

GESUNDHEIT *braucht* POLITIK

Zeitschrift für eine soziale Medizin

verein
demokratischer
ärzt*innen

SOLIDARISCHES
GESUNDHEITS WESEN

Nr. 2/2026



Queersensible Medizin

INHALT

5

Eine Form des Schauens.
Über queere Identität,
queere Theorie und queere
Kämpfe heute

**Interview mit
Atlanta Beyer**

7

Wer suchen muss, ist schon
benachteiligt. Queermed
Deutschland und der lange
Weg von individuellen Not-
lösungen zu struktureller
Veränderung

Samson Grzybek

9

Am Ende steht immer
Mensch. Ein Leben im
Graubereich der
Geschlechternormen

Ari

12

Menschenrecht – unabhän-
gig vom Geschlecht. Prä- und
postoperative Versorgung bei
geschlechtsangleichenden
Operationen

K* Stern

15

Von Anfang an ... Über men-
schenrechtsbasierte Hebam-
menarbeit und queer*sensib-
le Hebammenbegleitung

Ash Pelzer / Isa Ruhland

18

Do it yourself. Selbstbestimm-
te geschlechtsaffirmierende
Hormontherapien und scha-
densmindernde Ansätze

**Alva Seltmann Jürgensen,
Luce deLire, Lydia
Schneider-Reuter,
Noma Michel, Feli Sühs,
Mirjam Faissner**

Sind Deine Mitgliedsbeiträge noch aktuell?

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

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

Darüber hinaus schlagen wir folgende Solibeträge vor:

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

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

22

»Das Patriarchat im Uterus.
Plädoyer für körperliche
Selbstbestimmung«,
Rezension Marla Frentz

Alicia Baier

23

Historischer Erfolg.
Zum New Yorker Pflegestreik

Shella Dominguez

25

»Wir sterben wie ein reiches
Land.« Zur Situation im kuba-
nischen Gesundheitswesen

**Interview mit
Aleida Guevara**

28

Bloß nicht angenehm wer-
den! Über Erfahrungen mit
Wehrdienst und warum er
heute gegen die Militarisie-
rung kämpft

Interview mit Daniel

34

Ohne Versicherung,
ohne Hilfe? Wie das
Medibüro in Hamburg
einspringt

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,
Annika Krause, Julius Poppel, Nadja Rakowitz,
Jonas Röhrich, Karen Spannenkrebs,
Rafaela Voss, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 2/2026

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 hat Manuel Funk mit Hilfe von KI gemacht; die Illustrationen im Heft stammen ebenfalls von Manuel Funk.

Geschäftsstelle des vdää*

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email kontakt@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



Liebe Leser*innen,

queere Politik ist schon seit Jahrzehnten im Fokus linker Parteien und Gruppierungen. Zugleich ist es eben so lang schon ein Zankapfel innerhalb desselben linken Lagers, was an queerer Politik links ist und was fortschrittlich-bürgerliche Perspektive. Ungeachtet dieser inneren Querelen verschärft sich die Lage queerer Menschen sowohl weltweit als auch hierzulande. Abseits der medialen Aufmerksamkeit berichtet die diesjährige deutsche Polizeistatistik eine Zunahme queerfeindlicher Straftaten um ca. 13 %. In den Vereinigten Staaten berichtet das FBI von einer steigenden Zahl von anti-LGBTQ+ Straftaten trotz einer insgesamt sinkenden Kriminalitätsrate. Die tödliche Gewalt gegen queere Menschen in Argentinien ist zuletzt sprunghaft gestiegen - sicherlich ließe sich diese Liste noch fortführen. Begleitet wird diese Gewalt von einer rechtlichen Verschärfung – im Hinblick auf die Rechte queerer Menschen –, nicht auf die Gewalt gegen diese. Trump begann bereits in den ersten Tagen seiner zweiten Amtszeit damit, die Rechte queerer Menschen einzuschränken. Per Dekret legte Trump die möglichen Geschlechter bei Geburt auf zwei fest, ermöglichte die strafrechtliche Verfolgung von Lehrer*innen, die ihre Schüler*innen offen als non-binär behandeln, verbannte transgender Sportler*innen aus Wettkämpfen etc. Schaut man nach Italien, Argentinien, Russland, dann scheint es, als wäre die anti-queere Gesetzgebung ein fester Bestandteil des Staatsumbaus der neuen Rechten. Wir haben dies zum Anlass genommen den aktuellen Stand der Versorgung queerer Menschen in der deutschen Gesundheitsversorgung unter die Lupe zu nehmen.

Das aktuelle Heft ist dabei reich an Berichten aus der medizinischen Praxis. Ash Pelzer und Isa Ruhland berichten darüber, wie die queersensible Geburtshilfe den vielfältigen Hintergründen und Konstellationen werdender Familien gerecht wird. Wie queere Menschen angesichts diskriminierender Praktiken in der Regelversorgung und Lieferengpässen mittels do-it-yourself Hormontherapie ihre Behandlung selbst in die Hand nehmen, beforscht ein partizipatives Forschungsteam und teilt in diesem Heft erste Ergebnisse. K*stern klärt über die wichtige interdisziplinäre postoperative Versorgung nach Transitionsoption auf. Ari erzählt aus einem ›Leben im Graubereich der Geschlechternormen‹ als intergeschlechtlicher Mensch in Deutschland. Außerdem berichtet queermed, ein Verein der sich gegen die Diskriminierung im Gesundheitswesen stellt, aus der praktischen Arbeit, allen Menschen unabhängig von ihrer sexuellen Identität und Gesinnung eine diskriminierungsfreie medizinische Versorgung bereitzustellen. Einen theoretischen Hintergrund linker queerer Politik liefert Atlanta Beyer in einem Interview und führt durch die aktuellen queeren und anti-queeren Debatten.

Abseits von diesem Titelthema berichten wir aktuelles zur internationalen Gesundheitspolitik. Im Januar fand der größte New Yorker Pflegestreit bis dato statt. Darüber berichtet die US-amerikanische Krankenpflegerin Shella Dominguez. Wie eine Gesundheitsversorgung in einem Land funktioniert das seit Jahrzehnten unter wirtschaftlicher Blockade des großen Nachbarn USA steht, erklärt Aleida Guevara, eine Pädiatricerin aus Kuba, die ein Redaktionsmitglied exklusiv interviewt hat.

Wie immer gibt es auch Empfehlungen und Rezensionen die eine weitere Beschäftigung mit dem Thema queersensible Medizin erleichtern. Angesichts der geschilderten Kämpfe mag es überraschen, dass die systematische Diskriminierung queerer Menschen eher als ein neuzeitliches Phänomen erscheint. Der Kampf gegen medizinische Diskriminierung queerer Menschen ist wichtig und erfolgversprechend und beginnt in der alltäglichen medizinischen Praxis.

Wir wünschen viel Erkenntnisgewinn beim Lesen und freuen uns wie immer über Rückmeldungen.

Eure GbP Redaktion

Feedback

Wenn du auf den QR-Code klickst, landest Du auf einer Umfrage zu dieser Ausgabe der Zeitschrift. Diese werden wir von jetzt ab für jedes Heft machen.



Eine Form des Schauens

Interview mit Atlanta Beyer über queere Identität, queere Theorie und queere Kämpfe heute

Atlanta Beyer erläutert in dem Interview die verschiedenen Dimensionen des Begriffs queer und geht auch der Frage nach, was das für linke Kämpfe bedeutet.

RLS: Atlanta, was heißt queer eigentlich heute?

Atlanta: Zum einen ist mit *queer* eine Reihe von Identitäten oder gesellschaftlichen Minderheitengruppen bezeichnet, die aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität oder sexuellen Orientierung diskriminiert werden. Zum anderen meint *queer* aber auch eine bestimmte politische Praxis, und zwar im Sinne eines Durchquerens, Durchkreuzens und Neu-Verknüpfens von politischen Identitäten. Diese Bedeutung hat sich historisch ergeben: Der Begriff *queer* entstand vor allem Ende der 1980er Anfang der 1990er Jahre aus dem Aids-Aktivismus in den USA. In einer Zeit, in der verschiedene gesellschaftliche Gruppen, meist Randgruppen, besonders stark von der Aids-Politik der damaligen US-Regierung betroffen waren.

Das betraf zum einen Homosexuelle, aber auch Schwarze Menschen, Sexarbeiter*innen, Leute die Drogen nehmen und Nadeln mit anderen Menschen tauschen. Diese gesellschaftlichen Gruppen wurden aufgrund eines vermeintlich riskanten Verhaltens als stärker anfällig für eine HIV-Infektion betrachtet. Und die damalige Reagan-Regierung hat lange Zeit eigentlich gar nicht auf Aids als gesellschaftliches Problem reagiert. Dadurch kamen plötzlich sehr unterschiedliche Gruppen zusammen, die vernachlässigt wurden mit ihren Folgeproblemen von HIV und Aids und sogenannte *Regenbogenkoalitionen* gebildet haben.

In diesem Kontext wurde der Begriff *queer* für eine Form des Aktivismus an-

geeignet, in dessen Rahmen Koalitions-politiken entstanden. Dabei wurden bisherige politische Identitäten durchkreuzt und unter dem Begriff *queer* neu zusammengeführt. Diese Bedeutung hat sich bis heute auf eine Weise gehalten. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass, wenn von *queer* die Rede ist, oft ganz unterschiedliche Lebenslagen oder Situationen von queeren Menschen zusammenkommen: trans* Menschen, Geflüchtete, Queers – es geht zwar nicht mehr zentral um Aids, aber immer noch um eine Verknüpfungsperspektive.

