusammen mit Schüler*innen einer Schule für Kinder mit Mukoviszidose. Die Schule befindet sich genau in dem Gebiet, über das die geplante Brücke führen sollte. Die Aktion war äußerst eindrücklich, stieß auf breite Empörung und fand große mediale Aufmerksamkeit. Sie markierte den Beginn eines über zehn Jahre andauernden Widerstands, getragen von Patient*innen, lokalen Organisationen und Anwohner*innen. Dieser umfasste unter anderem Demonstrationen sowie Informationsabende in allen Stadtteilen zu den gesundheitlichen Folgen von Luft- und Lärmbelastung.

Darüber hinaus arbeitete MPLP mit *Ademloos* und *Staten Generaal*, einem weiteren zivilgesellschaftlichen Kollektiv, zusammen, um eine Petition für eine Volksbefragung zu dem Projekt zu lancieren. Mehr als 50.000 Menschen unterzeichneten die Petition. Schließlich wurde der Brückenbau über das Wohngebiet abgelehnt, und BAM zog den Bauantrag zurück.

► Beispiel: Der Kampf für bezahlbare Medikamente

2003 bemerkten MPLP-Teams, dass notwendige cholesterinsenkende Medikamente oft nicht erstattet wurden, während andere, nicht indizierte Verschreibungen erstattet wurden. Untersuchungen deckten den starken Einfluss der Pharma-Lobby auf die Gesundheitsministerium-Entscheidungen auf. In Zusammenarbeit mit solidarischen Akteur*innen aus den Krankenkassen prüfte MPLP internationale Modelle, etwa das neuseeländische »Kiwi-Modell«: Eine zentrale Institution koordiniert dort die Medikamentenbeschaffung für das ganze Land und erzielt Preisreduktionen von 50-90 %. Wäre dieses Modell in Belgien eingeführt worden, wären laut Einschätzungen Einsparungen von etwa 1,5 Mrd. € im Sozialversicherungssystem mög-

lich gewesen. Gemeinsam mit anderen Organisationen sammelte MPLP 100.000 Unterschriften. Dr. Dirk van Duppen veröffentlichte 2004 das Buch *The Cholesterol War – Why Medicines are so Expensive*. Im Mai 2021 bestätigte der belgische Rechnungshof die Vorzüge des Kiwi-Modells als kostengünstiger, transparenter und gesundheitlich sinnvoller Ansatz.

Internationale Solidarität

In den 1970er-Jahren reisten MPLP-Ärzt*innen nach Libanon, um in palästinensischen Flüchtlingslagern medizinische Hilfe zu leisten. Aus solchen Initiativen entstand in Belgien die Organisation *Third World Health Aid (Médecine pour le Tiers Monde – M3M)*, heute *Viva Salud*. Ziel war und ist die Solidarität mit Organisationen in Lateinamerika, dem Nahen Osten, Asien und Afrika, die Gesundheitsversorgung im Interesse der Bevölkerung organisieren – und zugleich belgischen Fachkräften die Möglichkeit geben, praktisch etwas beizutragen. MPLP und Viva Salud arbeiten weiterhin eng zusammen; es besteht große Solidarität zwischen Gesundheitsarbeiter*innen in Belgien und weltweit.

Vision und Zukunft

2021 feierte MPLP sein 50-jähriges Bestehen; eine neue Generation übernahm die Leitung. Die Online-Feier wurde von vielen Patient*innen und Unterstützer*innen live verfolgt. Die elf Zentren führen ihre Arbeit fort; die verjüngte Führung will nationale Personalstärke ausbauen, um weitere Kampagnen und Projekte zu ermöglichen – denn der Kampf um das Recht auf Gesundheit wird in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnen.

(Quelle: Dieser Text erschien ursprünglich in Englisch in der Broschüre: »Reclaiming Public Health. Experiences and Insights from Europe«, hg. von Leigh Kamore Haynes und Ana Vračar, Juni 2022; <https://phmovement.org/launch-of-reclaiming-public-health-experiences-and-insights-from-europe> – Übersetzung: Manuel Funk)

Regimewechsel in den USA

Margit Mayer

Ein Workshop in Dresden beschäftigten sich mit den aktuellen Entwicklungen in den USA. Margit Mayer gab eine allgemeine Einführung in die Politik der Trump-Regierung, Eckardt Johanning erläuterte die Auswirkungen für das US-Gesundheitssystem und Bevölkerung (S. 30) und Andreas Wulf stellte die Folgen dieser Politik für die globalen Gesundheitsfragen dar (S. 31).

Binnen nur neun Monaten im Amt hat die zweite Trump-Regierung die alte amerikanische Ordnung – im Innern wie nach Außen – ins Wanken gebracht. Es ist deutlich, dass sie eine in vielfacher Hinsicht gegensätzliche »Ordnung« zu etablieren sucht. Diese institutionelle und ideologische Transformation des US-amerikanischen Staats und seiner Narrative *scheint* an den Grundwerten der amerikanischen Verfassung zu rütteln sowie an deren Gleichheits- und Demokratieversprechen, die im Lauf der letzten zwei Jahrhunderte durch Ausweitung des Wahlrechts, Bürgerrechtsgesetzgebung und sozialstaatliche wie regulatorische Institutionen konsolidiert wurden. In Wirklichkeit bewegt auch diese Transformation sich innerhalb dieser Grundwerte, wie dieser Beitrag noch zeigen wird. Zwar war die frühe, auf Rassentrennung und Geschlechterungleichheit basierende Gesellschaftsordnung der weißen Siedler-Suprematie durch demokratische Reformen der 30er und 60er Jahre verdrängt worden. Und das derart eingehegte amerikanische Herrschaftsmodell begann nach dem Zweiten Weltkrieg sich zur globalen Hegemonialmacht zu entwickeln. Diese bezieht sich jedoch – insbesondere in der Auseinandersetzung mit dem zentralen Rivalen Sowjetunion – nach wie vor auf den Gründungsmythos der USA, wie er in der Verfassung von 1787 kodifiziert ist (Grandin 2019).

Dies nationale Narrativ des amerikanischen Exzeptionalismus, das durch die Erfahrung des Zweiten Weltkriegs und die langdauernde Konkurrenz mit dem kommunistischen Regime immer wieder erneuert wurde, verkörperte gleichsam den Geist der Gründungsväter, die demokratischen Ideale der amerikanischen Verfassung und ihrer Institutionen, sowie die fortschreitende Realisierung der Freiheits- und Gleichheitsversprechen des *American Dream* (Mayer 2024). Diese Sichtweise prägte nicht nur das fordistische Amerika, sondern genauso das neoliberale, das den sinkenden Profitraten der 1970er Jahre mit Deregulierungs- und Privatisierungsstrategien sowie mit massiver Aufrüstung entgegentrat. Sowohl nach innen als auch nach außen spielte das amerikanische hegemoniale Projekt gegen die Sowjetunion eine zentrale Rolle: Intern schuf es jenseits aller politischen Differenzen eine gewisse Einigkeit zwischen den beiden politischen Parteien; extern erlaubte das gleiche Narrativ den USA, ihre Macht international zu projizieren, indem sie das Versprechen von Freiheit und Gleichheit als weltweit geteiltes Interesse unterstellten.

Das Resultat war eine amerikanische Nachkriegsordnung, die von der Betonung regelbasierter Legalität bei gleichzeitiger kontinuierlicher Verletzung eben dieser Regeln geprägt war. Die durch die USA initiierten multilateralen Institutionen galten als Ausdruck sowohl der Lehren aus den Schrecken des Zweiten Weltkriegs als auch der amerikanischen konstitutionellen Werte. Gleichzeitig erforderte die Aufrechterhaltung globaler Sicherheit die Rolle der USA als internationalen Garanten. Daraus ergab sich ein permanenter Balanceakt zwischen dem Entstehen für Rechtsstaatlichkeit und deren Verletzung durch Militäraktionen oder

Margit Mayer lehrte Vergleichende und Nordamerikanische Politik am Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften der FU Berlin, ist Mitglied der Rosa-Luxemburg-Stiftung und Fellow am Center for Metropolitan Studies an der TU Berlin.

CIA-Interventionen, die jeweils mit der Notwendigkeit der Bewahrung kollektiver Stabilität begründet wurden – auch wenn das in den betroffenen Ländern, v.a. in den vormals kolonialisierten (und sich heute zunehmend in den BRICS organisierenden), anders wahrgenommen wurde (Rana 2025).

Mit dem Ende der Systemrivalität und dem Beginn der unipolaren Hegemonie der USA entfiel jedoch der ideologische Kitt, der die inneren Widersprüche des nationalen Narrativs von der sich allmählich vollendenden amerikanischen Demokratie zusammenhielt: Die überparteiliche Geschlossenheit in der Verteidigung demokratischer Werte gegenüber dem »totalitären« Gegner bröckelte. Die unterschiedlichen politischen Werte und Ziele zwischen Republikanern und Demokraten konnten wieder in den Vordergrund treten. Da die Errungenschaften des 20. Jahrhunderts – Rechte für Frauen und ethnische Minderheiten, Sozialgesetzgebung, Anerkennung von Gewerkschaften – eben *nicht* im Gründungsdokument der »unvollendeten Demokratie« verankert oder auch nur angelegt sind, konnten sich Rechtskonservative problemlos auf die Verfassung von 1787 beziehen, die die exklusiv für weiße männliche Siedler geltende Freiheit und Gleichheit reflektiert.

Um- und Abbau des Staates

Vom ersten Tag seiner zweiten Amtszeit an regierte Trump mit Direktiven (*executive orders*) – bis dato erließ er 218 – und »Präsidentiellen Memoranden« (57). Die meisten davon dienten der Umsetzung der Blaupausen, die in *Project 25* für die rechts-konservative Neuausrichtung der amerikanischen Politik vorgezeichnet wurden. Danach sollte der Staat nicht nur verschlankt, sondern regelrecht umgebaut werden: Vor allem die Macht der Exekutive gelte es zu konsolidieren und die Gewaltenteilung zu unterminieren. Die Kapitel zeichnen diverse Wege vor, wie nicht nur die Befugnisse des Präsidentenamts gegenüber Kongress und Gerichten zu stärken seien, sondern auch, wie –

unter Zuhilfenahme der so genannten *Unitary Executive Theorie* (Knutson 2025) – die Exekutive Macht über all jene Kontroll- und Regulierungsbehörden ausüben solle, die vom Kongress als unabhängig vom jeweiligen Präsidenten eingesetzt wurden.

Die Kürzungen und Abwicklungen zielten primär auf die regulativen, redistributiven, und sozialen »Arme« des Staats, während gleichzeitig seine »Korporatisierung« – also der direkte Einzug von Vertretern der Großkonzerne, insbesondere von »Big Tech« und des Finanzkapitals, in die Staatsapparate voranschritt. Die staatlichen Repressions- und Sicherheitsapparate dagegen werden ausgebaut, und ihre Mitarbeiter*innen entsprechend ideologischer und Loyalitäts-Kriterien ausgetauscht. In *allen* Ministerien und Behörden, auch beim Militär und FBI, hat Trump die Beamt*innen in Schlüsselpositionen mit ihm ergebenen Leuten ausgetauscht.

Bereits am ersten Tag etablierte Trump per Dekret das *Department of Government Efficiency* (DOGE), das den Staatsapparat modernisieren, seine Ausgaben sowie das Heer der Beamten und Angestellten (und somit das Haushaltsdefizit) reduzieren, und »Missbrauch und Betrug« eliminieren sollte. Geleitet vom als »Berater« deklarierten Milliardär Elon Musk haben sich DOGE-Mitarbeiter*innen Zugang zu Daten, Verträgen und Zahlungssystemen verschafft, willkürliche Massenentlassungen von Beamt*innen und Angestellten der Bundesregierung veranlasst, Programme gestoppt und ganze Behörden aufgelöst. Zwar wurden viele der Entlassungen und Kürzungen durch Gerichtsentscheide zunächst infrage gestellt, doch später unterstützte der Oberste Gerichtshof das von der Trump-Regierung mit einem Notstandsargument begründete Behörden-»Downsizing«; auch Berufungsgerichte erteilten der Auflösung von Behörden grünes Licht.

Soweit die Aufgaben, mit denen die abgebauten Einrichtungen betraut waren, in das Konzept der Republikaner passen, sollen sie privatisiert werden. Musk prahlte, dass

er einen »corporate takeover« der Bundesregierung durchführe, um alles, was sich irgendwie privatisieren lässt, zu privatisieren. Das wird auch essenzielle Sozialleistungen wie die Alterssicherung (Social Security) treffen, wo DOGE Personal gekürzt, Außenstellen geschlossen, und Mittel gestrichen hat – wodurch dieses Rentensystem, in das Berufstätige während ihres Arbeitslebens einzahlen, bald so ruiniert sein wird, dass es zur Privatisierung »freigegeben« werden kann.

Auf die Proteste der Gewerkschaften für Bundesangestellte reagierte Trump im März mit einer umfassenden Direktive, die etwa einer Million Staatsangestellten in mehr als einem Dutzend Behörden verbot, sich weiterhin gewerkschaftlich zu organisieren. Ein Berufungsgericht bestätigte im August gegen mehrere einstweilige Verfügungen Trumps Recht, das Bundespersonal nach seinem Gutdünken zu kontrollieren. Insgesamt gehen ca. 300.000 Entlassungen von Bundesbeamten auf die Arbeit von DOGE zurück.

Während die Massenentlassungen und das Einbehalten von vom Kongress bewilligten Geldern keineswegs zu den versprochenen Einsparungen von 2 Billionen US-Dollar führten, realisierte DOGE doch andere, u.a. auch in *Project 2025* aufgeführte Ziele, wie bspw. die Beseitigung interner politischer Feinde (v.a. in der Entwicklungsbehörde USAID und im Bildungsministerium).

Trump hatte bereits im März eine Direktive erlassen, um den Datenaustausch zwischen sämtlichen Behörden zu fördern, und Musk sorgte dafür, dass die (von Peter Thiel und Alexander Karp gegründete) Datenanalyse-Firma *Palantir* in mehreren Ministerien und Behörden platziert wurde (Homeland Security, Health and Human Services, Pentagon, Social Security Administration, Internal Revenue Service), wo *Palantir* mit seiner Software-Plattform *Foundry* die Daten aus deren unterschiedlichen Quellen integriert und vereinheitlicht – und bereits nutzt, bspw. um angeblich illegal sich in den USA aufhaltende Migrant*innen aufzuspüren.



Teilnehmer*innen auf einer der vielen Demos und spontanen Aktionen gegen die Massendeportationen durch die ICE, 2025. Foto: Gannett 2025

Auch nach Musks Abgang im Mai und der Auflösung von DOGE (am 4. Juli 2025) ging der Abbau weiter. Gegen alle Einwände von Demokratischer Seite hoben die Republikaner zuvor verabschiedete Finanzierungspakete für Entwicklungshilfe und öffentlichen Rundfunk auf, und verabschiedeten das sog. Rescissions-Gesetz, das Trump am 24. Juli unterschrieb. Explizit traten die Kongressmitglieder hiermit die ihnen in der Verfassung zugeteilte Macht über den Haushalt an den Präsidenten ab.

Auch das große Steuer- und Haushaltspaket, von den Republikanern *One Big Beautiful Bill* (OBBB) genannt, enthält massive Kürzungen – vor allem im sozialen Sicherheitsnetz sowie bei Ausgaben für Umwelt, Klima und den Subventionen für erneuerbare Energie –, um so die enormen, permanenten Steuergeschenke für Milliardäre und Konzerne sowie die Ausweitung der »Grenzsicherheit« und der Masseninternierungen und -deportationen zu finanzieren, welche die umfangreichsten Ausgaben, den von Republikanern bejubelten Kern, des OBBB bilden. Was immer die in diesem Gesetzespaket verabschiedeten Kürzungen einsparen, wird durch die 3,4 Billionen US-Dollar, um die es die Staatsverschuldung steigern wird, mehr als konterkariert.

