

GESUNDHEIT braucht POLITIK

Zeitschrift für eine soziale Medizin

verein
demokratischer
ärzt*innen

SOLIDARISCHES
GESUNDHEITS WESEN

Nr. 1/2026



© Marcel Bamert

Austerität Schlecht für die Gesundheit

INHALT

4

Editorial:

»Die Bestie wird auch zu Euch kommen...«

5

Austerität und Gesundheit.
Warum Sparpolitik tötet

Benjamin Wachtler

9

Austerität im Namen der Volkswirtschaft. Wie die schwarz-rote Koalition Sozialstaat und Solidarität untergräbt

Jonas Röhrich

13

Die Krise des Systems. Krieg, Sozialabbau und Rechtsentwicklung

Ingar Solty

16

Streik gegen Sparpolitik in Belgien

Ana Vračar

18

Reform mit der Kettensäge. Zur libertären Wende in der öffentlichen Gesundheit in Argentinien

22

Austerität tötet – auch die Solidarität. Zu den Fortwirkungen der Austeritätsmaßnahmen im griechischen Gesundheitswesen

Nadja Rakowitz

27

Linke Gegenentwürfe zu Austeritätspolitik

Rafaela Voss

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 beruflichen Situation noch zusammenpasst. Der vdää* bestreitet seine Arbeit fast ausschließlich aus den Mitgliedsbeiträgen und ist deshalb auf Eure stabile Unterstützung angewiesen.

31

Gesundheitswesen
in Gemeingut. Mit
Organisierung, Streiks
und Pionierarbeit gegen
konstruierte Widersprüche

**Anne Harzendorf /
Vincent Janz / Luise Butzer**

34

Gewerkschaften und
Streikrecht. Grundlage für
Gewerkschaftsbildung und
Streik, ein kurzer Überblick

Rudi Schwab

38

Die blaue Kategorie.
Triage in der Katastrophen-
und Kriegsmedizin

Bernhard Winter

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@vdaee.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 1/2026

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 Grafik auf der Titelseite stammt von
Marcel Bamert, das Foto auf S. 16 von der
FB-Seite der belgischen PTB, die Grafik auf
S. 20/21 von der Rosa Luxemburg Stiftung, die
Bilder auf den Seiten 23/25 stammen von der
FB-Seite von Giorgos Alexatos. Die anderen
Grafiken kommen von rawpixels.

Geschäftsstelle des vdää*

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

Bankverbindung: Triodos Bank
IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03
BIC: TRODDEF1XXX

Zeitschrift

Layout/Satz Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

EDITORIAL

»Die Bestie wird auch zu Euch kommen ...«

Liebe Leser*innen,

vor etwa 12 Jahren im Sommer 2014 erschien das Sonderheft der *Gesundheit braucht Politik* mit dem Titel »Austerität – tödliche Medizin für Griechenlands Gesundheitswesen«. Dort findet sich in dem Text »Die Sonntage haben ihre Farbe verändert ...« – Warum wir dieses Heft gemacht haben« folgender Abschnitt: »Der Sozialstaat, der sich dabei herauskristallisiert (in der Krise und mit den Anforderungen der Troika an Griechenland, d. Red.), ist ein gänzlich anderer als der, auf den wir hier in der Bundesrepublik noch vertrauen; er erinnert viel mehr an das US-amerikanische Modell, das hochgradig privatisiert ist, in dem bei weitem nicht alle Menschen (den gleichen) Zugang zur Versorgung haben, in dem noch viel mehr als in Deutschland gilt, dass sich die Qualität der Versorgung am Portemonnaie entscheidet ... Was wir hier in Griechenland sehen und was wir in diesem Heft analysieren, ist also auch eine Diskussion um die Zukunft der EU. Dabei gehen auch wir davon aus, was viele unserer Freunde in Griechenland über die Austeritätspolitik und ihre Folgen gesagt haben: »Die Bestie wird auch zu Euch kommen ...«

Nun im Frühjahr 2026 kann man getrost sagen, dass die »Bestie Austerität« auch Deutschland erreicht hat. Wir halten es daher für umso wichtiger, ein aktuelles Heft mit dem Schwerpunkt Austerität herauszubringen, die Gefahren darzulegen und solidarische Gegenentwürfe zu präsentieren. Der Sozialepidemiologe und Arzt Benjamin Wachtler analysiert zunächst die konkreten Auswirkungen von Austerität auf Gesundheit und legt dar, warum Sparpolitik langfristig zu einer erhöhten Sterblichkeit führt. Jonas Röhrich geht näher auf den von der Schwarz-Roten-Regierung proklamierten »Herbst der Reformen« ein und erläutert wie durch diese Spar- und Austeritätsmaßnahmen systematisch der Sozialstaat und die Solidarität untergraben werden. Ingar Solty analysiert die Zusammenhänge zwischen Rüstungspolitik und Sozialabbau und geht insbesondere auf die geopolitischen und kapitalistischen Interessen der USA, Russlands und auch der EU ein.

Ana Vračar berichtet über landesweite Streiks und Proteste von über 100.000 Beschäftigten gegen die aktuelle Austeritätspolitik in Belgien. Es folgt eine Übersetzung und Zusammenfassung von Adolfo Rubinstein und Elias Mossialos Artikel »Mileis Kettensägen-Gesundheitsreformen in Argentinien: die libertäre Wende in der öffentlichen Gesundheit«. In »Austerität tötet – auch

die Solidarität« zeigt Nadja Rakowitz anknüpfend an das Sonderheft 2014 die Auswirkungen der Austeritätsmaßnahmen im griechischen Gesundheitswesen auf. Rafaela Voss versucht konkrete linke und solidarische Alternativen zu Austeritätspolitik darzulegen, die langfristig eine gesunde und gerechte Gesellschaft sichern können. »Mit Organisation, Streiks und Pionierarbeit gegen konstruierte Widersprüche« von Anne Harzen-dorf, Vincent Janz und Luise Butzer veranschaulicht, wie eine demokratische und gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung z.B. durch die Vergesellschaftung der ambulanten Versorgung aussehen könnte. Es folgt ein kurzer Überblick zu den rechtlichen Grundlagen von Gewerkschaftsbildung und über das Streikrecht. Und zum Schluss erörtert Bernhard Winter anhand von Triage und insbesondere der sogenannten »Blauen Kategorie«, wie es sich auswirkt, wenn zivile Strukturen auf militärisches Denken treffen, und kritisiert den Versuch, zivile und militärische Medizin unter dem Deckmantel »Katastrophenmedizin« zu vermengen.

Und noch etwas lehrt uns das Beispiel Griechenland. In einem Interview der Zeitschrift *Sozialismus* vom März 2026 sagt der Arbeitsrechtler Apostolis Kapsalis von der Panteion-Universität Athen: »Autoritäre Austeritätspolitik erzeugt auch in Griechenland spezifische kulturelle Muster: neue soziale Gewohnheiten und Lebensweisen, die auf Angst und persönlicher Unsicherheit beruhen. Der Markt-Fundamentalismus drängt Beschäftigte schrittweise in einen Zustand fehlender Alternativen – eine Entwicklung, die kollektives Handeln auf vielfältige Weise untergräbt. In Ländern mit deregulierten Arbeitsmärkten wie Griechenland führt dies zur Herausbildung eines apolitischen, isolierten und passiven Subjekts. Die Teilnahme am Markt wird zur Voraussetzung für den Status als Bürger*in.« Was dies für die Demokratie bedeutet, sieht in Griechenland anders aus als in Deutschland. Die Auseinandersetzung darüber hat gerade erst angefangen.

Die verschiedenen Texte in diesem Heft zeigen eindrucksvoll die Gefahren und höheren Interessen von sogenannter Austeritätspolitik und veranschaulichen die Beziehung zu vielen aktuellen Krisen. Es wird deutlich, warum dringend eine linke, antikapitalistische und solidarische Friedenspolitik nötig ist. Also vernetzt und engagiert euch!

Zu den Bildern dieser Ausgabe: Das wunderbare Titelbild hat uns Marcel Bamert aus der Schweiz zur Verfügung gestellt. Herzlichen Dank dafür!

Die große Grafik auf den Seiten 20/21 entstammt der Broschüre »Ungleichland. Grafiken und Fakten zu Deutschland«, die von der Rosa Luxemburg Stiftung herausgegeben wurde und die wir Euch gerne auch zur Lektüre empfehlen. Auch hier ein großer Dank an RLS!

Austerität und Gesundheit

Warum Sparpolitik tötet

Benjamin Wachtler

Im Spätsommer 2025 hat Friedrich Merz den »Herbst der Reformen« ausgerufen. Unter Schlagworten wie der »Agenda 2030« werden seitdem durch die schwarz-rote Bundesregierung tiefgreifende Reformen des deutschen Sozialsystems gefordert und teilweise auch bereits umgesetzt. Es sind dabei aber leider keineswegs die dringend notwendigen Reformen der Sozialversicherungen gemeint, die durch ein Abschaffen der Beitragsbemessungsgrenze und das Einbeziehen zusätzlicher Einkommensarten, wie z.B. Erträgen aus Beteiligungsvermögen, abgesichert werden sollen. Stattdessen wird das Narrativ forciert, der »Sozialstaat sei (...) nicht mehr finanzierbar« und wir könnten uns den Luxus einer sozialen Absicherung breiter Bevölkerungsschichten als Gesellschaft einfach nicht mehr leisten. Zuerst rückte dabei Ende 2025 das Bürgergeld in den Fokus und markierte den Beginn einer diskursiven und realpolitischen Verschiebung hin zu einer restriktiven Sozialpolitik und verschärften Rhetorik gegenüber Menschen mit Armutserfahrung. Die Einführung der neuen Grundsicherung für Arbeitssuchende bringt dabei höhere Mitwirkungspflichten und strengere Sanktionen mit sich – bis hin zur Möglichkeit der Kürzungen sämtlicher Leistungen inklusive existentieller Unterstützung zur Unterkunft. Begleitet wird dies durch ein stärkeres Heranziehen des bisherigen Schonvermögens und faktischer Nullrunden bei den Leistungen, die in Zeiten der Inflation zu erheblichen realen Kaufkraftverlusten für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen führen.

Die gesundheitlichen Auswirkungen dieser Austeritätspolitik werden dabei bisher in der öffentlichen Debatte meist ausgespart. Dabei hat die Public-Health-Forschung in den letzten 20 Jahren einige Erkenntnisse darüber gewonnen, welche Folgen Austeritätspolitiken für die Bevölkerungsgesundheit haben können. Der Kenntnisstand soll hier kurz skizziert und in Bezug zu aktuellen Entwicklungen der Mortalität und Lebenserwartung gesetzt werden. Außerdem soll der Frage nachgegangen werden, wie sich politische Entscheidungen auf die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung auswirken. Dazu möchte ich einen Blick auf die Entwicklungen in Großbritannien über die letzten 25 Jahre werfen – einem Land, das uns als Beispiel dienen kann, um die Auswirkungen guter wie schlechter politischer Entscheidungen für die Bevölkerungsgesundheit nachzuvollziehen.

Benjamin Wachtler ist Arzt und Sozialepidemiologe und forscht zu sozioökonomischer Ungleichheit in der Gesundheit.

Was ist eigentlich Austerität?

Der Begriff der Austerität beschreibt im Kern 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 Zur Staatsverschuldung werden übrigens auch Schulden der Sozialversicherung gezählt. Es soll hier nicht um eine (wirtschafts-)politische oder ökonomische Diskussion des Kriseninstruments

Austerität ist nicht gleichbedeutend mit »Haushaltsdisziplin« im neutralen Sinne.

der Austerität gehen. Diese wird an anderer Stelle umfangreich geführt. Im hier relevanten Kontext bezeichnet Austerität eine wirtschafts- und finanzpolitische Krisenstrategie, die primär auf den Abbau staatlicher Verschuldung durch Ausgabenkürzungen und eine restriktive Fiskalpolitik abzielt, da die Einnahmeseite den bürgerlichen Parteien ideologisch versperrt zu sein scheint. In der politischen Praxis konzentriert sich Austerität daher häufig auf Einsparungen im öffentlichen und sozialen Sektor, während Einnahmeseite und Verteilungsfragen in den Hintergrund treten. Diese Fokussierung ist keine ökonomische Notwendigkeit, sondern Ausdruck einer spezifischen politischen Ideologie, die Staatsausgaben – insbesondere soziale Ausgaben – als Problem und nicht als Investition betrachtet.

Für die gesundheitspolitische Debatte ist entscheidend, dass Austerität nicht gleichbedeutend mit »Haushaltsdisziplin« im neutralen Sinne ist. Vielmehr handelt es sich um eine politische Entscheidung mit klar verteilungswirksamen Effekten. Einsparungen treffen überproportional Menschen mit niedrigen Einkommen, unsicheren Beschäftigungsverhältnissen oder sozialer Benachteiligung – also genau jene Gruppen, die ohnehin höhere Krankheitslasten tragen, wie wir aus den umfangreichen Ergebnissen sozialepidemiologischer Forschung der letzten 50 Jahre wissen.

Die soziale Determinierung von Gesundheit

Diese Forschungsergebnisse haben uns gezeigt, dass ein Großteil der beobachteten Unterschiede in Krankheitslast und Lebenserwartung auf strukturelle soziale Ungleichheiten und damit verbundene Unterschiede in Lebensbedingungen und Verhaltensweisen zurückzuführen sind. Einkommen, Bildung, Beruf, Wohn- und Arbeitsverhältnisse sowie soziale Netzwerke prägen das Risiko für die meisten Erkrankungen und somit schlussendlich auch die Mortalität und Lebenserwartung. Soziale und sozioökonomische Bedingungen werden dabei über materielle Faktoren, psychosoziale Belastungen und chronischen Stress sowie damit verbundene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen buchstäblich in den Körper eingeschrieben (»Embodiment«). Austeritätspolitik wirkt somit nicht indirekt oder langfristig abstrakt, sondern über konkrete Mechanismen wie Einkommensverluste, Wohnungsunsicherheit, Ernährungsarmut oder den Abbau kommunaler präventiver Angebote und einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung.

Die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit kulminieren in deutlichen Unterschieden in Mortalität und Lebenserwartung. Auch in Deutschland zeigen sich ausgeprägte soziale Gradienten: Menschen in sozial benachteiligten Regionen oder mit niedriger formaler Bildung und geringem Einkommen leben mehrere Jahre kürzer als privilegierte Gruppen. Aktuelle Analysen

belegen, dass diese Unterschiede maßgeblich durch vermeidbare Todesursachen und chronische Erkrankungen geprägt sind (1). Und auch in Deutschland zeigt sich ein Trend, der spätestens seit ca. 2014, also in Folge der großen Weltwirtschaftskrise, in vielen Hocheinkommensländern zu verzeichnen ist: Insgesamt verlangsamt sich die Zunahme der Lebenserwartung und geht in den sozioökonomisch am stärksten deprivierten Regionen sogar zurück (1). Diese Entwicklung widerspricht dem langfristigen historischen Trend stetiger Zugewinne in der Lebenserwartung über alle Bevölkerungsgruppen hinweg und legt nahe, dass politische und ökonomische Rahmenbedingungen eine zentrale Rolle spielen (2). Auch in Deutschland hat sich dadurch die regionale sozioökonomische Ungleichheit in der Lebenserwartung zwischen den am stärksten und den am wenigsten stark deprivierten Regionen vergrößert: von 2,6 Jahren in 2004 auf 4,3 Jahre in 2021 bei Frauen und von 5,7 auf 7,2 Jahre bei Männern (3). Eine Entwicklung die nicht nur die Frage aufkommen lässt, ob man in Deutschland noch von »gleichwertigen (regionalen) Lebensverhältnissen« sprechen kann, wie sie im Grundgesetz der Bundesrepublik verankert sind (Art. 72, Abs. 2 GG).

Großbritannien als Reallabor

Um zu verstehen, welchen massiven Einfluss politische Entscheidungen auf die Bevölkerungsgesundheit haben können, lohnt sich ein detaillierter Blick nach Großbritannien. Dort wurden in den letzten Jahrzehnten, quasi wie in einem »Reallabor«, Entscheidungen getroffen, die die Gesundheit der Bevölkerung sowohl evident positiv als auch katastrophal negativ beeinflussten. Und diese Entscheidungen lassen sich direkt mit der Entwicklung der Mortalität und Lebenserwartung in Beziehung setzen (2, 4). In Großbritannien werden seit ca. 2010 deutlich weniger vorteilhafte Entwicklungen der Lebenserwartung gesehen, als sie anhand der Jahre zuvor anzunehmen gewe-

sen wären. So verlangsamte sich die Abnahme der Mortalität (und damit die Zunahme der Lebenserwartung) ab 2010 deutlich und stagnierte in den folgenden Jahren in den wenig deprivierten Regionen oder nahm in den stärker deprivierten Regionen sogar zu. Eine Entwicklung, die man außerhalb akuter Krisengebiete so nicht gewohnt war zu verzeichnen. Im Vergleich zu den Prognosen der Mortalität, hätte sich der Trend wie bis 2010 fortgesetzt (d.h. mit einem Rückgang der Mortalität in allen Regionen), gab es zwischen 2012 und 2019 in Großbritannien ungefähr 335.000 zusätzliche Tote. Das sind ungefähr so viele Tote, wie in Großbritannien normalerweise in ca. einem halben Jahr zu verzeichnen sind. Besonders stark betroffen waren Menschen, die in Regionen mit hoher Deprivation lebten – dabei waren Frauen stärker betroffen als Männer (4). Damit zeigte Großbritannien im Vergleich mit anderen Hocheinkommensländern eine der nachteiligsten Entwicklungen der Mortalität seit dem Jahr 2000 – zusammen mit Ländern wie den USA, Estland, Island und Slowenien (5). Aber welche politischen Entscheidungen fallen in diese Zeit seit 2010? Und ergeben sich daraus Hinweise auf gute und weniger gute politische Entscheidungen im Sinne einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit?

► Die Labour-Jahre (1997–2010): Der Versuch des Ausgleichs

Unter den Regierungen von Tony Blair und Gordon Brown wurde die »English National Health Inequalities Strategy (2000-2010)« implementiert. Diese Strategie hatte das klare Ziel, die relative Ungleichheit in der Säuglingssterblichkeit und der Lebenserwartung bis 2010, um mindestens 10% zu reduzieren. Der Fokus lag dabei bewusst auf den sozial am stärksten benachteiligten Regionen. Umgesetzt wurde dies durch eine Kombination aus »Downstream«-Ansätzen (massive Finanzierung des National Health Service (NHS), Etablierung des Instituts für evidenzbasierte Versorgung (NICE)) und fundierten »Upstream«-Ansätzen (Einführung eines Mindestlohns,

Insgesamt führte diese expansive Sozialpolitik zu einer Reduzierung der absoluten Ungleichheit in der Mortalität.

»New Deal« für mehr Beschäftigung sowie gezielte Finanzierung von Bildung, Wohnen und Transport). Die Strategie umfasste eine Vielzahl politischer Maßnahmen in verschiedenen Bereichen. Dazu gehörten eine erhebliche Aufstockung der öffentlichen Ausgaben für eine Reihe von Sozialprogrammen (wie die Einführung des Kinderfreibetrags und der SureStart-Kinderzentren), die Einführung des nationalen Mindestlohns, gebietsbezogene Maßnahmen wie die »Health Action Zones« und die »Neighbourhood Renewal Funds« sowie eine erhebliche Aufstockung der Ausgaben für den NHS. Letzteres richtete sich besonders stark an benachteiligte Stadtteile, als nach 2001 eine »Gewichtung der gesundheitlichen Ungleichheiten« in die geografische Verteilung der NHS-Mittel aufgenommen wurde, sodass benachteiligte Gebiete mehr Mittel pro Kopf erhielten, um den höheren Bedarf an Leistungen widerzuspiegeln. Die Effekte dieser, im internationalen Vergleich bis heute beispiellosen, Strategie waren messbar: Zwar fielen die Evaluationen teils uneinheitlich aus, jedoch bescheinigten Studien – wie das systematische Review von Holdroyd et al. 2022 (6) und Analysen von Bennett et al. 2024 (7) – das Erreichen der Ziele bei der Säuglingssterblichkeit und der Reduzierung der Lebenserwartungsunterschiede zumindest bei Männern. Insgesamt führte diese expansive Sozialpolitik zu einer Reduzierung der absoluten Ungleichheit in der Mortalität.

► Die Tory-Jahre (2010–2024): Austerität mit tödlichen Folgen

Mit dem Regierungswechsel ab 2010 setzte in Großbritannien eines der umfassendsten Austeritätsprogramme in Europa ein. Zwischen 2010 und 2019 wurden Einsparungen von schätzungsweise 617 Milliarden Euro² durchgesetzt (2). Diese Kürzungen trafen vor allem die Kommunen (die für Bildung, Wohnen, öffentliche Gesundheit und Kultur zuständig sind) und die sozialen Sicherungssysteme, namentlich das »Universal Credit System«, das es aufgrund seiner überbordenden und unverständlichen Bürokratie zu einiger negativer Bekanntheit brachte³. Allein in der ersten Phase der Programme wurden über 150 Reformen durchgesetzt. Diese betrafen Leistungen für Arbeitslose, Familien, Menschen mit Behinderungen und Alleinerziehende. Charakteristisch waren reale Leistungskürzungen, strengere Sanktionen, Verzögerungen bei Auszahlungen und eine zunehmende Bürokratisierung (8). Beispiele sind die Möglichkeit der Kürzung sämtlicher Leistungen bei sogenannter »fehlender Mitwirkung« bei der Suche und Aufnahme von Arbeit, sowie ein Einfrieren der Leistungen für Menschen im erwerbsfähigen Alter (und damit dem realen Absenken des Leistungsniveaus in Zeiten von Inflation). Hervorzuheben sind auch besonders perfide Vorgehensweisen, wie z.B. die Einführung obligatorischer medizinischer Prüfungen (die durch Privatfirmen durchgeführt wurden) von Menschen, die Erwerbsunfähigkeitsleistungen bezogen,

um jährlich zu überprüfen, ob die Gründe der Erwerbsunfähigkeit noch immer vorliegen. Oder die Reduzierung von Wohngeld, wenn die Behörden die Unterkunft als zu groß einstufen, was viele Familien in die Wohnungslosigkeit drängte oder auch die Deckelung von Kindergeld auf zwei Kinder ohne Ansehen der realen Kinderzahl sowie die generelle Deckelung von Sozialleistungen auf maximal 20.000 Pfund ohne Ansehen der Familiengröße. Friedrich Merz und Carsten Linnemann würden hier sicherlich einige Inspiration finden.

Insgesamt trafen die Einsparungen sozial benachteiligte Kommunen besonders stark (9). Und die gesundheitlichen Folgen dieser Politik sind fatal: Empirische Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen kommunalen Kürzungen und sinkender Lebenserwartung sowie einer Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten, dabei ging die Lebenserwartung insbesondere in deprivierten Regionen, die besonders stark von den Austeritätsprogrammen betroffen waren, zurück (10).

Ist Austerität verantwortlich für die negativen Entwicklungen von Mortalität und Lebenserwartung in Hochinkommensländern?

Diese Frage ist sicher nicht einfach zu beantworten, da sie methodisch herausfordernd ist. Allerdings hat sich die Public-Health-Forschung seit ca. 2007 zunehmend diese Frage gestellt und es liegen heute deutlich mehr Studien vor als zur Zeit kurz nach der Weltfinanzkrise, als es eine erste Auseinandersetzungen mit dem Thema gab (11). Ein aktuelles systematisches Review der Evidenz von Broadbent et al. 2024 (12), das sieben Studien aus einkommensstarken Ländern einschloss, kam zu einem erschütternden Ergebnis: Sechs der sieben eingeschlossenen Studien sowie alle vier Studien, die ein geringes Risiko für einen systematischen Fehler aufwiesen, zeigten einen klaren Zusammenhang von Austeritätspolitiken und negativen Entwicklungen der Mortalität.

Sozialer Mord?