RLS: Welche Bedeutung haben queere Kämpfe für linke Kämpfe heute?

A: Ich habe schon den Aspekt der Koalitionspolitiken angesprochen und möchte ein aktuelles Beispiel herausheben, an dem sich das gut erklären lässt: die *Black Lives Matter*-Bewegung. Diese Bewegung wird von Schwarzen Feminist*innen, Frauen, von queeren Aktivist*innen angeführt. Und die machen das anhand einer Analyse, die aus dem Schwarzen Feminismus kommt. Diese Analyse geht davon aus, dass man eine Form des Handelns finden kann, die für alle Menschen Verbesserungen schafft, wenn man die am stärksten marginalisierten Gruppen in den Mittelpunkt einer Analyse der Machtverhältnisse rückt.

Ich hatte ja gesagt, dass *queer* auch die Bedeutung eines Querens und Durchkreuzens von Identitäten hat. Und das finde ich besonders interessant. Diesen Ansatz könnte man auch mit dem Begriff Intersektionalität be-

Atlanta Ina Beyer lehrt und forscht im Bereich der Kultur- und Sozialwissenschaften, mit Schwerpunkten auf Gender und Queer Studies, aktuell ist sie Projektkoordination bei ZAFFA – Zentrale Anlaufstelle und Fachberatung bei organisierter Frauenfeindlichkeit und Antifeminismus.

schreiben. Das heißt, dass es in der *Black Lives Matter*-Bewegung Projekte gibt, die versuchen, Schwarze Politiken von den marginalisierten Positionen aus zu denken, wie zum Beispiel von Schwarzen Frauen oder Schwarzen queeren und trans* Personen. Interessant finde ich beispielsweise das Black Youth Project 100 oder auch die Theoretikerin Cathy Cohen, die viel zum Thema »Queer als Allianzpolitik« geschrieben hat.

Cohen bezeichnet *queer* als eine Linse, eine Form des Schauens auf

chen Zugang zu einem bezahlbaren, an ihren Bedürfnissen orientierten Gesundheitssystem. Dafür lohnt es sich, gemeinsam zu streiten. Das heißt auch, die spezifischen Bedarfe von trans* Menschen darin zu sehen. Ein anderes Beispiel: Alle Menschen brauchen Zugang zu bezahlbarem Wohnraum. Das heißt auch, die spezifischen Bedarfe von Menschen, die auf dem Wohnungsmarkt besonders stark zu kämpfen haben, beispielsweise Queers ohne Wohnungen oder geflüchtete Queers, die evtl. kein

Flucht und LGBTQI, beispielsweise durch den Krieg in Syrien, durch den Krieg in der Ukraine. Immer wieder gibt es größere Wellen von geflüchteten Menschen, unter denen natürlich auch queere Menschen sind, die nach Deutschland kommen und es hier besonders schwer haben.

Die andere Seite von Kämpfen, die ich sehr gefährlich finde, sind die Angriffe auf alles, was nicht der heterosexuellen Norm entspricht. »Gender Gaga«, »Transgender-Lobby«, »Genderideologie« – wir kennen diese Kampfbegriffe der globalen Rechten. Das gilt von Brasilien über Polen, aber eben auch bis Deutschland, wo die AfD versucht, die heterosexuelle Kleinfamilie aus Vater, Mutter und möglichst mehreren Kindern als Keimzelle der Nation zu etablieren, verbunden mit gezielten Angriffen auf geschlechtliche Minderheiten.

Und es gibt Debatten, die sich bis in den Feminismus hineinziehen. Das sehen wir bei den Diskussionen um das Selbstbestimmungsrecht, wo ja ein Teil sogenannter trans-exklusiver radikaler Feministinnen versucht, den Zugang für trans* Frauen zu bestimmten Frauenrollen zu beschränken. Der Begriff Gender selbst wird auch manchmal als eine Art Kitt beschrieben, der verschiedene Akteure von der extremen Rechten über eine christlich motivierte Rechte bis zur bürgerlichen Mitte zusammenführt.

Ein anderes Beispiel, was gar nicht so stark rechts ist aber vielleicht verdeutlicht, was das für ein Konglomerat ist, ist der Angriff auf die *Gender Studies*. Der kommt zum Teil aus den Universitäten selbst und da braut sich einiges zusammen. Gerade aus diesem Grund finde ich es noch gefährlicher, Identitätspolitik als ein eigenes Politikfeld zu beschreiben, das nicht wichtig ist. Ich denke, auf dem Feld von Geschlechterpolitiken finden gerade große Auseinandersetzungen statt, die im Zusammenhang mit einer Gesamtverschiebung stehen.



»Queer ist eine Form des Schauens aus der marginalisierten Position«

politische Identitäten aus der marginalisierten Position. Das finde ich wichtig, gerade vor dem Hintergrund der derzeitigen Auseinandersetzungen, wo viel Kritik an Identitätspolitik geäußert wird und es eine Spaltung gibt, zwischen Identitätspolitik, die als nicht so wichtig abgetan werden und vermeintlich universalen Politiken, die alle betreffen. (...) Ich finde diese Trennung gefährlich. Ich finde, da fehlt auch etwas in einer Machtanalyse und denke, dass *queer* da einen produktiven Ansatz bietet, das Universale von den Rändern her anders und komplexer zu denken.

RLS: Was bedeutet das konkret?

A: Meine These ist, dass *queer* das Potenzial hat, verschiedene Kämpfe zusammenzuführen anstatt zu spalten. Das ist gerade angesichts des Aufstiegs der globalen Rechten eine der zentralen Herausforderungen für linke Bewegungen. Die Frage ist: Wie kommen wir zusammen? Dazu ist es eben wichtig, die Bedarfe verschiedener gesellschaftlicher Gruppen zu sehen und: sie verbunden zu sehen.

Ein Beispiel: Alle Menschen brau-

Aufenthaltsrecht haben, zu sehen und besonders zu berücksichtigen.

RLS: Welche gesellschaftlichen Auseinandersetzungen um queere Lebensweisen sind zur Zeit von besonderer Bedeutung?

A: Es gibt aktuell sehr unterschiedliche Kämpfe, die um queere Lebensweisen geführt werden, weil die Situation von queeren Menschen global sehr unterschiedlich ist. Es gibt immer noch viele Länder, in denen beispielsweise Homosexualität unter Strafe steht und auch mit der Todesstrafe verfolgt wird. Im globalen Norden hingegen sind viele Rechte bereits errungen worden und da sehen die Kämpfe anders aus.

Kämpfe, die ich aktuell wichtig finde, sind beispielsweise die für den Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung für trans* Menschen, ohne Pathologisierung.

Ein anderes Beispiel ist das Thema

(Quelle: Das Interview wurde am 05.07.2023 auf der Homepage der Rosa Luxemburg Stiftung veröffentlicht: <https://www.rosalux.de/news/id/50709/queer-ist-eine-form-des-schauens-aus-der-marginalisierten-position> – Wir danken für die Erlaubnis der Veröffentlichung.)

Wer suchen muss, ist schon benachteiligt

Queermed Deutschland und der lange Weg von individuellen Notlösungen zu struktureller Veränderung

Von Samson Grzybek

Es beginnt fast immer mit einer Suche. Wir brauchen eine*n Hausärzt*in, eine*n Gynäkolog*in oder eine*n Psychotherapeut*in. Und dann merken wir, dass wir nicht einfach in die nächstgelegene Praxis gehen können. Denn die letzten Erfahrungen waren vielleicht »nur« unangenehm, oder aber auch absolut katastrophal. Also recherchieren wir: Kennen wir jemanden aus unserem Umfeld, den wir fragen können? Wie waren die letzten Erfahrungen mit den Online-Bewertungsplattformen?

Nicht jede*r Mensch sucht direkt eine Beratungsstelle auf oder kommt auf den Gedanken, dass die Berater*innen vor Ort selbst Listen mit Praktizierenden haben. Nicht jede*r kennt Menschen, die die gleichen gesundheitlichen Bedürfnisse haben und vielleicht auch in der gleichen Stadt wohnen.

Und dann fangen die Gedanken an zu kreisen: Wer hat schon einmal trans Patient*innen behandelt, ohne dass die Behandlung zur Aufklärungsstunde für das Personal wurde? Wo droht nicht das beklemmende Gespräch darüber, warum man »so lebt«? Diese Suche kostet Zeit, Energie und Nerven – und sie ist, genau besehen, ein Symptom. Wer suchen muss, um sicher versorgt zu werden, ist bereits benachteiligt.

Genau hier setzt *Queermed Deutschland* an. 2021 gegründet, betreiben wir ein bundesweites, kostenfreies Verzeichnis diskriminierungssensibler Praxen, Kliniken und Praktizierender, beraten Menschen individuell auf ihrer Suche nach Versorgung und leisten Bildungsarbeit dort, wo Versorgung gestaltet wird: in Praxen, Kliniken, Aus- und Weiterbildung. Was als Liste begann, ist heute eine Infrastruktur – und zugleich ein Spiegel, den wir dem Gesundheitssystem vorhalten.