Resultat dieses Um- und Abbaus ist ein enorm geschwächter Verwaltungsstaat, dem jede Sozialstaatlichkeit abgeht. Das Prinzip der Gewaltenteilung funktioniert nicht mehr, wenn jeder ausgehandelte Deal mit einer anschließenden Abstimmung im Senat wieder rückgängig gemacht werden kann. Regiert wird folglich weniger mittels Gesetzgebung, sondern durch die Exekutive sowie ad hoc über Gerichtsurteile, die per Notstandserklärung und vorläufig (>shadow docket<) gefällt werden, aber dennoch vorinstanzliche Entscheidungen außer Kraft setzen. Im Maß wie (nicht mehr unbedingt Trump selbst, aber) die Entscheider in seiner Regierung (insbesondere der Direktor des Office of Management and Budget, Russell Vought, und Stephen Miller, der sich das Amt des Stellver-

tretenden Stabschef des Weißen Hauses und des Homeland Security Advisor zu einer Schlüsselposition ausgebaut hat) ihre Kontrolle über den Staat ausdehnten, spitzte sich die Situation zu. Vought arbeitete von Anfang an darauf hin, dem Kongress die Macht über den Haushalt zu entreißen und sorgte wieder und wieder, mit unterschiedlichen Methoden, für die Blockierung oder Streichung von Programmen, die der Kongress bewilligt hatte. Als zum Ende des Fiskaljahrs am 30. September ein Shutdown drohte, setzte er alles daran, den Demokraten im Senat die Schuld daran zu geben, weil sie das Haushaltsgesetz blockierten. Die knüpften ihre Zustimmung jedoch an die Rücknahme der Steuerkredite für Obamacare, wofür sich drei Viertel der Amerikaner*innen aussprechen. Nach 40 Tagen Shutdown und der Aussicht, dass 42 Millionen auf staatliche Lebensmittelunterstützung angewiesene Amerikaner*innen hungern würden, weil die 8 Milliarden Dollar für dies Programm fehlen (obwohl der Präsident, wie bei früheren Shutdowns auch, eine eigens dafür bestimmte Reserve nutzen konnte), haben sich hinreichend demokratische Stimmen gefunden, um den Weg für ein Haushaltsgesetz freizumachen, das die Regierung jedenfalls bis Januar wieder öffnete.

Austreibung von »illegalen Aliens« und von »anti-amerikanischen« Ideologien und Aktivitäten

Wie im Wahlkampf versprochen, erklärte Trump »illegale Immigration« sofort nach Amtsantritt zum nationalen Notstand, beschnitt das Asylrecht, beendete den temporären Schutz für Tausende Menschen aus Venezuela, Honduras und Nicaragua, und instruierte das Militär, beim Mauerbau an der Grenze sowie bei Unterbringung und Transport von Abzuschiebenden mitzuwirken. Nachdem Verhaftungen und Abschiebungen von illegalisierten Migrant*innen zunächst zögerlich angelaufen waren, er-

höhte das Heimatschutzministerium im Mai die Verhaftungsquote von 1.000 auf 3.000 pro Tag, also mehr als eine Million pro Jahr. Seither hat *Immigration and Customs Enforcement* (ICE) ihr Repertoire an Taktiken erweitert – mit dem Ausleihen von Beamten aus anderen Strafverfolgungsbehörden, mit Abordnungen lokaler Polizei- und Sheriff-Behörden, die unter dem von Trump expandierten 287(g)-Programm verpflichtet werden, für den Bund Festnahmen wegen aufenthaltsrechtlicher Vergehen vorzunehmen, mit der Durchführung von Festnahmen an Orten, die zuvor geschützt waren (wie in Justizgebäuden, wo Migrant*innen wegen ihrer aufenthaltsrechtlichen Verfahren erscheinen müssen), sowie mit vermehrten Razzien an Arbeitsstellen und Plätzen, wo Tagelöhner auf Aufträge warten. Auch so genannte »kollaterale« Verhaftungen (wo nicht nur eine gesuchte Person, sondern auch Umstehende festgesetzt werden) sind neu im Programm, genauso wie streifende Patrouillen. Diese Ausweitung von Razzien, Personal und Verhaftungen führten zu überfüllten Gefangenenlagern, zu (versehentlichen?) Verhaftungen von US-Staatsbürgern, zur Missachtung rechtsstaatlicher Verfahren, und vielfachen Festnahmen auf Basis von ideologischen Unterstellungen. In dem Maß, wie versuchte Grenzübertritte abnahmen, nahmen die Einsätze im Landesinnern zu. Seit Trumps Amtsantritt erhöhte sich die Zahl der in ICE-Gefängnissen festgesetzten Menschen bis Mitte Mai 2025 um 10.000 auf 49.000, bis 6. November ist sie auf über 66.000 gestiegen – ein Rekordhoch. Entgegen der Behauptungen der Trump-Regierung, dass nur kriminelle Migrant*innen in Abschiebehaft genommen würden, haben 72% der Inhaftierten keinerlei Vorstrafen.

Das OBBB-Gesetzespaket machte mit der Aufstockung des ICE-Etats um 170 Milliarden US-Dollar die Immigrationpolizei zur größten Strafverfolgungsbehörde in der Geschichte der US-Regierung – bestens ausgestattet, um die vorgesehenen Quoten von Razzien, Verhaftungen und Massenabschiebungen durch-

zuführen. Der Kongress bewilligte allein für den Ausbau der Internierungsinfrastruktur 45 Milliarden US-Dollar, im Jahr zuvor hatte ICE für »immigration detention« lediglich 4 Milliarden US-Dollar zur Verfügung. Mit dieser Unsumme kann ICE die Kapazität dieses Gefängnisystems binnen sechs Monaten mehr als verdoppeln. Es wird größer als das gesamte karzerale System des Bundes sein und soll im Durchschnitt 100.000 Menschen pro Tag unterbringen. Zusätzlich plant ICE die Ausweitung von Haftkapazitäten auf Militärbasen mit Zeltlagern, bspw. auf Fort Bliss, einer Militärbasis in El Paso, Texas, um ca. 5.000 Menschen dort zu internieren.

Des Weiteren stellt OBBB Mittel zur Einstellung von 10.000 neuen ICE-Beamten (zusätzlich zu den bislang 20.000) und 3.000 weiteren Grenzschutzbeamten bereit (zusätzlich zu den bis dato ca. 19.000). Weil die normalerweise an der Grenze zu Mexiko eingesetzten *Border Patrols* inzwischen durch Militär (ca. 10.000 Soldaten) verstärkt wurden, werden die Grenzbeamten nun auch verstärkt im Landesinnern eingesetzt (zusammen mit Beamten von *Homeland Security Investigations* sowie des *Bureau of Alcohol, Tobacco, Firearms and Explosives*).

Auf dem Weg zum autoritären Staat?

Unterschiedliche Kreise diskutieren, mit welchen Konzepten das beschriebene Regime angemessen begriffen werden könnte: Sie reichen von »liberaler Demokratie« (Risse 2025, Beland 2025) über populistischen oder kompetitiven Autoritarismus (Gonzales 2024, Levitsky /Way 2002), Faschismus oder Totalitarismus (Stanley 2024, Snyder 2024) bis hin zum »neuen Cäsarismus« oder Bonapartismus (Sassmannshausen 2025), von der Oligarchen- bis zur Bandenherrschaft (Lindemann 2024). Zumeist fokussieren sie auf *bestimmte* Aspekte des entstehenden Regimes – während sie andere unterbelichtet lassen. So stehen die Veränderungen der Staatsform und der Art des Regierens fast stets im Vordergrund, während Veränderungen in breiten (zivil-)ge-

sellschaftlichen Spektren sowie ideologische Atmosphären, die sie von früheren sowie heutigen autoritären Tendenzen anderswo unterscheiden, weniger Aufmerksamkeit erfahren. Um die Spezifik des gesellschaftlichen und politischen Wandels unter Trump 2.0 zu erfassen, könnte es produktiv(er) sein, Analyseketegorien eher aus einer *thick description* zu entwickeln und im Rekurs auf die exzeptionelle Entstehung, Formierung und Geschichte des US-amerikanischen Kapitalismus zu konkretisieren.

Weithin besteht Konsens, dass sich unter Trump 2.0 die Art des Regierens verändert hat. Auch die in diesem Kapitel behandelten Bereiche, zeigten *Deal-Making* als zentralen Steuerungsmechanismus, über den der Präsident das Verhalten dieser Akteure lenkt. Statt »*governance by deal*« schlägt Adam Tooze »*ad hoc governance*« oder auch »*governance by bullying*« als treffendere Begriffe vor, jedenfalls geht es um »Einigungen«, die man eher mit der Mafia und anderen Formen von Bandenherrschaft assoziiert, also als »Racketeering« beschreiben könnte. Ebenfalls zentral ist das Muster des *Ausrufens von Notlagen* (einer Invasion, einer Rebellion o.ä.), denen die Regierung dann mittels *Dekret* begegnet. Trumps Politik nutzt solche Optionen weitaus systematischer als frühere Präsidenten, und der republikanisch dominierte Kongress unternimmt kaum etwas, um diese von der Exekutive dominierte Form des Regierens einzuschränken.

Sowohl die Machtanmaßung, die Trump über präsidiale Notstandserklärungen ausübt (und die derzeit weder durch die Gewaltenteilung noch durch Mechanismen innerhalb der Exekutive verhindert wird) als auch die Zentralisierung und Politisierung von Polizeikräften und Reservesoldaten werden in den medialen und fachwissenschaftlichen Diskussionen häufig als plötzlicher historischer Bruch, als krasse Negation der bisherigen liberalen Ordnung und als Abweichung vom demokratischen Entwicklungsverlauf der USA skandalisiert. Jedoch handelt es sich eher um Zuspitzungen und/oder Ausweitungen von häufig in der amerikani-

schen Geschichte praktizierten *law & order*-Strategien des nationalen Sicherheitsstaats, die tief in die Institutionen und Rechtsgeschichte des Landes eingeschrieben sind.

Nicht nur gründete die liberale amerikanische Gesellschaft in der gewaltsamen Enteignung und Ausrottung indigener Bevölkerungen sowie der Versklavung und Entrechtung der afro-amerikanischen Bevölkerung. Sie hat nicht nur den ehemaligen Sklaven, sondern auch Frauen und Besitzlosen bürgerliche und politische Rechte lange vorenthalten. Und ihre Geschichte ist von Anfang an geprägt von militärischen Eroberungen nach außen, und nach innen – trotz der Bedeutung des Ersten Zusatzartikels zur Verfassung – von massiven Einschränkungen von Rede- und Meinungsfreiheit. Die *Alien and Sedition Acts* von 1798 bspw. kriminalisierten jedwede Kritik an der Regierung (der *Federalists*) und zielten damit v.a. auf die (von Neuankömmlingen favorisierte) Partei der Democratic-Republicans. Trump war nicht der erste Präsident, der sich später auf diese Gesetze berief: als er im März 2025 angebliche venezolanische Gangmitglieder, die von ICE »verschwunden« wurden, in das Hochsicherheitsgefängnis CECOT in El Salvador verfrachtete, bezog er sich auf die hier dem Präsidenten gewährte Autorität, Dissidenten zu deportieren. Auch die Palmer Raids, die (1918-21) unter der Präsidentschaft des Demokraten Woodrow Wilson stattfanden (und als »First Red Scare« in die Geschichte eingingen), zogen die Alien and Sedition Acts heran, um Tausende von Einwanderern sowie US-Bürger*innen, denen eine kommunistische oder sozialistische Einstellung unterstellt wurde, zu verhaften bzw. die Ausländer zu deportieren. Und Präsident Roosevelt berief sich ebenfalls auf dies Gesetz, um ca. 9000 japanisch-stämmige Amerikaner*innen als »enemy aliens« zu Beginn des 2. Weltkriegs in Konzentrationslager zu verfrachten, wo sie bis 1946 festgehalten wurden.

Nach dem Ende des Bürgerkriegs (1865) überwachten Bundestruppen – während der sog. Rekonstruktionsphase – zunächst die Einhaltung

der Rechte Schwarzer Amerikaner*innen, doch nach deren Abzug (1877) verabschiedeten die meisten Südstaaten so genannte Jim Crow Laws, mit denen rassistische Segregation bis in die 1960er Jahre durchgesetzt wurde. Die McCarthy-Ära (sog. »Second Red Scare«) begann mit der Direktive Präsident Harry Trumans (auch er ein Demokrat) im März 1947, alle Bundesangestellten einem Loyalitätstest zu unterziehen, um solche mit Nähe zu »totalitären, faschistischen, kommunistischen oder subversiven« Organisationen aus dem Staatsdienst zu entfernen. Die Säuberungen von angeblich linksextremen Staatsbediensteten weiteten sich bald auf Hollywood bzw. die Unterhaltungsindustrie, sowie Akademiker*innen, linke Politiker und Gewerkschafter aus, denen kommunistische Gesinnung oder »un-amerikanische Aktivitäten« unterstellt wurden. Und schließlich wurden Anführer der Bürgerrechtsbewegung und linke Aktivist*innen dekadentlang vom FBI drangsaliert, und Schwarze Befreiungsbewegungen wie die Black Panther in den 60er Jahren wurden systematisch dem rassistischen Terror und der Gewalt des Staats unterworfen. Dies veranlasste deren Theoretiker*innen – wie z.B. George Jackson, Angela Davis, aber auch Herbert Marcuse – zu argumentieren, dass es in den USA keiner Machtergreifung durch eine faschistische Bewegung bedürfe, denn das karzerale System, die weiße Vorherrschaft, und die Aufstandsbekämpfung des Staats könnten jederzeit nicht nur gegen ihre Communities und andere anticoloniale Bewegungen aktiviert werden, sondern auch darüber hinaus schleichenden Autoritarismus und sogar Faschisierung beschleunigen.

Der Trumpismus weicht also nicht so stark vom »amerikanischen Weg« ab wie oft unterstellt (und auch nicht vom neoliberalen Weg!), sondern manifestiert eine von Anfang an charakteristische Regierungstendenz – von der Herrschaft der weißen Männer in der frühen Siedlergesellschaft bis hin zu Reagans konservativer Revolution. Das von der aktuellen Regierung implementierte *Project*

2025 ist die neunte, von der Heritage Foundation erarbeitete Blaupause für Republikanische Regierungen seit Reagan, und adaptiert lediglich die immergleiche Wunschliste der Republikaner an die heutigen Bedingungen.

Was heute allerdings neu ist, ist das Ausmaß der Vermögensungleichheit und die Schärfe der Verwertungskrise des Kapitals im Kontext sich verschiebender geoökonomischer und geopolitischer Kräfteverhältnisse. Die sich seit Jahrzehnten verschärfende soziale Ungleichheit wird durch das OBBB-Gesetzespaket derart weitergetrieben, dass breite Verelendungsprozesse absehbar sind. Gleichzeitig konzentrieren die oberen 10% solch gigantischen Reichtum, dass nüchterne Begriffe wie Einkommens- oder Vermögensungleichheit diese Disparitäten kaum angemessen beschreiben. Diese Mega-Reichen, vor allem die neuen Finanzeliten und Big Tech-Mogule, die sich früh als Trump-Unterstützer hervorgetan haben und von seiner Politik weitaus mehr profitieren als die sog. MAGA-Basis, pflegen zu großen Teilen eine ideologische Nähe zur visionären Fortschrittserzählung rechtskonservativer Vordenker wie Curtis Yarvin. Da sich aus deren Visionen weder ein kohärentes noch nachhaltiges Gesellschaftsmodell entwickeln lässt, das auch den 80% ein lebenswertes Leben zugesteht, werden wohl heftige soziale Kämpfe und politische Auseinandersetzungen notwendig sein.

Quelle: Grundlage des Textes ist ein Beitrag von Margit Mayer in dem von Bernd Belina u.a. herausgegebenen Buch: *Multiple Krise und globale Konstellationen des Kapitalismus*, das 2026 beim Verlag Westfälisches Dampfboot erscheinen wird.

Der Text wurde von der Redaktion gekürzt; der ganze Text mit Fußnoten und Literaturliste findet sich auf der Webseite des Verlags Westfälisches Dampfboot als »Leseprobe«:
<https://www.dampfboot-verlag.de/en/bucher/multiple-krise-und-neue-konstellationen-des-kapitalismus>

Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitspolitik unter Donald Trump

Zusammenfassung des Vortrags von Eckardt Johanning

Nach dem Input von Margit Mayer über die allgemeine politische Situation referierte Eckardt Johanning, Allgemein- und Arbeitsmediziner und vdää*-Mitglied, der seit langem in New York lebt, online über die Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitspolitik unter Donald Trump.