Angeichts der doch recht deutlichen Evidenz zum Zusammenhang von Sparpolitiken und negativen Effekten auf die Mortalität der Bevölkerung, kann davon ausgegangen werden, dass solche politischen Entscheidungen trotz dieses Wissens aus ideologischen Gründen getroffen und die verheerenden Auswirkungen dieser Politik billigend in Kauf genommen werden. Es ist daher nicht erstaunlich, dass in der Public-Health-Forschung der Begriff des sozialen Mordes, den Friedrich Engels bereits 1845 in *Die Lage der arbeitenden Klasse in England* prägte, zuletzt wieder an Relevanz gewonnen hat (2, 13). Engels schrieb damals:

»Wenn ein einzelner einem andern körperlichen Schaden tut, und zwar solchen Schaden, der dem Beschädigten den Tod zuzieht, so nennen wir das Totschlag; wenn der Täter im voraus wußte, daß der Schaden tödlich sein würde, so nennen wir seine Tat einen Mord. Wenn aber die Gesellschaft Hunderte von Proletariern in eine solche Lage versetzt, daß sie notwendig einem vorzeitigen, unnatürlichen Tode verfallen, [...] wenn sie weiß, nur zu gut weiß, daß diese Tausende solchen Bedingungen zum Opfer fallen müssen, und doch diese Bedingungen bestehen läßt – so ist das ebensogut Mord wie die Tat des einzelnen, nur versteckter, heimtückischer Mord, ein Mord, gegen den sich niemand wehren kann, der kein Mord zu sein scheint, weil man den Mörder nicht sieht, weil alle und

doch wieder niemand dieser Mörder ist, weil der Tod des Schlachtopfers wie ein natürlicher aussieht und weil er weniger eine Begehungssünde als eine Unterlassungssünde ist. Aber er bleibt Mord.« (14: S. 324f.)

Wie immer man das Konzept des sozialen Mordes auch beurteilen mag. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass zumindest von einem bedingten Vorsatz ausgegangen werden muss, wenn politische Entscheidungen nachweislich zu negativen Gesundheitsfolgen führen und trotzdem durchgesetzt werden. Sparpolitiken im Sozialen sind keine bloßen Rechenspiele in Ministerien; sie bedeuten Krankheit, Verzweiflung und letztlich den verfrühten Tod von Menschen in den sozial benachteiligten Teilen unserer Gesellschaft. Oder wie es die WHO-Kommission 2008 formulierte: »Soziale Ungerechtigkeit kostet Menschenleben in großem Ausmaß«.

Daraus ergibt sich für uns als Verein demokratischer Ärzt*innen und für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten eine klare Aufgabe: Es liegt in unserer fachlichen wie moralischen Verantwortung als Gesundheitsarbeiter*innen, die massiven gesundheitlichen Folgen der aktuellen Sparpolitik offensiv und evidenzbasiert zu thematisieren. Es braucht einen breiten, gesellschaftlichen Widerstand gegen die aktuellen Austeritätsprogramme, zu dem wir als Gesundheitsarbeiter*innen beitragen müssen – ganz konkret auch, um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen.

Quellen

Der ganze Text mit Literaturangaben und Verweisen findet sich auf der Homepage: <https://www.vdaee.de/gesundheitsbraucht-politik/>

Anmerkungen

- 1 Definition laut Bundeszentrale für politische Bildung: <https://www.bpb.de/kurzknapp/lexika/politiklexikon/225594/austeritaet/> (aufgerufen am 21.02.2026)
- 2 Zum Vergleich: Die gesamten Staatsausgaben der Bundesrepublik Deutschland betrugen in 2025 ungefähr 503 Milliarden Euro.
- 3 Unter anderem auch durch den Film »I, Daniel Blake« (2016) von Paul Laverty und Ken Loach

Austerität im Namen der Volkswirtschaft

Wie die schwarz-rote Koalition Sozialstaat und Solidarität untergräbt

Jonas Röhrich

Kurz nach der Bundestagswahl einigte sich das Bündnis aus CDU/CSU und SPD im Rahmen seines Koalitionsvertrags auf etliche Austeritätsmaßnahmen. Zum Ende des Sommers folgten dann von Seiten des neuen Bundeskanzlers Friedrich Merz großspurige Ankündigungen. Auf nicht weniger als einen »Herbst der Reformen« könne sich die Bevölkerung gefasst machen. Im Namen der Volkswirtschaft sollten Rentensystem, Bürgergeld und Gesundheitswesen grundlegend umstrukturiert, der Verteidigungsetat erhöht und ein neuer Wehrdienst etabliert werden.

Nur wenige Monate zuvor hatten die Deutschen ihrem Unmut Luft gemacht, indem mehr als ein Fünftel eine völkisch-nationalistische Partei wählte. Schuld an deren misslicher Lage seien jedoch weder steigende Lebenshaltungskosten, unverschämte Übergewinne noch die sich zuspitzende Verteilungskrise – da war man sich in Regierungskreisen wie zuvor im Wahlkampf einig. Vielmehr müsse endlich Schluss sein mit Lifestyle-Teilzeit, Arbeitsverweigerung und sozialer Hängematte. »Wir können uns dieses System, das wir heute so haben, einfach nicht mehr leisten«, so der heutige Kanzler und frühere Aufsichtsrats-Chef des weltgrößten Vermögensverwalters Blackrock im August 2025 wörtlich.¹

Was wurde bisher entschieden?

Was wurde aus dem Herbst der Reformen? Zwar wurden, entgegen der Ankündigungen, bisher eher nur kleinere Gesetze verabschiedet, die Stoßrichtung vieler Vorhaben verheißt jedoch wenig Gutes. Noch im Dezember 2025 hat das Kabinett die neue Grundsicherung beschlossen, welche ab Juni das Bürgergeld ablösen soll. Das vielleicht wichtigste Stichwort dieser Reform ist das des *Vermittlungsvorrangs*. Während beim Bürgergeld noch zumindest theoretisch das Prinzip »erst fördern, dann fordern« gegolten hatte – man also den Fokus zunächst auf Qualifizierungsmaßnahmen legen und erst danach auf die Aufnahme einer Arbeit drängen wollte – sollen Grundsicherungsempfänger*innen künftig die nächstverfügbare zumutbare Stelle annehmen müssen. Qualifizierungsmaßnahmen sollen nur dann in Betracht gezogen werden, wenn die Vermittlung scheitert. Außerdem muss eigenes Vermögen künftig vermehrt aufgebraucht werden, bevor die neue Grundsicherung greift.

Darüber hinaus sind strengere Mitwirkungspflichten und verschärfte Arbeitsverweigerungsregeln geplant. Versäumnisse von Terminen werden in Zukunft mit Kürzungen des Leistungsbezugs von zunächst 30% bestraft, beim dritten Nichterscheinen sollen gar die kompletten Bezüge gestrichen und die Miete direkt an Vermieter*innen gezahlt werden. Nach aktuellem Beschluss würde bei mehrfachem Nichterscheinen tatsächlich die Obdachlosigkeit drohen; ob das überhaupt verfassungskonform ist, wird letztlich juristisch entschieden werden müssen. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass in fast einem Drittel der von der Reform sanktionierten Haushalte Kinder leben, wirken die Pläne besonders brutal.²

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

Zwar lief innerhalb der SPD noch ein Mitgliederbegehren gegen die Reform ab, die Vorhaben genießen jedoch auch unter prominenten Sozialdemokrat*innen großen Zuspruch. So argumentierte Bundessozialministerin Bärbel Bas kürzlich im Bundestag: »Wer mitwirken kann, der muss das auch tun und darf sich nicht dieser Unterstützung«, als die man die Maßnahmen verkauft, »verweigern«.³ In derselben Sitzung behauptete Frau Bas auch, dass »Menschen, die erkrankt sind oder aus anderen Gründen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen können«, weiterhin Hilfe und Schutz erhalten müssten. Zudem wurde in den letzten Monaten auch auf das Schicksal psychisch erkrankter Personen mehrfach eingegangen. Zwar sind diese Bekenntnisse erfreulich; nur fragt man sich, woran dann eigentlich gespart werden soll. Die Zahl der sogenannten »Totalverweigerer« – dem großen Sündenbock dieser Regierungskoalition – liegt vielen Schätzungen zufolge bei unter einem Prozent der Bürgergeldempfänger*innen.⁴ Und tatsächlich: Während im Wahlkampf noch ein Plus in Milliardenhöhe propagiert wurde, sollen laut Gesetzesentwurf durch die Abschaffung des Bürgergelds 2026 maximal 86 Millionen Euro eingespart werden.⁵ Absurderweise könnte der Staat manchen Prognosen zufolge aufgrund höherer Verwaltungskosten letztendlich sogar draufzahlen.

Zum Thema Sozialstaatsreform hatte sich die Regierung in ihrem Koalitionsvertrag auf eine von vielen Kommissionen geeinigt. Diese legte im Januar 2026 einen 50-seitigen, 26 Empfehlungen umfassenden Bericht vor. Vieles klingt nach Modernisierungsvorschlägen, die Kommission hat augenscheinlich ein einfacheres, vereinheitlichtes und vor allem auch digitaleres Sozialleistungssystem vor Augen, wogegen zunächst wenig

auszusetzen ist. Die Gewerkschaft ver.di sieht in den Reformideen sogar »Chancen, Zugangshürden abzubauen und verdeckte Armut zu verringern«.⁶ Durchaus positiv ist auch der Vorschlag zur automatischen Kindergeldauszahlung nach der Geburt zu bewerten.

Wenig überraschend soll der Leistungsbezug insgesamt jedoch nicht erhöht werden. Substantielle Erleichterungen für die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft sind somit nicht in Sicht; im Gegenteil sind in dem Bericht auch weitere Verschärfungen enthalten. So würden Personen mit kleinen Zusatzverdiensten künftig weniger Geld als nach den aktuell gültigen Regeln behalten dürfen. Die geplante Zusammenlegung von Wohngeld und Kinderzuschlag mit der Grundsicherung wurde in vielen Kreisen ebenfalls kritisch aufgenommen. So befürchtet beispielsweise ver.di dadurch »mehr Kontrolle, mehr Stigmatisierung und höhere Hürden für die Betroffenen«.

Gesundheitspolitische Pläne

Die gesundheitspolitischen Absichten der neuen Regierung hatten wir in GbP Nr. 2/2025 im Rahmen einer Analyse des Koalitionsvertrags zusammengefasst.⁷ Rhetorisch war aus der Regierungskoalition seitdem allerhand an Zuspitzungen zu hören. Die Pflegestufe 1 soll nun vorerst doch nicht abgeschafft, der Leistungsumfang jedoch geprüft werden. Vor Kurzem erst empörte außerdem der CDU-Wirtschaftsrat mit der Forderung, GKV-Versicherte sollten ihre zahnärztliche Versorgung in Zukunft selber bezahlen. Hendrik Streeck (CDU), neuer Sucht- und Drogenbeauftragter der Bundesre-

gierung, forderte unterdessen die Wiedereinführung der Praxisgebühr. »Eine kluge Selbstbeteiligung« könne »einen positiven Anreiz setzen: für Prävention, für gesunde Lebensführung, für Eigenverantwortung«, behauptete Streeck und beklagte dabei die »unsolidarische Vollkasko-Mentalität« der Versicherten.⁸

Darüber hinaus brachte die Union immer wieder eine Kontaktgebühr beim direkten Facharzt*innenbesuch ins Spiel. Demnach könnte bei einer Vorstellung ohne hausärztliche Überweisung künftig eine Gebühr in Höhe von 200 € pro Termin anfallen. »Wenn wir wollen, dass die Patienten wieder schneller Termine bei Fachärzten bekommen, müssen wir dafür sorgen, dass diese von unnötigen Bagatellfällen entlastet werden«, begründete CSU-Gesundheitspolitiker Stephan Pilsinger den Vorstoß.⁹ Zwar fordern auch progressive Bündnisse wie der vdäa* Schritte in Richtung Primärversorgungssystem. Dies würde jedoch unter anderem ein Umdenken in Anzahl und inhaltlicher Weiterbildung von Hausarzt*innen (z.B. analog der britischen General Practitioner) sowie weitere, teils sehr zeitaufwendige Umstrukturierungen erfordern. Lediglich finanzielle Sanktionen im Rahmen eines Primärarztsystems einzuführen, die noch dazu erst vor einigen Jahren aus gutem Grund abgeschafft wurden, erscheint hingegen wenig zielführend.

Einen Schritt in die richtige Richtung ging im Februar Ministerin Bas mit dem Vorschlag, die Einnahmen der GKV zu stärken, anstatt Leistungen zu kürzen. Ihrem Plan folgend würden alle Einkünfte, also auch Miet- und Kapitaleinkünfte, für die Beiträge zu GKV und Pflegeversicherung herangezogen werden. Unse-

»Das ganze Land wird auf die nächste Zuspitzung des systemimmanenten Wettbewerbs miteinander konkurrierender Nationen eingestellt, von dem wir ebenso wenig profitieren dürften wie die Arbeiter*innen anderer Länder.«

»Kürzlich konnten unter anderem die Partei Die Linke und der neue New Yorker Bürgermeister Zohran Mamdani überraschende Wähler*innenpotenziale freisetzen, indem sie auf Themen wie bezahlbare Mieten, geringere Lebenshaltungskosten, verbesserte Sozialprogramme und höhere Reichensteuern setzten.«

res Erachtens wäre das ein wichtiger Schritt zur solidarischen Bürger*innenversicherung und damit in Richtung mehr Solidarität, der zu begrüßen ist. Leider wurde der Vorschlag von Seiten der Union und auch vieler Medien nur mit Häme bedacht.

Mythos Volkswirtschaft

Erstaunt fragt man sich bei der Recherche, wofür dieses Regierungsprogramm eigentlich gut sein soll. Sinnbildlich dafür stehen die Pläne zur neuen Grundsicherung, wonach Millionen unserer Mitbürger*innen öffentlich unter Generalverdacht gestellt und mit immer schärferen und sinnloseren Maßnahmen in den Jobcentern gequält werden, um jährliche Ausgabenkürzungen deutlich unter 0,1% des Bundeshaushalts zu erzielen. Ein ähnliches Muster, wobei schmerzhafteste Kürzungen zwar viel Leid aber doch eher geringe Einsparungen erzeugen, lässt sich bei vielen der genannten Vorschläge beobachten.

Die Vermutung liegt daher nahe, dass es Schwarz-Rot nicht nur um Ausgabenkürzungen geht. Gerechtfertigt werden die Austeritätsmaßnahmen immer wieder mit dem Argument, Deutschland müsse wieder »wettbewerbsfähig« werden. Augenscheinlich scheint man die Bevölkerung auf eine Krise des Wirtschaftsstandortes Deutschland einstellen zu wollen, die unser aller Wohlstand bedrohe. Mit dem Argument einer schwächelnden heimischen Wirtschaft werden angestrebte Verschärfungen wie die Lockerung von Überstundenregelungen, die Abschaffung des Rechts auf Teilzeit oder eben der beschriebene Abbau des Sozialstaats begründet.

»Gleichzeitig allerdings ist von abstürzenden Börsenkursen oder explo-

dierenden Arbeitslosenzahlen nichts zu sehen, die Gewinne zumindest der global agierenden Konzerne sind ordentlich«, schreibt der Wirtschaftsjournalist und Autor Stephan Kaufmann. »Damit stellt sich die Frage, worin die aktuelle Krise eigentlich besteht«. ¹⁰ Seine Antwort: »Ökonomischer Ausgangspunkt dieser Endzeitdiagnose sind weniger Massenarbeitslosigkeit und Finanzkrisen, sondern Verschiebungen auf dem Weltmarkt. China ist zur industriellen Supermacht aufgestiegen, der Westen verliert an Bedeutung.« Und weiter: »Was die etablierten Industrienationen hier beklagen, ist weniger ihr Untergang als die Gefährdung ihrer Führungspositionen« ¹¹, und damit den Rückgang ihrer Profite.

Wie aber lässt sich die Bereitschaft eines Großteils der Bevölkerung erklären, den Gürtel selbst enger zu schnallen, nur damit Milliardär*innen weiterhin hohe Gewinne akkumulieren können? Gemäß Sabine Nuss vom Wirtschaftspodcast »Armutszeugnis« der Rosa-Luxemburg-Stiftung rührt dies »auch daher, dass die arbeitende Bevölkerung der festen Überzeugung ist, Teil einer Produktivitätsgemeinschaft zu sein, in der jeder seinen Teil beitragen muss, damit es voran geht. (...) Klassen gibt es in dieser Anschauung nicht mehr, auch kein oben und unten. Diese Gegensätze lösen sich in einem imaginären ›Wir‹ auf.« ¹² Um zu verschleiern, dass es sich bei der viel beschworenen Standortkrise bisher vor allem um Renditeverluste der Milliardärsklasse und nicht der allgemeinen Bevölkerung handelt, wird also geschickt der Mythos einer Volkswirtschaft beschworen. Oder anders gesagt: Das ganze Land wird auf die nächste Zuspitzung des systemimmanenten Wettbewerbs miteinander konkurrierender Nationen eingestellt, von

dem wir ebenso wenig profitieren dürften wie die Arbeiter*innen anderer Länder.

Im Gegensatz jedoch zu der von den Eliten des Landes heraufbeschworenen Standortkrise bedroht eine andere Wirtschaftskrise tatsächlich den Wohlstand der großen Mehrheit. Seit Jahren sehen wir einen immer gewaltigeren Vermögenstransfer aus den Staatskassen und der Mitte der Gesellschaft in Richtung einiger weniger Superreicher. Gemäß *Oxfams* Ungleichheits-Bericht 2026 kam es seit 2020 zu einem inflationsbereinigten Vermögensanstieg der Milliardär*innen von fast 80%; die reichsten 12 Individuen besitzen inzwischen mehr als die ärmere Hälfte der Weltbevölkerung. Und auch in Deutschland herrscht eine massive Verteilungskrise. Der Gini-Koeffizient – ein weit verbreitetes Maß für Verteilung, bei dem 0 absolute Gleichheit und 1 absolute Ungleichheit bedeutet – liegt für Haushaltsvermögen hierzulande bei etwa 0,77. ¹³ In nackten Zahlen ausgedrückt besitzt das reichste ein Prozent der Deutschen mehr als 35% des Gesamtvermögens; ¹⁴ die ärmere Hälfte kommt hingegen auf nicht einmal drei Prozent. ¹⁵

Besonders pervers erscheinen diese Zahlen im Kontext der besprochenen Rhetorik der Bundesregierung. Während ununterbrochen die »Leistungsgesellschaft« beschworen wird, wurde in Wirklichkeit mehr als 50% des deutschen Privatvermögens nicht etwa erarbeitet, sondern vererbt. Angesichts solcher Tatsachen schreibt sogar der Präsident des *Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung*, wir würden »keine Meritokratie, sondern eine Vererbungsgesellschaft mit Tendenzen zur Oligarchisierung« erleben. ¹⁶ Wenn immer weniger Menschen immer reicher werden, erkaufte

ihnen dies einerseits politischen Einfluss und zerstört damit unsere Demokratie. Andererseits bedrohen steigende Preise und Mieten und ein unterfinanzierter Staat auch den Lebensstandard der Mehrheit der Bevölkerung. Doch anstatt Vermögens- und Erbschaftssteuern endlich gründlich zu reformieren, wird zwanghaft versucht, ein paar Milliarden Euro an Sozialausgaben zu sparen.

Ausblick

Ein viel zitierter Spruch des Wirtschaftswissenschaftlers Milton Friedman besagt, dass die in Krisenzeiten ergriffenen Maßnahmen von den ge-

rade verfügbaren Ideen abhängen.¹⁷ Momentan scheinen zwei – politisch sehr unterschiedliche – Ideen besonders miteinander zu konkurrieren. Einerseits versucht die Oligarchie mit aller Macht, sich gegen Verteilungsdebatten zu schützen, indem rechtspopulistische Parteien finanziell unterstützt und Medien aufgekauft werden, die jeweils gegen Sozialleistungsempfänger*innen und Fremde Stimmung machen. Auch das hier dargestellte Austeritätsprogramm von Union und SPD lässt sich nicht getrennt von dieser Entwicklung betrachten.

Auf der anderen Seite konnten kürzlich unter anderem die Partei Die

Linke und der neue New Yorker Bürgermeister Zohran Mamdani überraschende Wähler*innenpotenziale freisetzen, indem sie auf Themen wie bezahlbare Mieten, geringere Lebenshaltungskosten, verbesserte Sozialprogramme und eben höhere Reichensteuern setzten. Die wichtigste Aufgabe der nächsten Jahre könnte es daher sein, sich der ersten Idee konsequent zu widersetzen und die Zweite möglichst weit zu verbreiten. Als Fachkräfte des Gesundheitswesens tragen wir in diesem Kontext die besondere Verantwortung, auf die fatalen Folgen von Austeritätsmaßnahmen zu verweisen und mögliche Alternativen aufzuzeigen.

Anmerkungen & Quellen

- 1 »Wir können uns dieses System nicht mehr leisten«, tagesschau.de, abgerufen am 09.01.2026
- 2 Kalarickal, Jasmin (2025): Bürgergeld. Fast jede dritte Sanktion trifft ein Kind, taz.de, abgerufen am 27.01.2026
- 3 Emundts, Corinna (2026): Die neue Grundsicherung spaltet – auch die SPD, tagesschau.de, abgerufen am 27.01.2027
- 4 Der unschöne Begriff des »Totalverweigerers« ist nicht klar definiert. Eine viel kursierende Schätzung setzt die Anzahl der Fälle, in denen zwischen Januar und November 2023 Leistungsminderungen aufgrund der Verweigerung von Arbeit, Ausbildung oder Weiterbildung erfolgten, in Relation mit der Gesamtzahl der Bürgergeldempfänger*innen im selben Zeitraum. Siehe z.B. Kosick, Peter (2025): Mythos »Totalverweigerer« beim Bürgergeld: Was die Zahlen wirklich zeigen, buerger-geld.org, abgerufen am 27.01.2026
- 5 ZDF heute (2026): Damit müssen Arbeitslose rechnen – Das wird kritisiert, zdfheute.de, abgerufen am 01.02.2026
- 6 ver.di (2026): Sozialstaatsreform: ver.di warnt vor Leistungsabbau und Überlastung, verdi.de, abgerufen am 31.01.2026
- 7 Siehe »Neuaufgabe der GroKo. Gesundheit und Pflege im Koalitionsvertrag« aus GbP Nr. 2/2025
- 8 ÄrzteZeitung (2026): CDU-Gesundheitspolitiker Streeck wirbt für »kluge Selbstbeteiligung« von Patienten, aerztezeitung.de, abgerufen am 01.02.2026
- 9 Deutsches Ärzteblatt (2025): Union schlägt 200-Euro-Gebühr bei direktem Facharztbesuch vor, aerzteblatt.de, abgerufen am 01.02.2026
- 10 Kaufmann Stephan (2024): Bedrohte Vormachtstellung, akweb.de, abgerufen am 04.02.2026
- 11 Kaufmann, Stephan (2024): Aufstieg der Rechten: Fragmentierung statt Globalisierung, nd-aktuell.de, abgerufen am 04.02.2026
- 12 RLS-Podcast »Armutszeugnis« vom 15.11.2025, Transkription durch Guido Speckmann für ak Nr. 722 vom 20.01.2026
- 13 Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2024): Vermögensungleichheit in Deutschland und Europa
- 14 Carsten Schröder et al. (2020): MillionärInnen unter dem Mikroskop: Datenlücke bei sehr hohen Vermögen geschlossen – Konzentration höher als bisher ausgewiesen, DIW Wochenbericht 29 / 2020, S. 511-521
- 15 Bartels, Charlotte & Neef, Theresa (2024): Die Einkommens- und Vermögensverteilung in Deutschland, wirtschaftsdiensts.eu, abgerufen am 08.02.2026
- 16 Fratzscher, Marcel (2026): Wie Superreiche die Demokratie zerstören, zeit.de, abgerufen am 08.02.2026
- 17 Das Zitat wird regelmäßig u.a. durch den einflussreichen englischen Ökonomen und früheren Investmentbanker Gary Stevenson bemüht, siehe z.B. »Gary's economics« (YouTube-Kanal/ Podcast)

Die Krise des Systems

Krieg, Sozialabbau und Rechtsentwicklung

Ingar Solty

Die Grundlage dieses Textes ist ein Vortrag von Ingar Solty bei der Konferenz »Gegen Krieg, Sozialabbau und Rechtsentwicklung«, die die »organisierte Autonomie« am 6. Dezember 2025 in Nürnberg veranstaltet hat. Wir haben die Abschrift des Vortrags stark gekürzt. Die Langfassung ist beim Autor erhältlich, dem wir an dieser Stelle danken wollen.