Diskriminierung ist ein Versorgungsproblem

In der Debatte wird Diskriminierung im Gesundheitswesen gern als Frage des guten Tons verhandelt: als Höflichkeit, als Sensibilität, als Frage der richtigen Anrede. Das ist sie auch – aber sie ist vor allem ein epidemiologisches und ein versorgungspolitisches Problem. Wer wiederholt erlebt, dass die eigene Lebensrealität pathologisiert, übersehen oder zum Erklärungsfall gemacht wird, geht später zur*in Ärzt*in. Oder gar nicht. Vorsorge wird verschoben, Symptome werden verschwiegen, Vertrauen wird grundsätzlich nicht aufgebaut. Das Minority-Stress-Modell beschreibt seit Jahrzehnten, wie chronischer Minderheitenstress, die ständige Erwartung von Ablehnung, das Verbergen, die internalisierte Abwertung, messbar auf die körperliche und psychische Gesundheit durchschlägt. Diskriminierung macht krank, und sie hält von Versorgung fern. Beides verstärkt sich gegenseitig.

Wichtig ist uns dabei: Es geht nicht nur um queere Menschen. Die Barrieren, die wir sichtbar machen, treffen viele – und sie treffen verschränkt. Eine Schwarze trans* Frau begegnet nicht »Transfeindlichkeit plus Rassismus« als

Samson Grzybek ist Gründer*in und in der Geschäftsführung von Queermed Deutschland.



getrennten Posten, sondern einer eigenen Form der Ausgrenzung. Dicke Patient*innen, behinderte Menschen, Menschen ohne sicheren Aufenthalt, Menschen in Armut: Sie alle stoßen auf ein System, das ein schmales Normmodell von Patient*in voraussetzt und alle anderen zur Anpassungsleistung zwingt. Intersektionalität ist für uns keine Vokabel, sondern die Beschreibung dessen, was Menschen in Wartezimmern tatsächlich erleben.

Zwei Säulen – und wofür sie stehen

Unsere Arbeit ruht auf zwei Säulen. Das **Verzeichnis** gibt Menschen Orientierung und nimmt ihnen einen Teil der unbezahlten Recherchearbeit ab, die sonst auf ihren Schultern liegt. Praxen tragen sich nicht einfach selbst ein, weil sie sich für aufgeschlossen halten. Die Aufnahme erfolgt über Patient*innen, die dort gute Erfahrungen gemacht haben. Dabei geht es häufiger um einen respektvollen Umgang als eine absolute Expertise in einem bestimmten Gebiet. Und die **Bildungsarbeit**: Vorträge, Workshops, Leitfäden, setzen dort an, wo sich am meisten ändern lässt: bei denen, die Versorgung gestalten und in direktem Kontakt mit Patient*innen stehen.

Dabei arbeiten wir mit einem Modell, das Diskriminierung auf drei Ebenen verortet: der **individuellen** (Worte, Blicke, Annahmen im Behandlungskontakt), der **institutionellen** (Anamnesebögen, die nur zwei Geschlechter kennen; Wartezimmer und Formulare, die bestimmte Menschen unsichtbar machen; Abläufe, die nie für sie gedacht waren) und der **strukturellen** (Leitlinien, Vergütungslogiken, Ausbildungsinhalte, Rechtslagen). Der entscheidende Punkt: Die freundlichste Einzelperson kann strukturelle Barrieren nicht wegfreunden. Gute Absicht ersetzt keine veränderten Strukturen. Deshalb behandeln wir die persönliche Sensibilisierung nicht als Ziel, sondern als Einstieg.

Woran wir langfristig arbeiten

So sehr unser Verzeichnis gebraucht wird – sein eigentlicher Zweck ist es, sich überflüssig zu machen. Solange Menschen ein gesondertes Verzeichnis benötigen, um si-

cher behandelt zu werden, ist das ein Armutszeugnis für die Regelversorgung, nicht ein Erfolg der Nische. Unser strategisches Ziel ist deshalb die Verschiebung von der individuellen Notlösung zur strukturellen Selbstverständlichkeit.

Konkret heißt das mehrere Dinge gleichzeitig. Wir wollen ein **Zertifizierungsprogramm** für Praxen und Einrichtungen entwickeln, das diskriminierungssensible Versorgung nicht als Selbstauskunft, sondern als überprüfbaren, begleiteten Prozess fasst – und das sich finanziell selbst tragen soll, damit Veränderung nicht von Fördermittel-Konjunkturen abhängt. Wir bauen ein **modulares Fortbildungssystem** auf, das vom Erstkontakt am Empfang bis zur Leitungsebene andockbar ist, statt einmaliger Sensibilisierungs-Events, die folgenlos verpuffen. Und wir formulieren **gesundheitspolitische Forderungen** – unter anderem für den parlamentarischen Raum –, weil sich die strukturelle Ebene nicht durch Appelle an einzelne Praxen verschiebt, sondern über Curricula, Leitlinien und Finanzierung.

Das langfristige Bild ist eines, in dem diskriminierungssensible Versorgung kein Sonderangebot mehr ist, das man suchen muss, sondern Teil dessen, was Versorgung qualitativ ausmacht – verankert in der ärztlichen und therapeutischen Ausbildung, in Qualitätsstandards, in der Selbstverständlichkeit des Alltags. Bis dahin schließen wir eine Lücke, die es nicht geben sollte.

Eine Einladung an die Leser*innen

Der vdäa* versteht Gesundheit als politische Frage. Und genau hier treffen wir uns. Die Mechanismen, die queere und mehrfach marginalisierte Patient*innen aus der Versorgung drängen, sind dieselben, die der Verein an anderer Stelle benennt: ein System, das ein Normmodell voraussetzt, das Anpassungsleistung individualisiert und strukturelle Verantwortung gern delegiert. Antidiskriminierung ist kein Add-on zur solidarischen Gesundheitsversorgung. Sie ist ein Prüfstein dafür, für wen das Solidarversprechen tatsächlich gilt.

Was lässt sich tun? Zuerst das Naheliegende und Unbequeme: die eigene Praxis prüfen – nicht die Haltung, die man sich zuschreibt, sondern die Abläufe, Formulare, Räume und Routinen, die Menschen erreichen oder ausschließen. Wer dort Veränderungsbereitschaft mitbringt, kann sich um Aufnahme ins Verzeichnis bemühen, sich fortbilden, andere mitnehmen. Und wer berufspolitisch aktiv ist, kann diskriminierungssensible Versorgung dort einbringen, wo über Curricula, Leitlinien und Strukturen entschieden wird. Veränderung in der Fläche entsteht nicht durch einzelne vorbildliche Praxen, sondern dadurch, dass das Vorbildliche zur Norm wird.

Wir bei Queermed liefern dafür Werkzeuge, Wissen und einen Spiegel. Was wir nicht ersetzen können, ist die Bereitschaft derer, die das System tagtäglich gestalten, hinzusehen. Und etwas zu ändern. Das Ziel ist bescheiden und radikal zugleich: ein Gesundheitswesen, in dem niemand mehr suchen muss, um sicher behandelt zu werden.



Am Ende steht immer Mensch

Ein Leben im Graubereich der Geschlechternormen

Von Ari

Ari beschreibt hier Erfahrungen eines Menschen, dessen Körper als Kind ohne Einwilligung und ausreichende Aufklärung verändert wurde, um ein Geschlecht zu erzwingen und so gesellschaftliche Normen zu erfüllen. Auch wenn die Rechtslage das inzwischen nicht mehr zulässt, gibt es auch aktuell noch Menschen, denen dies widerfährt.

Inter, nicht-binär, Zwitter – für Menschen außerhalb der medizinischen und gesellschaftlichen Norm existieren viele Begriffe. Doch was bedeutet es eigentlich, wenn der eigene Körper als »Abweichung« deklariert wird? Ich werfe hier einen persönlichen und kritischen Blick auf ein System, das Eindeutigkeit erzwingen will, wo gesunde Vielfalt existiert, und das erwachsene Betroffene in unserer medizinischen Versorgung schlicht unsichtbar macht. Dabei betrifft diese körperliche Vielfalt einen festen Teil der Menschen, Intergeschlechtlichkeit ist keine Krankheit, sondern eine natürliche Variation, die schon immer Teil der Menschheit war.

Bereits die Begriffspolitik ist ein zäher Kampf. Während das Wort »Zwitter« heute von vielen als veraltet oder verletzend empfunden wird, wehrt sich die Community vor allem gegen den klinischen Stempel »DSD« – *Disorders of Sex Development* (Störungen der Geschlechtsentwicklung). Die Medizin versucht bis heute, diese natürliche Vielfalt mit klinischen Klassifikationen in starre Schubladen zu pressen. Statt die feinen Variationen von Chromosomen, Hormonen und inneren Organen als natürlichen Teil des menschlichen

Spektrums anzuerkennen, wird jede Abweichung von der vermeintlichen Norm sofort als biologischer Fehler oder Defekt abgestempelt. Dieses pathologisierende Kategorisieren dient letztlich nur dazu, das Unbekannte kontrollierbar zu machen und eine künstliche Eindeutigkeit im Lehrbuch zu erzwingen, wo eigentlich fließende Übergänge existieren. Gegen diese Pathologisierung steht die von einer Aktivistin entworfene Intersex-Flagge. Ihre unabhängigen Farben Gelb und Violett brechen bewusst mit dem binären Rosa-Blau-Schema, während der geschlossene Kreis für Ganzheit, Unversehrtheit und das autonome Recht auf körperliche Integrität steht. Inter* Menschen sind vollständig und »ganz« so, wie sie sind.