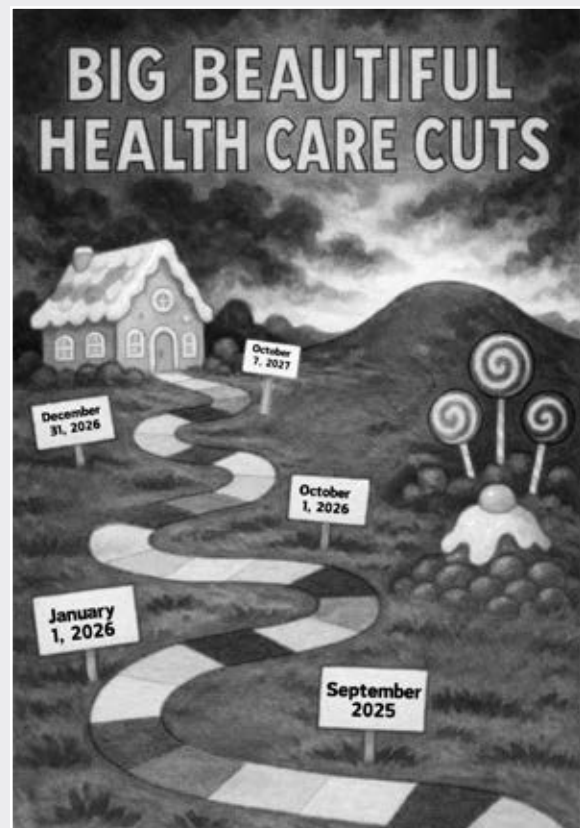
Unsere Veranstaltung fand während des Government shut-down statt und Eckardt berichtete, dass gerade tausende Beschäftigte auch im Gesundheitswesen entlassen oder zumindest nicht mehr bezahlt wurden. Das war aber nur vorübergehend. Schärfer wirken die Regelungen, die mit dem Big Beautiful Bill angekündigt sind: Kürzungen bei Medicaid (der Krankenversicherung für die Armen) um 1 Billionen US-Dollar und bei Medicare (Krankenversicherung für Rentner*innen) um 490 Milliarden US Dollar zwischen 2027-2034. Außerdem sollen ab 2026 die Zuzahlungen durchschnittlich um 75% und auch die Versicherungsbeiträge selbst um durchschnittlich 15% steigen. Krankenhäuser vor allem im ländlichen Raum in armen Vierteln sollen geschlossen werden. Dienstleistungen wie Krebsvorsorge und Geburtenkontrolle durch »Planned Parenthood« sind sofort gestoppt worden und Migrant*innen (Asylsuchende) sollen ab 2026 gar keine Versicherung mehr bekommen.

Der Hintergrund für die geplante Verteuerung der Versicherungsbeiträge ist die Einführung des Affordable-Care Acts durch Obama, die dazu geführt hat, dass sich der Prozentsatz der Unversicherten in den USA von vorher über 20% auf heute 8 % reduziert hat. Mit den neuen Maßnahmen wird er wieder drastisch ansteigen, so die Befürchtung von Eckardt Johanning. Er zeigte uns dann noch Zahlen zur Verteilung des Status des Unversicherten auf »race and ethnicity«: Wie zu erwarten sind Weiße Menschen und Asiat*innen am wenigsten betroffen, die meisten Unversicherten gibt es unter den Hispanics, anderen Nicht-Weißen und Schwarzen, so der Health System Tracker. Eckardt konnte auch mit Zahlen belegen, dass in den USA nach wie vor das von Julian Tudor Hart so genannte »Inverse Care Law« gilt, demgemäß die Menschen mit der schlechtesten Gesundheit am schlechtesten versorgt sind. Also diejenigen, die das Gesundheitssystem am meisten brauchen, haben den schlechtesten Zugang.

Die USA, das Land mit den höchsten Gesundheitsausgaben gab 2023 pro Kopf 13.432 US \$ aus, während vergleichbare Länder im Durchschnitt 7.393 US \$ (Deutsch-

land 7.811 US \$) ausgeben, aber in der Regel 100% oder fast 100 % der Bevölkerung krankenversichern. In den USA sind es aber nur 92,4%. Das alles wird sich durch die jetzige Regierung weiter verschlechtern. Hinzukommt, dass 62% der US-Bürger*innen kein Vertrauen in den Gesundheitsminister Robert F. Kennedy Jr. haben – insbesondere nicht in seine Impfeempfehlungen. Das ist auch in der internationalen Öffentlichkeit angekommen. Um nicht völlig pessimistisch zu enden, verwies Johanning am Ende seines Beitrags auf die positive Stimmung in New York, seit mit Zohran Mamdani eine neue sozialistische Hoffnung aufkeimt, auch wenn er weder bundespolitischen noch gesundheitspolitischen Einfluss hat. Aber immerhin ist jetzt ein bekennender Sozialist mit offen klassenpolitischer Perspektive der Bürgermeister der größten Stadt der USA.

An irgend etwas muss man sich in diesen Zeiten hochziehen!



Trump zum Zweiten

Globale und nationale Gesundheitspolitik als Kampffeld der autoritären Rechten

Andreas Wulf

Neben der Wirtschafts-, Sicherheits-, Entwicklungs- und Migrationspolitik hat das knappe erste Jahr der zweiten Trump-Präsidentschaft auch im Feld der Gesundheitspolitik zu massiven »Disruptionen« geführt, die geradezu zum Markenzeichen seiner Politik geworden sind.

Dies hatte und hat sowohl Auswirkungen in den USA selbst als auch auf die multilateralen Organisationen und globalen Gesundheitsprogramme. Denn in diesen haben die USA einen kaum zu ersetzenden finanziellen und technischen Beitrag geleistet. 35-40% aller internationalen Mittel dieser Gesundheitsprogramme (besonders des *Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria*, der Globalen Impfstoff Allianz GAVI, aber auch der Impfstoffprogramme von UNICEF oder dem WHO koordinierten Polio-Bekämpfungsprogramm) und viele weitere sind bislang zu einem großen Teil von den USA finanziert worden.¹

Inzwischen wird deutlich, dass die USA wie auch in ihrer internationalen Wirtschaftspolitik auf »Dealmaking« und mit ihrer neuen »America First Global Health Strategy«² vom September 2025 auf bilaterale Abkommen setzt statt auf internationale Abstimmungen, um für ihre finanzielle Unterstützung klare eigene Vorteile für US-amerikanische Firmen und exklusive Zugänge zu Krankheitserregern mit pandemischem Potential in den Verträgen festzuschreiben.³

Den Ausstieg aus der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte Trump auch schon 2020 am Ende seiner ersten Amtszeit in der Auseinandersetzung um die Covid19-Bekämpfung verkündet, aber faktisch wurde dieser dann von der folgenden Biden-Regierung gleich im Januar 2021 wieder einkassiert. Diesmal hat er keine Zeit verstreichen lassen, sondern bereits am ersten Tag seiner Amtszeit den erneuten Austritt der USA aus der WHO angeordnet, die Zahlungen als größter Beitragsgeber eingestellt und dazu allen US-amerikanischen Expert*innen die

Zusammenarbeit mit der WHO verboten. Konsequenterweise waren die USA dann auch nicht mehr mit einer Delegation bei der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung im Mai 2025 präsent und haben somit auch weder über die überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften für den Umgang mit globalen Krankheitsausbrüchen noch über den Pandemievertrag in seiner Schlussphase mitabgestimmt.

Auch auf nationaler Ebene ist die »disruptive« Gesundheitspolitik ein Markenzeichen der zweiten Amtszeit Trumps. Sein umstrittener Kandidat für das Amt des Gesundheitsministers, der langjährige Impfskeptiker Robert F. Kennedy Jr., konnte Mitte Februar sein Amt antreten⁴, nachdem er dem für Gesundheitspolitik zuständigen Senatskomitee Zusagen einer »partnerschaftlichen Zusammenarbeit« und Zugeständnisse einer weiterhin wissenschaftlichen Leitung der Bundesbehörden gegeben hatte.⁵ Die anschließende Praxis sah allerdings anders aus.

Den Bundesgesundheitsbehörden – etwa den *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* und die *National Institutes for Health (NIH)* – verpassten Trump und Kennedy gleich in den ersten Tagen faktisch einen Maulkorb, wichtige Webseiten mit Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit oder der vermeintlichen »Genderideologie« sind seitdem nicht mehr abrufbar. Aber auch die internationalen Expert*innennetzwerke im Bereich der globalen Epidemie- und Pandemieüberwachung und -kontrolle sind durch das Verbot der Kooperation mit den US-amerikanischen Behörden massiv eingeschränkt, die Expertise von CDC und NIH ist kaum so schnell zu ersetzen.⁶

Ebenso blockierte Trump in den ersten Tagen die Programme zu Diversität, Gleichstellung und Inklusion aller Bundesbehörden. Auch das Pentagon und die Streitkräfte der USA sind davon nicht ausgenommen. Wie zu erwarten war, setzte Trump auch die *Mexico City Policy*, von ihren Kritiker*innen auch

Dr. Andreas Wulf arbeitet bei *medico international* in Frankfurt als Referent für Globale Gesundheit und Transformative Hilfe.

»Global Gag Rule« genannt, wieder in Kraft, ein Erbe der Ronald Reagan Ära, mit dem allen Empfänger*innen von US-amerikanischer Auslandshilfe die Durchführung, Förderung, Aufklärung und Beratung von / über Abtreibungen in Programmen sexueller und reproduktiver Gesundheit verboten wird, wollen sie die US-Unterstützung nicht verlieren.

Dieser konservative »Kulturkampf« gegen ein umfassendes Verständnis, Anerkennung und Praxis von geschlechter- und sexuellen Identitäten, Rechten und Gesundheit ist nicht neu, aber er eskalierte in diesem Jahr massiv, und nicht nur durch die US-Regierung. Unerwartet trug auch der argentinische Präsident Javier Milei diesen Kreuzzug ins Weltwirtschaftsforum Ende Januar 2025 im Schweizer Davos. Statt sich zu seiner Wirtschaftspolitik per »Kettensäge« zu äußern, machte er dort den »kranken Wokeismus« einer radikalen Genderideologie für Kindesmissbrauch verantwortlich und kündigte an, den Femizid als Straftatbestand abzuschaffen.⁷ Es bleibt abzuwarten ob sich die Trump-Regierung 2026 in diesem Forum ähnlich kontrovers verhält oder es komplett ignoriert, da dort auch von den »Planetaren Grenzen« die Rede sein soll, die die Klimakrise verschärfen. Denn Trumps Rede vor der UN-Vollversammlung im September war ein nicht zu überhörender Beitrag eines Klimakrisenleugners.⁸

WHO Austritt nur ein Teil des Bildes von »America First«

War Trumps Ausstieg aus der WHO schon erwartet worden, so traf die »Kettensäge« des *Department of Government Efficiency (DOGE)*⁹, ein Programm zur radikalen Reduzierung föderaler Strukturen in den USA, die Betroffenen der Entwicklungszusammenarbeit und ihrer Behörde USAID (United States Agency for International Development) nahezu unerwartet. USAID hatte seit den 60er Jahren einen beträchtlichen Anteil an der globalen »soft power« der USA und wird traditionell von beiden großen Lagern in den USA, den Republikanern und den Demokraten, unterstützt. Die Förderung globaler Gesundheitsprogramme ist dabei eine wesentliche Komponente, nicht zuletzt durch den im Jahr 2003 von Präsident George W. Bush eingeführten *President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)*, der vor allem in afrikanischen Ländern einen bedeutenden Anteil an den nationalen HIV/AIDS-Präventionsprogrammen und der Versorgung mit AIDS-Medikamenten sichert und für Millionen Menschen eine langfristige Überlebenschance bietet.¹⁰

Auch wenn inzwischen der Widerstand gegen diese Entscheidungen von Mittelkürzungen und Personalentlassungen vor den Gerichten erste Erfolge zeigt,¹¹ so zeigt auch diese »tabula rasa« den ideologischen Charakter des Kampfes gegen die vermeintlich »linksradikale USAID«, wie es Musk formuliert.¹² Die Mittel von PEPFAR finanzierten in vielen afrikanischen Ländern gezielt Programme für »hard to reach«-Zielgruppen wie Sexarbeiter*innen, sexuelle Minderheiten und Drogengebrauchende, die durch nationale Gesundheitsprogramme kaum erreicht werden. Dies mag teilweise die besondere Obsession von Trump

und Musk in ihrem »Kreuzzug« gegen PEPFAR und USAID erklären, und gegen eine globale Gesundheitspolitik, die traditionell von beiden politischen Großlagern in den USA unterstützt wird und gerade ein bevorzugtes Opfer der Disruption wird.

Die Proteste aus allen Bereichen der Globalen Gesundheitsprogramme sind massiv, nicht nur aus dem HIV/AIDS Bereich, auch in Tuberkulose – und Malaria-Bekämpfungsprogrammen, bei Beratungsstellen zu Familienplanung, reproduktiver und sexueller Gesundheit fehlen nötige Medikamente wie Kontrazeptiva und werden tausende von Mitarbeiter*innen entlassen und die Arbeit eingestellt.¹³

Rechte Allianzen gegen globale Verantwortung

Trumps Abneigung gegen die WHO zu Beginn der Corona-Pandemie 2020 hatte bereits damals eine klare geopolitische Tönung: Dem WHO-Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus warf er vor, sich in der Klärung der Frage, woher das Coronavirus stammt, zu diplomatisch gegenüber China verhalten zu haben.

Diese Haltung findet sich in seinem Dekret¹⁴, mit dem er den Austritt der USA aus der WHO begründet. Auch die vermeintlich übermäßigen Mitgliedsbeiträge, die die USA zu zahlen hätten, führte Trumps Austrittsbegründung an. Tatsächlich orientieren sich diese an den allgemein üblichen Kostenverteilung innerhalb der Vereinten Nationen, und diese weist den USA aufgrund ihrer Wirtschaftsstärke 22% der Gesamtkosten der UN zu.¹⁵

Ausschlaggebend scheinen für Trump – wie auch für Milei, der gut zwei Wochen nach Trump den Austritt Argentiniens aus der WHO ankündigte – aber vermeintliche Souveränitätsverluste zu sein, die die multilateralen Institutionen in den Mitgliedsländern angeblich verursachten.

Entgegen fortwährender Beteuerungen des Generaldirektors der WHO, dass es die Mitgliedstaaten selbst sind, die konkrete gesundheitspolitische und Infektionsschutz Maßnahmen festlegen, ist die WHO im Zuge der Pandemie – und angeheizt durch eine »Infodemie«¹⁶ von Fake News etwa über mögliche Nebenwirkungen der Covid-19-Impfstoffe – für einen großen Teil der rechtspopulistischen bis rechtsextremen Öffentlichkeit zu einem Sündenbock geworden, auf den sich bequem Frustrationen, Ängste und Verlusterfahrungen projizieren lassen.

In Deutschland tat und tut sich vor allem die AfD damit hervor. Die Partei pflegt enge Verbindungen zu Coronaleugner*innen und teilt deren Diskurs gegen Eliten, Expert*innen und alle, »die da oben« angeblich für die Fremdbestimmung des eigenen Lebens verantwortlich sind. Deutlich zeigte sich dies bei der Bundestagsdebatte am 16. Mai 2024 über den Pandemievertrag. Der vermeintliche »Souveränitätsverlust«, der durch den kommenden Pandemievertrag und die bereits im selben Monat durch die Weltgesundheitsversammlung verabschiedeten »Internationalen Gesundheitsvorschriften« verursacht würde, bildete den Kern ihrer Kritik.¹⁷ Auch bei der jüngsten Diskussion im Gesundheitsausschuss des Bundestages über die Übernahme der bei der WHO vereinbarten erneuer-

ten Internationalen Gesundheitsvorschriften im Oktober 2025 stellten die fünf anwesenden AfD-Abgeordneten (die größte Gruppe neben 3 Abgeordneten von der CDU und nur jeweils einem*r von SPD, Grünen und Linken) den angeblichen nationalen Souveränitätsverlust durch internationale Abkommen ins Zentrum ihrer Kritik.¹⁸

Dieser Allianz der rechten WHO-Kritiker*innen, der sich Anfang des Jahres auch noch der ungarische Premierminister Victor Orban¹⁹ und der italienische Lega-Chef Matteo Salvini²⁰ anschlossen, setzten die übrigen Mitgliedsländer in der Sitzung des WHO-Exekutivrates Anfang Februar 2025 wenig mehr entgegen als ein allgemeines Bekenntnis zur Bedeutung der Weltgesundheitsorganisation für die Schaffung und Durchsetzung globalen Normen, für die globale Unterstützung in Gesundheitskrisen und den Aufbau von Gesundheitssystemen in den Ländern des Globalen Südens.