2021 erachteten bei der Bundestagswahl nur ein Prozent der Bevölkerung die Außenpolitikfrage als für sich wahlentscheidend. Das hat sich dramatisch geändert. Bis dahin schien sich Außenpolitik nicht auf unser Privatleben auszuwirken. Mittlerweile sieht das anders aus: Energiepreisinflation, Angst vor Krieg, die US-Kriegsdrohungen gegen den NATO-Verbündeten, Verunsicherung. Sicherlich war die Rede von der langen Periode des Friedens in Europa immer Unsinn. Die Europäer führten, angefangen von der völkerrechtswidrigen Bombardierung Jugoslawiens im Jahr 1999, viele Kriege, die als Terrorismus auf Europa zurückschlügen: Europäische NATO-Staaten waren Teil der Koalition der Willigen im Irak, führten Krieg in Afghanistan, entsandten Truppen und Waffen in zahlreiche Länder der Welt, von Syrien bis Mali. Dennoch schien es gerade nach der globalen Finanzkrise, die die Hegemoniekrise des Neoliberalismus verstärkte und zunächst starken linken und dann vor allem rechte populistische Kräften Aufschwung verlieh, eine Situation zu sein, dass man sich auf die inneren Widersprüche der Gesellschaft konzentrierte, die sich als Explosion der Mietpreise in den großen und Mittelstädten, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Altersarmut usw. ausprägten. Es war also eine Wendung nach innen. Sie galt für die Linke im Westen insgesamt.

Der Beginn des Ukrainekriegs 2022 war eine Zäsur. Er hat, auch durch seine Folgewirkungen, Kräfte freigesetzt, weiter zurückreichenden Tendenzen und gesellschaftlichen Akteuren Auftrieb verliehen, die die kapitalistischen Gesellschaften im Westen radikal verändern – und zwar zum Negativen. Wenn wir über Krieg reden, dann gibt es natürlich sehr viele Kriege auch mit deutscher, mit westlicher Beteiligung, angefangen mit dem genozidal geführten Krieg der rechtsextremen israelischen Regierung in Gaza. Die Unterstützung dieses Krieges durch den Westen hat vieles in Gang gesetzt, vor allem die junge Generation von der westlichen Außenpolitik entfremdet. Für die inneren Verhältnisse in Deutschland wirkt der Ukraine-Krieg nachhaltiger.

Der nun ins fünfte Jahr gehende Krieg ist ein völkerrechtswidriger Angriffskrieg. Der Ukrainekrieg ist jedoch zugleich aus einem Bürgerkrieg entstanden und behält seinen Charakter bis heute bei. Ein Sechstel der Kriegsgefangenen der ukrainischen Regierung sind tatsächlich ukrainische Staatsbürger.

Ingar Solty ist Politikwissenschaftler, Referent für Friedens- und Sicherheitspolitik am Institut für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Fellow des Instituts für kritische Theorie e.V. und Redakteur bei der Zeitschrift LuXemburg.

Außerdem – das offenbart auch die Doppelmoral in der westlichen Außenpolitik – war er von Anfang an auch ein geopolitisch motivierter Stellvertreterkrieg mit westlicher Beteiligung, der mit bis in die 1990er zurückreichenden Ambitionen der USA, die Ukraine in die NATO aufzunehmen, zurückgeht und auch mit den EU-Osterweiterungsinteressen insbesondere des »wiedervereinigten« Deutschlands zu tun hat.

Aber dass es sich von russischer Seite um einen völkerrechtswidrigen Krieg handelt, steht außer Frage. Die UNO hat nach und als Lehre aus dem Zweiten Weltkrieg den Krieg als »Fortsetzung der Politik mit anderen Mitteln« stark geächtet. Legitim ist laut UNO-Charta-Artikel 51 nur der präventive Selbstverteidigungskrieg, der auf einen unmittelbar bevorstehenden Angriffskrieg reagiert. Darauf hat sich auch Russland berufen. Letzten Endes sind aber die Kriegerrechtfertigungen seitens der russischen Regierung unhaltbar. Sie bedienen sich lediglich aus dem ideologischen Arsenal, mit dem der Westen seit dem Kosovokrieg 1999 seine Kriege gerechtfertigt hat: Erstens »Schutzverantwortung« für die russischsprachige (Minderheiten-) Bevölkerung im Donbass gegen die von der Selenskyj-Regierung im Vorjahr in die Wege geleitete militärische Invasion. Dies war letztlich ein Echo der Rechtfertigungen des Kosovokriegs, als der grüne deutsche Außenminister Josef Fischer sagte, er habe zwar gelernt: »nie wieder Krieg«, aber auch »nie wieder Auschwitz«, weshalb Deutschland jetzt Krieg führen müsse. Zweitens, argumentierte die russische Regierung, sie müsse die Ukraine, die Russland durch ihre NATO-Aufrüstung existenziell bedrohe, entmilitarisieren. Das war im Grunde die Argumentation ein Echo der nie gefundenen Massenvernichtungswaffen des Irak, die die USA als Vorwand nutzten, um 2003 den Irak völkerrechtswidrig zu überfallen. – mit dem bekannten Ergebnis: 920.000 Direkttote und 3,6 bis 3,8 Millionen indirekte Tote, Destabilisierung der Region, die den Aufstieg des »Islamischen Staates« und Krieg in Syrien erst ermöglichte,

Wir haben es also mit einer offenkundigen Doppelmoral zu tun, die uns auf das Feld der Geopolitik und ökonomischen wie politischen Interessen verweist.

was ab August 2015 dann die Fluchtbewegung aus Syrien auch nach Europa einleitete, was dann hier den rasanten Aufstieg der AfD und anderer rechtsextremer Kräfte vorantrieb. Man sieht: Es bestand also schon hier ein enger Zusammenhang zwischen externen Krisen und inneren Verhältnissen.

Kurz, wir haben es also mit einer offenkundigen Doppelmoral zu tun, die uns auf das Feld der Geopolitik und ökonomischen wie politischen Interessen verweist. Es geht eben offensichtlich nicht um Moral, sondern um handfeste Interessen. Und es wäre schon viel erreicht, wenn es gelänge, über die historischen geopolitischen Interessen der USA und der europäischen NATO-Staaten im Osten Europas, an der Ukraine zu sprechen und nicht so zu tun, als seien die europäischen NATO-Staaten neutrale Beobachter und einfache Werkzeuge für hohe Werte anstatt Ausdruck von spezifischen Klasseninteressen und Machterweiterungsinteressen.

Was mit dem Schlagwort »Solidarität der Ukraine« gemeint war, sieht man zudem heute: Faktisch war diese Solidarität immer nur die Solidarität mit dem ukrainischen Staat. Jetzt wird der Krieg auf dem Rücken der ukrainischen Bevölkerung verlängert, sterben Zehntausende, ja Hunderttausende einen sinnlosen Tod für ein paar Quadratkilometer zerstörten Landes.

Die EU befindet sich in der Wirtschaftskrise und finanziert, den Forderungen von Donald Trump und der NATO folgend, ein gigantisches Rüstungsprogramm, das die Staatshaushalte in der EU extrem belastet. Kurz, der Europäischen Union droht eine neue heftige Banken- und Finanzkrise, die die hohe Wahrscheinlichkeit eines (weiteren) Auseinanderbrechens der EU deutlich erhöht.

Hinzu kommt die Ebene der gesellschaftlichen Abfederung der Kosten und der inneren Stabilität: Da die Schulden für die Aufrüstung nicht nur mittelfristig die Zahlungsfähigkeit der europäischen Staaten seitens der internationalen Finanzmärkte, wo Staatsanleihen gekauft werden, infrage stellen, sondern schon die Zinszahlungen auf die Schulden aus laufenden Haushalten zu bezahlen sind (was die Staaten auch abhängiger von der Hochfinanz macht und die Abschöpfung der großen Milliardärsvermögen tendenziell unmöglich macht), zieht die Aufrüstung erheblichen Sozialabbau nach sich. Dieser aber destabilisiert die europäischen Staaten, in denen die Unzufriedenheit mit den Regierungen und die populistischen Stimmungen riesig sind, weiter. Der Ukrainekrieg hat also das Potenzial zum Sargnagel der europäischen Integration und Großmachtträume zu werden.

Für Deutschland und Europa hat die Aufrüstung erhebliche Konsequenzen. Dies gilt in erster Linie für die Aufrüstung. Die deutsche Sozialdemokratie wollte unbedingt einen Widerspruch zwischen Kanonen und Butter vermeiden, also Sorge tragen, dass die Aufrüstung nicht zu Sozialkürzungen führt. Dafür lockerte man die Schuldenbremse einseitig für die Aufrüstung. Alles andere ist damit nicht systemrelevant: das Klima nicht, die Flaschensammler nicht, kaputte Schulen nicht. Faktisch aber ist auch diese Schuldenfinanzierung der Aufrüstung auf Sand gebaut oder eine Milchmädchenrechnung, weil die Schuldenfinanzierung natürlich bedeutet, dass die Zinsen, die man auf die Schulden zurückzahlen muss, wie gesagt, aus dem laufenden Haushalt zu bezahlen sind. Wir erleben heute schon massiven Sozialabbau: den Ver-

such, das Rentenniveau nochmal abzusenken, das ja von Rot-Grün schon von 53 auf 48 Prozent abgesenkt worden ist. Es gibt die Diskussion über ein erhöhtes Renteneintrittsalter, es gibt die Aufkündigung der Fünf-Tage-Woche, es gibt Anschläge auf die Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst, wo es heißt, dass ein guter Tarifabschluss für Kita-Erzieherinnen oder Müllabfuhr bedeuten würde, dass man damit die Kriegstüchtigkeit gefährdet. Kurz: Es ist eine Situation eingetreten, in denen sich der Klassengegensatz und die Verteilungskämpfe massiv zuspitzen und massiv zuspitzen werden. Hinzu kommt, dass die Vorstellung, die man teilweise auch in der IG-Metall hat, man könne, wenn man jetzt keine Autos mehr verkaufen kann, weil sich das deutsche Exportmodell in einer Existenzkrise befindet, wenigstens durch Kriegswirtschaft Wachstum erzeugen und Beschäftigung sichern. Die Scholz-Regierung von SPD, Grünen und FDP hat schließlich mit den CO₂-Steuern die Ärmsten der Armen, die am wenigsten für den Klimawandel können, gezwungen, den höchsten Preis dafür zu bezahlen. Gleichzeitig verhindert man, dass sie an günstige Solaranlagen, günstige E-Autos aus China kommen. Das ist also auch das Vermächtnis der Grünen; es war kein Wunder, dass von der Ampelregierung am Ende vor allem die unteren Einkommensklassen weggelaufen sind, weil, wenn man sich entscheiden muss zwischen seinem eigenen Lebensstandard und der unsicheren Rettung des Klimas, dann gibt es eben eine Tendenz, dass das Hemd einem näher ist als die Hose. Aber was bringt der Rüstungskeynesianismus? Wenn man in Osnabrück beispielsweise ein VW-Werk umwidmet zu einem Rheinmetallwerk, dann hat das für den VW-Arbeiter den Effekt, dass er wenigstens als Militärfahrzeughersteller weiterarbeiten kann. Auch gibt es durch jede staatliche Ausgabe einen Konjunktoreffekt: Ausgaben für Rüstung kurbeln auch die Stahlproduktion an, sofern im Inland gekauft wird; Ausgaben für Gesundheit kurbeln die Chemie-, die Pharmabranche an. Gesamtwirtschaftlich allerdings

ist Rüstungskeynesianismus nicht eine Bremse, kein Gegenmittel zur Deindustrialisierung, sondern wirkt beschleunigend. Die Abwanderung von vor allem energieintensivem Kapital – Pharma-, Chemie- Auto- und Maschinenbauindustrie in die USA und auch nach China – wird sich beschleunigen. Historisch gesehen ist es so: diejenigen Staaten, die am meisten Geld für Rüstung ausgaben und sich in der Industriepolitik, bei den Ausgaben für Forschung und Entwicklung usw. auf Rüstung spezialisierten, taten dies zu Lasten der zivilen Produktion.

Das verbindet sich jetzt mit der Rechtsentwicklung. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Regierung über 2027 hinaus hält, wenn dann die massivsten Sozialkürzungen kommen müssen, ist gering. Die Wahrscheinlichkeit, dass die autoritären Rechten dann mit der Union regieren werden, ist hoch.

Die Rechte gibt sich antisystemisch. Sie ist aber zweifellos eine Pseudorevolte. Die Rechte sagt, sie will Migration stoppen, fördert aber gleichzeitig alle Bedingungen des Klimawandels und auch durchaus Freihandelsabkommen, die millionenfach Überschussbevölkerung und Fluchtbewegung ins Werk setzen.

Der rechtsautoritäre Nationalismus war nun lange – gemessen an seiner Funktion für die kapitalistische Klasse – dysfunktional, kam für die transnationalen Konzerne BMW, Bosch, Siemens, Daimler als Bündnispartner nicht in Frage, solange er gegen den Euro und gegen die NATO war, weil der Euro eben das Sprungbrett für diese exportorientierten Konzerne auf den Weltmarkt gewesen ist und die US-getragene NATO eben der militärische Machthebel zur Aufrechterhaltung von Handelswegen. Lange war also die AfD dysfunktional, im Gegensatz auch zur NSDAP, die historisch ja durchaus die wesentlichen Interessen der damals dominanten Kapitalfraktionen vertreten hat, nämlich: Vernichtung der Opposition im Inneren, Aufrüstung und dann Krieg nach außen.

Die Dysfunktionalität wandelt sich indes heute in eine neue Funktionalität für das kapitalistische System in

seiner tiefen Systemkrise. Wir haben heute eine Situation, in der die AfD sich radikal establishmentisiert. Die AfD geht einen Weg, den schon vor der Europawahl 2024 Meloni in Italien und Le Pen bzw. der Rassemblement National in Frankreich gegangen sind, nämlich als Hinwendung zu einer pro-westlichen, pro-amerikanischen, pro-israelischen, pro-Aufrüstungs- und pro-NATO-Position. Das öffnet zum einen Fenster und ein Vakuum, weil diese Positionen in Ostdeutschland, wo die AfD stark ist, nicht mehrheitsfähig sind und sich auch negativ auswirken werden. Zum anderen aber kann die Rechte der nicht mehr hegemonialen bürgerlichen Klasse zu einem zweiten Atem verhelpen, als ihr letztes Aufgebot dienen und die Wut über die soziale Misere auf kulturkämpferische Bahnen und gegen Migranten und andere Sündenböcke zu lenken versuchen.

Für die Linke aber ergibt sich eine Situation, in der sich die großen Fragen zusammenballen: Ein neuer Kalter Krieg und die Aufrüstung verschärfen die soziale Frage. Zugleich ist undenkbar, dass in einem neuen Kalten Krieg, der in dieser Weise auch Ressourcen verschlingt, die Klimafrage zu lösen sein wird oder die damit verbundene Katastrophe wenigstens eingedämmt werden kann. Da die Zeitenwende in ihrer Innendimension im ganzen Westen auch autoritäreres Regieren, einen postliberalen Kapitalismus hervorbringt, stellt sich auch die Demokratiefrage neu. Kurz, es entsteht eine Konvergenz von sozialer, Friedens-, Demokratie- und Klimafrage. Linke, sozialistische Politik sollte, auch um die eigene Erschöpfung im Kampf mit Hunderten Brandherden zu überwinden, die einzelnen Brandherde nutzen, um diese Konvergenz als Systemfrage sichtbar zu machen. Jeder kleine Brand für sich allein betrachtet, führt den linken Aktivisten, die Sozialistin in den Burnout; jeder kleine Brand, der auf die Ebene seiner systemischen Ursachen geführt und verknüpft wird, hat das Potenzial zum Flächenbrand für den Kapitalismus.

Streik gegen Sparpolitik in Belgien

Ana Vračar

Nach einem Jahr der Streiks und Proteste gegen die Austeritätspolitik der konservativen ARIZONA-Regierung Bart De Wevers begehen belgische Gewerkschaften und progressive Bewegungen den Jahrestag des Widerstands mit einer Demonstration von 100.000 Menschen und einem landesweiten Streik. Wir haben dazu einen Text aus dem People's Dispatch übersetzt. In dem Kasten werfen wir mit der Schweizer Gewerkschaft UNIA noch einen Blick in andere europäische Länder.



Quelle: PTB/PVDA auf Facebook

Ana Vračar ist Kulturanthropologin aus Kroatien, Mitglied von BRID (Basis for Workers' Initiative and Democratization), Mitglied der UNI Global Union und des People's Health Movement (PHM).

Am Donnerstag, dem 12. März, beteiligten sich 100.000 Menschen an einer weiteren landesweiten Demonstration und einem Streik gegen die unsozialen Reformen der sogenannten Arizona-Koalition in Belgien. Gewerkschaften, feministische Netzwerke, internationale Solidaritätsorganisationen und viele weitere gingen in Brüssel auf die Straße, um gegen Pläne zu demonstrieren, die Militarisierung auf Kosten von Löhnen und Renten der Beschäftigten vorantreiben und finanzieren wollen.

»Unsere wichtigsten Botschaften heute sind: Erstens: »Stoppt den Renten-Malus«, denn er ist eine Bestrafung, die Menschen trifft, die nicht bis zum Alter von 67 Jahren arbeiten können«, sagte Selena Carbonero Fernandez, Generalsekretärin des Gewerkschaftsbundes FGTB-ABVV, vor der Aktion. »Zweitens: Beibehaltung der Lohnindexierung¹, weil sie eine der besten Möglichkeiten ist, die Kaufkraft zu schützen. Drittens: Brecht das Tabu neuer Einnahmequellen und sucht Einnahmen bei denen mit den tiefsten Taschen.«

Im vergangenen Jahr hat Belgien den Kurs der Regierung von Bart De Wever zunehmend zurückgewiesen. »Der Generalstreik am 12. März

markiert ein Jahr anhaltender Aktionen«, erklärte Peter Mertens, Generalsekretär der Partei der Arbeit Belgiens (PTB-PVDA), in einem Interview mit dem *Jacobin Magazin*². »Ich denke, das liegt daran, dass die Ziele der Bewegung sehr populär sind und ernsthaft unterstützt werden – insbesondere die Ablehnung des Renteneintritts mit 67.«

Als Teil ihres Sparprogramms versucht die Regierung, möglichst viele Menschen dazu zu zwingen, bis zum Alter von 67 Jahren weiterzuarbeiten, indem sie sie andernfalls bestraft. Das Modell sieht vor, dass Beschäftigte für jedes Jahr, das sie vor diesem Alter in Rente gehen, Kürzungen ihrer Pensionen von bis zu 5% jährlich hinnehmen müssen. Zusammen mit anderen ursprünglich vorgeschlagenen Maßnahmen – etwa der Begrenzung, in welchem Umfang prekäre Beschäftigung für die Rente angerechnet wird – ist dieses Modell von progressiven Kräften stark kritisiert worden.

»Das Bonus-Malus-System ist ungerecht«, warnte der Rentenexperte der PTB-PVDA, Kim De Witte, im Februar. »Es bestraft Menschen, die früh ins Berufsleben einsteigen – oft in belastenden Berufen und mit niedrige-

ren Renten – und belohnt diejenigen, die später anfangen und bereits eine gute Rente haben.«

Breite und anhaltende Mobilisierungen, einschließlich der Aktionen vom 12. März, haben wichtige Fortschritte erzielt. Laut Berechnungen von De Witte wurde die Gesamtwirkung der Reformmaßnahmen um ein Viertel reduziert, und etwa 20.000 Beschäftigte werden vor Rentenkürzungen geschützt. »Die Regierung schwankt und ändert ihre Pläne unter dem Druck der Straße«, sagte De Witte. »Jetzt ist es Zeit, einen Schritt weiterzugehen. Die Rentenreform muss vollständig vom Tisch.«

Gewerkschafter und linke Führungspersonlichkeiten betonen, dass der Widerstand gegen neue Angriffe auf Arbeitnehmerrechte und die soziale Sicherheit fortgesetzt werden muss – insbesondere angesichts der Gefahren für das System der Lohnindexierung, während die Arbeiterklasse in Belgien weiterhin mit steigenden Lebenshaltungskosten zu kämpfen hat. FGTB-ABVV-Präsident Bert Engelaar warnte, dass die Lohnindexierung »kein Detail« im Gesamtgefüge sei. »Die Preise steigen ständig, aber die Löhne halten nicht Schritt«, betonte er. »An der Indexierung zu rütteln heißt, an der Würde zu rütteln.«

Die Demonstrierenden hoben auch die Auswirkungen hervor, die eine Militarisierung auf das Leben der Menschen hätte. Mertens wies darauf hin, dass die geplanten militärischen Anschaffungen der Regierung – darunter etwa 1.500 Kampffahrzeuge, Munition, Drohnen und Anti-Drohnen-Systeme sowie künstliche Intelligenz – in starkem Gegensatz zu den tatsächlichen Bedürfnissen stehen, wie etwa einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und sozialer Sicherheit. Da erwartet wird, dass noch mehr Geld für Rüstung ausgegeben und diese Bereiche weiter gekürzt werden, ist es nicht überraschend, dass die Menschen wütend sind, warnen progressive Stimmen in Belgien.

»Wenn wir diese Wut nicht kanalisieren, wird sie nach rechtsaußen abwandern«, fügte Mertens im Interview hinzu. In diesem Zusammen-

hang stelle die anhaltende Mobilisierung bereits einen organisatorischen Erfolg dar, da es gelungen sei, die Frustration von Beschäftigten im öffentlichen wie im privaten Sektor auf die eigentlichen Verantwortlichen zu richten – die Arizona-Regierung. »Wenn man sich anschaut, was die andere Seite sagt – dass sich die europäische Wirtschaft in einer Krise befinde, dass wir jetzt remilitarisieren und deregulieren müssen, sonst bricht unsere Industrie zusammen –, dann ist allein die Etablierung eines anderen Narrativs schon ein großer Fortschritt«, so Mertens.

Es wird erwartet, dass sich ein solches Narrativ in den kommenden Monaten weiter verfestigen kann. »Das Rückgrat der belgischen Wirtschaft wird nicht zulassen, dass man mit der Lohnindexierung und den Nachtzuschlägen herumspielt«, sagte Mertens an diesem Tag. »Die Menschen, die dieses Land am Laufen halten, weigern sich, die Kosten für die Kriegspolitik von Verteidigungsminister Theo Francken und seinen Verbündeten zu tragen, die das Land in einen illegalen Krieg ziehen wollen, der die Energiepreise noch weiter in die Höhe treiben würde.«

Quelle: People's Dispatch, 12. März 2026 – Übersetzung: Nadja Rakowitz mit Hilfe von KI

Anmerkung

- 1 Die Lohnindexierung in Belgien passt Gehälter automatisch an die Inflation an, um Kaufkraftverluste auszugleichen. Zum 1. Januar 2026 ist eine Indexierung von 2,21% in der Paritätischen Kommission 200 (PC 200) vorgesehen. Die Arizona-Regierung plant nun eine Deckelung des Lohnindex, die rund die Hälfte der Erwerbstätigen betreffen würde, die Red.
- 2 Belgiens Arbeiterklasse gibt nicht nach. Interview mit Peter Mertens, Jacobin 10.03.2026; <https://jacobin.de/artikel/belgien-de-wever-ptb-pvda-rentenreform-malus-gewerkschaften>

2025:

Das Jahr des Zorns

2025 ist das Jahr des Zorns überall in Europa, des Zorns der Arbeitenden gegen Spardiktate und Sozialabbau. Der entlud sich nicht nur in zahllosen Arbeitskämpfen zwischen Adria und Atlantik. In Frankreich fielen nach Massenprotesten gegen den verschärften Kapitalismus (»Blockieren wir alles!«) 2025 zwei Regierungen, die dritte wackelt heftig und hofft auf die Rettung durch die Faschisten. In Griechenland legte im Herbst ein Generalstreik den Inseltourismus lahm. Italiens Basisgewerkschaften USB und CUB sagen einen Totalstillstand für den 29. November an. Dies nach Millionenprotesten gegen den Völkermord in Gaza, der sich explizit auch gegen die Austerität der neofaschistischen Regierung Meloni richtete. Die traditionellen italienischen Gewerkschaften um die CGIL haben ihrerseits zum Generalstreik am 12. Dezember gerufen. Nur einen Tag nach dem angesagten Landesstreik in Portugal. Die Labour-Regierung in London und die Große Koalition in Berlin, beide vor nicht langer Zeit gewählt, haben wegen ihrer Austeritätspolitik längst jede Mehrheit verloren.