Für mich bedeutet Intergeschlechtlichkeit vor allem die Feststellung, dass mein Körper einst ohne meine Einwilligung und ohne ausreichende Aufklärung verändert wurde. Medizinische Manipulationen wurden an mir vorgenommen und anders deklariert, als sie es eigentlich waren. Erst seit mir das bewusst ist, verstehe ich die vielen unbeantworteten oder absichtlich falsch beantworteten Fragen, die mich seit meiner Kindheit begleiten.

Ari wirkt und lebt in Berlin.

Schon früh lernt Mensch von klein auf, was Geschlecht bedeutet und wie sich entsprechend zu verhalten ist. Heute sehe ich das differenzierter. Geschlecht hat zwei Ebenen, die reine Körperlichkeit und die innere Geschlechtsidentität, also das tiefe innere Wissen und Empfinden, welchem Geschlecht Mensch angehört. Wird Intergeschlechtlichkeit jedoch fälschlicherweise als reine »Identität« genutzt, verschwimmen lebenswichtige Unterschiede. Trans* beschreibt eine Lebenswelt, in der die Geschlechtsidentität nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt, es geht um das innere Erleben. Inter* hingegen betrifft die angeborene biologische Vielfalt des Körpers. Wie die Community zurecht betont: »Wir sind nicht trans, wir sind nicht-binär, wir sind inter*, das betrifft unseren Körper.«

Für mich ist die spätere Änderung des Geschlechtseintrags bei inter* Personen deshalb auch keine klassische Transition, sondern schlicht die Korrektur einer bürokratischen Fehlzuzuordnung bei der Geburt. Mir wird dabei immer deutlicher, dass Inter* als Geschlechtsidentität überhaupt nur von Menschen gelebt und beansprucht werden sollte kann, die auch einen angeborenen intergeschlechtlichen Körper besitzen. Genau das sorgt allerdings für eine heftige Diskussion innerhalb der Community, weil eben nicht alle inter* Personen eine offizielle medizinische Diagnose bekommen, sei es durch lückenhafte Aufklärung oder die bewusste Abgrenzung von medizinischer Pathologisierung. Für viele Betroffene steht dadurch die existenzielle Frage im Raum: »Bin ich überhaupt Inter* genug, um eine Diagnose zu bekommen oder mich als Inter* dazuzurechnen?« Diese Unsicherheit führt dazu, dass die Frage, wer Zugang zu dieser Identität und Sichtbarkeit hat, extrem umkämpft bleibt.

Es geht mir dabei keineswegs darum, Schmerz gegen Schmerz auszuspielen, das Leid von trans* Personen durch Diskriminierung und den oft harten Kampf um gesellschaftliche Anerkennung hat eine immense, unbestreitbare Wichtigkeit. Aber es ist ein anderes Leid. Während trans* Menschen oft um die Gültigkeit

ihres inneren Erlebens ringen müssen, ist das Leid von inter* Personen historisch und aktuell tief mit medizinischer Fremdbestimmung und körperlichen Eingriffen von Geburt an verwoben. Wer diese Begriffe unscharf vermischt, gefährdet nicht nur die politische Sichtbarkeit, sondern relativiert diese spezifischen Realitäten und macht die jeweils so dringenden medizinischen und rechtlichen Anliegen unsichtbar.

Der Blick in die Embryonalphase beweist schließlich, dass die Biologie weit weniger eindeutig verläuft, als oft angenommen. Am Anfang sind Embryos geschlechtlich nicht differenziert, und die anschließende Entwicklung verläuft keineswegs immer geradlinig. Entgegen der zum Teil immer noch vereinfachten Lehrbuchmeinung ist Geschlecht ein fließendes Spektrum aus Chromosomen, Hormonen und Genitalien. Die Natur kennt keine harten Grenzen, diese zieht erst der Mensch und sei es mit dem Skalpell. Oft wird angenommen, Intergeschlechtlichkeit zeige sich immer in einem androgy-

nen Äußeren. Doch die Vielfalt findet meist im Verborgenen statt und betrifft innere Organe oder Hormone, während die betroffenen Personen optisch perfekt den gängigen Erwartungen von Mann oder Frau entsprechen können.

Die meisten intergeschlechtlichen Menschen sind völlig gesund, weshalb es keinen medizinischen Grund gibt, funktionierendes Gewebe zu operieren, nur um es in ein künstliches System zu pressen. Hier muss Mensch jedoch differenzieren. Während kosmetische Zwangseingriffe traumatisch und absolut überflüssig



Informationsbroschüren; auch für medizinisches Personal. Abrufbar unter www.transinterqueer.org



sind, benötigen manche körperliche Varianten, etwa wenn akute gesundheitliche Krisen drohen, eine lebensnotwendige medizinische oder hormonelle Begleitung. Es geht der Community nicht darum, die Medizin komplett zu meiden, sondern eine sensible, unterstützende Versorgung einzufordern, die gesundheitliche Krisen abwendet, ohne die Identität wegzuzwingen.

Dennoch wurde und wird teilweise immer noch bei der Geburt anhand der äußeren Genitalien versucht, die gesamte Geschlechtlichkeit in Körperlichkeit und Geschlechterrolle abzuleiten. Dieses rabiate Vorgehen basierte jahrzehntelang auf heute überholten psychologischen Theorien, nach denen die Geschlechtsidentität primär sozial erlernt sei. Unter dem grausamen Dogma von »Optimismus und Geheimhaltung« wurde versucht, durch frühe Operationen und Hormone ein eindeutiges Geschlecht zu erzwingen, um gesellschaftliche Normen zu erfüllen und Mehrdeutigkeit um jeden Preis zu vermeiden. Eltern wurden angehalten, das Kind konsequent in der zugewiesenen Rolle zu erziehen und die biologische Variation totzuschweigen. Kinder wuchsen so ohne ehrliche Informationen über den eigenen Körper auf. Betroffene in Selbsthilfegruppen stehen heute durchaus vor den Trümmern dieser ungefragten Eingriffe, gezeichnet von Schmerzen, Komplikationen und dem möglichen Verlust sexueller Empfindung. Dieses kollektive Schweigen lastete wie ein bleierner Druck auf den Betroffenen, sodass Mensch irgendwann glaubte, das einzige fehlerhafte Wesen auf der Welt zu sein.

Zwar hat sich rechtlich etwas bewegt, nach einer wegweisenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht verankerte der Gesetzgeber endlich eine weitere positive Option im Geburtenregister (2019) neben dem offenen Eintrag (2013). Zudem schützt mittlerweile ein gesetzliches Verbot Kinder vor nicht notwendigen Operationen. Ein chirurgischer Eingriff entgegen diesem Verbot gilt als rechtswidrige Körperverletzung und kann straf-

zivil- und berufsrechtliche Folgen für das medizinische Fachpersonal nach sich ziehen. Doch in der Praxis existieren weiterhin Graubereiche und der Kampf um echte Selbstbestimmung ist noch lange nicht vorbei.

Diese historische Geheimhaltung führt bis heute zu schweren psychischen Belastungen und einem tiefen Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem. Viele erwachsene Betroffene meiden Arztpraxen, da sie dort inquisitorischen Fragen ausgesetzt sind und zum medizinischen Anschauungsobjekt degradiert werden. Die Versorgung im Erwachsenenbereich ist extrem fragmentiert: Es mangelt an spezialisierten Zentren, kontinuierlicher endokrinologischer Betreuung und an fundiertem Fachwissen über die Langzeitfolgen früherer Eingriffe.

Besonders drastisch zeigen sich diese Defizite in Pflege- und Sozial Einrichtungen. Weil Pflegekräfte oft unzureichend über Intergeschlechtlichkeit informiert sind, drohen dort die Missachtung von Selbstbezeichnungen, unsensible Kommentare oder gar eine medizinische Übergriffigkeit im Sinne einer »Neugier-Diagnostik«. Zudem zwingt die starre, geschlechtergetrennte Infrastruktur dieser Häuser Inter-Menschen dazu, sich in binäre Zimmer und Pflegebereiche zu fügen. Diskriminierung passiert somit bis heute auf mehreren Ebenen, körperlich-medizinisch, rechtlich und sozial.

Im Alltag flammt dennoch oft die bohrende Frage auf: »Was bist du denn nun? Als was bist du geboren?« Dies zeigt, wie tief das binäre Denken in den Köpfen verankert ist. Doch die Inter-Community versteht sich längst nicht mehr nur über erlittenes Leid. Es wächst ein starkes Bewusstsein für Intersex Pride und Resilienz. Die eigene körperliche Vielfalt wird zunehmend als Bereicherung und als natürlicher Teil menschlicher Existenz gefeiert. Am Ende steht immer das Wort Mensch. Es sollte vollkommen ausreichen, als Mensch gesehen und respektiert zu werden, ganz ohne Diagnoseschlüssel und ohne den gesellschaftlichen Zwang, sich in ein System einzufügen, das für die Vielfalt des realen Lebens viel zu klein ist.

Solidarisches Gesundheitswesen



»Armut und Ausgrenzung machen krank«

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

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

Kontakt:

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

Spendenkonto:

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



Menschenrecht – unabhängig vom Geschlecht

Prä- und postoperative Versorgung bei geschlechtsangleichenden Operationen

Von K* Stern

Viele trans*/nichtbinäre Menschen empfinden eine Diskrepanz zwischen ihrem Körpergeschlecht und ihrem inneren Geschlechterleben. Dies wird als Geschlechtsinkongruenz bezeichnet (ICD-11-Code: HA60). Damit einher geht häufig der ausgeprägte Wunsch, das eigene Leben entsprechend dem innerlich empfundenen Geschlecht zu gestalten und in diesem anerkannt zu werden. Geschlechtsinkongruenz kann mit Leidensdruck verbunden sein (Geschlechtsdysphorie).