Anstatt sich deutlich und kollektiv für eine Stärkung der unabhängigen Finanzierung der WHO durch steigende Mitgliedsbeiträge der Staaten auszusprechen, wie es schon drei Jahre zuvor vereinbart worden war, und dies auch mit konkreten Beiträgen zu untermauern, zeigte sich (bislang?) vor allem China zu einem substantiellen freiwilligen Zusatzbeitrag von 500 Mio USD über die kommenden fünf Jahre im Mai 2025 bereit. Dies füllt allerdings nur einen Teil der Finanzierungslücke. Denn der Verlust von 22% der ungebundenen WHO-Mitgliedsbeiträge, die auf die USA fallen – für 2024 und 2025 belaufen sich diese auf etwa 260 Mio. US-Dollar –, sowie der fast dreimal so hohen zusätzlichen freiwilligen US-Mittel für spezifische Programme zur Bekämpfung und Kontrolle von Kinderlähmung, Malaria, HIV/AIDS und globalen Infektionsausbrüchen, die für 2024 und 2025 etwa 730 Mio. US-Dollar betragen²¹, wird die Arbeit der Organisation und vor allem die Planung für die kommenden Jahre massiv einschränken. Als Notfallmaßnahmen wurden bereits alle Neueinstellungen gestoppt und Reisen auf ein Minimum reduziert, internatio-

nale Treffen werden fortan vorrangig virtuell abgehalten.

Wem gehört die WHO?

Tatsächlich stießen die Appelle des Generaldirektors an die Mitglieder des Exekutivrates, die WHO als »ihre Organisation« zu begreifen, sichtbar ins Leere. Während die (ärmeren) Länder des globalen Südens immer wieder die Unterstützung ihrer schwachen Gesundheitssysteme fordern, sehen sich die wohlhabenden Länder in der Geberrolle und mahnen seit langem Reformen in den WHO Strukturen an, die die Organisation effizienter und schlagkräftiger machen sollen.

Damit gerät die WHO allerdings immer stärker in die Rolle einer »implementing Agency«, einer ausführenden Agentur, die medizinische Hilfstteams koordiniert und Impfkampagnen organisiert – wie aktuell gegen Mpox in der DR Kongo, Ebola in Uganda oder den im Sommer 2024 befürchteten Polioausbruch im Gazastreifen.

Drastisch zeigt sich dies in den Vorschlägen auf der Exekutivratssitzung vom Februar, nur noch solche Resolutionen mit neuen Aufgaben für die WHO zu verabschieden, für die es auch eine finanzielle Absicherung gibt. Das erscheint auf den ersten Blick sinnvoll – überwindet aber gerade nicht das Dilemma der fragmentierten Organisation, die jährlich 3.000 Berichte für einzelne Geldgeber erstellen muss.

Dagegen hatte die WHO in ihrer ersten »Investmentround« 2024 für eine möglichst flexible und ungebundene Finanzierung zusätzlich zu den Mitgliedsbeiträgen geworben. Sie konnte sich dabei für die Jahre 2025-28 auch immerhin knapp 1,7 Mrd. USD an Zusagen sichern²² – davon allerdings drei Viertel von den »traditionellen Geberländern« aus Europa. Gerade die Finanzierungsrunde beim G20 Gipfel in Brasilien im November 2024 war wenig erfolgreich, die VR China »investierte« mit 20 Mio. weniger als das Zehntel der Beträge von Deutschland oder der EU und wurde selbst von Indonesien mit 30 Mio. überholt. Russland, Mexiko, Argentinien und auch Brasilien selbst hielten sich komplett zurück.

Es sind noch einige Plätze frei!

vdää* on Radtour 2026 – Gesundheitspolitik im Ruhrgebiet

Eine kleine Brigade plant eine gesundheitspolitische Radtour des vdää* von West nach Ost durch das für Radfahren mittlerweile gut erschlossene Revier. Besondere sportliche Voraussetzungen sind nicht nötig. Das Programm wird die Stationen der Tour bestimmen: 2-3 Programmpunkte pro Tag (Führungen, Diskussionen, Besichtigungen); hier haben wir schon mehr Ideen gesammelt, als realistisch umzusetzen sind. Die Unterkünfte werden wir aussuchen und buchen, insbesondere nach Fahrradfreundlichkeit, es wird DJH-Level sein.

Termin

Montag, 14.09.26
Anreise nach Dinslaken bei Duisburg
Donnerstag, 17.09.26
Ankunft abends in Dortmund
Freitag
Heimreise

Die Finanzierung steht natürlich noch nicht, wir werden aber sicher für nicht so finanzstarke Menschen eine solidarische Lösung finden.

Anmeldung und Fragen immer gerne an

Michael Janßen /
Anke und Jörg Dolgner

Mail an: mi.janssen@arcor.de

EMPFEHLUNGEN

YouTube Kanal: Gary's economics

Der ehemalige Börsenhändler, Buchautor und Oxford-Absolvent Gary Stevenson erklärt seinen Hörer*innen in diesem Kanal jede Woche die Regeln der Marktwirtschaft. Der 39-jährige wuchs in den 90er-Jahren im armen Londoner Stadtteil Ilford auf und galt bereits in seinen frühen Zwanzigern als einer der erfolgreichsten Trader der US-amerikanischen Citibank. Nach eigener Aussage handelte er dabei nach einem ebenso perfiden wie simplen Erfolgsrezept: Er setzte millionenschwere Wetten auf den drohenden Zusammenbruch der Mittelschicht, den viele Ökonom*innen außerhalb der Großbanken bis heute nicht anerkennen. Für einen linken Podcast (der Stevenson explizit nicht sein möchte) ist die Aufmachung ungewöhnlich; stilistisch könnte man auch einen weiteren, auf junge Männer zugeschnittenen Kanal der eher rechten „Manosphere“ erwarten. Tatsächlich spricht Stevenson explizit auch potenzielle Wähler*innen der rechtspopulistischen Partei *Reform UK* an, die in seinen Augen oft die größten Opfer der wachsenden Ungleichheit sind. Umso erfreulicher dann, wenn jeden Sonntag in leicht verständlicher Sprache einem politisch ungewöhnlich diversen Publikum die gegenwärtige Verteilungskrise erklärt und hohe Erbschafts- und Vermögenssteuern gefordert werden.



So wird sich ein Trend verstärken, in dem die WHO noch stärker als bisher auf »Partnerschaften« setzen wird. Damit sind nicht nur die großen philanthropischen Stiftungen gemeint, ohne die wichtige Teile der Arbeit der WHO nicht mehr möglich wären – die Gates Foundation finanziert z.B. den Löwenanteil des Programms zur Bekämpfung von Polio, mit dem in vielen Ländern des globalen Südens wichtige Überwachungsmaßnahmen getätigt werden – sondern auch Partnerschaften mit Unternehmen etwa aus der Pharmaindustrie, die Medikamente für WHO-Programme spenden oder die FIFA, mit der die WHO ein Programm zur Förderung von »Gesunden Lebensweisen« durch Fußball betreibt. Auch die Gründung einer »WHO-Stiftung«²³, die bei Philanthropen, Unternehmen und Investoren um Spenden wirbt, hat eine ähnliche Stoßrichtung.

Viele zivilgesellschaftliche Gruppen, die die WHO in »kritischer Solidarität« seit vielen Jahren begleiten, halten diese zunehmende Abhängigkeit für hochproblematisch, weil sie die Basis einer an public interest orientierten Gesundheitsarbeit unterminieren könnte. Interessenskonflikte, etwa zwischen Profiten der Pharmaindustrie und dem Ziel einer bestmöglichen und finanzierbaren Gesundheitsversorgung werden in einer solchen Abhängigkeit systematisch kleingeredet und verschleiert.²⁴

Gerade deshalb ist die Unabhängigkeit der WHO, die laut ihrer Verfassung von 1948 dem Recht aller Menschen auf den höchsten erreichbaren Zustand der Gesundheit verpflichtet bleibt²⁵, so eminent wichtig. Wenn dies nur ohne das (bislang) finanzstärkste Mitglied und möglicherweise seiner Vasallen geht, dann stehen die anderen Mitglieder umso mehr in der Pflicht, diese Institution weiter zu sichern und den USA klar die Grenzen – und Nachteile – aufzuzeigen, die eine solche Verweigerung der Mitgliedschaft mit sich bringt. Ob die Vorteile des Austritts aus einem etablierten globalen System des Teilens von Informationen, Normen und Verantwortung die zu erwartenden negativen Folgen überwiegen werden, wird diese und folgende US-Re-

gierungen dann in Zukunft für sich entscheiden müssen.

Anmerkung

- 1 <https://www.thinkglobalhealth.org/article/state-global-health-funding-august-2025>
- 2 <https://www.state.gov/releases/office-of-the-spokesperson/2025/09/america-first-global-health-strategy>
- 3 <https://blogs.lse.ac.uk/usappblog/2025/10/10/the-america-first-global-health-strategy-shifts-the-us-from-global-health-leadership-to-using-health-as-another-area-of-strategic-competition/>
- 4 Robert F. Kennedy, Jr. Sworn in as 26th Secretary at HHS, President Trump Signs Executive Order to Make America Healthy Again | HHS.gov
- 5 RFK Jr.'s nomination to be health secretary advances in Senate vote | AP News
- 6 From Mpox To Influenza – USAID Collapse And CDC Blackout Upend WHO Response To Deadly Outbreaks – Health Policy Watch
- 7 President Milei's homophobic Davos speech sparks protests across Argentina
- 8 Trump criticises countries' migration and climate policies in scathing UN speech:
- 9 Auch von DODGE selbst spricht Trump nur noch in der Vergangenheit. Das Programm gilt lt. Süddeutscher Zeitung als gescheitert. Hunderte Staatsbedienstete, die wegen DOGE ihren Job verloren haben, wurden inzwischen von der Regierung wieder gebeten, doch bitte zurückzukommen. Vgl. DOGE »existiert nicht mehr«, SZ 28.11.2025, <https://www.sueddeutsche.de/politik/doge-usa-trump-musk-projekt-li.3345059>
- 10 Reevaluating And Realigning United States Foreign Aid – The White House
- 11 Supreme Court rejects Trump administration's bid to avoid paying USAID contractors
- 12 USAID Controversy Explained: Why Musk, Trump Is Attacking Foreign Aid Agency
- 13 Huge Risk Of Drug-Resistant Tuberculosis In Wake Of Abrupt US Funding Cuts – Health Policy Watch
- 14 Withdrawing The United States From The World Health Organization – The White House
- 15 Funding the United Nations: How Much Does the U.S. Pay? | Council on Foreign Relations
- 16 Fragen und Antworten: Wie sich die Infodemie mit digitalen Lösungen bekämpfen lässt, um Gesundheitsrisiken während der COVID-19-Pandemie und darüber hinaus zu verringern
- 17 Deutscher Bundestag – Kontroverse Debatte über den WHO-Pandemievertrag
- 18 Aufzeichnung der Experten Anhörung im BT Gesundheitsausschuss zu den IGV: <https://www.youtube.com/watch?v=QjSMF-Nmjsc4>
- 19 Hungary floats WHO withdrawal after Trump and Milei exits – POLITICO
- 20 Italy's far-right League party backs Trump's WHO exit – POLITICO
- 21 WHO | Programme Budget Web Portal
- 22 WHO's Investment Round – Commitments
- 23 WHO Foundation WHO Foundation
- 24 Briefing_0916_FENSA.pdf
- 25 Constitution of the World Health Organization

»KI«, Digitalisierung und »Longevity«

Über Tech-Narrative und soziale Ungleichheiten von Gesundheit

Manuel Hofmann

Wir konnten Manuel Hofmann gewinnen für den Workshop zum Thema: Digitalisierung und soziale Determinierung. Er hat eine Zusammenfassung der dort diskutierten Inhalte geschrieben.

Wenn über »Künstliche Intelligenz« in der Medizin gesprochen wird, tauchen derzeit die immer gleichen Argumente auf: »KI«-Technologien ermöglichen mittels Mustererkennung frühe und genauere Diagnosen, bringen Effizienzgewinne durch Automatisierung administrativer Aufgaben, ermöglichen eine individualisierte Medizin. Ärzt*innen sollen mehr Zeit für ihre Patient*innen haben, indem sie von lästigen Alltagsaufgaben entlastet werden. So formuliert es ein Beitrag in den »Tagesthemen«¹.

Kontrastiert werden die Heilsversprechen der »KI« darin mit offensichtlichen strukturellen Problemen innerhalb des derzeitigen und sich abzeichnenden Gesundheitswesens. Der steigende Kostendruck, wenig Zeit für die Betreuung von Patient*innen, hohe Arbeitsbelastungen innerhalb des Gesundheitswesens. Ferner bringt der demografische Wandel viele ältere Patient*innen mit erhöhten Pflege- und Behandlungsbedarfen mit sich, während gleichzeitig für sehr viele Mitarbeiter*innen in Gesundheitsberufen die Rente bevorsteht.

Kann »KI« also zukünftig das Gesundheitswesen verbessern und vielleicht sogar Krankheiten heilen? Unter dem Sammelbegriff »Künstlicher Intelligenz« verbirgt sich eine Vielzahl unterschiedlicher Technologien, die von trivialer Prozessdigitalisierung über regelbasierte Entscheidungssysteme bis zu jenen großen, auf Wahrscheinlichkeiten basierenden Sprachmodellen reichen, die durch ChatGPT, Perplexity und Co. inzwischen im Alltag so vieler Menschen angekommen sind. Entgegen dem allgegenwärtigen Hype von »KI« müssen daher verschiedene Technologien und ihre jeweiligen Möglichkeiten und Begrenzungen differenziert betrachtet werden.

Technologie und Gesellschaft prägen sich wechselseitig. Neue Technologien müssen daher immer kritisch dahingehend befragt werden, was sie entstehen und populär werden lässt und welche sozialen und politischen Auswirkungen sie haben.

Als Handwerkszeug haben Technologien, mit oder ohne »KI«, bisweilen tatsächlich das Potenzial, medizinische Versorgung zu verbessern und Prozesse zu vereinfachen. Sie werden aber keine alleinige Lösung für ein krankendes Gesundheitssystem darstellen. Sie heben soziale Ungleichheiten von Gesundheit nicht auf, können sie gegebenenfalls sogar verschärfen. Es braucht daher einen kritischen Blick auf gegenwärtige Tech-Narrative und Heilsversprechen. Drei solcher typischen Erzählungen werden folgend herausgegriffen, nämlich Effizienzversprechen durch »KI« im Gesundheitswesen, die Idee von »KI« als persönlicher Gesundheitsassistent und den »Longevity«-Ansatz, also die Vorstellung einer »KI«-gestützten Langlebigkeit.

»KI« als Effizienzmaschine in Zeiten politisch gewollter Ressourcenknappheit

»Insofern haben wir ganz klar die Zielsetzung, innerhalb einer Dekade ein Drittel der Mitarbeiter durch diese Technologien ersetzen zu können.«
Heyo Klaus Kroemer, Vorstandsvorsitzender Charité²

Manuel Hofmann ist Politikwissenschaftler und Soziologe. Er arbeitet bei der Deutschen Aidshilfe als Referent für Digitalisierung.

Das Argument, dass »KI« zukünftig Mediziner*innen von Alltagsaufgaben entlastet und mehr Freiraum für Patient*innen schafft, muss gleich in doppelter Hinsicht überprüft werden:

Erstens: Während in der Vergangenheit immer wieder Versprechen zu Produktivitätsgewinnen durch neue Technologien gemacht wurden, sind diese oft nicht ohne Weiteres und vor allem nicht direkt nach deren Einführung eingetreten. Bisweilen brachten sie schädliche Folgen für Beschäftigte oder Umwelt mit sich. Soziale und politische Systeme müssen sich erst mit einiger Anstrengung an neue technische Realitäten anpassen, um wirklich von ihnen zu profitieren.

Zugleich werden teilweise vollkommen unrealistisch große Effizienzgewinne durch technische Lösungen angekündigt: Bis 2035 sollen 11.000 Hausärzt*innen in Deutschland fehlen. Das ist eine Menge. Beratungsunternehmen wie »EY« sehen dennoch als Lösungsstrategie primär Prozessdigitalisierung, Telemedizin und die flächendeckende Nutzung der elektronischen Patient*innenakte³.

Es ist kein Einzelfall: Manche Menschen im Arbeitsfeld E-Health behaupten sogar, Hausärzt*innen könnten künftig mittels Technologie das Zehnfache an Patient*innen behandeln⁴, was angesichts voller Wartezimmer in Praxen und des Bedürfnisses vieler Patient*innen nach menschlichem Kontakt und Empathie schwer vorstellbar ist.

Der Einführungsprozess der elektronischen Patient*innenakte zieht sich, von ersten Ideen bis zur Umsetzung, seit über 20 Jahren – und ist dennoch auch nach bundesweitem Roll-out im April 2025 längst nicht flächendeckend etabliert und vollumfassend so in der Versorgung angekommen, dass alle davon profitieren und eine messbare Arbeitserleichterung eingetreten ist. Wenn die letzten Jahre eines zeigen, dann, dass Digitalisierung mühsam ist, Zeit braucht und nicht alles von Anfang an so klappt, wie man sich das während des Entwicklungsprozesses ausgedacht hat.