Auffallend ist: So verschieden die politischen und ökonomischen Verhältnisse in diesen Ländern sein mögen, spielt doch überall genau dieselbe Mechanik: Die Regierungen beklagen eine hohe Verschuldung (Frankreich 115 Prozent des BIP, Italien 138 Prozent). Also reißen sie den Service public ab, zerstören die soziale Sicherheit, erhöhen Arbeitszeit und Rentenalter und schleifen die Rechte der Arbeitenden. Daran führe kein Weg vorbei, sagen sie. Das ist nicht neu – doch die Mechanik beschleunigt gerade enorm.

In Wahrheit steckt dahinter ein gigantischer Betrug. Nicht die Sozialausgaben reißen das Loch in den Haushalt (tendenziell sinken diese überall). Auch nicht der abgespeckte Service public. Die Regierungen produzieren Defizit und Schulden bewusst. Zum einen mit Steuersenkungen für die Reichen und die Konzerne. Zum anderen mit gigantischen Beihilfen für einen Kapitalismus, der den Staat zu seiner Privatschatulle gemacht hat. Kein Geld mehr da, sagen Meloni, Merz und Macron. Steuererhöhungen für die Superreichen aber seien tabu. Und legen das größte Rüstungsprogramm seit 80 Jahren auf.

(Quelle: Work. Zeitung der Gewerkschaft Unia, 26. November 2025; <https://www.workzeitung.ch/2025/11/mit-einem-generalstreik-gegen-die-ultrarechte-regierung/>)

Reform mit der Kettensäge

Zur libertären Wende im Gesundheitswesen in Argentinien

Adolfo Rubinstein und Elias Mossialos haben im *Lancet* vom Oktober 2025 einen Artikel über »Mileis Kettensägen-Gesundheitsreformen in Argentinien: die libertäre Wende in der öffentlichen Gesundheit«¹ veröffentlicht. Wir haben den Artikel übersetzt und zusammengefasst. Während der griechische Gesundheitsminister in der Krise der 2010er Jahre Gesundheitspolitik mit dem Schlachtermesser statt mit dem Skalpell machen wollte (und gemacht hat, wie Nadja Rakowitz in diesem Heft beschreibt), benutzen die Autoren hier für Mileis Gesundheitspolitik das Bild der Kettensäge. Die Ergebnisse sind ähnlich ...

Im November 2023 wählte Argentinien Javier Milei, einen libertären Ökonomen und selbsternannten Anarchokapitalisten, zum Präsidenten, was einen dramatischen politischen Wandel markierte. Milei erhielt Unterstützung von über der Hälfte der Bevölkerung – insbesondere von jungen, einkommensschwachen und marginalisierten Wählern. Milei versprach, so Rubinstein/Mossialos, weitreichende Kürzungen im öffentlichen Haushalt und kritisierte Umverteilung und multilaterale Zusammenarbeit; Verteilungsgerechtigkeit sehe er als schädlich an. Im Gesundheitssystem wollte er nicht nur Haushalte und Institutionen, sondern auch die grundlegende Rolle des Staates bei der Gesundheitsversorgung transformieren, so seine Ankündigung.

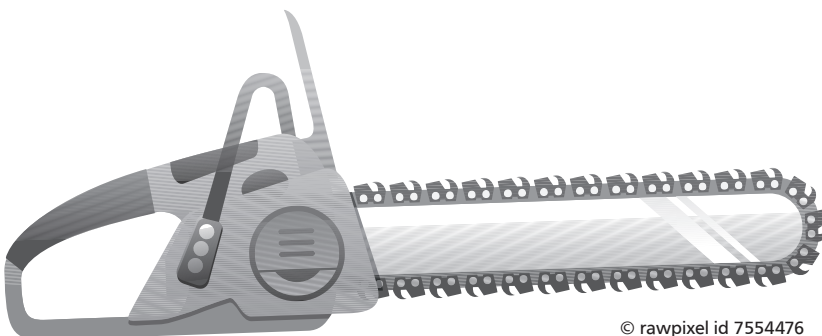
Rubinstein/Mossialos beschreiben Argentinien mit seinen etwa

46 Millionen Einwohner*innen als ein Land mit mittlerem Einkommen und einer überwiegend städtischen Bevölkerung, wo nichtübertragbare Krankheiten über 70% der Krankheitslast ausmachen. Argentinien gebe derzeit 10% des BIP für Gesundheitsversorgung aus, was einer der höchsten Raten in Lateinamerika sei. Die öffentlichen Ausgaben machen 6,14% des BIP aus; und die Eigenbeteiligungen seien mit 22,4% der gesamten Gesundheitsausgaben relativ niedrig. Allerdings bestünden dramatische Ungleichheiten immer noch fort: So schwankten z.B. die Pro-Kopf-Ausgaben für öffentliche Gesundheit zwischen Provinzen um das Sechsfache; die Säuglingssterblichkeitsraten unterschieden sich zwischen den reichen und armen Provinzen des Landes um das Doppelte, während die Müttersterblichkeit und

Gebärmutterhalskrebssterblichkeit um das achtfache schwankten, so Rubinstein/Mossialos.

Etwa eineinhalb Jahre nach Mileis Präsidentschaft hat seine Regierung mehrere Gesundheitsreformen umgesetzt. Die nach Ansicht von Rubinstein/Mossialos, bedeutendste Änderung war die Umstrukturierung des argentinischen Sozialversicherungssystems, in dem ca. 60% der Bevölkerung versichert ist (die anderen 40%, darunter die ärmsten Bevölkerungsteile, sind ausschließlich auf die öffentliche Versorgung angewiesen). Private Versicherer sollen nun direkt mit Sozialversicherungen konkurrieren können. Diese Umstrukturierung berge jedoch erhebliche Risiken, und zwar, dass die gesellschaftliche Ungleichheit weiter zunehme und dass die Solidaritätsprinzipien, die das argentinische Gesundheitssystem historisch geprägt haben, untergraben werden.

Mileis Regierung hat, so Rubinstein/Mossialos, den Bundesgesundheitshaushalt erheblich gekürzt. Die Gesundheitsversorgung, so die Regierung, sei verfassungsrechtlich nicht auf Bundesebene angesiedelt, sondern in den Provinzen. Trotz hoher Inflationsraten in den letzten Jahrzehnten sei so das Budget des Gesundheitsministeriums im Jahr



© rawpixel id 7554476

2024/25 um 13% gesunken. Diese Kürzungen haben wichtige Programme und Institutionen erheblich getroffen: Von 2024 bis 2025 seien HIV-Programme um 38%, Impfprogramme um 7% und die Versorgung mit wichtigen Medikamenten um 67% reduziert worden. Die Regierung habe Krebspräventionsprogramme um 47% gekürzt und Maßnahmen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit runtergefahren. Diese Budgetkürzungen beeinträchtigten zudem die Programme für psychische Gesundheit der Gemeinden und die öffentliche Finanzierung der Gesundheitsforschung.

Milei habe zudem seinen Rückzug aus der WHO angekündigt, wie es sein Vorbild Donald Trump schon getan hat. Rubinstein/Mossialos verweisen darauf, dass diese Entscheidung Argentinien von den Krankheitsüberwachungssystemen, Pandemienvorsorgemechanismen, gemeinsamen Beschaffungsvereinbarungen und umfassenderen globalen Gesundheitsgovernance-Diskussionen der WHO ausschließen werde, obgleich es nach wie vor Mitglied in der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation (PAHO) bleiben will.

Das alles habe schon erste Auswirkungen: Während des schlimmsten Dengue-Ausbruchs in Argentinien (583.297 Fälle und 419 Todesfälle) in den Jahren 2023/24 habe die Regierung Aufklärungskampagnen verzögert und sich geweigert, den Dengue-Virus-Impfstoff in den nationalen Impfplan aufzunehmen. Dies wiederum habe die Kritik einiger Organisationen, akademischer Institutionen und Berufsverbände ausgelöst. Aktuell liefen außerdem Gerichtsprozesse und Kongressdebatten, um HIV-Versorgung und die Finanzierung von Institutionen wie dem National Children's Hospital wiederherzustellen.

Das argentinische Gesundheitssystem benötigte eigentlich, so Rubinstein/Mossialos, Reformen, die die anhaltende Ungleichheiten und Ineffizienzen angehen. Die derzeitige wahllosen Haushaltskürzungen in Kombination mit marktorientierten Umstrukturierungen könnten zugrundeliegende Probleme eher verschärfen als lösen. Eine wirksame Reform erfordere gezielte Interventionen, die die Umverteilung von Mitteln von Reich zu Arm, von Gesund zu Krank und von Jung zu Alt förderten.

Rubinstein/Mossialos kommen zu dem Schluss, dass eine umfassende Bewertung von Mileis Gesundheitspolitik noch verfrüht sei. Dass diese aber klar einen tiefgreifenden ideologischen Wandel signalisiere, der Sparmaßnahmen bevorzugt, die bundesstaatlichen Gesundheitsverantwortlichkeiten verringere und sich von der Umverteilung zurückziehe, sei bereits klar. Diese Reformen werde mutmaßlich insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen treffen. Die Begründungen dieser Politik mit dem Schutz der Freiheit vor staatlichen Eingriffen berge die Gefahr, die kollektiven Grundlagen der öffentlichen Gesundheit zu untergraben. Gesundheit werde aktuell in Argentinien mit der Kettensäge statt mit einem Skalpell gemacht.

Anmerkung

- 1 Siehe: Adolfo Rubinstein/Elias Mossialos: Milei's chainsaw health reforms in Argentina: the libertarian turn in public health, in: The Lancet, Volume 406, Issue 10512, 1544-1546, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01729-5/abstract?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01729-5/abstract?rss=yes)

HÖREN! SEHEN!

Empfehlungen aus der Redaktion

99 ZU EINS

Kerngesund in den Kriegstod mit Nadja und Helena vom vdää*

vdää*-Geschäftsführerin Nadja Rakowitz und Vorstandsmitglied Helena Mielke waren im März im Podcast der Plattform »99 ZU EINS« zu Gast. Eingeladen wurden sie als Vertreterinnen des Arbeitskreises »Gegen Militarisierung«, nachdem die Podcast-Hosts auf die *Broschüre gegen Militarisierung des Gesundheitswesens* des vdää* aufmerksam geworden waren. In dem etwa einstündigen Gespräch erklärten Helena und Nadja Moderator Julius die gegenwärtigen Pläne zur Militarisierung des Gesundheitswesens und gingen dabei besonders auf den kürzlich geleakten Berliner Rahmenplan ein. Darüber hinaus wurde unter anderem über die Untrennbarkeit von Kapitalismus und Krieg, den aktuellen Zustand des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Formen des Widerstands diskutiert.



LESENSWERT

Ungleichland.

Grafiken und Fakten zu Grafiken und Fakten zu sozialer und ökonomischer Ungleichheit in Deutschland (hg. von der Rosa Luxemburg Stiftung, Berlin Februar 2026)

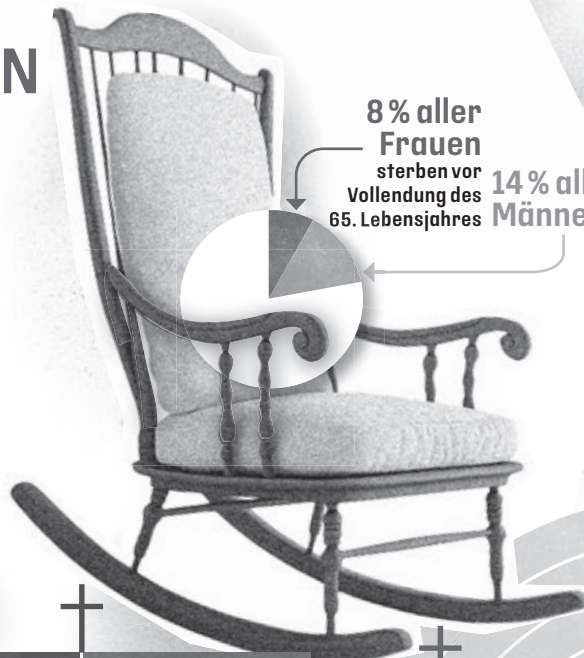
Diese Sammlung von Grafiken und kurzen Texten liefert wichtige Daten, benennt die Zusammenhänge und Folgen von sozialer und ökonomischer Ungleichheit in Deutschland und verdeutlicht Alternativen. Diese Zustände zu kennen, um dagegen anzugehen, ist unerlässlich. Extreme Ungleichheit ist nicht nur eine Frage sozialer Gerechtigkeit. Sie verschärft auch die weltweite Klimakrise und lässt die Demokratie erodieren.

Die Grafik auf den nächsten beiden Seiten ist ein Vorgeschmack darauf ...

2019 REICHE LEBEN LÄNGER

27% aller Männer sterben vor Vollendung des 65. Lebensjahres

13% aller Frauen sterben vor Vollendung des 65. Lebensjahres



8% aller Frauen sterben vor Vollendung des 65. Lebensjahres
14% aller Männer

Frauen

+4,4 Jahre

Männer

+8,6 Jahre

Lebenserwartung niedrigste Einkommensgruppe

Lebenserwartung höchste Einkommensgruppe

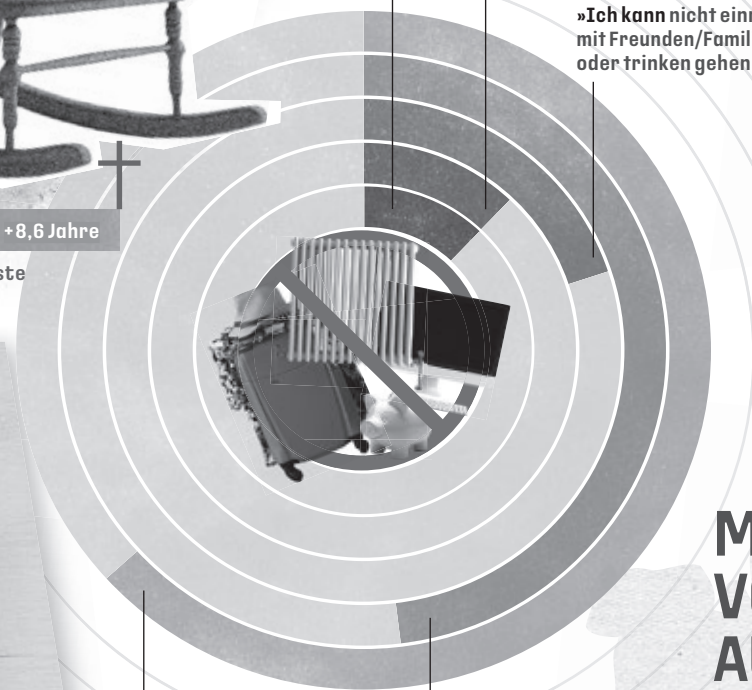
2025 »DAS KANN ICH NICHT LEISTEN«

So viele der armutsgefährdeten Menschen in Deutschland auf diese Dinge verzichten

12% »Ich kann die Wohnung nicht angemessen

12% »Ich kann mir keinen Computer

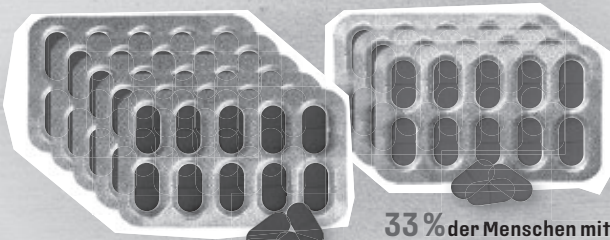
18% »Ich kann nicht einmal mit Freunden/Familie oder trinken gehen



64% »Ich kann keine Rücklagen für Notfälle oder Neanschaffungen bilden.«

49% »Ich kann keine Woche im Jahr zum Urlaub verreisen.«

2019 ARMUT MACHT KRANK



54% der Menschen mit niedrigem sozialen Status sind chronisch krank

33% der Menschen mit hohem sozialen Status sind chronisch krank

2015 ÜBERVERSORUNG UNTERVERSORGUNG

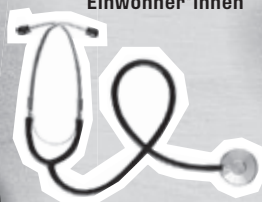
Dichte an niedergelassenen Ärzt*innen in Stadtteil mit niedrigem sozialen Status
Wilhelmsburg (Hamburg)

1,29

Ärzt*innen pro 1000 Einwohner*innen

hohem sozialen Status
Blankenese (Hamburg)

7,05



23% 1%

Anteil von Hartz-IV-Empfänger*innen an lokaler Bevölkerung

In Stadtteilen mit mehr Privatpatient*innen ist die ambulante Versorgung deutlich besser.

2025 21, Gesamt in Deutsch (17,6 Mio)

2025 fast JEDER VIER der unter 18-J (3,4 Mio. Kinder)



H MIR
N«

eten
üssen

arm halten.«

kaufen.«

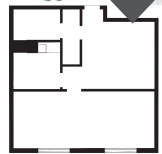
mal im Monat
ie etwas essen
«

Von den **untersten 20 %**
der Einkommensgruppen...

...leben
29 %
in überbelegten
Wohnungen



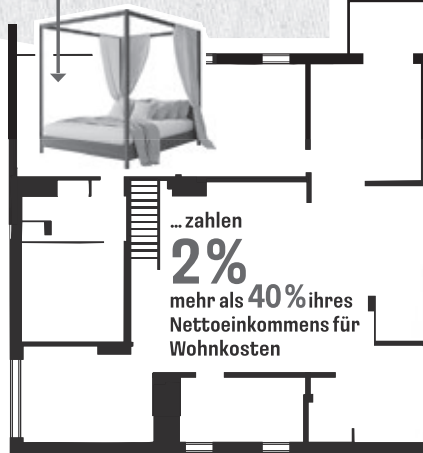
...zahlen
31 %
mehr als **40 %** ihres
Nettoeinkommens für
Wohnkosten



2025 **JE ÄRMER, JE ENGER,
JE BELASTETER**

Von den **obersten 20 %**
der Einkommensgruppen...

...leben
3 %
in überbelegten
Wohnungen



...zahlen
2 %
mehr als **40 %** ihres
Nettoeinkommens für
Wohnkosten

Wohnverhältnisse in
unterschiedlichen
Einkommensgruppen

**MEHR ALS EIN FÜNFTEL
ON ARMUT ODER SOZIALER
USGRENZUNG BETROFFEN**

2 % der
bevölkerung
chland
(o. Menschen)

**E* R
TE**

ährigen in Deutschland
r und Jugendliche)



2019

**(MISS-)ERFOLG
VORPROGRAMMIERT**

Wahrscheinlichkeit des Gymnasial-
besuchs nach familiärem Hintergrund
der Kinder

Eltern mit Einkommen
ÜBER 5 500 € **61 %**

Eltern mit Einkommen UNTER 2 600 € **26 %**

2021

**AUFSTIEG
SCHWER
MÖGLICH**

Aufstiegsperspektiven
von Grundschüler*innen
nach dem Bildungsgrad
der Eltern

Promotion

2 6

11 43

Master-Abschluss

20 64

Bachelorabsolvent*innen

27 79

Studienanfänger*innen

davon werden

100 100

Kinder von Eltern
OHNE Hochschulabschluss
Kinder von Eltern
MIT Hochschulabschluss

beide Eltern
MIT Abitur

75 %

beide Eltern OHNE Abitur

28 %



Austerität tötet – auch die Solidarität

Nadja Rakowitz zu den Fortwirkungen der Austeritätsmaßnahmen im griechischen Gesundheitswesen

Im Jahr 1983 wurde in Griechenland unter der Regierung des sozialdemokratischen Andreas Papandreu das *Nationale Gesundheitssystem Griechenlands* (ESY) eingeführt. Es beruhte, so Andreas Xanthos,¹ Arzt und Gesundheitsminister der linken SYRIZA-Regierung (2015-2019), auf den »Grundsätzen der Gleichheit und der Universalität, sowie dem öffentlichen und kostenlosen Charakter der Dienste«. Finanziert wurde es durch ein gemischtes System von Versicherungssystem und staatlichem Haushalt. Zugang zu ESY hatten nur Versicherte, aber für Mittellose bestanden andere Systeme. Im ersten Jahrzehnt kam es zu einer großen Ausweitung der öffentlichen Gesundheitsdienste: Es wurden viele neue Krankenhäuser und Gesundheitszentren geschaffen, viele Ärzt*innen und anderes medizinisches Personal wurden eingestellt, es gab Investitionen in Infrastruktur und Ausrüstung. Allerdings begann schon in seinem zweiten Jahrzehnt im Zeichen der neoliberalen Logik auch in der griechischen Gesundheitspolitik allmählich eine Stärkung des Privatsektors: Den Krankenkassen wurde die Möglichkeit gewährt, mit privaten Diagnosezentren und Krankenhäusern Verträge abzuschließen und eine allmähliche Privatisierung zu beginnen. Anfang der 2000er musste die Bevölkerung schon hohe private Ausgaben in Form von direkten oder informellen Zahlungen (Korruption) leisten; die Ausgaben für Arzneimittel stiegen stark an und der Privatsektor wuchs vor allem in den Bereichen Primärversorgung (Privatpraxen) und diagnostischen Untersuchungen deutlich. Dennoch, so das Resümee von Andreas Xanthos: Es war »verbesserungswürdig, aber offen für Alle«. (Ebd.) Das sollte sich dramatisch ändern.

Weltwirtschaftskrise – Staatsschuldenkrise in Griechenland

Seit der großen Weltwirtschaftskrise im Zuge der geplatzten Spekulationsblase 2008/2009,

die dann wahlweise als »Finanzkrise«, »Euro-Krise«, oder »Staatsschuldenkrise« – faktisch als Krise des Kapitalismus – Europa bis mindestens 2016 beschäftigte, hat der vdä* ein besonderes Verhältnis zu Griechenland. Bis die Krise aus den USA in den europäischen Gesellschaften ankam, dauerte es eine Weile. Ab 2012 erreichten den vdä* Anfragen von Mitgliedern und anderen, ob wir wüssten, was im Gesundheitswesen in Griechenland los sei und wie man sich mit der von der Krise betroffenen Gesellschaft solidarisch zeigen könne. Der vdä* hat dann 2013 eine Delegationsreise nach Athen und Thessaloniki und 2014 nach Athen und Piräus gemacht. Wir wollten uns ein Bild von den Auswirkungen der Krise auf das Gesundheitswesen machen, mit Menschen aus solidarischen Initiativen sprechen und die Möglichkeiten von konkreter praktischer Solidarität ausloten.