Transitions-OPs sind Therapie der ersten Wahl

Der Prozess, Stimmigkeit im erlebten Geschlecht zu erlangen, heißt Transition. Bei einer medizinischen Transition trifft die trans*/nichtbinäre Person individuelle informierte Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Logopädie, über ein

temporäres Pausieren der Pubertät, über Hormontherapie, Epilation, Operationen zur Verflachung des Brustprofils oder zum Brustaufbau, Hysterektomie, operative Veränderung der Genitalien oder des Gesichts, des Kehlkopfes sowie medizinische Hilfsmittel. Nicht alle trans*/nichtbinären Personen nehmen alle Transitions-Optionen in Anspruch. Die Reihenfolge der Maßnahmen kann individuell variieren. Prinzipiell führen medizinische Transitionsmaßnahmen zu einem stimmigeren Selbsterleben und einer höheren Lebensqualität, körpermodifizierende Behandlungen auf Wunsch der trans/nichtbinären Person sind »die Therapie der ersten Wahl« (AWMF 2018, S. 52).

Welche Versorgungshürden gibt es?

Entscheidet sich eine erwachsene Person informiert für eine geschlechtsangleichende Operation, um ihren

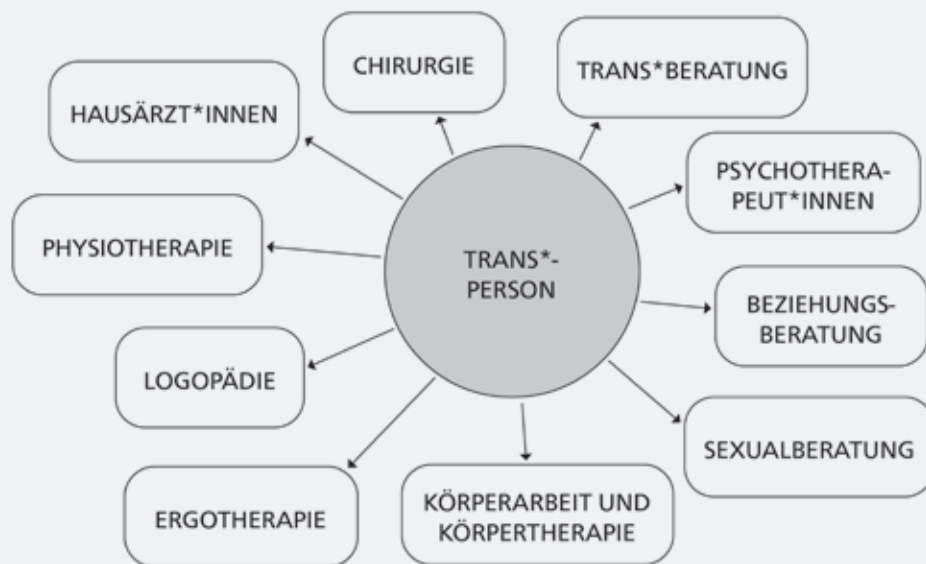
Körper und ihr äußeres Erscheinungsbild mit ihrem inneren Geschlechterleben in Einklang zu bringen, muss sie in der Regel einen längeren Prozess durchlaufen: Erforderlich sind eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungsempfehlung gemäß AWMF-S3-Behandlungsleitlinie (AWMF 2018) sowie eine chirurgische Indikationsstellung gemäß AWMF-S2k-Behandlungsleitlinie (AWMF 2025). Die Behandlungskosten müssen seit einem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1987 von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden (BSG 3 RK 15/86). Dennoch kommt es nach Antragstellung häufig zu Ablehnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, woraufhin viele Betroffene Widerspruch einlegen oder den Klageweg vor dem Sozialgericht beschreiten müssen. Dies kann sich negativ auf die Bildungs- und Erwerbsbiographie und auf den sozioökonomischen Status der Person auswirken, der wiederum die Lebensqualität, die gesellschaftlichen Teilhabechancen sowie die Gesundheit der Person beeinflusst. Für nichtbinäre Personen gestaltet sich die Kostenübernahme derzeit deutlich schwieriger (B 1 KR 16/22 R). Manche trans* und nichtbinäre Personen versuchen daher, die Kosten der medizinisch notwendigen Maßnahmen selbst aufzubringen.

Meist findet eine Transitions-Operation wohnortsfern statt und ist mit erheblichem logistischen Planungsaufwand und finanziellen Ressourcen

K* Stern arbeitet in eigener Praxis in Hamburg/online als systemische psychosoziale Trans*beratung und begleitet trans*/nichtbinäre Personen körpertherapeutisch bei ihren Transitionsschritten. K* Stern ist Mitautor*in der AWMF-S3-Leitlinie Interdisziplinäre, integrierte Gesundheitsversorgung bei Geschlechtsinkongruenz und gibt Fortbildungen für Gesundheitsfachkräfte zur sensibilisierten, fachgerechten Versorgung trans*/nichtbinärer Patient*innen (www.praxis-kstern.de/trans-in-der-praxis).

Die Fassung des Textes mit den Literaturverweisen wird online auf der Homepage zu finden sein: <https://www.vdaee.de/gesundheitsbraucht-politik/>

cen für Fahrt und Übernachtung auch von begleitenden Personen verbunden. Auch bei der wohnort-nahen postoperativen Gesundheitsversorgung berichten Menschen von Hürden. Obwohl die Grundrechte der EU für trans*, inter*, nichtbinäre Personen den gleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung vorsehen wie für cis-endogeschlechtliche Personen (Europäische Union 2020), werden sie oft mit erheblichen Barrieren konfrontiert, wenn sie Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wollen. Das stellte 2025 auch der *Weltärztebund* in einem Statement fest (World Medical Association 2025). Die *Antidiskriminierungsstelle des Bundes* sowie europaweite Studien zur Lebenssituation von trans* Menschen konnten zeigen, dass bereits die Suche nach einer medizinisch notwendigen Gesundheitsleistung langwierig und psychisch belastend sein kann (FRA 2014; Bartig, Kalkum, Le 2021; FRA 2020). Im Jahr 2023 berichten in Deutschland 16% der LSBTIQ*-Befragten von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen im Jahr vor der Befragung. Unangemessene Neugier oder Kommentare waren EU-weit das häufigste Problem im Gesundheitswesen (FRA 2014, FRA 2024). Hinzu kommen unter Umständen Übergriffserfahrungen gegenüber Personen mit Behinderung oder als intergeschlechtlicher Mensch, Rassismuserfahrungen, Herabwürdigung gegenüber Sexarbeitenden, Demütigung von Personen mit schädlichem Substanzgebrauch und dergleichen. Aufgrund des Diskriminierungspotenzials nehmen viele trans*, inter*, nichtbinäre Personen medizinische Hilfe seltener in Anspruch oder verzögern notwendige Behandlungen, was zu Unterversorgung und schlechteren Heilungsverläufen führen und so Lebensqualität und Lebenserwartung mindern kann (Pöge, Dennert, Koppe et al. 2020). Gesundheitsfachkräfte können entsprechend mit einer Grundsensibilisierung für den Kontakt mit trans*, inter*, nichtbinären Personen einen wichtigen Unterschied machen und zu einer verbesserten flächendeckenden Versorgung beitragen.



Schematische Darstellung Patient*innenzentrierter Versorgungslandschaft

Akute postoperative medizinische Versorgung

Postoperativ leiden viele Patient*innen unter typischen Beschwerden wie Schwellungen und Schmerzen. Das Nachsorgeschema ist je nach Operation unterschiedlich intensiv. Patient*innen müssen bereits präoperativ aufgeklärt werden über die voraussichtliche Dauer einer Arbeitsunfähigkeit und sichergehen können, unkompliziert eine entsprechende ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu erhalten. Bei materieller Armut kann es sinnvoll sein, bereits präoperativ beim Jobcenter einen Mehrbedarf zur Wundversorgung und notwendiger postoperativer Hilfsmittel zu beantragen (Teren, Wolf, Günther 2025). Im postoperativen Schmerzmanagement ist zu berücksichtigen, dass z.B. neurodivergente trans*/nichtbinäre Personen Hyper- bzw. Hyposensitivität gegenüber Schmerzen erleben können. Eine entsprechende Schmerzanamnese und anschließend adaptierte Schmerztherapie berücksichtigen sensorische und perzeptuelle Besonderheiten (Moreno-Duarte, Brandsen, Dawson et al. 2024).

Wollen Patient*innen sich bereits präoperativ auf die Rehabilitation nach der OP vorbereiten, suchen sie meist ärztlichen oder ergo- und physiotherapeutischen Rat. In einer deutschen online Community-Befragung 2025 (n= 250) bewerteten die

meisten Personen die Aufklärung über mögliche Komplikationen zwar als »sehr gut« bis »gut«, die Aufklärung über mögliche Maßnahmen nach dem Klinikaufenthalt allerdings oft auf Medikamente und Narbenbehandlung beschränkt – im Gegensatz bspw. zum detaillierten physiotherapeutischen Nachbehandlungsschema nach Knie-TEP. Lediglich 10% der Interviewten wurde Physiotherapie empfohlen. Überdies wussten die Befragten zumeist nicht, an wen sie sich bei Schmerzen, Schwellungen oder sonstigen Beschwerden wenden können (Stern, Reichelt, Bangel i. Vorber.). Viele Patient*innen fragen sich, wann sie mit körperlicher Bewegung und Muskelaufbau beginnen können und was sie dabei beachten müssen (Stern, Reichelt, Bangel 2025).