Zweitens: Wenn der Vorstandsvorsitzende der Charité, Heyo Klaus Kroemer, angibt, innerhalb einer Dekade die in Rente gehenden Mitarbeiter*innen durch »KI« ersetzen zu wollen – konkret ein Drittel der Belegschaft –, setzt er dabei nicht nur auf unrealistische Versprechungen von Effizienzgewinnen durch »KI«-Automatisierung in einem wahnsinnig kurzen Zeitraum, sondern verkennt auch, dass Patient*innen in Krankenhäusern in der Regel mit sehr realen und pflegebedürftigen Körpern da liegen, deren Bedürfnisse keine Algorithmen stillen, sondern hart arbeitende Pfleger*innen.

Selbst wenn »KI« viele Aufgaben erleichtert: In einer um ein Drittel zusammengestrichenen Belegschaft haben Ärzt*innen gerade nicht die oftmals versprochene zusätzliche Zeit für die Patient*innen, sondern eine noch weiter verdichtete Arbeitsrealität. Hinter der vermeintlichen »KI«-Revolution verbirgt sich nicht zuletzt knallharte Austeritätspolitik.⁵ Der Einsatz von Technologien, auch von »KI«, muss sich nicht nur an Effizienz messen lassen, sondern auch daran, ob er menschenwürdige und wünschenswerte Zukünfte hervorbringt.

»KI« als persönliche Gesundheitsassistentenz

Eine zweite Antwort auf drohendes Systemversagen ist maximale Individualisierung von Gesundheit. Dieser Trend taucht in unterschiedlichen Gewändern auf, meint aber fast das immer Gleiche: Du musst dich mal mehr um dich selbst kümmern.

»Deutsche gehen zu oft zum Arzt«, sagt Bundeskanzler Friedrich Merz.⁶ Andere Vertreter*innen im Gesundheitswesen verweisen auf die Vorteile von mehr Selbstmedikation bei leichten Erkrankungen, eine wachsende Gesundheitskompetenz und mehr Prävention. Meint alles: Sie sollen ein strapaziertes System nicht unnötig belasten und Gesundheitsbeschwerden erst mal für sich selbst regeln. Auch mittels finanzieller Anreize (im Sinne niedrigerer Kassenbeiträge bei Verzicht auf Besuche von Ärzt*innen) könne die Eigenverantwortung gestärkt werden.⁷

»KI« soll hierbei eine zentrale Rolle spielen. BITKOM⁸ und Bertelsmann Stiftung⁹ veröffentlichen jeweils Befragungen, die demonstrieren sollen, wie verbreitet der Einsatz von Sprachmodellen bei Gesundheitsthemen jetzt schon ist: 45% der Deutschen befragen die »KI« bereits zu Symptomen und Gesundheitsthemen, sagt die BITKOM. Der Verband, der IT-Unternehmen vertritt, betont die Chancen einer digitalen Zukunft im Gesundheitswesen. Auch die Bertelsmann Stiftung will eine wachsende Verbreitung erkennen, sieht aber derzeit weiterhin »Dr. Google« auf dem ersten Platz.

Ähnlich sieht es im Bereich der mentalen Gesundheit aus. Verschiedene Auswertungen zeigen, dass viele Menschen längst mit »KI«-Chatbots über mentale Probleme sprechen. »Therapy and companionship« sei inzwischen der häufigste Anwendungsfall für die Nutzung von Chatbots, steht im Harvard Business Review.¹⁰ Artikel diskutieren rauf und runter, ob »KI« zukünftig die Psychotherapie ersetzen oder zumindest ergänzen könne.¹¹

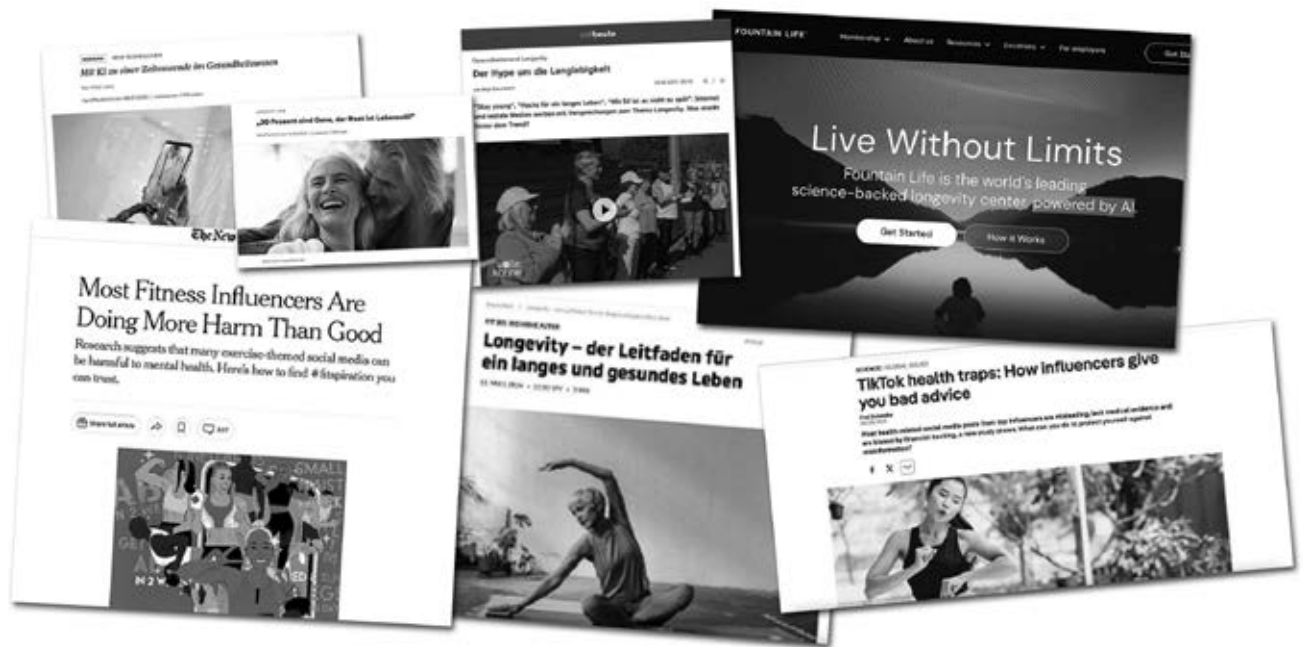
Auch hier stellen sich ähnliche Fragen: Funktioniert das wirklich? Und ist die Verbreitung Ausdruck einer funktionierenden oder krankenden Gesellschaft? Sind »KI«-Chatbots als mentale Alltagsbegleitung oder Therapieersatz Teil einer wünschenswerten Zukunft?

»Longevity« mit »KI«-Unterstützung

»Live without limits (...) – powered by AI« – Fountain Life¹²

Kein anderer Gesundheitstrend verbindet diese Linien aus Individualisierung, Prävention und Technologie deutlicher als »Longevity«, ein Ansatz, der über eine Kombination gesundheitsförderlicher Maßnahmen die Lebensspanne und zugleich die Anzahl (möglichst) gesunder Lebensjahre verlängern soll.

Die Spanne der Maßnahmen reicht von gut erforschten Basics, die tatsächlich die gesunde Lebensdauer verlängern können – wie Sport, ausreichend Schlaf, gute Ernährung, starke soziale Netze –, bis hin zu in hohen Maßen experimentellen Tech-gestützten Anwendungen, Selbsttracking und der Einnahme zahlreicher Ergänzungsmittel.



Fountain Life, eines der ersten Unternehmen, die ihre reichen Klient*innen auf ihrem Weg zur »Longevity« unterstützen, verspricht ein »KI«-unterstütztes »Leben ohne Limits«¹³. Es ist keine Überraschung, dass »Longevity« gerade von Tech-Milliardären vorangetrieben wird. Was diese mit ihrer Gesundheit anstellen, könnte einem egal sein, wenn es nicht längst in gesundheitspolitische Debatten ausstrahlen würde. Sie prägen die Zukunftserzählungen rund um Tech und Gesundheit entscheidend mit. Der Wunsch nach Unsterblichkeit oder zumindest einem sehr viel längeren Leben ist jedenfalls weit verbreitet und wird mit Milliardeninvestments gefüttert: Ein unerschütterlicher Glaube an Technologie und insbesondere »Künstliche Intelligenz« als mittelfristige Lösung für alle Menschheitsprobleme sowie die Hyperindividualisierung bei gleichzeitiger Abgrenzung von einer als Bedrohung erlebten Gesellschaft sind tief verankerte ideologische Wurzeln des Ansatzes. Ein Menschenbild, das allen gleichen Wert zuspricht, gehört dagegen nicht dazu.¹⁴

Neue soziale Ungleichheiten im Gesundheitswesen

Es gibt bisher keine Studien darüber, ob die Lebenserwartung steigt, wenn man dem Longevity-Guru Bryan Johnson auf Instagram folgt. Sehr klar erwiesen ist dagegen, was statistisch am meisten Lebensjahre kostet: Armut. Studien des Robert-Koch-In-

stituts zeigen einen deutlichen Gap in der Lebenserwartung zwischen strukturstarken und -schwachen Regionen in Deutschland.¹⁵ Aus globaler Perspektive ist dieser Sprung noch krasser: Während beispielsweise HIV in wohlhabenden Ländern längst zu einer gut behandelbaren chronischen Erkrankung geworden ist, die sich kaum auf die Lebenserwartung auswirkt, sterben in Ländern des globalen Südens weiterhin Menschen an Aids, weil Medikamente fehlen. Das Problem könnte sich angesichts international wegbrechender Finanzierung sogar wieder verschärfen.¹⁶

Die Flutung der Sozialen Medien mit individuellen Gesundheitstipps droht strukturelle Ungerechtigkeiten zu verschleiern, denen ganz anders begegnet werden müsste. Stattdessen wird Menschen sogar noch das Stigma eines schlechten Umgangs mit der eigenen Gesundheit auferlegt, wenn ihnen nach zehn Stunden Pakete-Austragen die Energie oder das Budget für umfangreiche Wellnessrituale fehlen.

Dass ein größerer Fokus innerhalb des Gesundheitswesens auf Prävention gelegt werden soll, ist unbedingt zu begrüßen. Allerdings darf man sich dabei nicht alleine auf individuelles Verhalten stützen und mit erhobenem Zeigefinger dazu mahnen, sich eifrig durch tägliche Empowermentbotschaften des »KI«-Chatbots zu klicken. Es braucht einen Blick auf gesellschaftliche Verhältnisse, die dazu befähigen, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern, oder die

der Gesundheit bestimmter Gruppen im Wege stehen. Man darf nicht laut individuelle »Resilienz« fordern, an Eigenverantwortung appellieren, und damit gleichzeitig all jene vulnerablen Patient*innen vor den Karren werfen, die aus unterschiedlichen Gründen auf eine gute Versorgung angewiesen sind.

Trotz aller demografischen Herausforderungen, trotz fraglos vorhandenen Reformbedürfnissen: Es darf nicht passieren, dass Menschen vergessen werden, die angewiesen sind auf ein funktionierendes Gesundheitssystem und nicht auf Eigenverantwortung setzen können. Es gibt Patient*innen, die Betreuung durch reale Menschen benötigen, die ganzheitlich auf ihre Bedürfnisse blicken können.

Eine Zukunft des Gesundheitswesens darf sich auch nicht daran orientieren, ob es einzelnen Menschen den Tritt über die magische Schwelle von 120 Jahren ermöglichen, sondern ob es allen Menschen in der Gesellschaft unabhängig von ihren Voraussetzungen in Menschlichkeit und Würde begegnet.

Technologie kann dabei zum wichtigen Handwerkszeug werden. Sie ist aber weder Selbstzweck noch Allheilmittel. Plumpen technologischen Fortschrittserzählungen müssen daher kluge Lösungsstrategien für real existierende Probleme und Narrative einer gerechteren Zukunft in Gesundheitswesen und Gesellschaft entgegengestellt werden.

Anmerkung

- 1 <https://www.tagesschau.de/tagesthemen/video-1511588.html>
- 2 <https://www.tagesschau.de/tagesthemen/video-1511588.html>
- 3 <https://www.ey.com/content/dam/ey-unified-site/ey-com/de-de/noindex/ey-healthcare-magazin-gesundheitswesen-2030.pdf>
- 4 <https://www.welt.de/themenspecial/siemens-healthineers/article255071516/Neue-Technologien-Mit-KI-zu-einer-Zeitenwende-im-Gesundheitswesen.html>
- 5 vgl. <https://tante.cc/2024/09/24/a-choice/>
- 6 <https://www.aerzteblatt.de/news/merz-deutsche-gehen-zu-oft-zum-arzt-1bcb705d-16bb-4c15-a31e-73e751e5c4cb>
- 7 <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/mehr-praevension-mehr-selbstmedikation-mehr-apotheke-160803/seite/3/?cHash=1907da602cad3c4d3d0ac81a1da82ff9>
- 8 <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Dr-KI-Chatbot-medizinischer-Ratgeber>

- 9 <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Immer-mehr-Bundesbuenger-nutzen-KI-Chatbots-fuer-Gesundheitsrecherche-460585.html>
- 10 <https://hbr.org/2025/04/how-people-are-really-using-gen-ai-in-2025>
- 11 <https://www.deutschlandfunkkultur.de/ki-psychotherapie-chatgpt-100.html>
- 12 <https://www.fountainlife.com/about>
- 13 <https://www.fountainlife.com/about>
- 14 <https://firstmonday.org/ojs/index.php/fm/article/view/13636>
- 15 https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloadsJ/Focus/JHealthMonit_2025_01_Lebenserwartungsluecke.html
- 16 <https://www.aidshilfe.de/de/weckruf>

Bericht vom Workshop Gegen Militarisierung

Nach einem kurzen Input von Annebirth Steinmann, in sie einerseits das Thema Militarisierung des Gesundheitswesens und andererseits unsere bisherigen Aktivitäten dagegen darstellte, wurde in zwei Gruppen mit je ca. 20 Personen zur Frage diskutiert, warum wir uns als Gesundheitsfachkräfte einer Militarisierung entgegenstellen müssen. Einerseits wurden hier viele neue und alte Argumente zusammengetragen und verschiedene Perspektiven der unterschiedlichen Workshopteilnehmer*innen beleuchtet, andererseits warf die Diskussion auch immer wieder tiefergehende Fragen auf, die versucht wurden, gemeinsam zu beantworten oder zu diskutieren.

Anschließend kamen wir wieder in großer Gruppe zusammen und trugen die Gedanken, Fragen und Überlegungen aus den beiden Gruppen zusammen. Im dritten und letzten Teil, der sich mit der Frage der Strategie auseinandersetzte, stellte Michael Quetting einen sehr konkreten Vorschlag aus dem gewerkschaftlichen Organizing vor. Sein Vorschlag »Acht praktische Schritte« zur systematischen Hegemonieerreichung von Kollektiven im Gesundheitswesen sieht vor, nach und nach am eigenen Arbeitsplatz Mehrheiten zu gewinnen: Etwa, um zunächst die IPPNW-Erklärung für ein ziviles Gesundheitswesen

gemeinsam zu unterschreiben und sich dann tatsächlich auch gemeinsam gegen mögliche Fortbildungen zu stellen. Unsere vdää* Broschüre könnte hierfür als Argumentationshilfe dienen.

Es war in dem Workshop nicht ganz leicht, die unterschiedlichen Erfahrungshorizonte abzubilden und es blieben wohl auch nach dem Workshop noch einige Fragen offen. Gleichzeitig entstanden teils recht interessante und offene Diskussionen mit durchaus auch widersprüchlichen Positionen. Die Einblicke ins Organizing und in seine praktische Erfahrung aus gewerkschaftlichen Kämpfen, die Michael bot, holten viele Teilnehmende ab und brachten das Thema auf eine deutlich konkretere Ebene.

Der vdää* wird diesen Faden im nächsten Jahr hoffentlich aufnehmen und weiterentwickeln können.

Hier geht's zur IPPNW-Erklärung



Beispiel für acht praktische Schritte:

Schritt	Was	Ziel
Step 1	Unterschrift unter IPPNW-Revers	Vernetzung
Step 2	Unterstützung von zwei Kolleg*innen in der Einrichtung	Gruppenbildung
Step 3	Gewinnung einer organischen Führungsperson einer Einheit innerhalb unseres Systems	Gewinnung eines Kumpanen, einer Kumpanin
Step 4	Gewinnung der Mehrheit dieser Einheit	Mehrheiten organisieren
Step 5	Öffentlichkeitsarbeit, Soziale Medien, sympathische Darstellung	Gruppenfestigung und Bekanntmachung
Step 6	Gruppe berät Ausbreitung	Gewinnung weiterer Einheiten
Step 7	Gründung Friedensgruppe der medizinischen/pflegerischen Einrichtung	Ausweitung auf die Einrichtung

Vulnerable Gruppen unter Druck

Bericht über den Workshop

Nina Pritzens

Der Vortrag in dem Workshop beim Gesundheitspolitischen Forum in Dresden behandelte das Thema »Gesundheitsversorgung vulnerabler Gruppen unter Druck – Herausforderungen am Beispiel von Menschen mit substanzbezogenen Störungen«. Im Mittelpunkt standen aktuelle Entwicklungen, strukturelle Defizite sowie Handlungsansätze zur Stärkung einer humanen, akzeptierenden und lebensrettenden Drogenhilfe.