Was wir dann in Griechenland erfuhren, hat uns schockiert: Der griechische Sozialstaat war in kürzester Zeit so heruntergefahren worden, dass mindestens 30% der Bevölkerung (mehr als 3 Millionen Menschen) nicht mehr krankenversichert waren und so kaum noch Zugang zum Gesundheitswesen hatte. Wer länger als ein Jahr arbeitslos war, war aus allen Sozialversicherungssystemen herausgefliegen, bekam also auch keine Sozialhilfe oder Ähnliches mehr. Gleichzeitig wurden Krankenhäuser geschlossen und massenhaft Beschäftigte entlassen und die Ausgaben für Gesundheit auf ca. 6% des BIP gedrückt. Anfang 2014 wurden alle 350 Primärversorgungszentren des staatlichen Versicherungssystems EOPYY geschlossen, womit die gesamte Primärversorgung in Griechenland entweder von den Krankenhäusern geleistet werden musste oder von Privatärzt*innen. Giorgos Vichas, ein Aktivist der Solidarischen Praxis in Elliniko/Athen sprach damals davon, dass »in ganz Griechenland hunderte von Menschen sterben – jeden Monat.« Hunderte jeden Monat mitten in der EU – weil sie medizinisch nicht versorgt wur-

den oder sich eine Versorgung nicht leisten konnten. Das Ausmaß der Zerstörung im griechischen Gesundheitssystem zwischen den Jahren 2010 und 2015 war so groß, wie es sonst nur aus Kriegszeiten bekannt ist.

Hinzu kamen schon damals die ungezählten Geflüchteten und Illegalisierten im Land, denen es auch so erging wie den unversicherten Griech*innen. Im Jahr 2015 kamen dann noch 780.000 Flüchtlinge dazu², die bis 2016 noch weiter in den Norden, also reicheren Teil der EU gehen konnten. Seit die Grenzen zur Republik Mazedonien dicht gemacht wurden, strandeten allerdings alleine 2016 ca. 50.000 Geflüchtete an der griechisch-mazedonischen Grenze in Idomeni, die nicht in die nördlichen Länder der EU weiterkamen, aber auch nicht zurück in die Türkei oder gar in ihre Herkunftsländer gehen konnten und wollten. Die geflüchteten Menschen mussten und müssen medizinisch durch dasselbe ruinierte Gesundheitssystem versorgt werden, welches schon für die griechische Bevölkerung nicht mehr ausreicht.

Das alles war aber nicht das Resultat der eigentlichen Krise, sondern die Konsequenz der beinhaltenen Austeritätspolitik, die die »Troika« aus Europäischer Kommission, Europäischer Zentralbank und Internationalem Währungsfonds mit willfähriger Unterstützung der in Griechenland herrschenden Klasse der Bevölkerung aufgezwungen hatte. Deutschland spielte hierbei eine äußerst unrühmliche Rolle: Seit 2012 war das deutsche Gesundheitsministerium im Rahmen der so genannten Task-Force Griechenland offizieller »Domain Leader« für Strukturreformen im griechischen Gesundheitssystem. Unter deutscher Ägide wurden diese Kürzungen, Schließungen und Ausgrenzungen konzipiert und durchgesetzt. Der Sozialstaat, der sich dabei herauskristallisierte, war ein gänzlich anderer als der, auf den wir in der Bundesrepublik damals noch vertrauten. Er erinnerte viel mehr an das hochgradig privatisierte US-amerikanische Modell, in dem bei weitem nicht alle Menschen Zugang zur Versorgung haben und in dem noch viel mehr als in Deutschland gilt, dass sich



Der griechische Gesundheitsminister besucht ein Krankenhaus in Nikaia/Piräus unter Polizeischutz.
Foto: Giorgos Alexatos, Facebook

die Qualität der Versorgung am Portemonnaie entscheidet.

Was wir in Griechenland sahen und dann auch in einer Sonderausgabe von *Gesundheit braucht Politik*³ analysierten und kritisierten, was wir in Solidarität mit unseren griechischen Kolleg*innen und Genoss*innen bekämpften, wurde damals nicht nur von uns auch als mögliche Zukunft innerhalb der EU diskutiert. Neoliberale Politiker*innen und Ökonom*innen versprachen hingegen, dass sich die Wirtschaft und deshalb auch die ganze Gesellschaft nach diesem »Tal der Tränen« und den harten Sparauflagen gemäß der neoliberalen Wirtschaftsdoktrin erholen würden. Allerdings sprechen alle historischen Erfahrungen z.B. in Südamerika oder Südostasien dagegen. Dazu gleich mehr.

Solidarität gegen die Krise

Im Verlauf der Krise hatten sich in Griechenland viele Solidaritätsinitiativen gegründet, weil die Menschen sich nicht mit dem ihnen aufgezwungenen Objektstatus abfinden wollten. »Niemand soll in der Krise allein sein!« war das gegen die Vereinzelung gerichtete Motto der Solidaritätsbewegung für die griechische Gesellschaft aber auch für die internationale Solidaritätsbewegung. Die Initiativen von unten kümmerten sich um unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Mitbürger*innen oder der Gemeinde. All diese

Strukturen der sozialen Solidarität waren Beispiele für die Organisation der Menschen von unten und Beispiele für den Widerstand gegen die Barbarei. Es handelte sich um selbstorganisierte Kollektive, deren Mitglieder versuchten, sofort Lösungen für praktische Probleme zu finden. Gleichzeitig schafften sie Räume für Widerstand und Ansprüche. Die solidarischen Initiativen hatten regelmäßige Versammlungen, bei denen alle Mitglieder mitreden und mitentscheiden konnten. Alle Entscheidungen über die tägliche Arbeit aber auch über Aktionen und Veranstaltungen der solidarischen Initiativen wurden damals bei Vollversammlungen getroffen. Das galt auch im Gesundheitswesen.

Schon vor der Krise hatten sich in Rethymno/Kreta und Thessaloniki selbstverwaltete solidarische Gesundheitszentren für Migrant*innen und Menschen ohne Papiere/Versicherung gegründet. Bald zeigte sich, dass angesichts der Krise auch der Bedarf der griechischen Bevölkerung immer höher wurde. Die Praxen strebten an, unversicherten Menschen unabhängig von aufenthaltsrechtlichem Status, Herkunft oder Religion eine lückenlose und hochqualitative ambulante ärztliche Betreuung zu gewährleisten. Im Laufe der Krise gründeten sich mehr als 40 solcher Praxen in ganz Griechenland. Die KIA in Thessaloniki war eine der großen Praxen. In ihr arbeiteten über 200 Ehrenamtliche: Ärzt*innen aus

Wer mehr lesen will über die Austeritätspolitik in der Krise 2014 und über die Griechenland-Arbeit des vdää*, kann sich das Heft von Gesundheit braucht Politik hier herunterladen:



9 Fachrichtungen (darunter Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie, Zahnmedizin, Psychiatrie, Psychotherapie), Pflegepersonal, Sozialarbeiter*innen und Verwaltungsmitarbeiter*innen. Zum Netzwerk gehörten außerdem weitere 80 (Fach)Ärzt*innen, die bereit waren, Patient*innen in ihrer eigenen Praxis unentgeltlich zu behandeln. Sehr wichtig war außerdem die soziale Apotheke in der Praxis, die – gegen Rezept – kostenlos Medikamente abgab. Für 90-95% der Patient*innen hatten sie auch in der Krise die nötigen Medikamente. Schwierig wurde es z.B. bei teuren und selten gebrauchten Krebsmedikamenten, doch auch diese konnten oft organisiert werden. Die Medikamente bekam die Praxis aus Spenden entweder von Griech*innen oder aus dem Ausland, oder sie wurden mit gespendetem Geld in Apotheken gekauft. Auch Krankenhausversorgung konnte in diesen Jahren zum Teil organisiert werden. Manche Abteilungen von Krankenhäusern schleusten unversicherte Menschen an den Verwaltungen vorbei, um sie umsonst zu behandeln. Musste allerdings eine unversicherte Person offiziell ins Krankenhaus, dann musste sie bezahlen. Wer das nicht konnte, bekam eine Rechnung vom Finanzamt, das dann versuchte, die Schulden mit den Steuern einzutreiben.

Viele Arme wurden deshalb gar nicht mehr im Krankenhaus behandelt. Zu den Aktivitäten der Mit-

arbeiter der KIA gehörten daher auch Demonstrationen gegen diese Regelungen. Mindestens einmal im Monat gab es eine Demo in den Krankenhäusern von Thessaloniki, bei denen man den Direktoren Versprechen abzurufen versuchte, dass eine bestimmte Anzahl Nicht-Versicherter pro Monat unentgeltlich versorgt werden müsse. Es gab aber auch Aktionen in die umgekehrte Richtung, die die ganze Absurdität der Situation damals deutlich machten: Bisweilen hatte die KIA (diese Geschichten hörte man auch aus anderen solidarischen Praxen) so viele Medikamente in ihrer Apotheke, dass sie diese mit Hilfe von Beschäftigten heimlich in die kaputt gesparten öffentlichen Krankenhäuser schmuggelten. Offiziell wollten (oder durften?) die öffentlichen Krankenhäuser solche Spenden nicht annehmen, also musste von der Solidarbewegung und den Beschäftigten ein anderer Weg gefunden werden, die Ausstattung der Krankenhäuser mit Medikamenten zu verbessern.

Wie auch in Athen, in Piräus und den anderen Praxen arbeiteten die Mitarbeiter*innen in Thessaloniki unentgeltlich, d.h. nach Feierabend von ihrer Lohnarbeit, in ihrer Freizeit oder tagsüber, wenn sie sowieso arbeitslos waren. Die Praxis funktioniert fast wie eine normale Arztpraxis: Patient*innen rufen an und bekommen einen Termin, es gibt eine Krankenakte, einen Wartebereich, verschiedene Sprechzimmer. Im Unterschied zu offiziellen oder privaten Praxen wurde aber nicht nach dem Versicherungsschutz gefragt. Sowohl die Versorgung durch Ärzt*innen als auch die Medikamentenausgabe wurden nur von Professionellen, Ärzt*innen, Pflegekräften und Apotheker*innen nach professionellen Kriterien gemacht, ihr Handeln war dennoch illegal. Die Beschäftigten, hier vor allem die behandelnden Ärzt*innen, riskierten mit dieser praktischen Solidarität also auch ihre Existenz. Die Praxis-Kollektive verstanden ihre Arbeit nicht als karitativ oder wohltätig, sondern als politisches Projekt. Sie grenzten sich auch strikt von NGO ab.

Hoffnung und Veränderungen

Als es der griechischen Linken gelang, die starken sozialen Bewegungen und die sich aus verschiedenen linken Parteien neu konstituierende Partei SYRIZA im Januar 2015 mit ihrem Parteichef Alexis Tsipras an die Regierung zu bringen, keimte erstmals die Hoffnung, dass sich nun in Griechenland etwas grundsätzlich ändern und so womöglich auch eine größere linke Bewegung in Europa Schwung bekommen würde. Diese Hoffnung wurde allerdings schnell und brachial zerschlagen. Alexis Tsipras unterzeichnete nach ein paar Monaten harter Verhandlungen mit der Troika ein weiteres austeritätspolitisches Memorandum und ignorierte damit das Votum von über 60% der abgegebenen Stimmen im Referendum vom 5. Juli 2015. Finanzminister Yanis Varoufakis verließ noch am gleichen Tag die Regierung. Damit war die Niederlage der griechischen Linken eingeleitet, die auch zur Niederlage der europäischen Linken wurde, welche nicht in der Lage gewesen war, die EU-Austeritätspolitik zu stoppen.

Die Politik der Troika ging mehr oder weniger so weiter. Dennoch hat die Regierung Tsipras in ein paar wenigen Bereichen etwas erreichen können – ganz besonders im Gesundheitssystem. 2015 stand sie vor einem gesundheitspolitischen Trümmerhaufen. In dieser extrem schwierigen Situation beschloss die griechische Regierung mit Gesundheitsminister Xanthos zwei entscheidende politische Maßnahmen: Erstens sicherte seit 2016 ein Gesetz unversicherten Griech*innen und besonders schutzbedürftigen Menschen den kostenlosen Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem und zur Versorgung mit Arzneimitteln zu denselben Bedingungen und mit denselben Gebühren wie bei den Versicherten. Zweitens stattete die Regierung das öffentliche Gesundheitssystem wieder mit mehr Geld aus. Erstmals nach sechs Jahren Krise und Abbau wurden Anstellungen von zusätzlichen Ärzt*innen und Krankenpflegepersonal und

anderen Gesundheitsprofessionellen im öffentlichen Gesundheitssystem auf den Weg gebracht. Außerdem plante die Regierung als Ersatz für die geschlossenen Primärversorgungszentren eine neue dezentrale öffentliche Primärversorgung mit ca. 300 Einrichtungen mit Hausärzt*innen, Gesundheitsprofessionellen und einem Konzept ganzheitlicher Gesundheitsversorgung einschließlich Prävention. Auch die verbreitete Korruption sollte bekämpft werden.⁴

Für die 30% der Bevölkerung, die nicht mehr versichert waren, und auch für die Migrant*innen, die nun wieder vom staatlichen System versorgt werden mussten, war dies ein großer Fortschritt. Tatsächlich wurden auch einige Primärversorgungszentren vor allem in großen Städten installiert. Die vom deutschen BMG vorgeschlagene Einführung der deutschen DRG wurde geschickt verhindert, indem diese zwar als Berechnungsinstrument eingeführt wurden, aber nicht als Preissystem. Leider hatte die SYRIZA-Regierung nur vier Jahre Zeit für solche Reformen unter widrigsten Bedingungen; in fast allen anderen gesellschaftlichen Bereichen agierte sie sowieso neoliberal: Sie setzte die Memoranden pflichtschuldig um, machte weiter Austeritätspolitik und privatisierte im großen Stil öffentliches Eigentum. Deshalb wurde sie 2019 auch abgewählt und die konservative Nea Demokratia setzte den neoliberalen Austeritätskurs in der Gesundheitspolitik wieder fort.

Krise beendet? Für wen?

Da die Krise von Politiker*innen und genauso auch von einem Großteil der Medien immer nur als Staatsschuldenkrise dargestellt wurde, wurde sie auch als »gelöst« angesehen in dem Moment, als der griechische Staat brav seine Schulden abtrug, wieder kreditwürdig war und von den Ratingagenturen besser bewertet wurde. Und auch wenn am 20. August 2018 mit dem Ende des ESM-Programms, also dem Auslaufen des 3. Kreditprogramms in Brüssel wie in Athen, die »Krise für beendet erklärt wurde«⁵, ist die reale soziale



Ministerbesuch in Nikaia unter Polizeischutz. Foto: Giorgos Alexatos, Facebook

Krise nicht zu Ende. Die Regelungen der Memoranden gelten zum Teil für die nächsten 60 Jahre weiter, auch wenn im August 2022 vorerst das »Ende der verstärkten Überwachung der Finanzen« Griechenlands durch die EU-Kommission erklärt wurde.⁶ Die Troika-Rezepte wurden von der bürgerlichen Politik wie von deren Medien als erfolgreich angesehen. Dass sich bis heute an der Staatsschuldenquote, also an dem Verhältnis von Verschuldung zu BIP, nicht viel geändert hat, genauso wenig wie an den Einkommens- und Lebensverhältnissen der Mehrheiten, scheint nicht zu interessieren. Auch die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsrechte wurden dramatisch verschlechtert.⁷ Die Löhne, Gehälter und auch die Renten der Lohnarbeiter*innen und der staatlichen Angestellten wurden unter der Herrschaft der Troika um ca. 30% gesenkt, daran hat sich bis heute nichts Wesentliches geändert. Das Einkommensniveau ist seitdem nicht mehr auf das Vorkrisenniveau angestiegen. Dagegen hat sich der Reichtum der Oberschicht auch während der Krise merklich erhöht.

Die taz schrieb Ende 2024, dass die meisten Menschen in Griechenland kaum über die Runden kämen. 2009

habe das Gehalt im Schnitt noch bei monatlich 1.379 Euro brutto gelegen, 2024 waren es sogar 37 Euro weniger; wegen der Inflation bleibt davon jedoch noch weniger übrig. Die Preise stiegen seit 2020 um kumuliert 22%, Lebensmittel gar um 30%. Die Kaufkraft der Griech*innen sei auf den zweitletzten Platz in der EU abgestürzt, nur Bulgarien liegt noch dahinter.⁸ Entsprechend fiel die Sparquote der Privathaushalte das dritte Jahr in Folge negativ aus – 2024 mit einem Minus von 2,5 Prozent. Das bedeutet, dass die Griech*innen von ihrem Ersparten leben mussten, falls dies überhaupt vorhanden war. Im gesamten Euroraum lag die Sparquote dagegen bei +15,4% (ebd.).

Noch drastischer schnitt Griechenland beim Index der sogenannten »subjektiven Armut« ab, der die Wahrnehmung der Privathaushalte darüber spiegelt, »wie sie über die Runden kommen«. Dies inkludiert nicht nur das Einkommen der Privathaushalte, sondern auch die Ausgaben, das vorhandene Vermögen sowie bestehende Schulden. Der Anteil der griechischen Privathaushalte, die angaben, dass sie »sehr schwer« oder »schwer« über die Runden kommen, lag, so der taz-Artikel, bei 66,8%.

Griechenland ist so in ganz Europa 2024 mit Abstand an erster Stelle: Bulgarien wies 2024 mit einem Wert von 37,4% das zweitschlechteste Ergebnis auf (ebd.).

Immer noch Austerität im Gesundheitswesen

Besonders schlimm ist die Situation immer noch im Gesundheitswesen. Die Zerstörungen durch die Troika-Maßnahmen waren so groß, dass sie von den geschilderten Veränderungen durch die SYRIZA-Regierung 2015-2019 nicht aufgefangen werden konnten. Da bis heute neoliberale Politik herrscht, sind die Zustände aktuell fast noch gravierender als zu den schlimmsten Krisenzeiten. Bei der Konferenz letztes Jahr auf Kreta, von der wir in *Gesundheit braucht Politik* 2/2025⁹ berichteten, sagte Andreas Xanthos, dass es aktuell in Griechenland viele funktionell unversicherte Bürger gebe. Das heißt, dass es zwar keine institutionellen Hindernisse für den Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem für Versicherte gibt, aber niemand effektiv behandelt werden kann, wenn er nicht aus der eigenen Tasche dazu zahlt. »Wir sind in die Zeit vor der Gründung des NHS zurückgekehrt, als die Menschen in unserem Land Geld haben mussten, wenn sie medizinisch versorgt werden wollten. Die Grundwerte des NHS sind über den Haufen geworfen worden«, referierte Xanthos.

Yiannis Kalomenidis, Professor für Pneumologie an der Universität Athen und Arzt am Krankenhaus »Evangelismos«, spricht nicht mehr von der Notwendigkeit, das NHS zu stärken und auszubauen, »sondern über die Notwendigkeit, ein neues NHS aufzubauen.« Die von Stavroula Poulimeni in dem Artikel beschriebenen Schilderungen der Ärzt*innen und Pflegekräfte aus den Krankenhäusern in Kreta sind erschütternd¹⁰ und stehen nur beispielhaft für die Situation, wie sie in ganz Griechenland zu finden ist. Die Unterbesetzung wird auf 40% geschätzt, in der Peripherie manchmal sogar auf 50%. Gleichzeitig schreitet die Privatisierung immer weiter fort und zu allem Übel wurden im Jahr 2025 auch noch die DRGs scharfgestellt, also zum Preissystem nach deutschem Vorbild gemacht. Entsprechend sind die Arbeitsverhältnisse auch für die Ärzt*innen in Weiterbildung: In einem Artikel vom 25. Februar diesen Jahres steht, dass eine internationale Studie über Ärzt*innen in Weiterbildung zeige, dass »Assistenzärzt*innen in Griechenland die europäischen Arbeitsgrenzen weit überschreiten, was schwerwiegende Folgen für ihre Gesundheit und Patientensicherheit hat ... Griechenland hat unter den analysierten Ländern die höchste durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit und erreicht 72 Stunden pro Woche (Durchschnitt in den untersuchten Ländern in Europa: 57 Stunden)«. Die Studie stellt dies als systematisches Problem des NHS in Griechenland dar, das enorme Sprengkraft habe.¹¹

Dass Austerität tötet, gilt immer noch. Änderungen sind aktuell nicht in Sicht. Die solidarische Bewegung ist, wie die gesamte griechische Linke, zersplittert und vereinzelt. Und dennoch ist die Erinnerung an die jahrelange praktizierte Solidarität nicht nur im Gesundheitswesen sondern in vielen Bereichen tief in der Gesellschaft wie in

den einzelnen Aktivist*innen verankert. Viele denken – angesichts der aktuellen Hoffnungslosigkeit – mit Stolz aber auch mit Wehmut an diese Zeiten. Wir können mit den Freund*innen in Griechenland zusammen hoffen, dass sie zu gegebener Zeit daran anknüpfen können werden, wenn die Linke sich vielleicht neu sortiert hat. Wir in Deutschland können aus dieser Geschichte immer noch lernen. Man male sich aus, dass die Wirtschaftskrise hierzulande – auch angesichts des Ende Februar begonnenen Krieges gegen den Iran – richtig heftig und gleichzeitig die Zahl der Flüchtlinge hierher drastisch ansteigen wird. Es ist für mich kaum vorstellbar, dass wir es dann in Deutschland schaffen werden, dennoch eine so starke linke Solidaritätsbewegung wie die in Griechenland auf die Beine zu stellen. Eher ist zu befürchten, dass sich die deutsche Gesellschaft dann noch strammer und schneller nach rechts entwickeln wird.

Deshalb ist es uns so wichtig, diese andere Geschichte der Krise zu erzählen.

Anmerkungen

- 1 Andreas Xanthos: Verbesserungswürdig, aber offen für Alle. Über das Gesundheitswesen in Griechenland vor der Krise, in: *Gesundheit braucht Politik*, Sonderheft »Austerität – tödliche Medizin für Griechenlands Gesundheitswesen«, Sommer 2014; https://www.vdaee.de/wp-content/uploads/2024/02/GbP_14_Sonderausgabe-Griechenland.pdf
- 2 Stephan Kaufmann: »EU-Zahlungen – 15 wichtige Fakten zur Griechenland-Hilfe«, in: *Berliner Zeitung* 23.05.2016, <http://www.berliner-zeitung.de/wirtschaft/eu-zahlungen-15-wichtige-fakten-zur-griechenland-hilfe-24103800>
- 3 *Gesundheit braucht Politik*, Sonderheft »Austerität – tödliche Medizin für Griechenlands Gesundheitswesen«, Sommer 2014, a.a.O.
- 4 Andreas Xanthos/Panos Papadopoulos: Soziale Reformen gegen den autoritären Neoliberalismus – Die Gesundheitspolitik der SYRIZA-Regierung von 2015 bis 2018, herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Juni 2019; https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Materialien/Materialien27_Soziale_Reformen.pdf
- 5 Ende der Hilfsprogramme. Unsere Lehren aus der Griechenlandkrise, *Der SPIEGEL* 14.08.2018, <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/griechenland-krise-beteiligte-und-betroffene-ziehen-bilanz-a-1221081.html>
- 6 Siehe: Ende des Kuratels, *Süddeutsche Zeitung* 21.08.2022, <https://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/griechenland-ende-des-kuratels-1.5642747>
- 7 Vgl. »Griechenland ist Warnung und Vorbote«. Gespräch mit Apostolis Kapsalis über Arbeitsrechte, Tarifverhandlungen und die Lage der Gewerkschaften, in: *Sozialismus*, 03/2026
- 8 Ferry Batzoglou: Negative Sparquote in Griechenland – Der Staat hat Geld, die Griechen sind pleite, *taz* 28.10.2025; <https://taz.de/Niedrige-Sparquote-in-Griechenland/16124719/>
- 9 Stavroula Poulimeni: Auf der Suche nach einer alternativen Strategie. Bericht von einer Konferenz auf Kreta, in: *Gesundheit braucht Politik*, 2/2025: Medizin in der Krise; <https://www.vdaee.de/wp-content/uploads/2025/11/GbP-2-2025-Medizin-in-der-Krise.pdf>
- 10 Vgl. Chrise Wilkens: In griechischen Spitälern kann einem schon einmal die Decke auf den Kopf fallen. Wortwörtlich, *NZZ* 28.12.2025; <https://www.nzz.ch/international/in-griechischen-spitaelern-kann-einem-schon-einmal-die-decke-auf-den-kopf-fallen-wortwoertlich-ld.1912835>
- 11 Γιάννης Δεβετζόγλου: Ειδικευόμενοι γιατροί: Γιατί είναι ωρολογιακή βόμβα για το ΕΣΥ, *News* 24/7, 26 Φεβρουαρίου 2026 (übersetzt von NR)

Linke Gegenentwürfe zu Austeritätspolitik

Rafaela Voss

In der aktuellen politischen Debatte geht es immer wieder um »Sparmaßnahmen« und Kürzungen. Dies betrifft vor allem Bereiche wie Gesundheit, Soziales und Bildung. Doch warum trifft es genau diese Felder? Zunächst zählen diese Bereiche zu den größten und konstantesten Ausgabenposten. So nahm der Bereich Gesundheit im Jahr 2023 mit etwa 75,7 Milliarden Euro einen beträchtlichen Anteil des Staatshaushaltes Deutschlands ein (1). Es scheint zunächst logisch zu sein, an den größten Posten zu sparen. Darüber hinaus zeigen Kürzungen einen sofortigen bzw. zeitnahen, klar messbaren Effekt, wenn man allein die Ausgaben betrachtet. Dies ist vor allem für Politiker*innen, die nur eine Legislaturperiode regieren und schon an den nächsten Wahlkampf denken, attraktiv. Hinzu kommen beim Gesundheitswesen noch die nichtstaatlichen Ausgaben z.B. der Arbeitgeber*innen aber auch der Krankenversicherung selbst, die von der Politik ebenfalls gekürzt werden.