Mittelfristige und langfristige Versorgung

Zu den häufigsten postoperativen Komplikationen zählen Wund- und Narbenheilungsstörungen, Hämatome sowie bei genitalmodifizierenden Operationen urologische Komplikationen wie Fisteln oder Strikturen. Im Heilungsverlauf kann zeitweilig die Versorgung mit einem Dauerkatheter notwendig sein. (AWMF 2025) Bezüglich Risiken und Komplikationsmanagement und chirurgische Korrekturoptionen für die einzelnen körpermodifizierenden Operationen lohnt ein Blick in die



Gut Versorgt!?

Ganzheitliche Nachsorge für deine Transitions-OP

Anfang 2026 ist die ganzheitliche Patient*innen-Broschüre von K* Stern, Kej Reichelt und Malte Bangel erschienen. Sie ist kostenfrei als PDF und Druckexemplar erhältlich unter www.praxis-kstern.de/gut-versorgt/



S2k-Leitlinie

Die S2k-Leitlinie Chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz ist Mitte 2025 erschienen und unter der ID-043-052 im Register der AWMF <https://register.awmf.org> zu finden.



S2k-Leitlinie Chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz aus dem Jahr 2025.

Der postoperative Kontakt zur*in zuständigen Chirurg*in kann sich bei Wohnortsferne trotz technischer Möglichkeiten wie Videokonsultation und Messenger-Kontakt herausfordernd gestalten. Die Kooperation wohnortnaher Ärzt*innen mit ggf. wohnortfernem*r Chirurg*in ist daher hilfreich. Darüber hinaus können Ergotherapeut*innen beispielsweise mittels Verordnung bei Herausforderungen in der Bewältigung von Verrichtungen des täglichen Lebens unterstützen und postoperative Handtherapie bei Verwendung des Radialislappens zur Anlage eines Neo-Penis durchführen. Aus physiotherapeutischer Perspektive wäre es ideal, bereits vor dem Eingriff eine Befunderhebung durchzuführen und die Operation individuell vorzubereiten. In der Praxis setzt die physiotherapeutische Begleitung jedoch meist erst nach dem Eingriff ein. Sie richtet sich dabei zunächst nach den einzelnen Phasen der Wundheilung. Sobald die frühe Remodellierungsphase erreicht ist, stehen drei Ziele im Mittelpunkt: die Gewebemobilität zu verbessern, die lokale Durchblutung anzuregen und der Entstehung von sekundären Bewegungseinschränkungen frühzeitig entgegenzuwirken. Sowohl Ergo- als auch Physiotherapeut*innen führen Narbenbehandlung durch und arbeiten an der Wiederherstellung der Nerven- und Gewebesensibilität, interne Narbenbehandlung erfordert zertifizierte Beckenbodentherapie. Die entsprechenden Verordnungen stellt der*die wohnortnahe ärztliche Versorger*in aus.

Zur Unterstützung von trans*/nichtbinären Personen, die sich auf eine OP vorbereiten, und sie begleitenden Fachkräften ist Anfang 2026 die Community-basierte Nachsorgebroschüre »Gut versorgt!?« erschienen, die Fachwissen mit versorgungspraktischer Erfahrung aus Physiotherapie, psychosozialer Trans*beratung und queersensibler Körpertherapie bündelt. Sie kann Patient*innen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden (siehe Kasten links).

Früherkennung und multiprofessionelle Netzwerke

Unabhängig von der Geschlechtsidentität sollten trans* und nichtbinäre Personen Früherkennungsuntersuchungen für die bei ihnen vorhandenen Organe und Gewebe erhalten. Dazu zählt das Brustkrebscreening für alle Personen mit Brustdrüsengewebe ebenso wie die Prostatakrebsfrüherkennung für Personen mit Prostata, der Pap-Abstrich bei vorhandener Zervix sowie die Darmkrebsfrüherkennung bei einer aus Sigmaanteilen entstandenen Vagina (Engelmann & Hewelt 2020).

Eine optimale Versorgung von trans*/nichtbinären Patient*innen setzt darüber hinaus eine enge multiprofessionelle Zusammenarbeit voraus: In regionalen vielfaltssensiblen Qualitätszirkeln und Versorgungsnetzwerken kann gemeinsam die Umsetzung spezifischer Behandlungsprotokolle und Versorgungsstandards sichergestellt werden. Optimalerweise sind beteiligt niedergelassene Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Heilmittelerbringende aus Physio-, Logo- und Ergotherapie, transspezifisch operierende Chirurg*innen, sowie regionale Community-basierte Trans*beratungsstellen, Sexual- und Körpertherapeut*innen (Hamm & Stern 2019, Güldenring & Stern 2021).

Abschlussbitte

Stärken Sie die regionale medizinische Versorgung von trans*, inter* und nichtbinären Personen. Schaffen Sie sich ein Umfeld, in dem Sie berufliche wie persönliche Erfahrungen offen reflektieren können, besuchen Sie Fortbildungen und vernetzen Sie sich mit Menschen, die denselben Weg gehen. Gemeinsam lässt sich eine (fach)gerechte Versorgung aller Geschlechter voranbringen – denn eine angemessene Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht und muss unabhängig vom Geschlecht für alle gewährleistet sein.



Von Anfang an ...

Ash Pelzer und Isa Ruhland über menschenrechtsbasierte Hebammenarbeit und queer*sensible Hebammenbegleitung

Aufgrund der gesellschaftlichen Machtverhältnisse, in die unsere Gesundheitsversorgung eingebettet ist, ist der Zugang zu medizinischer Versorgung nicht gleichberechtigt und aufgrund dieser Ungerechtigkeiten stets politisch. Dies trifft auch auf die geburtshilfliche Versorgung zu. Hier prägen normative Vorstellungen von Geschlecht, Körper und Familie die Strukturen und beeinflussen Zugänge, rechtliche Rahmenbedingungen, Versorgungsqualität sowie subjektive Erfahrungen. Der ohnehin sensible und vulnerable Prozess des Elternwerdens ist für viele queere* Personen daher mit Diskriminierungserfahrungen auf unterschiedlichen Ebenen verbunden, die sich potenziell sowohl auf medizinische Outcomes als auch auf das peripartale Erleben auswirken können.

Entsprechend Pillay et al. 2022 verstehen wir queer* als Sammelbegriff für LGBTQIA*-Personen (lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, queer, inter*, asexuell und weitere), die trotz ähnlicher und verbindender Diskriminierungserfahrungen eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Lebensrealitäten und Bedürfnissen darstellen. Zugleich fungiert der Begriff queer* als analytische Perspektive, die hetero- und cisnormative Ordnungen kritisch hinterfragt und Elternschaft und Familie jenseits der Norm Raum geben kann.

Kinder kommen in vielfältigen familiären Konstellationen zur Welt. Diese Vielfalt an Familienformen ist in gleicher Weise wie der Norm entsprechende Familien auf eine professionelle hebammengeleitete Betreuung angewiesen. Internationale Empfehlungen und Standards betonen hierbei das Recht auf diskriminierungsfreie, respektvolle und

individuelle Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (World Health Organization, 2018: 23; Ferri et al., 2020: 285; Coleman et al., 2022: 5). Auch gesetzliche Grundlagen wie Hebammengesetze fordern eine Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der betreuten Personen orientiert, deren individuelle Lebenssituation in die Beratung und Begleitung einbezieht und deren Würde sowie Selbstbestimmung wahrt. Vor diesem Hintergrund sind Hebammen in Österreich beispielsweise entsprechend dem Hebammengesetz verpflichtet, »ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben« (HebG 2. § 6. (1) AT). Ebenso besteht in Deutschland eine Aufforderung durch die Hebammenethik des Deutschen Hebammenverbands sich für eine Politik einzusetzen die »eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung vor, während und nach der Schwangerschaft zusichert.« Dabei soll durch evidenzbasiertes Wissen eine sichere Versorgung in »allen Umgebungen und Kulturen« ermöglicht werden. (Deutscher Hebammenverband e.V., 2022: 9)

Ausgehend von der aktuellen Betreuungslage und den Erfahrungen queerer* Menschen im peripartalen Setting soll unser Verständnis von queer*sensibler Hebammenarbeit dargelegt und mit der aktuellen Hebammenpraxis verknüpft werden. Zudem möchten wir zeigen, dass eine queer*sensible Praxis keine Zusatzqualifikation, sondern konstitutiv für die Hebammenprofession und geburtshilfliche Versorgung ist.