Anhand der Arbeit von *vista gGmbH* wurde die Vielfalt und Wirksamkeit niedrigschwelliger Versorgungsangebote in Berlin aufgezeigt. Vista betreibt mit rund 250 Mitarbeitenden an 15 Standorten in acht Bezirken ein breites Netzwerk der Drogenhilfe und begleitet jährlich über 8.000 Klientinnen und Klienten. Das Leistungsspektrum umfasst Kontakt- und Anlaufstellen mit und ohne Drogenkonsumräume, Drugchecking-Angebote, Drogen- und Suchtberatung, ambulante Rehabilitation, psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitution, betreutes Wohnen sowie Angebote zur beruflichen Orientierung und Teilhabe. Ergänzend werden Programme für Eltern und Familien angeboten, um betroffene Angehörige zu unterstützen.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Arbeit von *akzept e.V.*, dem *Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*. Der Verband zählt 55 Mitgliedsorganisationen und 140 Einzelmitglieder und engagiert sich für evidenzbasierte, menschenrechtsorientierte Drogenpolitik. Zu den zentralen Maßnahmen gehören der *Alternative Drogen- und Suchtbericht (ADSB)*, die Durchführung großer Fachkongresse wie des Internationalen akzept-Kongresses und der *Nationalen Substitutionskonferenz (Na-Suko)* sowie internationale Kooperationen, u. a. im Rahmen der DACH Harm Reduction-Konferenz. Mit Formaten wie »Drogen to go« trägt akzept e.V. zu einem faktenbasierten öffentlichen Diskurs bei.

Im Vortrag wurde das bestehende Spannungsfeld zwischen sicherheitsorientierter Politik und humanistischer Drogenhilfe herausgearbeitet. Während gesellschaftliche und mediale Diskurse häufig durch Aspekte wie Ordnung, Stadtbildpflege und Kriminalisierung geprägt sind, betont die akzeptierende Drogenarbeit den Vorrang von Menschenwürde, Solidarität und Schadensminderung (Harm Reduction). Ein sachlicher, wissenschaftlich fundierter Umgang mit substanzbezogenen Störungen wird als Voraussetzung für wirksame Gesundheitsversorgung beschrieben.

Die gegenwärtige Situation ist durch eine deutlich steigende Zahl drogenbedingter Todesfälle gekennzeichnet, insbesondere im Zusammenhang mit Heroin- und Kokainkonsum. Zusätzlich verändert sich der internationale Opioidmarkt infolge des Ausfalls mehrerer Opiumjahresernten in Afghanistan. In der Folge werden zunehmend synthetische Opioide (u. a. Fentanyl, Nitazene, Xylazin) auf dem europäischen Markt beobachtet. Erste Nachweise dieser Substanzen in Deutschland unterstreichen die aktuellen Warnungen der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EUDA)*, wonach sich die Mitgliedsstaaten auf eine weitere Verbreitung dieser Stoffe einstellen müssen.

Darauf aufbauend wurden die Handlungsempfehlungen zum Crack-Konsum, entwickelt 2023 und aktualisiert 2025, vorgestellt. Diese gliedern sich in fünf thematische Schwerpunkte:

Nina Pritzens ist stellvertretende Vorsitzende von akzept e.V., Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik.

1. Prävention und Medienarbeit,
2. Psychosoziale Betreuung und medizinische Behandlung,
3. Rechtlich-politischer und administrativer Umgang mit Crack-Konsum,
4. Forschungsfelder zum Crack-Konsum,
5. Interdisziplinäre Kooperation und Stadtplanung.

Im Bereich synthetischer Opioide wurde auf das Konzept *SO-PREP (Synthetic Opioid Preparedness Strategy)* verwiesen, das verschiedene Maßnahmenbündel beschreibt: Opioid-Agonisten-Therapie (Substitution), Take-Home-Naloxon, Drugchecking, Drogenkonsumräume, Frühwarnsysteme, Internet-Monitoring und EHealthInstrumente.

Ein zentraler Bestandteil des Vortrags war die Vorstel-

lung der »gibmir5«-Kampagne von akzept e.V.. Diese bündelt fünf wesentliche Maßnahmen der Schadensminderung: Zugang zur Substitution, Bereitstellung von Naloxon, sichere Konsumräume, SaferUseInformation und Drugchecking. Ziel der Kampagne ist es, diese Bausteine bundesweit zu verbreiten, strukturell zu verankern und als Standards lebensrettender Drogenhilfe zu etablieren.

Abschließend wurde hervorgehoben, dass niedrigschwellige und lebensrettende Maßnahmen eine zentrale Voraussetzung für effektive Gesundheitsversorgung und soziale Teilhabe darstellen. Der Ausbau dieser Strukturen ist ein wesentlicher Beitrag zur Umsetzung einer modernen, evidenzbasierten und menschenrechtskonformen Drogenpolitik.

Reality Check der Polikliniken

Bericht von Manuel Funk zum Workshop vom Poliklinik Syndikat

Die Poliklinik-Gruppen in Deutschland verstehen sich als links verortet, auch über die Gesundheit hinaus. Daraus entstehen einige Spannungslinien und Konflikte, z.B. mit der Gemeinnützigkeit der Vereine, der Frage nach Lohnarbeit und, wie sich am Vergleich mit der Social Clinic of Solidarity in Thessaloniki zeigt, auch bei Fragen zu Finanzierung und Autonomie. Im Workshop diskutierten wir mit Jonas Löwenberg und Max Buttler aus dem Poliklinik Syndikat die aktuelle Situation

Geschichte der Poliklinik Bewegung

Inmitten des Schauplatzes sich zuspitzender Kämpfe um Profit, Lebenszeit, Wissen, Teilhabe und nationale Identität sind die Polikliniken angetreten, um mit Stadtteilgesundheitszentren die ambulante Gesundheitsversorgung zu verändern. Die ersten Gruppen forderten nicht weniger als die flächendeckende Einführung von common-basierten Gesundheitszentren.

Die Idee für den Aufbau eines Stadtteilgesundheitszentrums von Akteur*innen des Medibüro Hamburg konkretisierte sich ca. 2012/13. Ein Ausgangspunkt dafür war die kritische Auseinandersetzung mit der problematischen Versorgungslage von Menschen, die keinen guten Zugang zum Gesundheitssystem haben, z.B. von Asylbewerber*innen und deren nachhaltige Versorgung, sowie mit dem Thema sozialer De-

terminanten von Gesundheit. Da die Medinetz-Lösung »Wir müssen uns selbst abschaffen« nach all der Zeit noch nicht aufgegangen war, musste dieser Realität begegnet und neue Strategien entwickelt werden. Auf dem Medibüro-Kongress 2013 wurde die Idee erstmals öffentlich vorgestellt und diskutiert, 2014 wurde der Trägerverein in Hamburg gegründet, bereits bestehende Projekte in Europa wurden besucht.

Die Chancen der MVZ?

Mit der Bezeichnung einer Poliklinik wurde in der DDR ein Zentrum der Grundversorgung mit der Mindestausstattung aus einer allgemeinärztlichen Abteilung sowie Abteilungen für Innere Medizin, Chirurgie, Gyn., Pädiatrie, Zahnheilkunde sowie Röntgen, Labor und Physiotherapie gemeint. Ein Äquivalent eines solchen Zentrums besteht im aktuellen System

nicht. Seit 2004 ist es jedoch rechtlich möglich, sogenannte medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. Es besteht die Hoffnung, dass sich mit der Gestaltung eines MVZ, die allerdings bisher vielerorts als profitorientierter Zugriff auf den ambulanten Sektor fungieren, in gemeinnütziger Trägerschaft eine Annäherung an die ursprünglichen Polikliniken der DDR mit expliziter Ausrichtung an den Bedürfnissen der zu behandelnden Menschen möglich wird. Die Poliklinik verheißt also »die Zukunft eines Gesundheitssystems von unten. Damit hat die Einzelpraxis, als der bis in das 21. Jahrhundert hinein vorherrschende Grundpfeiler der ambulanten Versorgung, ausgedient.«¹

Seit der Gründung der ersten Zentren in Hamburg und Berlin sind mittlerweile zehn Jahre vergangen, das 2023 gegründete Poliklinik Syndikat zählt als Dachverband über elf Zentren und viele mehr stehen schon

auf der Liste potenzieller neuer Zentren. Zwar hat jedes einzelne darin unterschiedliche Schwerpunkte und Angebote, aber gemeinsam sind ihnen drei Säulen:

1. Primärversorgung (Allgemeinärztliche Versorgung, Psychologische Beratung, Sozialberatung, CHN etc.)
2. Prävention und Gemeinwesenarbeit
3. Forschung

Selbstredend ist die Entwicklung des Syndikats weder gradlinig noch diskussionslos verlaufen. Es gibt immer wieder offene Fragen und Widersprüche, von denen einige im Workshop auf dem Gesundheitspolitischen Forum diskutiert wurden.

Diskussion um Löhne und Arztzentrierung

»Relevant erscheint uns zudem, dass die Zentren durch solidarische, kollektive Strukturen getragen werden und wir so unsere gesellschaftliche Utopie bereits im Kleinen leben. Wir versuchen Hierarchien abzubauen, erproben solidarische Lohnmodelle und entscheiden konsequent im Konsens. Wir sind davon überzeugt, dass es notwendig ist, in unseren Strukturen das umzusetzen, was wir nach Außen fordern.«²

Durch das derzeitige Ausbildungssystem konzentriert sich im gegenwärtigen Gesundheitssystem das Fachwissen nach wie vor hauptsächlich über körperliche Prozesse, die Behandlungspfade sind nach wie vor zentriert um die Rolle der Ärzt*in. Das ist kein Zufall, denn diese Strukturen sind lange gewachsen, gerade in Deutschland hat die Ärzteschaft viel für ihre privilegierte Stellung im Gesundheitssystem getan. Dem Wunsch, in den Gesundheitszentren diese ärztfixierte Logik aufzuheben, stellen sich in der Praxis jedoch einige Hürden entgegen. So wurde im Workshop nochmal klar, dass alleine schon die Finanzierung der unterschiedlichen Berufsgruppen (Allgemeinärztliche Versorgung, Psychologische Beratung, Sozialberatung, Community Health Nurse etc.) sich als schwer kol-

lektivierbar zeigt. Sie wird über jeweils unterschiedliche Gesetzbücher und damit unterschiedliche Geldtöpfe und Abrechnungsformen realisiert. Außerdem gelten Kooperationsverbote, die eigentlich die ärztliche Unabhängigkeit und Neutralität wahren sollen, indem sie Einflussnahmen durch externe Anbieter begrenzen und Interessenkonflikte vermeiden. Was erstmal sinnvoll erscheint, erschwert im Falle von Gesundheitszentren aber die direkte Zusammenarbeit über die Grenzen der Berufsgruppen hinweg. Konkret heißt das: Die Praxis finanziert sich selbst, die Sozialarbeit und psychologische Beratung finanziert sich (bestenfalls) selbst. Eine Querfinanzierung der anderen Bereiche z.B. über die hausärztliche Praxis läge zwar nahe, ist aber nicht einfach so möglich.

Ein weiteres, verwandtes Thema ist die Frage nach Lohnmodellen und der Organisation als Kollektiv. Hier gibt es beispielsweise Reflexionen darüber, welche Bedeutung »Lohnarbeit« überhaupt in den Syndikatsprojekten hat. Gibt es einen Einheitslohn? Einen Bedarfslohn? Wie umgehen mit der Verdichtung der Arbeit und mit Sachzwängen? Wie ist das Verhältnis aus Freiwilligen und Lohnarbeiter*innen?

Autonomie vs. Nachhaltigkeit

In einem Teil des Workshops berichtete Max Buttler vom Besuch in der Praxis der Social Clinic of Solidarity in Thessaloniki, Griechenland. Ein Projekt, mit dem das Poliklinik Syndikat auch über das »International Network of Social Clinics« verbunden ist. Die Treffen dieses Netzwerks sollen neben internationaler Vernetzung, die inhaltliche Debatte über gemeinsame Politik ermöglichen. Die Positionen auf den Treffen werden als sehr unterschiedlich beschrieben – teilweise auch, weil die gesellschaftlichen Verhältnisse sich trotz aller Europäisierungsprozesse zwischen den EU-Ländern stark unterscheiden.

Dabei finden durchaus Ähnlichkeiten: »We are here to stay alive and to fight for the right to a public health care system free of charge for all, without any exceptions.«

Aber im Verlauf klingt manches auch schon anders, wie etwa die hier eher seltene Reflexion über die eigene Motive: *»Why are we doing this? Because we cannot live otherwise. We cannot care only for ourselves. Because we believe that another society can exist. A society where humans can be equal. A society where health will be protected. We are not here because we are goodhearted or because we have or know better than others. We are here because we want to survive, support each other and fight.«*

Entscheidend aber scheinen die Erfahrungen, Ansichten und Strategien über das Verhältnis zu Finanzierungen, Staat und eigener Autonomie auseinander zu gehen. Aus dem Flyer etwa: *»We are here to preserve our dignity. We manage to survive without getting money by political parties, the state, the EU, pharmaceutical companies or the church because we know that all of the above create or preserve poverty, exploitation and inequality. We don't want their philanthropy and hypocrisy. We count on the small help of the many anonymous people who wish to support us. The social solidarity clinic is theirs and yours as much as it is ours.«*

Oder aus einem Einladungstext der Social Clinic: *»the Solidarity Clinics have been a social safety net. [...] And this is a fact which cannot be appropriated by any government, party or official institutional body. [...] and this is a conscious choice.«³*

Die griechische Praxis ist, ähnlich den deutschen Medinetz und -büro Gruppen, komplett autonom, erhält keine offiziellen Mittel und basiert ausschließlich auf unentgeltlicher Behandlung durch Freiwillige. Bei aller Sympathie und auch Selbstkritik für die erlangte Autonomie des griechischen Modells, wurde hierüber auch im Workshop kontrovers diskutiert. Klar ist, dass nicht nur die Verhältnisse und politische Situationen, innerhalb dessen die jeweiligen Gesundheitszentren entstanden sind (in Griechenland z.B. eher als Antwort auf eine Krisensituation), sondern auch die politische Strategie eine gänzliche andere ist.

In der *theory of change* des Polikli-

nik Syndikats, das vorgestellt wurde, klingt es beispielsweise schon anders. Es wird gefordert »langfristige und nachhaltige solidarische Strukturen aufzubauen, die zu Ausgangspunkten politischer Organisation werden.« Die Frage stellte sich, wie nachhaltig die Strukturen in Thessaloniki sind? Was wenn z.B. mal ein*e Fachärzt*in krank ist, wer behandelt die Leute dann? Oder was, wenn ein bestimmtes Medikament leer ist oder nicht verfügbar? Woher bekommt man dann das Medikament für die betroffene Person? Es stellen sich Fragen nach der personellen Diskontinuität in Kollektiven, die auch innerhalb des Syndikats diskutiert werden: Wie kann die spezifische (emanzipatorische) Geschichtlichkeit über Personalwechsel »konserviert« werden? Was bedeutet eigentlich Professionalität? Und was nicht? Wer darf/kann/will Gesundheitsversorgung machen? Welche Rolle spielen Peer-to-peer-Konzepte?

Gemeinnützigkeit als Zielscheibe

Einer der zentralen Punkte der Polikliniken und solidarischen Gesundheitszentren ist die soziale Determination von Gesundheit. Ihr liegt die Analyse zugrunde, dass, kurz gefasst, »nicht nur Viren oder Bakterien auf Deinen Körper einwirken, sondern genauso der Rassismus, dem wir täglich ausgesetzt sind, unser Job oder unsere Arbeitslosigkeit, die Sorge um unsere Wohnsituation, die Art, welche Strategien wir anwenden, um mit Problemen umzugehen usw.«⁴. Oder etwas theoretischer ausgedrückt, dass die »gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftsverhältnisse sich sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht in die Körper der Menschen einschreiben«.