Die (oft fatalen) Folgen von Einsparungen und Kürzungen im Bereich Gesundheit, Soziales und Bildung zeigen sich oft erst Jahre bis Jahrzehnte später und sind aufgrund weiterer multipler Einflussfaktoren schwer zu bemessen. Auch die langfristigen positiven Effekte einer guten Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik sind in Studien schwerer fassbar und erst Jahre später nachweisbar. Insgesamt werden die Ausgaben in diese Bereiche von vielen nur als Kosten gesehen, und nicht als langfristige Investitionen, die Armut reduzieren, Gesundheit verbessern und Innovationen erhöhen können. Welche politischen Vorhaben zusätzlich Geld bekommen oder bei welchen die Mittel gekürzt werden, ist auch eine Machtfrage. Die Lobby großer Unternehmen, des Militärs oder »der Reichen« hat deutlich mehr Einfluss als z.B. die Kranker, Armer, Wohnungsloser, Suchterkrankter oder Kinder. Diese sind zwar die zahlenmäßig größere Gruppe, haben durch ihre Stellung in der Klassengesellschaft, weniger Vernetzung und fragmentierten Widerstand weniger Macht durch Lobbyarbeit. Austeritätspolitik ist auch immer eine Ideologiefrage: Die Kürzungen in Gesundheit, Bildung und Sozialem führen zu einer Verschiebung der Verantwortung vom Staat zum Individuum, das selbst über private Leistungen gute Bildung oder Gesundheitsleistungen »erkaufen« kann.

Insgesamt lagen die Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2023 bei 501 Milliarden Euro. Dies sind etwa 12 % des BIP und 6.013 Euro pro Einwohner*in. Mit 53,4% übernehmen private Haushalte den größten Anteil, gefolgt von Unternehmen mit 30,6% (größtenteils durch die verpflichtenden Sozialabgaben) sowie dem Staat mit 15,4% (1). Doch wie kann Gesundheit ausreichend finanziert werden, sodass das Gesundheitssystem für alle universell verfügbar ist, guten medizinischen Standards entspricht und auf die Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen eingehen kann? Und können diese Maßnahmen kurz- oder langfristig die Gesundheitskosten sogar senken?

Eine Möglichkeit wäre eine Reform des Krankenversicherungssystems und die Einführung einer solidarischen Bürger*innenversicherung. Zum einen gibt es in Deutschland 95 organisatorisch und finanziell selbstständige gesetzliche Krankenkassen mit jeweils eigenständiger Organisationsstruktur, was mit zum Teil unnötigen bürokratischen Mehrkosten für das Gesundheitssystem

Rafaela Voss ist vdä*-Mitglied, Teil der Redaktion der Zeitschrift Gesundheit braucht Politik und aktuell in Weiterbildung zur Fachärztin für Neurologie.

verbunden ist. Zum anderen gibt es die Unterteilung in private (PKV; ca. 10% der Bevölkerung) und gesetzliche Krankenversicherungen (GKV; ca. 90% der Bevölkerung); sie führt nicht nur zu Ungleichheiten bei Behandlungen und Leistungen abhängig vom Versichertenstatus, sondern indirekt durch das vorrangige Versichern einkommensstarker Bürger*innen in der PKV zu einem Fehlen dieser hohen Einkommen und damit Beiträge in der GKV. Die Einführung einer solidarischen Bürger*innenversicherung mit einer Verbeitragung aller Einkommensarten und in voller Höhe (also mit Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze) würde erhebliche finanzielle Entlastungen für die Mehrheit der Bevölkerung (und auch für die Arbeitgeber*innen) bewirken, und zwar konkret eine Reduktion der Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung um vier bis fünf Prozentpunkte, so eine im Auftrag der Fraktion DIE LINKE 2011 erschienene Studie. Dabei würden logischerweise vor allem mittlere und untere Einkommen entlastet werden (2). Auch ein Gutachten des Bremer Gesundheitsökonomen Heinz Rothgang von 2021 postuliert, dass eine solidarische Bürger*innenversicherung zu einer spürbaren Reduzierung der Beitragssätze führen und gleichzeitig Geringverdienende entlasten würde (3). Nach diesem Modell wäre das duale System aus GKV und PKV abgeschafft. Es würde eine Kranken- und Pflegeversicherung geben, in die alle einen prozentualen Anteil ihrer Einkommen, Mieteinnahmen und Kapitalerträge einzahlen und in der alle in Deutschland lebenden Menschen Mitglied wären. Ein weiterer Vorschlag kommt ohne Einführung einer Bürger*innenversicherung aus und wäre auch im aktuellen System schnell einführbar: Es werden vermehrt Forderungen laut, bei den Abgaben für Kranken- und Pflegeversicherung nicht nur Löhne und Gehälter einzubeziehen, sondern auch Miet- und Kapitaleinkünfte (4). Eine zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze (und mit ihr der Versicherungspflichtgrenze) würde Arbeitnehmer*innen mit einem

Insgesamt werden die Ausgaben in diesen Bereichen von vielen nur als Kosten gesehen, und nicht als langfristige Investitionen, die Armut reduzieren, Gesundheit verbessern und Innovationen erhöhen können.

Bruttogehalt von mehr als 70.000 Euro miteinbeziehen. So würden die Beiträge solidarischer gestaltet, und es würde zu Mehreinnahmen für die Krankenkassen kommen. Auch eine Senkung der Beitragssätze für niedrige Einkommensgruppen wäre dadurch möglich (4). Beide Varianten würden eine Ausweitung der Solidarität und nicht eine Einschränkung der derselben als Antwort auf die Krise bedeuten.

Eine weitere Stellschraube für eine universelle Gesundheitsversorgung, die gleichzeitig Kosten einsparen könnte, ist die Krankenhausfinanzierung. Durch verschiedene ökonomische Anreize, insbesondere das DRG-System, wurde in den letzten Jahren die Gesundheitsversorgung fast vollständig auf Marktwirtschaft ausgerichtet und ein großer Teil der Krankenhäuser privatisiert; eine bedarfsgerechte Versorgung rückte in den Hintergrund. Private Krankenhäuser, deren Anzahl in Deutschland seit 1991 um über 70% gestiegen ist, versuchen auf Kosten von Patient*innen und Personal Profit zu erwirtschaften und Anleger*innen auszuzahlen. Nicht profitorientierte, also öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser müssen sich systembedingt ebenfalls so verhalten, als ob sie Unternehmen wären; nur den Druck, Profite machen zu müssen, gibt es für sie nicht. Das System setzt Anreize, bestimmte Untersuchungen durchzuführen oder Diagnosen zu vergeben, die besonders profitabel sind. Dadurch ist es in den letzten Jahren zu einer ausgeprägten Unterversorgung in unrentablen Fachrichtungen und einer gleichzeitigen Überversorgung in rentablen Fachrichtungen gekommen, und damit auch zu einer Fehlversorgung. Da viele Krankenhäuser zum Überle-

ben Profit machen müssen, fokussieren sie sich vor allem auf Diagnosen oder Operationen, die zwar viel Geld bringen, letztendlich aber dem Krankenversicherungssystem durch Mehrkosten zur Last fallen. Vom Bündnis *Krankenhaus statt Fabrik* wird daher gefordert, dass Krankenhäuser komplett rekommunalisiert und private Träger abgeschafft werden. Weiterhin wird die vollständige Finanzierung der Krankenhausversorgung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip gefordert. Die Krankenhausplanung sollte am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet sein und nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien. So müssten weder Überversorgung noch Profite finanziert werden. Eine detaillierte Auflistung der Forderungen könnt ihr in der Broschüre von *Krankenhaus statt Fabrik* nachlesen (5).

Ein Grund für die sehr hohen Gesundheitsausgaben sind auch die Kosten für Medikamente. Hier könnte die Gesellschaft von einer Implementierung von *Public Pharma* profitieren. Darunter versteht man ein öffentliches beziehungsweise gemeinwohlorientiertes Pharmaunternehmen, welches staatlich, überstaatlich oder kommunal organisiert sein kann. In der Forschung und Innovation würden die Wissenschaftler zusammenarbeiten, Informationen, Mittel und neue Forschungsergebnisse austauschen, während in Konkurrenz zueinanderstehende private Pharmaunternehmen selten negative Studienergebnisse veröffentlichen, neue Entwicklungen generell als Patente sichern und somit Medikamente oder Technologien zu einem vom Unternehmen bestimmten Preis vertreiben. Kapitalistisch und profitorientierte Pharmaunternehmen haben meist nicht das Interesse, Me-

dikamente für alle zugänglich zu machen, sondern sind auf einen möglichst breiten und zahlungsfähigen Patient*innenkreis, hohe Preise und damit möglichst hohe Profite aus. Im Gegensatz dazu würde Public Pharma mit dem Ziel agieren, Heilung oder Behandlung von Erkrankungen zu möglichst geringen Kosten zu ermöglichen. Public Pharma hätte den Vorteil, dass man die Forschung auf die Krankheitslast und Bedarfe ausrichten könnte statt auf lukrative Nischen. Es könnte zum Beispiel vermehrt in die Entwicklung neuer Antibiotika, Impfstoffe gegen Erreger oder die Behandlung von Tropenkrankheiten investiert werden. Generika und Biosimilars könnten früher und breiter verfügbar gemacht werden. Wenn Public Pharma verantwortlich wäre für die komplette Produktion eines Arzneimittels, könnten aufgrund geringerer Marketingkosten (sie machen heutzutage oft einen größeren Anteil an den Kosten als die für Forschung aus) und niedrigerer Produktionskosten die Preise für Medikamente fallen. Internationale Initiativen wie *Public Pharma for Europe* fordern mehr öffentliche Verantwortung und Steuerung im Pharmabereich, also den Aufbau, Erhalt und Ausbau öffentlicher pharmazeutischer Infrastrukturen, sodass Medikamente, Impfstoffe und andere Gesundheitstechnologien nach Gesundheitsbedarf statt nach Profitlogik entwickelt, produziert und verfügbar gemacht werden könnten (6).

Ein gutes Beispiel dafür, dass Investitionen und Ausgaben in Gesundheit langfristig die Kosten senken können, zeigt sich beim Thema Prävention. So zeigt eine große Analyse des Center for Disease Control (CDC) zu Kindheitsimpfungen in den Vereinigten Staaten, dass auf etwa einen Dollar Impfkosten ca. 11 Dollar gesellschaftliche Einsparungen inklusive verschiedener Behandlungskosten und Produktivitätsverluste kommen (7). Die WHO fasst in ihren »Best Buys« eine Reihe sehr günstiger Maßnahmen zusammen, unter anderem Tabakkontrolle, Alkoholpolitik, Salzreduktion, Blutdruck- und Diabetes-Basisversorgung, bei denen der »Return on Investment« dieser Pakete als substantiell beschrieben wird, das heißt mehrere Dollar Nutzen pro investiertem Dollar zu erwarten sind (8). Trotz all dieser Daten gilt Prävention als politisch unattraktiv. Die Endpunkte sind schwer messbar und meistens leider erst Jahrzehnte später, also weit nach einer Legislaturperiode, spürbar.

Von Sparmaßnahmen und Austeritätspolitik sind vor allem Menschen betroffen, die kaum eine Lobby haben, um sich zu organisieren und kaum Mittel haben, die wegfallenden Leistungen aus privater Tasche zu bezahlen. Hierzu zählen vor allem Arme, Kranke, Suchterkrankte, Wohnungslose, Kinder, Pflegebedürftige, Geflüchtete, Menschen mit Behinderungen und viele weitere marginalisierte Gruppen. Wenn die Arbeitslosigkeit in Zukunft zunehmen sollte, werden vermehrt auch Arbeitslose betroffen sein. Doch wenn man genau hinschaut, gibt es durchaus politische Maßnahmen, um die (kurzfristigen) Kosten für Gesundheit, Bildung und Soziales gesamtgesellschaftlich zu tragen und so auf lange Sicht eine gesündere, gerechtere und innovativere Gesellschaft zu erreichen.

Eine aktuelle Studie des *Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung*, die von der Partei DIE LINKE beauftragt wurde, zeigt, dass eine Wiedereinführung der Vermögenssteuer deutliche Mehreinnahmen einbringen könnte (9). Als Grundlage geht das DIW davon aus, dass das Vermögen privater Haushalte in Deutschland etwa 16,5 Billionen Euro beträgt, wovon das reichste Prozent der Bevölkerung (also mit einem Besitz von mehr als 2,3 Millionen Euro pro Person) etwa ein Drittel besitzt und die reichsten 0,01 Prozent (also 6.900 Personen mit mehr als 76 Millionen Euro) etwa 11% besitzen. Laut dem Vorschlag der LINKEN würde der Steuertarif bei 1 % beginnen und schrittweise mit höherem Vermögen steigen. So würde er bei 50 Millionen Euro

Exkurs: Unter Wert

In ihrem Buch »Unter Wert« hinterfragt Emma Holten radikal die aktuell geltenden Regeln der Ökonomie. Angestoßen wurde das Buch, nachdem die Autorin 2020 in einer dänischen Zeitschrift die Überschrift »Frauen sind nach wie vor ein Verlustgeschäft für die Staatskasse« gelesen hatte. Sie beschäftigt sich daher historisch und aktuell damit, wie »Wert« von Arbeit und Produkten bemessen wird. Dieser werde in der aktuellen und historischen Ökonomie einem kapitalistischen (angeblichen) messbaren Wert zugeschrieben. So könne man den angeblichen »Wert« eines Produktes anhand von Produktionskosten, Materialkosten, Marketingkosten etc. berechnen und mit einem Preis versehen. Der Wert von Care-Arbeit, u.a. also Pflege, Kindererziehung, Bildung und Haushaltsführung, ist hingegen schwer mess- und berechenbar. Nach den meisten ökonomischen Modellen fällt Care-Arbeit aus den Wertberechnungen heraus und ist so nach modernen ökonomischen Prinzipien wertlos. Auch im BIP findet sie kaum bis keine Berücksichtigung. Daher werde die meiste Care-Arbeit unbezahlt (im Übrigen von Frauen) verrichtet und bezahlte Care-Arbeit als Kostenfaktor deklariert. Da der Nutzen von Care-Arbeit ebenfalls schwer messbar sei, scheint es, als habe diese auch keinen Nutzen. Die moderne ökonomische Theorie vereinfache somit die bestehenden realen Verhältnisse und betrachte Wertschaffung und Produktion isoliert von Fürsorgearbeit. Dies entspreche jedoch natürlich nicht der Realität, da Pflege, Gesundheit und Fürsorge für Kinder letztendlich sogar die für das kapitalistische System unerlässlichen gut ausgebildeten und leistungsfähigen (neuen) Arbeitskräfte schafften. Die Autorin fordert ein radikales Umdenken: Care-Arbeit müsse von der privaten in die öffentliche Verantwortung verschoben werden, es müssten neue Instrumente und Wissenschaften zur Messung des Nutzens von Fürsorge gefunden werden und letztendlich solle Care-Arbeit als grundlegende Infrastruktur betrachtet werden, die staatlich gefördert, fair bezahlt und politisch anerkannt werden muss. (11)

5% erreichen und bei einer Milliarde Euro 12 %. Der Freibetrag für private Vermögen würde eine Million Euro betragen. Nach diesen Berechnungen könnten die Beiträge dem Staat bzw. den Ländern 147 Milliarden Euro im Jahr einbringen. Selbst wenn man Anpassungsreaktionen wie z.B. das Auswandern von Betroffenen mit einberechnen würde, könnte der Betrag noch etwa 100 Milliarden Euro betragen. Hier würden die reichsten 0,1% der Bevölkerung (also mit einem Vermögen von mehr als 13,8 Millionen Euro) etwa 92% besteuern. Auch mit konservativeren Varianten, z.B. einem Freibetrag von 10 Millionen Euro, wären die Einnahmen noch rechnerisch bei etwa 125 Milliarden Euro. Bei einem Steuersatz von 1% ohne ansteigende Tarife wären es 3,6 Milliarden Euro. Da bei hohen Steuersätzen, wie im Modell der LINKEN, durch die Vermögenssteuer laut DIW negative Auswirkungen auf die Standortattraktivität und Innovationskraft der Wirtschaft drohten, empfiehlt das DIW, diese schrittweise und möglichst international einzuführen.

Auch mit einer Reform der Erbschaftsteuer könnten Mehreinnahmen für den Staat generiert werden. Die SPD setzt sich aktuell dafür ein, reiche Erb*innen mit einer Erbschaftsteuer mehr am Gemeinwohl zu beteiligen und kleinere Vermögen zu entlasten. Es soll einen Freibetrag von einer Million Euro geben, sowie fünf Millionen Euro beim Vererben von Unternehmen (zum Schutz kleiner Familienunternehmen) (10).

Weitere Vorschläge gibt es zu einem solidarischen Rentensystem. So fordert die SPD aktuell die Ausweitung der Rentenversicherungspflicht auf Beamt*innen, Selbstständige und Mandatsträger (4). Bestimmte Berufsgruppen wie z.B. Beamte oder auch Ärzt*innen zahlen bisher in eigene, berufsständische Rentenkassen ein (z.B. Beamtenkassen oder Versorgungswerke für Ärzt*innen, Zahnärzt*innen und Tierärzt*innen) und sind von der Versicherungspflicht bei der Deutschen Rentenversicherung befreit. Auch der vdä* fordert schon lange die Auflösung dieser separaten Rentenkassen hin zu einem

Ausgaben für Gesundheit, Bildung, Soziales und Prävention dürfen dabei nicht als Kosten ohne Mehrwert gesehen werden, sondern müssen als Investitionen verstanden werden, um eine gerechte, solidarische, innovative und gesunde Gesellschaft zu sichern.

solidarischen Rentenversicherungssystem für alle Arbeitnehmer*innen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass es viele, mit Studien belegte und konkret umsetzbare Ideen gibt, um mehr Geld in die Kassen des Staates und der Länder, der Rentenkasse oder der Kranken- und Pflegeversicherung zu spülen, ohne dass Geringverdienende belastet werden müssen. Aus unserer Sicht ist die Umverteilung ho-

her und sehr hohen Einkommen und Vermögen hin zu solidarischen staatlichen Strukturen dringend nötig. Ausgaben für Gesundheit, Bildung, Soziales und Prävention dürfen dabei nicht als Kosten ohne Mehrwert gesehen werden, sondern müssen als Investitionen verstanden werden, um eine gerechte, solidarische, innovative und gesunde Gesellschaft zu sichern.

Quellen:

- (1) *Gesundheitsausgaben 2023: Finanzierungsbeitrag des Staates um fast ein Drittel gesunken.* (n.d.). Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_268_23611.html
- (2) Weinberg, H. (2011). *Standpunkte 27/2011*. https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Standpunkte/Standpunkte_27-2011.pdf
- (3) Ärzteblatt, D. Ä. G. R. D. (n.d.). *Gutachten: Solidarische Gesundheitsversicherung würde Beiträge reduzieren*. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125503/Gutachten-Solidarische-Gesundheitsversicherung-wuerde-Beitraege-reduzieren>
- (4) Mäurer, D. K. (2026, February 9). SPD will Gesundheitsabgabe für alle Einkommensarten. *tagesschau.de*. <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/spd-gesundheitsabgabe-102.html>
- (5) Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: *Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen*. 6. überarb. Aufl. Maintal, Juni 2025. Online verfügbar unter: krankenhaus-statt-fabrik.de.
- (6) Public Pharma For Europe. (2025, June 30). *Public Pharma for Europe*. Public Pharma for Europe – the Public Pharma for Europe (PPfE) Coalition Advocates for and Supports Public Leadership and Responsibility in Establishing, Continuing, and Expanding Public Pharmaceutical Infrastructures, Policies, and Governance Mechanisms in Europe. <https://publicpharmaforeurope.org/>
- (7) Zhou, F., Jatlaoui, T. C., Leidner, A. J., Carter, R. J., Dong, X., Santoli, J. M., Stokley, S., Daskalakis, D. C., & Peacock, G. (2024). Health and economic benefits of routine childhood immunizations in the era of the Vaccines for Children Program – United States, 1994–2023. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 73(31), 682–685. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7331a2>
- (8) World Health Organization. (2017). »Best buys« and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. In *Best Buys TACKLING NCDs* (pp. 2–25). https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/who-nmh-nvi-17.9-eng.pdf
- (9) Hulverscheidt, C. (2026, February 6). Vermögensteuer: Betroffen wären vor allem die Allerreichsten. *Süddeutsche.de*. <https://www.sueddeutsche.de/politik/vermoegensteuer-die-linke-soziale-ungleichheit-li.3383113?reduced=true>
- (10) Rödle, M., Schwarte, G., & Berlin, K. P. A. (2026, March 10). Wie die SPD die Erbschaftsteuer reformieren will. *tagesschau.de*. <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/erbschaft-steuer-spd-union-100.html>
- (11) Unter Wert: Warum Care-Arbeit seit Jahrhunderten nicht zählt von Emma Holten, dtv Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2025 ISBN: 978-3423284646

Gesundheitswesen in Gemeingut

Mit Organisation, Streiks und Pionierarbeit gegen konstruierte Widersprüche

Anne Harzendorf / Vincent Janz / Luise Butzer

Die Krise im Gesundheitswesen spüren wir – ob als Patient*innen oder Angestellte – regelmäßig: – sei es durch übermäßige Arbeitsbelastung oder lange Wartezeiten und den Stress, die richtige Behandlung für uns selbst oder unsere Angehörigen zu erhalten. Zugleich bietet das Gesundheitswesen enormes Organisierungspotenzial: Ähnlich wie bei Wohnraum bildet es eine existenzielle und alltägliche Versorgungsleistung.

Die in den letzten Jahrzehnten forcierte Ökonomisierung des Gesundheitswesens produziert eklatante Widersprüche zwischen dem Anspruch auf eine gute Versorgung für alle und einer privatwirtschaftlichen Profitlogik. Von Seiten der parlamentarischen Politik zeichnen sich als Antworten auf die Krisen der Gesundheitsversorgung zwei verschiedene Ansätze ab, die jeweils unterschiedliche Träger*innen von Pflegeheimen, Praxen, medizinischen Versorgungszentren und Kliniken mit sich bringen: Der eine Ansatz setzt auf eine Fortführung und Verschärfung marktförmiger Verwaltung und Verwertung und einen wachsenden Einfluss des Private-Equity-Sektors. Der andere beansprucht eine Rückführung des Gesundheitswesens in die kommunale Verantwortung (Rekommunalisierung). Mit der Rekommunalisierung wird das Verständnis von Gesundheitsversorgung als originär gesellschaftliche Aufgabe gestärkt – ein wichtiger Schritt, der weitergedacht werden muss, um eine solidarische und nachhaltige Versorgung für alle zu ermöglichen. Doch auch bei der Rekommunalisierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens ergeben sich Grenzen: Städtisches, kommunales oder staatliches Eigentum ermöglicht nicht unmittelbar eine Verwaltung im Sinne der Patient*innen oder der Beschäftigten und bietet ebenfalls keinen effektiven Schutz davor, im Angesicht zukünftiger wirtschaftlicher Krisen dem Druck der Reprivatisierung zu widerstehen. Rekommunalisierung könnte noch weiter gehen und in den nächsten Schritten auch demokratische und gemeinwohlorientierte Verwaltung bedeuten.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, an dem Potenzial kommunalen Eigentums anzuschließen und zugleich über dieses hinauszugehen, um eine tatsächlich demokratisierte und gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Damit das Gesundheitswesen als Gemeingut geführt und genutzt werden kann, braucht es eine Vergesellschaftung: Öffentliches Eigentum, das auch demokratisch verwaltet wird und Gemeinwohlziele als oberste Prämisse handhabt – zum Beispiel das Patient*innenwohl aller und gute Löhne und Arbeitsbedingungen für Angestellte aller Versorgungsbereiche.