Heteronormative Vorstellungen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Elternschaft prägen die Begleitung (werdender) Familien, obwohl diese nicht der Lebensrealität aller Menschen entsprechen. Zum

Ash Pelzer ist Hebamme B. sc., studiert im Master Gender und Queer Studies an der Universität zu Köln und ist Mitgründer*in des Kollektivs Queer*sensible Geburt. Ash arbeitet als wissenschaftliche Hilfskraft an der UzK. Ash beschäftigt sich gerne mit Situierung, Epistemologie und Affect Studies. Kontakt: mia.pelzer@gmail.com

Isa Ruhland ist Hebamme BSc, Sexualpädagog*in und hat einen Bachelor in Altertumswissenschaften. Isa arbeitet als freiberufliche Hebamme in Salzburg und in der Hebammenlehre zum Thema Diskriminierung und queer*sensible Hebammenarbeit. Isa beschäftigt sich gerne mit Schnittstellen verschiedener Themen und Professionen. Kontakt: info@hemaia.at, www.hemaia.at

Interessenskonflikte: Keine

einen wird Schwangerschaft als genuin weiblich angesehen, sodass trans* Männern entweder der Wunsch nach Schwangerschaft versagt wird oder zum anderen die Männlichkeit in diesem Kontext abgesprochen wird. (vgl. Salden, 2022: 6; vgl. Spahn, 2019: 173-174). Zudem können Hindernisse, die unter anderem auch auf Gesetzen beruhen, zu erhöhtem Stress und Belastung führen. Darunter fällt beispielsweise die Stiefkindadoption, welche die rechtliche Elternschaft für beide Elternteile einer lesbischen Partnerschaft oft erst nach einem jahrelangen Prozess ermöglicht. Darüber hinaus werden die gewünschte Anrede und Pronomen bei trans* und inter* Personen häufig missachtet. Zudem stellt der Eintrag des Namens und Geschlechts in der Geburtsurkunde eine Hürde dar, da nicht selbstverständlich der richtige Name und das richtige Geschlecht eingetragen werden. Queeren* Menschen fehlen durch mangelnde Thematisierung und Repräsentation für sie relevante Informationen, sodass sie stets einen erhöhten Aufwand betreiben müssen, um sich die passenden Informationen zu beschaffen (vgl. Salden, 2022: 12; 16-18).

Strukturen und Personal sind oft nicht vorbereitet

Medizinisches Personal und Gesundheitseinrichtungen sind häufig nicht auf die Begleitung queerer* Menschen vorbereitet, sowohl aufgrund fehlenden Wissens als auch der vorhandenen Strukturen, die primär an heterosexuelle, endo- und cisgeschlechtliche Paare gerichtet sind. Personal fehlt einerseits das fachliche Wissen, aber auch ein Verständnis über die Lebenssituationen queerer* Menschen. Dadurch können Unsicherheiten im Umgang und auch im Behandlungskontext entstehen (vgl. ebd.:13). In Ausbildung und Studium werden Trans*- und Inter*-Geschlechtlichkeit, sowie geschlechtliche Vielfalt im Allgemeinen wenig thematisiert. Dort wo diese Themen Platz in den Curricula erhalten, sind pathologisierende Vor- und Darstellungen, die nicht auf dem aktuellen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Stand basieren, vorherrschend (vgl. Voß/Böhm, 2022: 44; Böhm/Voß, 2022). Durch das hohe Ansehen von Medizin in der Gesellschaft können medizinische Akteur*innen einen großen Einfluss darauf nehmen wer oder was gesellschaftlich als »normal/gesund« oder »anders/pathologisch« wahrgenommen wird (vgl. Hädicke/Wiesemann, 2021: 379).

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen stellt sich die Frage, wie eine sensible und gleichberechtigte Betreuung queerer* Menschen konzipiert und in die Hebammenpraxis sowie die geburtshilfliche Versorgung implementiert werden kann. Queer*sensible Hebammenarbeit stellt im Sinne einer menschenrechts- und evidenzbasierten Hebammenpraxis einen integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung dar, die eine bestmögliche Betreuung und Behandlung gewährleisten sollte – unabhängig von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, ebenso aber Race, sozioökonomischem Status oder Behinderung (Crepinsek et al., 2023: 102–103; Lokugamage und Path-

beriya, 2017: 2; World Health Organization 2018: 19-24; 2023: online). Sie basiert außerdem auf einem intersektionalen Ansatz, der diese verschiedenen Diskriminierungsdimensionen nicht isoliert, sondern in ihrem Zusammenwirken betrachtet und analysiert (Crenshaw, 1989: 149; McGlothen-Bell et al. 2023: 442–453; Lassi et al. 2025: 5). Für die geburtshilfliche Versorgung bedeutet dies, dass queere* Personen nicht nur aufgrund ihrer Geschlechtsidentität oder sexuellen Orientierung Marginalisierung erleben, sondern häufig multiplen Barrieren begegnen, die sich auf Zugang, Qualität und Kontinuität der Versorgung auswirken können (Permezel et al. 2023:19; Thomas et al. 2024: 427). Diese Barrieren und Diskriminierungserfahrungen können sich auf verschiedenen Ebenen abspielen, sodass ein diskriminierungssensibler Ansatz immer multidimensional gestaltet sein muss (Salden, 2022: 42–43).

Antiessentialistische Grundhaltung

Ein weiteres grundlegendes Merkmal queer*sensiblen Arbeitens ist eine antiessentialistische Grundhaltung, welche sich beispielsweise auch in den Konzepten des *Reproductive Justice* und des *Birth Justice Movements* wiederfindet (s. Babac 2024: 12). Diese hinterfragt angeblich durch die Geburt determinierte Annahmen über beispielsweise Geschlecht, Körper und Familie und erkennt somit die Vielfalt von Lebensrealitäten an. So wird unter anderem die Gleichsetzung von Schwangerschaft mit Weiblichkeit kritisch reflektiert, um trans*, nicht-binäre und inter*geschlechtliche gebärende Personen adäquat einzubeziehen. (Pezaro et al., 2024: 4, Finn et al., 2026: 5) Gleichzeitig erfordert dies eine kontinuierliche Reflexion der eigenen professionellen Haltung sowie möglicher impliziter Überzeugungen und Vorurteile, die sich auf die Versorgung auswirken können (Thomas et al. 2024: 432).

Darüber hinaus sollte queer*sensible Hebammenarbeit entsprechend den Empfehlungen der WHO kontinuierlich ausgerichtet sein (Sandall et al. 2024: 13, 34, WHO 2018: 34; WHO 2025: online). Indem queere* Menschen aufgrund von befürchteten und tatsächlichen Diskriminierungserfahrungen weniger häufig auf medizinische Versorgung zurückgreifen, dürften sich kontinuierliche Betreuungsmodelle, welche vielfältige Familienformen, einschließlich Regenbogenfamilien, Co-Elternschaft-Konstellationen und gewählter Familienstrukturen berücksichtigen, hier positiv auswirken (Sandall et al. 2024: 13). Ziel ist es zudem, alle relevanten Bezugspersonen in die Betreuung einzubeziehen und deren Rollen anzuerkennen (Schildberger et al., 2024: 577; Greenfield et al., 2025: 166–167). Dies schließt auch die Anerkennung rechtlicher und sozialer Unsicherheiten ein, die queere* Familien im Gesundheitssystem erleben können.

Sensible Sprache und Kommunikation

Die Umsetzung in die Praxis erfordert konkrete und vielfältige Anpassungen und Prozesse. Zu umfassenden

gesellschaftlichen Veränderungen sind hierbei Verbesserungen auf der individuellen, institutionellen, strukturellen und gesetzlichen Ebene notwendig (Salden et al. 2023: 2-3 ; Permezel et al. 2023: 19; Thomas et al. 2024: 429-431).

Eine zentrale Rolle spielt eine sensible Sprache und Kommunikation. Eine inklusive, respektvolle Ansprache – etwa durch die Verwendung der richtigen Pronomen und die Vermeidung geschlechtlicher Zuschreibungen – ist essenziell für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Anamnesebögen und Aufklärungsunterlagen sollten entsprechend angepasst werden, um vielfältige Geschlechtsidentitäten und Familienkonstellationen abzubilden (Salden et al. 2022: 12; Permezel et al. 2023: 19; Schildberger et al. 2024: 577). Sprache bildet Realität ab und schafft gleichzeitig aber auch Realität. Dadurch entwickelt sich Sprache, ebenso wie Gesellschaft, weiter und kann und sollte sich an verändernde Lebensrealitäten anpassen. Für die Praxis bedeutet dies die individuell gewünschte Sprache und Begrifflichkeiten zu übernehmen (vgl. Konferenz der Einrichtungen für Frauen- und Geschlechterstudien im deutschsprachigen Raum (KEG), 2024: 1).

Darüber hinaus ist Repräsentation ein wichtiger Faktor für den Zugang zur Versorgung. Signale von Offenheit und Inklusion – beispielsweise durch Informationsmaterialien – stellen diverse Familienformen dar und machen queere* Schwangerschaften sowohl sprachlich wie auch visuell sichtbar. Queere* Menschen sollen ebenso wie weitere marginalisierte Gruppen in den Angeboten von Fachpersonen und Institutionen angesprochen werden. (Salden et al. 2022: 16-17; Permezel et al. 2023: 19; Schildberger et al. 2024: 577)

Ein weiterer zentraler Aspekt ist der kontinuierliche Wissenserwerb und die Wissensvermittlung. Da Inhalte zu queeren* Gesundheitsbedürfnissen in der medizinischen und Hebammenwissenschaftlichen Ausbildung bislang häufig unterrepräsentiert sind, kommt der Fort- und Weiterbildung eine besondere Be-

deutung zu (Salden et al. 2022: 13-14; Permezel et al. 2023: 19; Schildberger et al. 2024: 577; Thomas et al. 2024: 431). Diese umfasst sowohl medizinische Aspekte – etwa spezifische Bedarfe gebärender oder stillender trans* Personen – als auch psychosoziale und rechtliche Fragestellungen. Aufgrund von häufigen Traumaerfahrungen queerer* Personen spielt traumasensible Begleitung eine entscheidende Rolle in der queer*sensiblen Hebammenarbeit (Permezel et al. 2023: 19). Die Weiterbildung ermöglicht das Erkennen, Kritisieren und Verändern von gewaltvollen und diskriminierenden Strukturen (Ameli/Valdor, 2020: 151).