Um eine gleich gute und gerechte Gesundheitsversorgung für alle zu erreichen, kommt man also nicht umhin, auch an den Macht- und Herrschaftsverhältnisse etwas ändern zu müssen. An diesem Punkt setzt die kollektive Dimension der Gesundheitsarbeit an. So sind die konkret benannten Ziele des Syndikats nicht zufällig die folgenden:

- Professionalisierung der eigenen Strukturen
- Mehr Zentren aufbauen
- Zentrumsarbeit verbessern
- Gesundheitssystem verbessern
- Gesellschaft transformieren

Mit den solidarischen Gesundheitszentren entstehen in immer mehr Regionen solche solidarischen Infrastrukturen, die potenziell eben auch postkapitalistisch sind. Diese Zentren sind zum einen Orte der Gesundheitsversorgung als auch Orte der Zusammenkunft und damit Ausgangspunkt für transformative Prozesse. »Es geht darum, Strukturen zu stärken oder selbst aufzubauen, die in gesundheitspolitische und gesellschaftspolitische Auseinandersetzungen eingreifen können.« Es geht darum, linke transformative Gesundheitspolitik in die Praxis umzusetzen.

Doch genau hier kommt die nächste Konfliktlinie hinzu: Die Gemeinnützigkeit als Verein und die Frage nach einem subversiven Verhältnis zu Finanzierungsrealitäten. Für fast alle Finanzierungen und Fördergelder, die den

größten Teil der Finanzierungen ausmachen, ist die Gemeinnützigkeit Voraussetzung. Würde letztere entzogen werden, müssten die Mittel sogar nachträglich zurückgezahlt werden, was faktisch einer Bankrott-Erklärung gleichkommt. Auch deswegen sind Angriffe auf die Gemeinnützigkeit ein zunehmend beliebteres Mittel für Angriffe auf die Zivilgesellschaft durch CDU, AFD und co.

Dass es in der Satzung steht, reiche laut Jonas Löwenberg nicht aus. Der Status der Gemeinnützigkeit ist durchaus fragil, Voraussetzung sei erstmal, tatsächlich gemeinnützig zu handeln. Jede politische Tätigkeit müsse außerdem einem Satzungszweck zugeordnet sein und zur Erfüllung dessen beitragen. Ein Verein muss dabei eindeutig mehr für die Förderung der Zwecke tun, als sich politisch zu betätigen. Es reiche schon ein Like auf Instagram für den falschen politischen Beitrag, um die eigene Gemeinnützigkeit zu gefährden.

Ambulant-stationäre Versorgungsgrenzen

»Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung ist damit aufgehoben.« So siegessicher wie es sich noch in der Konzeptstreitschrift vor zehn Jahren liest, fühlt es sich heute nicht mehr an. Auf dem Workshop wurde auch hierzu viel diskutiert und gesponnen. Wie ließe sich der Sprung über die Sektorengrenze als Poliklinik Syndikat schaffen? Eine mögliche Voraussetzung für das Betreiben eines MVZ ist, Eigentümer*in eines Krankenhauses zu sein. Wie am Beispiel der deutschlandweiten Augenlaser-Ketten deutlich wird, ist diese Strategie nicht neu: Einfach ein marodes Kleinst-Krankenhaus erwerben und dann damit immer weitere MVZs aufkaufen. Oder will man sogar das Konstrukt Krankenhaus direkt angehen und vergesellschaften? So erscheint es 2026 in Berlin sogar als vermeintlich greifbare Möglichkeit – gesetzt die Linkspartei bekäme dort relevante Mehrheiten, stünden mit Vivantes und der Charité Krankenhäuser in kommunaler Hand zur Verfügung, die dann reformierbar wären.

Ausblick

Ausblicke und Vorhaben scheint es im Syndikat noch einige zu geben, von Community-/Stadtteelforschung, Transformative Community Organizing bis zur Frage nach Polikliniken auf dem Land ist noch einiges offen. Es wird klar: Ein Teil der Realität der Poliklinik Bewegung ist das *preguntando caminamos*, eine fortwährende Infragestellung und Neudefinition der Praxis. Am Ende des Workshops ist die Fantasie und Motivation der Beteiligten jedenfalls sehr angeregt, denn es ist noch sehr vieles denkbar und möglich – man muss es nur machen.

Anmerkungen

- 1 Aus: »Poliklinik – eine Konzeptstreitschrift«, Gesundheit braucht Politik Sonderheft 2015
- 2 Aus dem Selbstverständnis des Poliklinik Syndikats
- 3 Invitation by Social Solidarity Health Clinics of Athens, Thessaloniki, 2015
- 4 Aus: »Poliklinik – eine Konzeptstreitschrift«, Gesundheit braucht Politik Sonderheft 2015

»Kriegstüchtige Krankenhäuser?«

Bericht über die Podiumsdiskussion der vdää*-Ortsgruppe Berlin zur Militarisierung des Gesundheitswesens am 1.11.2025

Am 1. November 2025 fand die Podiumsdiskussion »Kriegstüchtige Krankenhäuser?« zum Thema Militarisierung im Gesundheitswesen statt, zu der wir als die Berliner vdää*-Ortsgruppe eingeladen hatten. Die Veranstaltung ließ die Räumlichkeiten des Aquariums am Kottbusser Tor vor Besucher*innen förmlich überschwappen. Auf dem Podium saßen drei Diskussionsteilnehmer*innen, die das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchteten. Durch den Abend führten uns zwei Moderatorinnen unserer Gruppe.

»Ärzt*innen müssen die Speerspitze des Widerstands sein und Frieden verteidigen«

Die Politologin und Medizinsoziologin und Geschäftsführerin des vdää* **Nadja Rakowitz** verband ihre antikapitalistische Analyse mit einer fundierten Auseinandersetzung über den Einfluss militaristischer Interessen auf das Gesundheitswesen. Die Moderatorinnen führten als ein Beispiel dafür, wie militaristische Interessen das Gesundheitssystem umgestalten sollen, den »Rahmenplan für die Zivile Verteidigung im Bereich der Berliner Krankenhäuser 1.0« ins Feld. Dieser wurde von der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege in Zusammenarbeit mit der Bundeswehr, der Berliner Krankenhausgesellschaft und zwölf Berliner Kliniken erstellt.¹ Nadja kommentierte diesen und verdeutlichte dabei, dass dieser Plan den Anschein einer vermeintlichen Sicherheit erwecke, indem er die Vorbereitung auf Krieg als Schutzmaßnahme verkaufe, obwohl man sich auf Krieg nicht vorbereiten könne. Letztlich könne in dieser Logik die Bevölkerung nur verlieren. Genau das, so Nadja, müsse von Menschen, die im Gesundheitssystem arbeiteten,

deutlich ausgesprochen werden. Insbesondere vor dem Hintergrund eines unterfinanzierten Gesundheitssystems mit Profitorientierung und Fachkräftemangel erscheinen die Ziele des Rahmenplans absurd, da nicht einmal genug Ressourcen zur Verfügung stehen, um die aktuelle Gesundheitsversorgung gut zu gewährleisten. Aktuell sei das Gesundheitswesen unterfinanziert und das, was gerade politisch passiere, sei geprägt von Austeritätspolitik und hohen Ausgaben für Militär und Rüstung. Was aktuell an Ausgaben im Gesundheitssektor geplant sei, folge genau der Logik der Militarisierung, z.B. in Form der Planung eines unterirdischen Krankenhauses in Köln nach israelischem Vorbild.² Historisch, erinnerte Nadja, habe sich die deutsche Ärzt*innenschaft bereits mehrfach in den Dienst von Machtinteressen gestellt, um Bedeutung und finanzielle Vorteile zu erlangen; dies stelle eine beunruhigende Parallele zu ihrer Rolle im Nationalsozialismus dar.

Ina von der autonomen feministischen Organisation innerhalb des Bündnisses »Rheinmetall entwarnen« betonte, wie wesentlich feministische und antimilitaristische Praxis sei. FLINTA*-Personen würden

besonders im Krieg und unter Militarisierung leiden. Als Beispiel hierfür erzählte Ina vom Gedenken an die sogenannten »*Trostfrauen*« in Japan, deren Geschichte bis heute feministische Widerstandsarbeit prägt. Auch während des diesjährigen »Rheinmetall entwarnen«-Camps in Köln waren die »Trostfrauen« Thema und eine Statue wurde zum Gedenken im Camp aufgebaut. Aktuell beobachte die Bewegung insgesamt eine rasante Entwicklung, was Militarisierung angeht. Dass die Bundeswehr schon seit Jahren in Schulen Werbung mache, sei nur der Beginn gewesen. Hier hat sich unter anderem die Gewerkschaft *Erziehung und Wissenschaft* (GEW) schon dagegen positioniert.³ Außerdem sei in Zukunft mit der Einführung der Wehrpflicht zu rechnen, auch wenn vorerst mit einer Abfrage der nun 18-Jährigen zum (noch freiwilligen) Wehrdienst begonnen wird. Falls diese, wie aus dem Publikum vorgeschlagen wurde, einfach ignoriert werde, könnten Repressionen drohen. Die Wehrpflicht habe bis heute einen patriarchalen und transphoben Charakter, wie Ina betonte. Einfache Klischees wie: »Wenn du verweigerst, bist du ein Angsthase«, würden bis heute greifen. Allerdings bestehe die Hoff-

Trostfrauen waren Frauen und Mädchen, die durch das japanische Militär im Zweiten Weltkrieg in die sexuelle Sklaverei gezwungen wurden. Mehr dazu: <https://trostfrauen.museum>

nung, dass sich durch die drohende Einführung der Wehrpflicht noch mehr Jugendliche antimilitaristisch organisieren würden.

Dersim Dağdeviren, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Co-Vorsitzende des Netzwerkes kurdischer AkademikerInnen e.V. und Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, schließlich brachte ihre ärztliche und eine tiefgehende Analyse aus kurdischer Perspektive ein. Sie erläuterte die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen von Militarisierung und zeigte, wie die drei »K« (Krieg, Kolonialismus und Kapitalismus) zusammenhängen. Hegemoniale Machtstrukturen und das Existenzrecht von Nationalstaaten, wie etwa in der Türkei, beruhten auf militärischer Gewalt. Der türkische Staat benötige deshalb den Krieg, um seine nationale Identität und Kontrolle aufrechtzuerhalten. Ein zentraler Hebel dieser Militarisierung sei das Bildungssystem. Sowohl in Bildung als auch in Gesundheit liege die Gefahr einer Durchsetzung eines militaristischen Narrativs durch den Staat. Die GEW habe das mit ihrer Position gegen Militarisierung in Schulen bereits angegangen. Dersim betonte darüber hinaus, wie wichtig es sei, sich innerhalb bestehender Strukturen – etwa in der Ärztekammer, im Marburger Bund oder in Betriebsräten – zu engagieren. Veränderung müsse auch von innen heraus erfolgen, und gerade dort seien kritische, feministische und solidarische Stimmen dringend notwendig. Gleichzeitig machte sie auf die Schwierigkeiten aufmerksam, Ärzt*innen zu mobilisieren. Selbst grundlegende Proteste für Arbeitsrechte oder die Einhaltung von Arbeitszeiten führten kaum zu

kämpferischem Engagement. Derzeit erkenne das Gesundheitssystem oft nicht einmal seine eigenen Missstände. Auch wies sie darauf hin, dass sich Militarisierung längst auch im Krankenhausalltag niederschlage – etwa, wenn Soldat*innen vor Zivilist*innen in der Versorgung priorisiert würden, wie es z.B. im o.g. Berliner Rahmenplan besprochen wird. In Bezug auf Militarisierung sollten Ärzt*innen Haltung innerhalb ihrer Krankenhäuser und Interessensvertretungen einnehmen, hier führte Dersim als Beispiel die türkische Ärztekammer an, die das bereits tue: *»Ich soll alles geben, damit Menschenleben bestehen bleiben – dabei müsste ich als Ärztin die Speerspitze des Widerstandes sein und den Frieden verteidigen.«*

Im Rahmen der abschließenden Diskussion mit dem Publikum kam die Frage auf, was eigentlich die Definition von Frieden sei. Aus ärztlicher Perspektive führte hier Dersim die Ottawa-Charta an. Diese definiert Gesundheit als ein positives Konzept, das soziale und persönliche Ressourcen sowie physische Fähigkeiten umfasst und auf die Stärkung von Selbstbestimmung und Wohlbefinden abzielt. Die grundlegenden Bedingungen für Gesundheit seien Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, die nachhaltige Nutzung von Ressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.⁴ Für eine antimilitaristische Bewegung sei, so Dersim, eine lokalpolitische Organisation notwendig.

Schlussfolgernd ist es wichtig, den (lokalen) Aktivismus fortzusetzen und ähnliche Veranstaltungen in Zukunft weiterzuführen. Ärzt*innen

sollten eine antimilitaristische Haltung einnehmen und die Versorgung ihrer Patient*innen weiterhin an erste Stelle setzen. Der Kampf gegen den Kapitalismus in bestehenden Institutionen wie im Krankenhaus, im Betriebsrat oder in einer Gewerkschaft und die klare Positionierung für Frieden und Solidarität bleiben unerlässlich. Konkret heißt das: Der Rahmenplan – eine Mischung aus »Grausamkeiten und Verrücktheiten« wie ein Teilnehmender aus dem Publikum es nannte – sollte in die Öffentlichkeit gebracht werden. Es wird eine Wehrpflicht geben und wir können uns darauf vorbereiten, diese zu verweigern. Wir als Ärzt*innen haben eine spezifische Funktion in der Gesellschaft und sollten uns daher fragen, welche Rolle wir im Kriegsfall einnehmen würden. Wahrscheinlich im Februar wird im Bundestag ein Entwurf für das Sicherstellungsgesetz für das Gesundheitswesen in Kriegszeiten vorgelegt werden. Hier müssen wir Widerstand aus dem Gesundheitssystem heraus formieren, denn Ärzt*innen sollten die Speerspitze des Widerstandes gegen die Militarisierung sein und den Frieden verteidigen.

Nützliche Informationen bei Fragen rund um die Kriegsdienstverweigerung stellt die Website des Vereins Deutsche Friedensgesellschaft – Vereinigte KriegsdienstgegnerInnen (DFG-VK) zusammen. Hier können Infos und Hinweise gefunden werden, wie man bereits jetzt verweigern könnte: <https://dfg-vk.de>.

Anmerkung

- 1 <https://www.vdaee.de/2025/missachtung-der-aerztlichen-berufsordnung-im-kriegsfall-geplant/>
- 2 <https://www.aerzteblatt.de/news/koln-plant-unterirdische-intensivstation-fur-den-katastrophenfall-660f797a-6847-4d43-88e0-e7f2aee4caf1>
- 3 <https://www.gew.de/mein-arbeitsplatz/schule/bundeswehr/einfluss-der-bundeswehr-an-schulen-zurueckdraengen#:~:text=Die%20GEW%20lehnt%20die%20Werbeversuche,sie%20sich%20umfassend%20informieren%20können.>
- 4 <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

»Wir wollen mehr werden!«

Interview zum Solidarischen Gesundheitszentrum Jena

Ein Interview in einem runtergekommenen Plattenbau in Winzerla, geschmückt mit bunten Luftballons, erfüllt von Gesprächen, rennenden Kindern und Hunden und ganz viel Kuchen – dem Solidarischen Gesundheitszentrum Jena (SGZ). Das Herzstück des SGZ ist die wöchentlich stattfindende Gesundheitsberatung. Daneben gibt es aber auch Gesprächsrunden, Vorträge und andere Angebote für die Menschen des Stadtteils. Mitten im Trubel sprechen wir mit Helma und Alicia, zwei der Mitbegründer*innen des Zentrums, über Aktivismus, Gesundheit und die Revolution.

GbP: Nach langer Vorbereitung wurde das SGZ heute offiziell eröffnet. Wer steht hinter dem SGZ?

Helma: Das SGZ ist ein Verein, der seit vier Jahren aktiv ist und aus Menschen besteht, die in unterschiedlichen Gesundheitsberufen tätig sind: Menschen aus der Medizin, Psychologie, sozialer Arbeit, Pflege und den Ernährungswissenschaften.

Alicia: Wir alle sind in Gesundheitsberufen tätig, uns vereint das Interesse an der Gesundheit und unsere Gruppe ist aber auch offen für neue Leute, aus anderen Bereichen, weil wir alle eine ganz individuelle Perspektive auf Gesundheit haben und das sehr wertvoll ist in der Zusammenarbeit.