Die durch die Initiative *Deutsche Wohnen & Co. Enteignen* im Wohnungsbereich wieder aufgeflammete Debatte um die Vergesellschaftung zentraler Bereiche der Daseinsvorsorge ist schon längst auf den Gesundheitsbereich übergeschwappt, wo sie sowohl von gewerkschaftlicher Seite, als auch von

Anne Harzendorf ist Medizinstudentin und engagiert im Gesundheitskollektiv Göttingen und im Poliklinik Syndikat. Vincent Janz und Luise Butzer arbeiten beim Think Tank Communia (<https://communia.de/>)

Bewegungsseite eingefordert wird. Hierbei lassen sich bereits die Konturen von zwei verschiedenen Strategien hin zu einer vergesellschafteten Gesundheitsversorgung beobachten, die wir hier genauer beschreiben wollen. Die eine – die bereits in ersten Zügen im Kontext der Tarifentlastungsstreiks der Beschäftigten der Berliner Charité 2021¹, sowie der darauffolgenden Streiks am einzigen privatisiertem Uniklinikum in Deutschland in Marburg/ Gießen (UKGM)² 2022 zu beobachten war – setzt auf die Enteignung privater Konzerne (Fresenius Helios, Asklepios Kliniken, Rhön Klinikum) und die Überführung der von ihnen verwalteten Gesundheitsbetriebe in demokratisch verwaltetes Gemeineigentum mittels Art. 15 GG. Hierbei wird das Privateigentum am Gesundheitswesen direkt angegriffen, indem privaten Konzernen – in diesem Fall der Rhön Klinikum AG, Tochter des Asklepios Konzerns – die Verfügungsgewalt über die Gesundheitliche Daseinsvorsorge entzogen und an eine direkt-demokratische Verwaltung übertragen wird. Letztere könnte beispielsweise von Vertreter*innen der Beschäftigten unterschiedlicher Stationen des Uniklinikums, der Patient*innen als Interessengemeinschaft und – in der stimmberechtigten Minderheit – der Stadt besetzt sein, um eine möglichst hohe demokratische Teilhabe jener zu garantieren, die am meisten mit den betrieblichen An- und Herausforderungen vertraut, oder aber von ihnen abhängig sind. Dass eine Enteignung und Vergesellschaftung nach Art. 15 GG. auch im Kontext des Gesundheitswesens grundsätzlich möglich ist, hat bereits ein Gutachten im Jahre 2021³ bestätigt, das im Kontext des Widerstands gegen die Privatisierung des UKGM geschrieben wurde.

Weder in Krankenhäusern (noch in der Primärversorgung) lässt sich die neoliberale Ökonomisierung allein auf das juristische Privateigentum zurückführen. Auch rechtlich verankerte Finanzierungslogiken, allen voran das DRG-System, bedingen ein kapitalistisch-ökonomisches Paradigma. Dementsprechend muss der Kampf um die Vergesellschaftung der Gesundheitsversorgung mit der

Diese Strategie erfordert einen besonders hohen Grad an betrieblicher Organisation, sowie die Bereitschaft, in die direkte und offensive Auseinandersetzung mit der Kaputalseite zu gehen.

Forderung nach solidarischer Finanzierung einhergehen, die sich klar gegen Private-Equity-Medizin und »Managed-Care«-Ansätze stellt, welche die finanzielle Verantwortung und das Risiko von Versicherungen (also der Solidargemeinschaft) auf Leistungserbringer und Einrichtungen übertragen wollen und zunehmend auch in Hinblick auf die ambulante Versorgung propagiert werden.

In der Praxis erfordert diese Strategie einen besonders hohen Grad an betrieblicher Organisation, sowie die Bereitschaft, in die direkte und offensive Auseinandersetzung mit der Kaputalseite zu gehen. Dementsprechend sind hier die gewerkschaftlich organisierten Beschäftigten die zentralen Akteure, die für die Vergesellschaftung ihres Betriebs eintreten müssen. Die gute Nachricht? Diese sind bereits durch mehrere harte Auseinandersetzungen kampferprobt, was sich nicht zuletzt in den aktuellen tariflichen Auseinandersetzungen der Beschäftigten der Vivantes Tochterunternehmen in Berlin⁴ verdeutlicht wird. Dort fordern die Streikenden eine Angleichung ihrer Arbeitsverträge an tarifliche Standards, und darüber hinaus ebenfalls die politisch schon lange beschlossene Rückführung der outgesourcten Geschäftsbereiche in den landeseigenen Konzern. An diese Forderungen gilt es sich anzuschließen und sie weiter zuzuspitzen. Solidarität mit allen Streikenden! Und: Der Arbeitskampf hängt mit den Eigentumsverhältnissen direkt zusammen, weil die Löhne aktuell daran gebunden sind, in welchem Versorgungsbereich Beschäftigte arbeiten.

Die zweite Strategie, die wir beobachten, versucht eine neue Form der demokratischen und gemeinwohlorientierten Gesundheitsversorgung aufzubauen, die bereits jetzt innerhalb des Systems eine Alternative zum profitorientierten Modell darstellt und langfristig dieses zu ersetzen versucht. Neben großen Unikliniken können und müssen auch Anlaufstellen der Primär- und Sekundärversorgung entlang der Ideale der bedarfsgerechten Gestaltung und Partizipation gestaltet werden. Wie das gehen könnte zeigen die Polikliniken und Gesundheitskollektive, die in Stadtteilgesundheitszentren (SGZ) bereits Pionierarbeit leisten.

In den SGZ wird eine Versorgung angeboten, die ärztliche, pflegerische, psychologische und sozialarbeiterische Leistungen sowie Stadtteilarbeit miteinander verknüpft. Durch interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit entstehen kurative und präventive Angebote in einem niederschweligen, community-orientierten Setting. Dieses Modell basiert auf dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis und der solidarischen und klassenbewussten Haltung der dort Arbeitenden. Damit wird nicht nur medizinische Versorgung, sondern auch die soziale und politische Dimension von Gesundheit adressiert. Mit diesem Ansatz werden stadtpolitische Fragen (z.B. zu Wohnraum) und Gesundheit als eng verflochtene Themen begriffen und Präventionsstrategien an der Basis verankert. Demokratisierungsbemühungen in den SGZ zielen darauf ab, hierarchische Strukturen zwischen Berufsgruppen sowie zwischen Fach-

kräften und Patient*innen aufzubrechen – etwa durch multiprofessionelle Fallbesprechungen und solidarische Lohnmodelle. Damit wird sowohl an Organisationsformen in der Arbeiter*innenbewegung des 19. und 20. Jahrhunderts angeknüpft, als auch an globale Entwicklungen wie der Alma Ata-Erklärung der WHO von 1978.

Der durch das Poliklinik Syndikat vertretene Primärversorgungsansatz geht entsprechend weit über das klassische Konzept der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) hinaus. Gegenwärtig stehen die SGZ damit jedoch vor erheblichen Hürden: Das bestehende System ist stark von berufsständischen Interessen (Kassenärztliche Vereinigung) und einem zunehmenden Ökonomisierungsdruck geprägt. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen erschweren die Umsetzung. Der Vergesellschaftungsansatz, könnte auch hier – beispielsweise durch die Errichtung einer Anstalt öffentlichen Rechts (»Gemeingut Gesundheit«), einer öffentlichen Rechtsform mit weitem Spielraum für verschiedene Demokratisierungsansätze – einen sinnvollen nächsten Schritt darstellen, um eine solidarische und umfassende Primärversorgung weiter zu etablieren.

Die Vergesellschaftung der ambulanten Versorgung würde drei zentrale Veränderungen ermöglichen: Entscheidungsstrukturen weg von Markt- und berufsständisch geprägten Mechanismen hin zu demokratischen Verfahren wandeln, an denen sowohl Fachkräfte als auch Patient*innen und Nutzer*innen teilnehmen können. Die Wirtschaftsweise in der ambulanten Versorgung könnte sich weg von Gewinninteressen einzelner Praxisinhaber*innen oder Kapitalmarkt-orientierter Investoren entwickeln, hin zu einer Gemeinwirtschaft, die sich an den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert und entsprechend Kosten deckt, sich also dem Gemeinwohl verpflichtet fühlt. Schließlich müssten die Versorgungseinrichtungen und Betriebsmittel nicht mehr privatem Eigentum unterliegen, das individuellen Entscheidungen und Interessen unterworfen ist, sondern würden als Gemeineigentum strukturiert, kollektiv und demokratisch verwaltet und damit Zugangshürden abgebaut. Knackpunkte dabei stellen – wie auch jetzt in der Arbeit der SGZ – zum einen die Finanzierung und zum anderen die Beteiligung von Nutzer*innen und Patient*innen dar. An einem umfassenden Diskussionsvorschlag, der in den kommenden Monaten erscheinen und die Debatte insbesondere im Primärversorgungssektor vorantreiben soll, arbeitet die Utopie AG des Poliklinik Syndikat bereits.

Die stärkere Zentrierung um die Patient*innenrechte als Ausgangspunkt der politischen Arbeit im Gesundheitswesen ist insgesamt extrem vielversprechend: Niemand kann besser über ihre Bedarfe sprechen als sie selbst. Konstruierte Widersprüche zwischen Arbeitskampf und guter Versorgung werden so aufgebrochen und zu einem gemeinsamen Kampf um gute Versorgung unter guten Bedingungen und damit zur Basis für einen Kampf um die Vergesellschaftung im Gesundheitswesen.

Anmerkungen:

- 1 Siehe: <https://www.marx21.de/berliner-krankenhausbewegung-streik-entlastung-mehr-personal-so-haben-wir-gewonnen/>
- 2 Sebastian Durben: Perspektiven der Vergesellschaftung: Privatisierung und Widerstand am Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Herausgegeben von der Rosa Luxemburg Stiftung, 2023
- 3 Joachim Wieland: Rechtsgutachten zu den rechtlichen Möglichkeiten einer Überführung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg in Öffentliches Eigentum, Herausgegeben von der Rosa Luxemburg Stiftung, 2021; https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/sonst_publicationen/Broschur-Rechtsgutachten-V%C3%96-UKGM.pdf
- 4 Siehe: Berliner Krankenhausbewegung – Aufstand der Töchter, taz 09.02.2026; <https://taz.de/Berliner-Krankenhausbewegung/!6152603/>

Bitte vormerken!



ManiFiesta

**12.–13. September 2026
Oostende/Belgien**

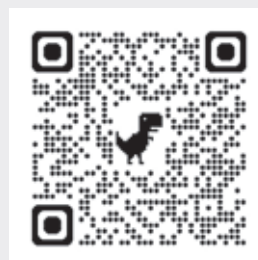
ManiFiesta ist ein jährliches kulturelles und politisches Festival in Belgien, das von den Gesundheitszentren Médecine pour le Peuple u.a. organisiert wird.

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

Hier kann man sich anmelden:
<https://manifiesta.be/fr/info>



Gewerkschaften und Streikrecht

Grundlagen für Gewerkschaftsbildung und Streik

Rudi Schwab

»Das Recht, zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen Vereinigungen zu bilden, ist für jedermann und für alle Berufe gewährleistet. Abreden, die dieses Recht einschränken oder zu behindern suchen, sind nichtig, hierauf gerichtete Maßnahmen sind rechtswidrig. Maßnahmen nach den Artikeln 12a, 35 Abs. 2 und 3, Artikel 87 Abs. 4 und Artikel 91 dürfen sich nicht gegen Arbeitskämpfe richten, die zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen von Vereinigungen im Sinne des Satzes 1 geführt werden.« (Grundgesetz Art. 9 Abs. 3)

Streikrecht

Daraus wird auch ein Streikrecht abgeleitet, obwohl es im GG nicht ausdrücklich erwähnt wird und es auch keine gesetzliche Regelung dazu gibt. Ein 1988 vorgelegter Entwurf zur Regelung kollektiver Arbeitskonflikte kam über das Entwurfsstadium nicht hinaus. So ist der Umgang mit dem Streikrecht bis jetzt ausschließlich die Folge gerichtlicher Entscheidungen, v.a. der Arbeitsgerichte. Erst seit einem Urteil des BAG von 1980 wurde das Streikrecht ausdrücklich als Grundrecht anerkannt, da Tarifverhandlungen ohne das Recht zum Streik nicht mehr als kollektives Betteln seien.

Streik ist die von Arbeitnehmern gemeinsam und planmäßig durchgeführte Arbeitseinstellung, die darauf gerichtet ist, eine Veränderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen zu erreichen. Damit nach aktueller Rechtsprechung ein Streik als rechtmäßig behandelt wird, müssen aktuell bestimmte Regelungen eingehalten

werden: Er darf nur zur Durchsetzung tariflicher Regelungen eingesetzt werden (z.B. war es beim Streik für mehr Personal an der Charité 2015 lange umstritten, ob eine Personalquote ein tariffähiger Gegenstand ist. Erst als die Partei die LINKE diese Frage mit einem juristischen Gutachten mit ja beantworten konnte, traute sich ver.di, den Streik zu beginnen.) Es gibt eine zu eingehaltene »Friedenspflicht« während der Laufzeit eines Tarifvertrags, er muss eine Verhältnismäßigkeit aufweisen, also z.B., wenn ohne ihn ein Tarifabschluss im Wege der Verhandlungen nicht zu erreichen ist.

Unterschieden werden kann Angriffsstreik (Verbesserung der Arbeitsbedingungen) und Abwehrstreik (Abwehr antizipierter Verschlechterungen), Flächenstreik (ganze Wirtschaftszweige) und Schwerpunktstreiks (einzelne strategische Punkte). Auch Warnstreiks sind zulässig, auch in Form großer Zahl kurzfristiger Arbeitsniederlegungen.

► **Solidaritätsstreik**

Lange umstritten waren sog. Unterstützungstreiks, auch Solidaritätsstreiks genannt. Hier wird Druck auf den Arbeitgeber nicht mit dem Ziel ausgeübt, eigene Forderungen durchzusetzen, sondern es soll die Schlagkraft der am Hauptarbeitskampf beteiligten Gewerkschaft erhöht werden. Beschäftigte eines Betriebs streiken also in Solidarität mit Belegschaften anderer Betriebe desselben Konzerns oder anderer Arbeitgeber. Das BAG hat dies in einem Urteil 1985 als grundsätzlich unzulässig bezeichnet, aber in einem Urteil 2007 die Entscheidung umgekehrt. Dies erfolgte vor dem Hintergrund der vielfältigen Formen der Tariffucht, der Tendenzen zur Zersplitterung der räumlichen, persönlichen und fachlichen Geltungsbereiche vieler Flächentarifverträge und im Hinblick auf die Erosion des Tarifvertragssystems insgesamt. Die Zulässigkeit ist insbesondere auch dann gegeben, wenn das

Rudi Schwab ist Chirurg, Mitglied des Vorstands des vdää* und lebt in München.

Streikziel die gemeinsame Antragstellung einer Allgemeinverbindlichkeitserklärung zum Inhalt hat.

Seitdem ist Unterstützungstreik grundsätzlich zulässig, außer er ist unverhältnismäßig, d.h. »zur Unterstützung des Hauptarbeitskampfs offensichtlich ungeeignet, offensichtlich nicht erforderlich oder unangemessen«.

Beispiele für die Zulässigkeit eines Solidaritätsstreiks:

- Wenn der Arbeitgeber zuvor seine Neutralität im Hauptarbeitskampf verletzt hat, z.B. durch Übernahme von Streikbrucharbeiten oder durch Produktionsverlagerung.
- Wenn der Arbeitgeber zwar rechtlich selbständig, wirtschaftlich gesehen aber wie ein Betriebsteil des im Arbeitskampf befindlichen Unternehmens ist.
- Wenn die wirtschaftliche Verbindung so eng ist, dass es sich um ein und denselben sozialen Gegenspieler handelt, der Arbeitgeber also nicht als außenstehender Dritter angesehen werden kann.
- Wenn zum Haupt- und Solidaritätsstreik dieselbe Gewerkschaft aufruft.

► Wilder Streik

Ein wilder Streik liegt vor, wenn nicht von einer Gewerkschaft dazu aufgerufen wird, woraus sich die Abhängigkeit von den Gewerkschaften ergibt. Er gilt in der Regel als rechtswidrig. Wird er aber in einer Erklärung einer tariffähigen Koalition übernommen, wird er zulässig.

► Beamtenstreik

Ausgenommen vom Streikrecht sind Beamte, Richter, Soldaten. Beamte haben in Deutschland kein Streikrecht (GG Art. 33 Abs. 5). Das Streikverbot wird abgeleitet von der Treuepflicht als ein vom Grundgesetz geschützter Grundsatz des Beamtentums (Bundesverfassungsgericht Juni 2018). Zuvor hatte das Bundesverwaltungsgericht Streikverbot nur für Polizeivollzugsbeamte, Soldaten und hoheitlich tätige Personen, nicht aber für andere Beamte gesehen.

Wenigstens erlaubt das Streikverbot nicht, Beamte als Streikbrecher einzusetzen.

Bei beamteten Lehrern könnten Änderungen anstehen, da hier ein Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot mit den angestellten Lehrern gesehen werden kann.

► Kirchliche Einrichtungen

In kirchlichen Einrichtungen dürfen Gewerkschaften nicht zu einem Streik aufrufen, wenn sie in ein Arbeitsrechtsregelungsverfahren organisatorisch eingebunden sind und das Verhandlungsergebnis für die Dienstgeberseite als Mindestarbeitsbedingung verbindlich ist. Das ist umstritten. Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2015 sind pauschale Streikverbote nicht haltbar.

► Aussperrung

Arbeitgeber dürfen auf Streiks mit Aussperrungen antworten. Das BAG hat im März 1994 das »Arsenal« der Arbeitskampfmittel der Arbeitgeberseite mit dem Recht der Betriebsstilllegung bzw. der Betriebsteilstilllegung im Arbeitskampf erweitert. Es muss verhältnismäßig sein und darf nur im Rahmen eines laufenden Tarifkonflikts angewendet werden. Aussperrung ist umstritten. Aus gewerkschaftlicher Sicht brauchen Arbeitgeber, die wirtschaftliche Macht haben, kein gesondertes Arbeitskampfmittel

► Neutralitätspflicht des Staates

Aus dem Recht der Tarifvertragsparteien, die Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen eigenverantwortlich auszuhandeln, ergibt sich eine Neutralitätspflicht des Staates, er darf also nicht eingreifen und z.B. Zwangsschlichtungen anordnen, auch nicht bei länger dauernden Tarifkonflikten in sog. kritischer Infrastruktur.

► Politischer Streik

Er ist dadurch gekennzeichnet, dass der unmittelbar wirtschaftlich Betroffene der Arbeitgeber ist, der Streikadressat aber ein Staatsorgan. Es geht dabei um die Durchsetzung politischer, vom Staat oder Kommunen zu verwirklichender Ziele. (Einteilung Erzwingungsstreik z.B. Kapp-Putsch

1920 und Demonstrationstreik, z.B. gegen Währungsreform und Preisfreigabe 12.11.1948)

Der politische Streik wird in der BRD seit 1952 als rechtswidrig angesehen, weil er sich als Verstoß gegen die verfassungsmäßige Ordnung der staatlichen Willensbildung darstellt (GG Art. 20 Abs. 2 »Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus. Sie wird vom Volke in Wahlen und Abstimmungen und durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung ausgeübt.«). Das LAG München hat 1979 politischen Streik ausdrücklich als rechtswidrig beurteilt, weil ihm die Tarifbezogenheit fehlt, sondern einer politischen Meinungsäußerung Nachdruck verliehen werden soll. Diese Grenze stellte auch das BAG 2012 in einem Urteil fest: »Proteste und Demonstrationen geben dem Arbeitnehmer auch dann kein Recht, der Arbeit fernzubleiben oder die Arbeit niederzulegen, wenn er damit auf Missstände, soziale Unzuträglichkeiten (hier die behauptete zeitl. Überbeanspruchung) hinweisen will.«

► Politischer Streik im Rahmen des Widerstandsrechts

Ausgenommen vom Streikverbot ist ein politischer Streik im Rahmen des Widerstandsrechts. Ein Generalstreik wie gegen damals den Kapp-Putsch wäre weiter zulässig (Art. 20 Abs. 4: »Gegen jeden, der es unternimmt, diese Ordnung zu beseitigen, haben alle Deutschen das Recht zum Widerstand, wenn andere Abhilfen nicht möglich sind«).

Debatte um politischen Streik

In der Geschichte ist es kaum möglich, politische und ökonomische Streiks vollkommen zu trennen. Seit der 1948er Revolution waren Arbeitsniederlegungen immer wieder verbunden mit im weiteren Sinn politischen Forderungen. Sie reichten von Forderungen zum demokratischen Wahlrecht über sozialpolitische Maßnahmen bis hin zur Forderung der Vergesellschaftung der Schlüsselindustrien. Zu Beginn der Arbeiterbewegung waren Unternehmer bemüht, Streiks generell verbieten zu

Politische Streiks konnten und können zur Durchsetzung demokratischer Rechte oder zur Verteidigung der Demokratie beitragen.

lassen. Das machte im Grund jeden Streik politisch. So wurden die ersten großen Streikwellen in Deutschland 1860 bis 1872 auch militärisch niedergeschlagen.

Politische Streiks konnten und können zur Durchsetzung demokratischer Rechte oder zur Verteidigung der Demokratie beitragen.

Für die Einführung des Allgemeinen Wahlrechts führten 1883 in Belgien 250.000 Arbeiter einen Generalstreik durch, 1902 in Schweden und erneut in Belgien. In Deutschland fanden große politische Streiks während und nach dem 1. Weltkrieg statt. Streiks im Januar 1918 in der Metallindustrie waren gegen den Krieg gerichtet, beschleunigten sein Ende und waren wichtige Vorbereitungen für die Novemberrevolution. 1920 führte der bis jetzt größte 9-tägige Generalstreik zum Scheitern des Kapp-Putsches und mündete im Ruhrgebiet in einen einmonatigen bewaffneten Aufstand von 100.000 Arbeitern, der Ende März durch einen Streik von 300.000 Bergarbeitern unterstützt wurde.

Ab 1946 kam es zu zahlreichen Streiks gegen Hunger, Inflation und schlechte Arbeitsbedingungen. Der letzte große politische Generalstreik in der britischen und US-amerikanischen Besatzungszone fand 1948 gegen die Währungsreform und das Ende der Preisbindung statt, für eine Demokratisierung der Wirtschaft, und mobilisierte 9 Millionen Arbeiter. Die große direkte Wirkung blieb hier aus, da es damals noch an zentralen politischen Ansprechpartnern fehlte, trug aber letzten Endes mit zur Herausbildung der sog. sozialen Marktwirtschaft bei. (Bemerkung dazu: Die bedrohliche Wirkung dieser Streiks war so groß, dass in Stuttgart US-amerikanische Panzer gegen die Streikenden auffuhren, was heute weitgehend vergessen ist, man weiß nur von sowjetischen Panzern 1953 in Ost-Berlin.)

Auch gegen die sich abzeichnende Remilitarisierung kam es zu zahlreichen Streiks: Allein in Süddeutschland fanden bis Februar 1952 in 65 Betrieben Warnstreiks statt, in Nordrhein-Westfalen 24 Warn- und Proteststreiks. Im Rahmen dieser Auseinandersetzungen gab es auch den ersten Toten, Philipp Müller, Gewerkschafter und Kommunist aus München, erschossen von der Polizei.