*Winzerla wurde im Zuge der Aufklärung der rechtsextremen NSU-Morde überregional bekannt. Die Täter*innen und Teil ihres Netzwerks haben sich hier organisiert. Warum habt ihr euch entschieden, gerade in diesem Stadtteil das Zentrum aufzubauen, war es eine strategische Entscheidung und wen wollt ihr erreichen?*

Helma: Strategisch bewusst, ja. Wir haben viel hin und her überlegt und es gab zwei große Analyseprozesse. Der eine war mit der Bauhaus-Uni aus Weimar, die im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit eine Stadtanalyse von Jena gemacht haben und die verschiedenen Stadtteile hinsichtlich Bevölkerungsdichte, Gesundheitsdaten, Grünflächen, Lärmbelastung und vielen anderen Sachen analysiert haben. Da war unter anderem Winzerla ein Stadtteil, wo man sagen konnte, dass strukturell Benachteiligung bestand bei gleichzeitig einer großen Bevölkerungsdichte.

Das war dann ein ausschlaggebender Punkt, aber es gab natürlich auch private oder persönliche Gründe aus der Gruppe, Beziehungen nach Winzerla, schon bestehende Angebote vor Ort.

Alicia: Nachdem wir uns entschieden hatten, nach Winzerla zu gehen, haben wir im Jahr 2024 eine Stadtteilanalyse geplant und durchgeführt. Wir haben insgesamt an über 2.000 Haustüren geklingelt und gefragt, ob wir ein Gespräch führen können. Wir hatten ein Interviewleitbogen dabei und haben mit den Bewohner*innen von Winzerla Gespräche geführt, über die Frage wie gesund sie sich selber fühlen.

Wir haben sie aber auch gefragt, ob sie im Alltag diskriminierende Erfahrungen machen, wie ihr sozioökonomischer Status ist. Das heißt, wir hatten eine Bandbreite an Daten, die wir in Form einer Qualifikationsarbeit in Zusammenarbeit mit der Universität Jena ausgewertet haben.

Dabei hat sich vor allem herauskristallisiert, dass Menschen sich einen Begegnungsort wünschen, wo verschiedene Generationen zusammenkommen. Da können wir den Bogen zur Zielgruppe spannen: Ganz grob gesagt wollen wir die Menschen erreichen, die hier in Winzerla wohnen. Wir haben da keine konkreten Altersgrenzen, wir wissen allerdings, dass in Winzerla viele ältere Menschen wohnen, aber auch viele Familien. Ein großes Ziel ist es, Menschen zusammenzubringen, die Nachbarschaft kennenzulernen und solidarisch in Austausch zu treten.

An wie vielen der Haustüren seid ihr dann tatsächlich ins Gespräch gekommen?

Alicia: An vielen der dieser 2.000 Türen haben Menschen mit uns gesprochen, aber viele waren auch nicht da oder waren skeptisch: Eine fremde Person steht vor der Tür, möchte rein, möchte reden. Das stößt auch manchmal auf Widerstände. Aber wir haben mit über 170 Menschen Gespräche geführt, die zwischen 30 Minuten und 4 Stunden gingen. Es war eine große Bandbreite an Gesprächsbedarf.

Wie wird euer Angebot bisher angenommen? Mit welchen Themen und Anliegen kommen die Menschen zu euch?

Helma: Das ist ein Prozess, der noch am Anfang steht. Bisher hatten wir als einziges kontinuierliches Angebot die Gesundheitsberatung, jetzt schon seit über einem Jahr. Da gibt es Beratungen, da ist mal niemand da und dann kommen wieder Menschen. Dann hatten wir einzelne Veranstaltungen, die ziemlich gut besucht waren. Allerdings eher weniger Leute aus dem Stadtteil die zu Besuch waren, sondern auch Menschen aus der Innenstadt oder jüngere Personen.

Das hängt sehr damit zusammen, wie wir werben und wen wir mit den Veranstaltungen wie ansprechen. Wir haben vor, das noch vielsprachiger zu machen. Das war jetzt ein erster Anlauf, um überhaupt auf uns aufmerksam zu machen. Wir haben vor, die Veranstaltung auch mit den Menschen aus Winzerla zusammen zu entwickeln. Das hat jetzt langsam begonnen, dass Menschen aus Winzerla selbst auf uns zugekommen sind und zum Beispiel das Angebot zum Austausch zur Neurodiversität oder das Frauencafé, Frauen stärken Frauen, angeboten haben. Von daher würde ich sagen, es entwickelt sich gerade.

Wie geht ihr mit der Gefahr um, dass eure Arbeit zwar solidarisch ist, aber das bestehende, neoliberale Gesundheitssystem langfristig stabilisieren könnte, anstatt es wirklich zu verändern? Ist eure Arbeit eine Form der »Reparatur« oder der »Revolution«?

Alicia: Natürlich sehen wir die Gefahr darin, als Lückenfüller zu fungieren und auch wahrgenommen zu werden. Ich glaube, das ist ein schmaler Grat. Vereinzelung und neoliberale Denkmuster sind so stark in uns allen verankert, in der Gesellschaft, den Menschen, die hier wohnen, wir, die wir hier sitzen.

Es ist häufig schwierig, erst mal so ein Konzept vorzustellen, ein Konzept, das auf Solidarität beruht, und greifbar zu sein für die Menschen.

Helma: Die Gefahr besteht schon, bloß lückenfüllende Funktion zu sein. Da müssen wir auch immer wieder kritisch mit uns bleiben und uns immer wieder selbst reflek-

tieren, dass wir nicht einfach ins Machen kommen oder irgendwas anbieten, was dann nur konsumiert wird. Ich sehe aber eben auch viel Potenzial darin, dass Menschen auch an diesem Ort politisiert werden können, und das finde ich schon revolutionär oder extrem wichtig als Antwort auf eine apolitische, vereinzelte, einsame und individualistische Gesellschaft.

Unter anderem über das Thema Gesundheit oder über die Gesundheit als Brücke, kann das Verständnis entwickelt werden, wie viel unseres Lebens eigentlich von den strukturellen Umfeldbedingungen abhängt. Viel weniger von unserem individuellen Verhalten, als immer postuliert wird.

Inwiefern ist das Gesundheitszentrum ein Ort der politischen Bildung und der kollektiven Selbstermächtigung? Wie wichtig ist es, dass Menschen nicht nur gesundheitliche Beratung erhalten, sondern auch zu politischen Akteuren in ihrem eigenen Leben werden?

Helma: Dieser Prozess ist ein schmaler Grat, weil Angebote wie zum Beispiel eine Beratung müssen erst mal das einzelne Anliegen der Personen ernst nehmen und nicht schon direkt im ersten Anlauf eine politische Veranstaltung sein. Da muss man nochmal trennen zwischen Beratungssituation und Veranstaltungssituation, denn es braucht erst mal Beziehungsaufbau, bevor man überhaupt Dinge einordnen kann und zu sagen »das ist jetzt was, was dir passiert, dir individuell, aber es passiert dir auch, weil du zum Beispiel Rassismus, Armut, Behinderung etc. ausgesetzt bist«.

Alicia: Veranstaltungen, die die Verbindung zwischen Gesundheit und strukturellen Faktoren wie Armut, Geschlecht, Rassismus in Verbindung aufzeigen, einen Spiegel vorhalten: Dass das, was mir passiert, auch eingebettet ist und daher eine Bewusstwerdung auch überhaupt erst stattfinden kann. Ja, ich bin nicht alleine, das ist nicht meine Schuld, ich lebe auch in einem System, das auf mich wirkt, das sich in meiner Haut einschreibt und dass da auf jeden Fall auch Potenzial steckt, zu politisieren. Auf einer abstrakten Ebene so Solidarität leben zum Beispiel durch solidarische Abendessen damit wir eine andere Praxis leben, als eine Dienstleistung nach der Motto »Ich bekomme nur was, wenn ich Geld gebe, ich kriege nur Gespräche, wenn ich Geld gebe«. Das ist ein Aufzeigen, dass es eine andere Praxis gibt und theoretisch kann ich Teil davon sein.

Das SGZ ist Teil des deutschlandweiten Poliklinik-Syndikats, ihr selbst nutzt allerdings den Begriff des Gesundheitszentrums. Das Modell der Polikliniken wurde in der DDR entwickelt und nach der Wende durch Einzelpraxen ersetzt. Welche Erfahrungen und Erkenntnisse aus dieser Zeit fließen heute in eure Arbeit ein?

Helma: In unserer Auseinandersetzung der Namensfindung haben wir uns gegen den Begriff Poliklinik entschieden, weil in den ehemaligen DDR-Bundesländern das mit

einem ganz gewissen Konzept verbunden wird, was wir so nicht umsetzen. Wir sind mehr als eine Bündelung an Arztpraxen und deswegen fanden wir das irreführend und wir haben befürchtet, dass Menschen vor allem diese Rechtsformen aus der DDR damit assoziieren.

Was perspektivisch sinnvoll sein kann, ist die Form wie Polikliniken in der DDR als verschiedene, in dem Fall medizinische Praxen, zusammenhängen, ohne dass es einen Geschäftsführer gibt oder ohne, dass es einen Chef gibt und insofern auch die Art des Profitmachens anders oder nicht stattgefunden hat, wie es jetzt in einzelnen Facharztpraxen heutzutage der Fall ist.

Alicia: Das SGZ ist keine Bündelung von nur medizinischen Disziplinen, gleichwohl wir das Konzept der kurzen Wege auch für uns entdeckt haben. Wir gehen aber darüber hinaus und sagen: Es ist nicht nur Medizin. Da ist Psychotherapie, soziale Arbeit, soziologische Aspekte, ernährungswissenschaftliche Aspekte, Ausbildungsberufe, Pflege dabei, ausgeweitet auf Professionen, die nicht im engsten Sinne oder nicht auf den ersten Blick Medizin bedeuten, aber eben eine gesundheitliche Perspektive haben und mit ihrer Profession, mit ihrem professionellen Blick auf Gesundheit schauen.

Wie finanziert ihr euch, und welche Strategien verfolgt ihr, um sicherzustellen, dass eure Arbeit langfristig, auch angesichts der wachsenden rechten Bewegungen und deren Einfluss in den Parlamenten, erhalten bleiben kann?

Helma: Aktuell arbeiten wir sehr viel unbezahlt, ehrenamtlich oder auch aktivistisch und haben Gelder einerseits über Fördermitgliedschaften, andererseits auch über Anträge.

Dieses Jahr werden wir zum Beispiel von der Stadt vom Landesprogramm »Solidarisches Zusammenleben« mitfinanziert und wir haben Spenden eingenommen.

Die Frage, wie wir uns finanzieren und von wem wir uns finanziell auch abhängig machen, beschäftigt

uns aber immer wieder. Es gibt auch kritische Stimmen in der Gruppe, die sagen, so weit wie möglich sich unabhängig zu machen von Geldgebern kann auch von Vorteil sein. Dann müssen wir keine Interessen durchsetzen, die mit Anträgen oder mit Geldgebern einhergehen. Andere solidarische Gesundheitszentren finanzieren sich unter anderem auch durch ihren Kassensitz, beispielsweise Berlin und Hamburg. Ich denke, wir werden perspektivisch auch weiter darüber sprechen, über welche Anträge, Stiftungen wir Gelder beziehen, aber sind momentan auf Spenden und Fördermitgliedschaften angewiesen.

Wie geht es für das SGZ weiter? Was sind eure Utopien?

Helma: Wir wollen mehr werden! Wir wollen auf jeden Fall wachsen, mehr Menschen, die sich in den Verein einbringen. Da war die Eröffnungsveranstaltung heute ein guter Auftakt. Wir wollen auf jeden Fall kontinuierliche Angebote weiterentwickeln, aber eben auch mit Menschen aus Winzerla neue Angebote schaffen.

Meine Utopie ist, dass irgendwann diese Schule hier vollkommen belebt wird mit mehreren Vereinen oder auch Gesundheitsakteuren, dass hier vielleicht noch das Medinetz, der AKST (anonymer Krankenschein Thü-

ringen) oder andere Gruppen hinzukommen, es hier ein großer Ort der Lebendigkeit und Solidarität wird.

Alicia: Meine Utopie, die vielleicht noch ein bisschen kleiner ist, ist, dass hier die SGZ-Tür offensteht, dass Menschen hier reinkommen, sich in der Lesecke verirren und auf dem Sofa sitzen, reden. Also ein niedrigschwelliger Ort der Begegnung, wo man Gespräche über den Stadtteil, über bewegende Themen und Gedanken spricht, ein Ort wird, der auch gemeinsam gestaltet wird.

Dass man durch die Gespräche erfährt, was Menschen bewegt, was sie vielleicht selber für Ideen haben. Ich bin ganz gespannt, was da jetzt auf uns zukommt.

Ich glaube auch, dass wir durch die Eröffnungsfeier hier den ersten Schritt gegangen sind, mit Menschen ins Gespräch gekommen sind. Und ja, wir brauchen dich, wir brauchen euch, wir möchten unbedingt mehr werden.

Vielen Dank an Euch und alles Gute weiterhin.

Das Interview führte Romy Bornscheuer für die Redaktion von Gesundheit braucht Politik.



Auch ältere Ausgaben von »Gesundheit braucht Politik« sind zeitlos interessant.

Sie finden sich alle auf der Homepage: <https://gbp.vdaae.de/>



Aus dem Inhalt: Geschlechterverhältnisse im Gesundheitswesen (GbP 3/2019)

- Christa Wichterich: Der prekäre Care-Kapitalismus – Sorgeextraktivismus oder die neue globale Ausbeutung
- Friedrich Paun und Marla Frentz: »Unfaire Löhne wegmoppen« Tarifaueinandersetzungen an der ausgegründeten. Universitätsmedizin Klinikservice GmbH Göttingen
- Christiane Bachelier, Therese Jakobs, Roxana Müller, Susanne Zickler: Frischfleisch für die Oberärzte. 30 Jahre Sexismuserfahrungen im Medizinsystem
- Ortsgruppe Berlin des vdäa: Let's talk about sexism
- Alicia Baier: Diagnose: Sexismus. #MeToo in der Medizin und antisexistische Aktionen an der Charité
- Mascha Grieschat: »... oder wollen sie, dass Ihr Kind stirbt?« Gewalt im Kontext von Geburtshilfe
- Christiane von Rauch: Bündnisse für sexuelle Selbstbestimmung
- Susanne Zickler: AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft
- u.a.

Aus dem Inhalt: Gesundheit und Krankheit in Zeiten der Abschottung (GbP 1/2020)

- Vera Bergmeyer: Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland
- Ernst Girth: Zwischen Ethik und Staatsgewalt. Die Rolle der Ärzt*innen im Abschiebeprozess
- Das System macht krank. Interview mit Jane Wanjiru von Women in Exile
- Stephanie Kirchner: Ankerzentren machen krank. Warum Ärzte der Welt ihr Projekt zur psychischen Versorgung von Flüchtlingen abgebrochen hat
- Pressemitteilung: Menschen schützen – nicht Grenzen! vdäa fordert Kehrtwende in der Asylpolitik
- Handreichung: Ärztliche Bescheinigungen für geflüchtete Patient*innen – worauf ist zu achten?
- vdäa-Regionalgruppe Hamburg: Abschiebung kranker Menschen
- Carola Wlodarski und Olga Ungurs: Der Anonyme Krankenschein. Das Praxisbeispiel Thüringen
- u.a.



Aus dem Inhalt: Rassismus und Gesundheit (GbP 3/2020)

- Lorena Wanger, Hannah Kilgenstein und Julius Poppel: Über Rassismus in der Medizin
- Regina Brunnett: Rassismus und Gesundheit
- Ria Prilutski: Kranke Normalität. Wirkungsweisen von Rassismus im (deutschen) Gesundheitssystem
- Karoline Wagner: Erkennen und Widersprechen. Antisemitismus in der Medizin
- Phil Dickel / Milli Schröder: Rassismus und Diskriminierung als Public Health Problem anerkennen!
- Jérémy Geeraert: Die Konstruktion von »minderwertigen Patientengruppen«
- Amma Yeboah: Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland
- Mund Aufmachen ist angesagt. Interview mit der neu gegründeten Hochschulgruppe BIPOC an der Uni Leipzig
- u.a.

Aus dem Inhalt: Soziale Ungleichheit und Gesundheit (GbP 4/2020)

- Benjamin Wachtler: »Social injustice is killing people on a grand scale« – Ein kurzer Überblick über das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit
- Martin Kronauer: »Auseinanderdriftende Gesellschaft« – Über Armut in Deutschland
- Tobias Hofmann: »Manager*innen ihrer eigenen Krankheit« – Über Patient*innen im Neoliberalismus
- Jakob Zschiesche: »Gesundheit auf der Platte«
- Claudia Jenkes: »Armut: Nährboden für resistente Erreger« – Soziale Determinanten in den Blick nehmen!
- »Wissenschaft mit Konsequenzen« – Interview mit Ben Wachtler zu den Thesen von Wilkinson und Pickett
- u.a.