1952 kam es wieder zu Proteststreiks in den Zeitungsbetrieben gegen die Verabschiedung des Betriebsverfassungsgesetzes, die auf eine Ausweitung der betrieblichen Mitbestimmung zielten, gegen die Trennung von Betriebsräten und Gewerkschaften, aber scheiterten. Das damalige Urteil des Freiburger Landesarbeitsgerichts wird seitdem als Verbot von politischen Streiks interpretiert und gerichtlich, nicht gesetzlich weitergetragen. Dabei entschied das Gericht damals nur, dass die Zeitungsstreiks rechtswidrig waren, unterstrich aber ausdrücklich, dass sie nicht verfassungswidrig waren. »Sollte durch vorübergehende Arbeitsniederlegung für die Freilassung von Kriegsgefangenen oder gegen hohe Besatzungskosten oder gegen hohe Preise demonstriert werden, dann könnte dieser politische Streik kaum als verfassungswidrig angesehen werden.« Trotzdem ist dieses Urteil die Grundlage, auf der die laufende Rechtsprechung das Verbot politischer Streiks aufbaut.

Auch wenn damit politischer Streik seit 1952 weitgehend als illegitim angesehen wird, gab es immer wieder politische Streiks in der BRD. 1968 streikten viele Betriebe gegen die Notstandsgesetze, obwohl die DGB-Führung dies unterbinden wollte. 1972 streikten 100.000 Beamte, Angestellte, Arbeiter*innen gegen das Misstrauensvotum gegen Willy Brandt. 1996 verhinderten zahlreiche Streikaktionen ein von der

Kohl-Regierung geplantes Gesetz, die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zu kürzen. So besetzten 7.000 Bauarbeiter den Potsdamer Platz. 2007 rief die IG Metall zu Protesten während der Arbeitszeit gegen die Rente mit 67 auf.

2024 wurde bundesweit – außer in Bayern und Saarland – von Beschäftigten im kommunalen Nahverkehr gestreikt. Am Hauptstreiktag, dem 1. März wurde von ver.di gemeinsam mit Fridays for Future und weiteren Sozial- und Umweltverbänden in mehr als 100 Städten zum Klimastreik aufgerufen, u.a. mit der Forderung nach Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs. Ver.di sah in ihrem Arbeitskampf und dem Einsatz fürs Klima keinen Widerspruch, sondern einen Zusammenhang. Im Bundestag sah eine CDU-Abgeordnete darin aber einen unzulässigen politischen Streik. Die Leipziger Verkehrsbetriebe, die versuchten, den laufenden Streik mit einer einstweiligen Verfügung gerichtlich zu untersagen, scheiterten aber damit. Der angekündigte Streik sei kein politischer Streik, »obgleich eine Verbindung dennoch zu erkennen ist«. Vielleicht der Beginn einer Richtungsänderung?

Auch in Deutschland waren also immer wieder Streiks mit politischen Zielsetzungen verbunden. Das hat aber an der vorherrschenden Meinung nichts geändert, dass der Artikel 9 Abs. 3 GG explizit nur Arbeitskämpfe schützt, die »zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen« geführt werden. Auch widerspräche dies dem Demokratieprinzip, wenn Gewerkschaften per Streik politische Forderungen durchsetzen könnten, die von einer Mehrheit des Parlaments nicht geteilt werden.

Es finden sich vereinzelt Stimmen in der Kommentarliteratur für die Zulässigkeit politischer Streiks, soweit sie auf die Beeinflussung der Arbeits- und Wirtschaftspolitik anzielen (Hensche Detlef, Däubler Wolfgang): Die Nichterfüllbarkeit der Forderungen durch den unmittelbaren Kampfgegner sei kein zwingendes Kriterium eines rechtmäßigen Arbeitskampfes. Ferner bestehe das Kräfteungleich-

gewicht zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern nicht nur hinsichtlich des Aushandelns von Arbeitsbedingungen, sondern auch hinsichtlich der Einflussmöglichkeit auf die Politik, sodass der Arbeitskampf sich gegen den richtigen Kontrahenten richte.

Bezogen z.B. auf das Gesundheitswesen (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) wäre dann durchaus überlegenswert: Es können Tarifverträge zu Arbeitsbedingungen, Löhnen, Personalschlüssel abgeschlossen werden. Die Arbeitsbedingungen hier sind durch das System der Krankenhausfinanzierung durch den Staat geschaffen. Warum also nicht gegen die politischen Rahmenbedingungen streiken?

Es gibt die Forderung nach politischem Streikrecht von ver.di, der IG BAU und der GEW. Auch die Naturfreundejugend Deutschlands hat sich dieser Position angeschlossen. Im Bundestag wird es von den Linken gefordert.

Im März 2024 hat die Linke einen Antrag zur Legalisierung des politischen Streiks eingebracht. Begründung: Nur wenn Beschäftigte politische Entscheidungen aktiv beeinflussen können, ist echte Demokratie möglich. Im Antrag wird betont, dass politische Streiks ein Gegengewicht zur Macht der Arbeitgeber sind, deren Einfluss sich über Lobbyismus, Medien und Institute längst verankert hat.

International

► Frankreich

In der Verfassung ist Streikrecht als individuelles Grundrecht verankert. Politische Streiks sind offiziell illegal, werden aber gegen bestimmte sozial- und wirtschaftspolitische Belange nicht als politischer Streik angesehen.

So führten z.B. die Pariser Maiunruhen und der anschließende Generalstreik 1968 zu Neuwahlen, Lohnerhöhungen und zu einer Hochschulreform.

Auch in neuerer Zeit gab es Generalstreiks. Z.B. wurde ein einmonatiger Generalstreik 2010 gegen die Rentenkürzung als legal anerkannt.

► Italien

Streik wird als kollektiv auszuübendes individuelles Recht der abhängig Beschäftigten definiert, hat Vorrang vor dem Verfassungsrang. Jede Gruppe von Beschäftigten, Gewerkschaften oder betrieblichen Interessensvertretungen kann zum Streik aufrufen (direkt oder Solidaritätsstreik). Auch der politische Streik ist bis auf zwei Ausnahmen rechtmäßig. Ein politischer Streik darf sich nicht gegen die demokratische Regierungsform als solche oder gegen die Verfassung wenden. Urabstimmung ist nicht erforderlich. Wilde Streiks sind zulässig, finden aber eher selten statt. Seit 1990 gelten Einschränkungen für Teilbereiche des Öffentlichen Dienstes.

In Italien gab es z.B. 2011 einen Generalstreik gegen die Wirtschaftspolitik der Regierung Berlusconi.

Ein weiterer Generalstreik 2011 richtete sich gegen das Sparpaket dieser Regierung.

Bekannt sind aktuell die Streiks von Hafenarbeitern gegen das Beladen von Schiffen mit Kriegsmaterial.

► Griechenland

In Griechenland besteht keine Friedenspflicht. Wilde Streiks und rein politische Streiks sind formal rechtswidrig. Eine anerkannte Gewerkschaft muss zum Streik aufrufen. In der Verfassung: »Streik ist ein Recht, das rechtmäßig gebildete Gewerkschaften ausüben können, um die wirtschaftlichen und allgemeinen arbeitsrechtlichen Interessen der arbeitenden Bevölkerung zu schützen.« In Griechenland gab es zwischen 1980 und 2011 49 landesweite branchenübergreifende politische Streiks.

► Großbritannien

2023 wurde das Streikrecht stark eingeschränkt. So könne Beschäftigte auch während eines Streiks zur Arbeit verpflichtet werden.

► Schweiz

Die Bundesverfassung von 1999 erkennt ein Streikrecht an. »Streik und Aussperrungen sind zulässig, wenn sie Arbeitsbeziehungen betreffen und wenn keine Verpflichtungen entgegenstehen, den Arbeitsfrieden zu wahren oder Schlichtungsverhandlungen zu führen.

In einigen wichtigen Wirtschaftszweigen gilt Arbeitsfrieden (Abkommen von Arbeitgeber- und -nehmerverbänden 1937)

Laut Bundesgerichtshofentscheid müssen 4 Voraussetzungen für einen Streik gegeben sein: Der Streik muss von einer tariffähigen Organisation getragen werden, muss durch Gesamtarbeitsvertrag regelbare Ziele verfolgen, darf nicht gegen die Friedenspflicht verstoßen und darf nicht unverhältnismäßig sein.

► Österreich

Ähnlich geregelt wie die Schweiz

► Spanien und Portugal

In Spanien gab es 2010 einen landesweiten Generalstreik gegen das Kürzungspaket und Gesetzesvorhaben zur Deregulierung des Arbeitsmarkts.

2012 traten erstmals Beschäftigte in Spanien und Portugal zeitgleich in einen Generalstreik gegen die Austeritätspolitik von EZB, IWF und EU-Kommission.

Quellen

- Arbeitsmappe Gewerkschaften und Krieg: Arbeitskreis gegen rechts in ver.di München
- Streikrecht in Deutschland – alle Regeln und deine Rechte: ver.di
- Über die Betriebsgrenzen hinaus Solidaritätsstreiks: ver.di-Bundesverwaltung
- Recht auf politischen Streik: GEW Berlin
- Streik für rechtmäßige politische Ziele muss möglich sein: Tanja Podolski
- Das Streikrecht: Grundsätze und Grenzen: Michael Brenner
- Zulässigkeit von politischen Streiks in Deutschland: Dokumentation Deutscher Bundestag
- Wie politisch darf Streik sein?: Deutschlandfunk
- Ein bisschen verboten: Politischer Streik: Jörg Nowak
- Politisch streiken? Ja verdammt!: Die Linke
- Streik: Wikipedia

Die blaue Kategorie

Triage in der Katastrophen- und Kriegsmedizin

Bernhard Winter

Unter gebührender medialer Aufmerksamkeit probten der Sanitätsdienst der Bundeswehr zusammen mit zivilen Blaulichtorganisationen von Ende Februar bis Anfang März dieses Jahres im Rahmen der Übung »Medic Quadriga 2026« die Rettungskette und die Versorgung Kriegsverwundeter aus dem Baltikum bis nach Deutschland. In dem der Übung zugrundeliegenden Szenario wird, wie sollte es anders sein, ein Bündnisfall an der Ostflanke der NATO angenommen. »Ziel ist es, die notwendige zivil-militärische Zusammenarbeit und damit die Resilienz des gesamten staatlichen Gesundheitssystems zu stärken«, lässt die Bundeswehr verlautbaren.¹ Diese Übung mit 1.400 Teilnehmenden steht in einem Kontext, in dem ein Mindset propagiert wird, das die Möglichkeit des Führens eines kontrollierbaren Krieges an der NATO-Ostflanke mit möglichst geringen gesundheitlichen Folgen für Soldat*innen und zivile Bevölkerung propagiert, eine militärische Ertüchtigung des gesamten zivilen Gesundheitssystems unter dem Deckmantel einer zu steigernden Resilienz anstrebt und dies, wie bereits in zahlreichen anderen Übungen, praktisch zu trainieren. Die Bundeswehr erläutert auf ihrer Website ergänzend: »Nicht zuletzt die Erkenntnisse aus dem weiter anhaltenden Krieg in der Ukraine zeigen, dass die Durchhaltefähigkeit von Streitkräften maßgeblich auf der medizinischen Versorgung und Gesundung der im Verteidigungskampf eingesetzten Soldatinnen und Soldaten fußt – von der unmittelbaren Verwundetenversorgung im Kampfgebiet über den Transport zur weiteren Behandlung im Heimatland bis zur Rehabilitation.«²

Wenn hier auch nicht explizit formuliert, so ist doch evident, dass Militärmedizin entgegen dem humanitären Ethos, dem sich die meisten Menschen aus dem Gesundheitswesen verpflichtet fühlen, darauf ausgerichtet sein muss, die Kampfkraft der Truppe zu erhalten. Systematisch wird von den herrschenden politischen Kräften und den Militärs versucht, zivile und militärische Medizin unter dem Deckmantel »Katastrophenmedizin« zu vermengen, ihre sich widersprechende Ausrichtung zu nivellieren bzw. erst gar nicht zu benennen. Die Kriegsmedizin versteckt sich hinter dem Katastrophenschutz. Die unerlässliche Ausrichtung des Sanitätswesens der Bundeswehr im Sinne der genannten Militärlogik³ bleibt dabei weiterhin ein Reibungspunkt zwischen militärischen und zivilen Strukturen.

Dies soll hier am Umgang mit der Triage dargestellt werden. Triage wird verstanden als Sichtung einer großen Anzahl von Verwundeten, Verletzten oder Erkrankten um bei fehlenden oder eingeschränkten Ressourcen eine Priorität der medizinischen Versorgung festzulegen.⁴ Ist diese Frage für die Militärmedizin zentral, so kann sie auch im zivilen

Gesundheitswesen eine Rolle spielen z.B. beim Massenansturm von Verletzten (wie beim Zugunglück in Eschede) oder in der COVID-19-Pandemie.⁵ Über die Frage, wie eine Triage praktisch bei einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten (MANV) durchzuführen sei, steht die Bundeswehr seit vielen Jahren im Austausch mit zivilen Organisationen des Katastrophenschutzes. Seit 2002 fanden dazu mehrere Sichtung-Konsens-Konferenzen und zahlreiche Workshops in der Bundesakademie für Bevölkerungsschutz und zivile Verteidigung in Bad Neuenahr-Ahrweiler statt. »Das Ziel dieses ... Prozesses war es, ein deutschlandweit abgestimmtes Verfahren für die Sichtung zu entwickeln.«⁶ Die Konsensbildung erfolgte analog zu einer S2k-Leitlinie der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)*, also ohne Angabe von Evidenz- und Empfehlungsgraden. Eingebunden waren in diesem Vorgehen u.a. mehrere Bundesministerien, Bundeswehr, Bundespolizei, Bundesärztekammer, Berufsfeuerwehr, Hilfsorganisationen (ASB, DLRG, DRK etc.) sowie zahlreiche medizinische Fachgesellschaften. Mit dieser unvollständigen Aufzählung soll lediglich das Spektrum der Teilnehmenden dargestellt werden. Das Papier geht zunächst ganz allgemein von »Großschadenslagen, Massenanstürme von Verletzten und Erkrankten oder Katastrophen« aus. Kriege werden an dieser Stelle nicht ausdrücklich erwähnt sind aber wohl dennoch ständig impliziert. Detailliert wird der Prozess Ersteinschätzung → Vorsichtung → Sichtung → weitere medizinische Versorgung dargestellt. Darauf muss hier nicht im Einzelnen eingegangen werden. Wichtig für die Veranschaulichung der spezifisch militärischen Denkweise sind die vorgeschlagenen Kategorien, die bei der Sichtung angewandt werden sollen: Die Verwundeten und Verletzten werden entsprechend in vier Kategorien eingeteilt. In Kategorie I mit der Farbe Rot versehen fallen die vital Bedrohten, die einer Sofortbehandlung bedürfen. Die farbliche Kennzeichnung (z.B. von Transportkarten) dient dabei der besseren Übersicht. Die Kategorie II (gelb) umfasst schwer Verletzte/Erkrankte mit dringlicher Behandlungsindikation. Leicht Verletzte/Erkrankte erhalten die Kategorie III (grün) zugewiesen. Zusätzlich wird eine Kategorie IV (blau) benannt, in der diejenigen zusammengefasst werden, die bei der Sichtung als nicht überlebensfähig angesehen werden. Zu dieser Sichtungskategorie gehört die Personengruppe, die eine Verletzung erlitten hat, die nicht mit dem Leben vereinbar ist. Als Beispiele werden in der Literatur schwerste Kopfverletzungen oder schwere Verbrennungen mit einem Umfang von mindestens 50% der Körperoberfläche genannt. Diese Verletzten sollen lediglich eine abwartende Behandlung oder eine Palliativversorgung erhalten. Tote erhalten eine schwarze Kennzeichnung und

fallen aus den Sichtungskategorien heraus, da nichtärztliches Fachpersonal wie Rettungssanitäter*innen berechtigt sind, Vorsichtung und Sichtung vorzunehmen, während die Feststellung des Todes hingegen gesetzlich als ärztliche Aufgabe definiert ist. In dieser Frage, wie Tote kategorisiert werden sollen, konnte, wie das Papier feststellt, kein Konsens erzielt werden.

Mit der blauen Kategorie zieht das militärmedizinische Denken in das Papier ein und entsprechende NATO-Vorgaben werden erfüllt.⁷ In den Erläuterungen wird in dem Konsenspapier angemerkt, »dass hinsichtlich der Sichtungskategorie IV (blau) Erkenntnissen aus ausreichend großen MAN-Ereignissen fehlen, um deren Bedarf zu bestätigen zu können.«⁸ Dieser Sicht folgend können die Patient*innen der blauen Kategorie in der Kategorie I (rot) mitbehandelt werden. An anderer Stelle wird erwähnt, dass es in den letzten 70 Jahren in Deutschland keinen Bedarf für diese Kategorie gab. Zudem ist die Trennschärfe zwischen roter (I) und blauer Kategorie (IV) denkbar unscharf. Dies wird auch nicht dadurch aufgehoben, dass in diesem Konsensus-Papier, wie in anderen (militärischen) Leitlinien auch, betont wird, dass die Sichtung ein sich ständig wiederholender Prozess sei. Aber wie kommt es dann, dass die blaue Kategorie mit einem Konsens von 90% in das Papier aufgenommen wurde? Die Begründung der Autor*innen fällt ein wenig lapidar aus: »International und insbesondere im militärischen Kontext wird sie jedoch genutzt. Auch für Szenarien wie z.B. die Bündnis- oder Landesverteidigung wird der Bedarf der SK IV (blau) gesehen.« Das ist das Resultat, wenn zivile Strukturen auf militärisches Denken treffen. Ein Bedarf kann empirisch nicht nachgewiesen werden und wird von den zivilen Organisationen nicht gesehen; er wird vom Militär gefordert und entsprechend durchgesetzt. Im *Rahmenplan für die zivile Verteidigung Berliner Krankenhäuser* lässt sich nachlesen, wie das der blauen Kategorie zugrundeliegende Denken im Rahmen der Krankenhausplanung für den Kriegsfall in der Posttriage-Situation durchgesetzt wird.⁹

Aber warum ist dem Militär diese blaue Kategorie so wichtig? Eine gängige Argumentation besagt, dass dadurch vermieden werde, dass personelle und materielle Ressourcen, die für vital bedrohte Patient*innen mit Überlebenschance benötigt werden, unnötig verbraucht werden. In einem Schulungspapier der US-Marines wird dazu weiter ausgeführt: »This category is comprised of patients whose treatment would be time consuming and extremely complicated coupled with a low chance of survival. The extent of their treatment depends on available supplies and manpower.«¹⁰ Es wird weiter ausgeführt eine Behandlung von Patient*innen der Kategorie IV könne dann erfolgen, wenn die Betroffenen der Kategorie I und II behandelt wurden. Bemerkenswert ist auch, dass bei dieser Schulung der Kreis der in die Kategorie IV einsortierten Hoffnungslosen auch auf Personen ausgedehnt wird, denen eine geringe Überlebenschance zubilligt wird. Es ist offensichtlich, dass mit der Kategorie der Hoffnungslosen im Krieg ein menschlicher Puffer geschaffen werden soll, dessen Variabilität es ermöglicht, im Bedarfsfall das eigentliche Ziel der Kriegsmedizin, nämlich die Einsatzbereitschaft und Frontfähigkeit der Truppe zu fördern, zu verfolgen. Diese Aufgabe des Sanitätsdienstes

wird auch durchaus von militärischen Akteur*innen noch so formuliert: »Militärische Operationen können dazu führen, dass zur Stabilisierung von Frontabschnitten alle verfügbaren Kräfte und Mittel eingesetzt werden müssen, um den Durchbruch des Feindes zu verhindern. Die Marine ist hier bestes Beispiel: An Bord seegehender Einheiten ist das Überleben des Schiffes grundlegendes Ziel aller Handlungen, einschließlich der Behandlungspriorität im Rahmen der Triage. Zuerst muss der behandelt werden, der für das Überleben des gesamten Schiffes wesentlich ist, da ansonsten alle verloren sind. ... Dennoch bleibt unbenommen, dass es auch ein Ziel sein kann, zuerst die Verwundeten / Verletzten oder Erkrankten zu behandeln, die schnellstmöglich wieder kampffähig sind und somit eine Stabilisierung eines Frontabschnittes wieder gewährleisten können.«¹¹ Eingebettet sind diese Überlegungen in ethische Erwägungen. Natürlich würde man es heute nicht mehr so schroff formulieren, wie es seinerseits der Chirurg Theodor Billroth (1829-1894) tat, als er anmerkte, dass eine Konzentration auf das gesundheitliche Wohlergehen der Soldaten »eine wahnsinnige Verdrehung des Humanitätsprinzips« wäre.¹² Es zeigt sich allerdings, dass es in letzter Instanz bei der Kriegsmedizin darum geht, die Kampfkraft der Truppe zu erhalten. Dafür ist auch ein Triagekonzept, das eine blaue Kategorie inkludiert, erforderlich.

Stand: 14.03.2026

Anmerkungen:

- 1 <https://www.bundeswehr.de/de/auftrag/uebungen/quadriga/quadriga-2026/medic-quadriga>; zuletzt aufgerufen am 12.03.2026
- 2 <https://www.bundeswehr.de/de/auftrag/uebungen/quadriga/quadriga-2026/medic-quadriga>; zuletzt aufgerufen am 12.03.2026; Tippfehler im Original
- 3 1961 festgelegt in der Zentralen Dienstvorschrift 49/50, die 2020 abgelöst wurde durch die Allgemeine Regelung Sanitätsdienst
- 4 In der Diskussion wird in der Regel der Mangel an Ressourcen als gegeben angenommen. Wenig hinterfragt wird, wie diese Situationen vermieden werden können. Fragwürdig erscheint die kritiklose Übernahme von Triagekonzepten in den Normalbetrieb von Krankenhäusern.
- 5 Es kann hier nicht auf die Frage eingegangen werden ob in der zivilen Katastrophenmedizin eine Triage zu rechtfertigen ist. Dies war in der Friedensbewegung in der Vergangenheit durchaus umstritten. Vergl. Eberhard Weber: Katastrophenmedizin als Kriegsmedizin? In: Berliner Ärzteiniziative gegen Atomenergie: Medizin und Atomkrieg – hilflos? S. 101 ff., Berlin 1983. Zur Kritik an der Triage in der COVID-19-Pandemie z.B. <https://www.harun-farocki-institut.org/de/2020/04/12/triage-medizinische-notwendigkeit-oder-technologie-imperialer-auslese/>
- 6 <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-025-01547-y>
- 7 Z.B. NATO Defence Policy and Planning Division: None-Bindig Guidelines For Civil-Military Cooperation In Response To Chemical, Biological, Radiological and Nuclear (CBRN) Mass Casualty Incidents; S. 14 ohne Jahresangabe (nach 2018); die Triage-Leitlinien der NATO werden gerade überarbeitet und aktuellen Entwicklungen angepasst.
- 8 Heller, Axel R. et al: Ergebnisse der Sichtungskonferenzen und Glossar Sichtung, Juni 2025, S. 5
- 9 Rahmenplan für die Zivile Verteidigung im Bereich der Berliner Krankenhäuser 1.0, S. 22, 2025
- 10 United States Marine Corps – Field Medical Training Battalion East, Camp Lejeune NC 28542-0042, ohne Jahresangabe
- 11 Oberfeldarzt Dr. Dennis Ritter in der Online-Zeitschrift *military-medicine.com*; 14.01.2026 <https://military-medicine.com/triage-herausforderung-ethischer-kontext/>; zuletzt aufgerufen 13.03.2026
- 12 Deutsches Hygiene Museum Dresden: Krieg und Medizin, S. 41, Göttingen 2009

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

Sie finden sich alle auf der Homepage:

<https://www.vdaee.de/gesundheits-braucht-politik/>



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« Tarifeinseitige Entlohnungen 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.



Bestelladresse: Geschäftsstelle des vdäa | Nadja Rakowitz | kontakt@vdaee.de | www.vdaee.de