Queer*sensibilität stellt einen stetigen Lernprozess dar, welcher Offenheit für Feedback sowie die Bereitschaft, bestehende Routinen kritisch zu hinterfragen und anzupassen erfordert. Fehler können dabei als Lerngelegenheiten verstanden, reflektiert und in zukünftiges Handeln integriert werden.

Nicht zuletzt sind der Austausch und die Vernetzung mit spezialisierten Beratungsstellen, Community-Organisationen und anderen Gesundheitsprofessionen von zentraler Bedeutung. Solche Kooperationen ermöglichen es, Versorgungslücken zu schließen, spezifische Unterstützungsangebote zu vermitteln und die eigene Handlungskompetenz zu erweitern. (Permezel et al. 2023: 19)

Queer*sensible Hebammenarbeit ist als komplexer und fortwährender Prozess zu verstehen, der fachliche Kompetenz mit einer kritischen reflexiven Auseinandersetzung des eigenen Handelns verbindet. Sie kann wesentlich dazu beitragen perinatale und -partale Ungleichheiten zu vermindern und Versorgungslücken für queere* Personen im geburts-hilflichen Kontext zu reduzieren. Gleichzeitig kann sich dadurch auch die Arbeits- und Lebenssituation für geburtshilfliches Personal verbessern. Denn auch hier existieren queere* Kolleg*innen, welche sich in ihrem beruflichen Umfeld, sowohl auf (berufs-)politischer, kollegialer, und institutioneller Ebene gesehen und geschützt werden sollen.

Die Fassung des Textes mit den Literaturverweisen wird online auf der Homepage zu finden sein: <https://www.vdaee.de/gesundheits-braucht-politik/>



Das Kollektiv

Nach einem Vernetzungstreffen für »Queer*sensible Geburtshilfe« im Waldschlösschen 2023 haben wir uns zusammengefunden. Bis dato hatte das Hebammenkollektiv Cocoon Berlin im Waldschlösschen eine queer*sensible Fortbildung angeboten und nach einer Nachfolge gesucht. Aus dem Wunsch, nicht nur im Waldschlösschen einmal jährlich eine Fortbildung zu geben, sondern weiter aktiv für eine umfassende Versorgung zu arbeiten und mehr Fortbildungen anzubieten, hat sich unser Kollektiv gegründet. Wir sind aktuell ein Zusammenschluss aus vier Hebammen und einem Mediziner. Wir geben Fortbildungen sowie Vorträge und schreiben insbesondere über queer*sensible Geburtshilfe – wir beschäftigen uns jedoch auch allgemein mit Intersektionalität und Diskriminierung in der peripartalen Versorgung, Reproduktion und dem Gesundheitssystem. Unser Ziel ist es, Wissen zu vermitteln und so aktiv zu einer diskriminierungssensiblen Praxis beizutragen.

<https://www.queersensible-geburt.com/>

Do it yourself

Selbstbestimmte geschlechtsaffirmierende Hormontherapien und schadensmindernde Ansätze

Alva Seltmann Jürgensen, Luce deLire, Lydia Schneider-Reuter, Noma Michel, Feli Sühs, Mirjam Faissner

In einem Gesundheitssystem, in dem trans und nicht-binäre Personen häufig auf systematische Barrieren und Diskriminierung stoßen, können Do-it-yourself Hormonersatztherapien (DIY-HRT) als Symptom begriffen werden. Als verbreitete Umgangsstrategie werden sie mutmaßlich so lange bestehen bleiben, wie es solche Barrieren gibt. Zugleich sind sie auch Ausdruck von Selbstbestimmung oder Community-Praxis. Das interdisziplinäre Autor*innenteam gibt einen Überblick über dieses Phänomen und diskutiert schadensmindernde Ansätze für die Praxis.

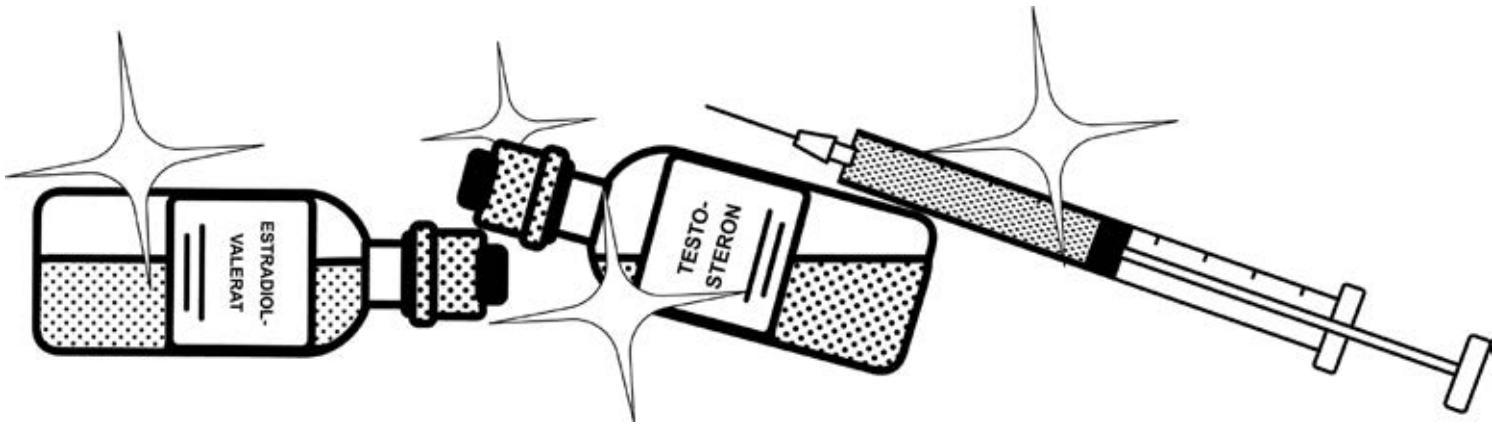
Terminologie

Wir verwenden den Begriff »DIY-HRT« aufgrund seiner größeren Bekanntheit in der Community. Um den Aspekt der Selbstbestimmung bei den hier beschriebenen Praktiken zu zentrieren, wäre der Begriff »selbstbestimmte geschlechtsaffirmierende Hormontherapien« eine gute Alternative.

Die geschlechtsaffirmierende Gesundheitsversorgung wird weltweit zunehmend in rechten Kulturkämpfen instrumentalisiert. Dies verstärkt die in Studien gut belegte alltägliche Diskriminierung von trans und nicht-binären Personen im Gesundheitssystem (FRA, 2020), die Unsicherheiten beim Zugang zu Medikamenten sowie den Wunsch nach körperlicher Selbstbestimmung. Do-it-yourself Hormonersatztherapien (DIY-HRT), also Praktiken von Hormonersatztherapien teilweise oder vollständig außerhalb institutioneller Settings, sind dabei ein weit verbreiteter Weg, mit dieser Situation umzugehen (Kennedy et al., 2022). In diesem Artikel geben wir einen Überblick über das Phänomen, der auf der bislang verfügbaren Literatur sowie auf Hintergrundworkshops mit Anwender*innen von DIY-HRT und Behandler*innen basiert. Weiterhin geben wir Behandler*innen schadensmindernde Ansätze für die Praxis an die Hand, die aus medizinethischer Perspektive gut begründet werden können.

Geschlechtsaffirmierende Gesundheitsversorgung ist für viele trans und nicht-binäre Personen entscheidend für eine Verbesserung der Lebensqualität. Studien belegen ihren positiven Einfluss auf viele relevante damit verbundene Gesundheitsoutcomes, wie eine Verringerung von Depression, Angstzuständen und Suizidalität (Baker et al., 2021; Saxby et al., 2026). Dieser Versorgungsansatz ist auch in den einschlägigen nationalen und internationalen Leitlinien verankert (AWMF, 2019; Coleman et al., 2022).

»DIY-HRT« beschreibt ein Spektrum verschiedener Praktiken. Was als DIY verstanden wird, variiert je nach örtlichem oder kulturellem Kontext. Zwei Achsen, die im Allgemeinen maßgeblich sind, sind zum einen der Grad der medizinischen Supervision und zum anderen die Art der Herstellung der verwendeten Substanzen: Auf der einen Seite des Spektrums steht die Behandlung durch medizinisches Fachpersonal mit industriell hergestellten Substanzen; auf der anderen Seite steht eine selbst durchgeführte Behandlung mit selbst her-



gestellten Substanzen ohne medizinische Begleitung. Zur Illustration schildern wir verschiedene Fälle, die zeigen, wie vielfältig DIY Praktiken sein können:

- **Beispiel 1:** W verliert im Urlaub den Rucksack und kontaktiert ein lokales trans Netzwerk, woraufhin ihm ein *Peer* Testosteron zur Nutzung überlässt.
- **Beispiel 2:** X lebt in Malaysia und kauft freiverkäufliche estrogenhaltige Tabletten in einer Drogerie und nimmt diese ohne institutionelle Begleitung ein. X informiert sich in Onlineforen über Dosierungen und mögliche Nebenwirkungen.
- **Beispiel 3:** Y lebt in einem Land, in dem injizierbare Estradiol-Ester nicht verschreibungsfähig sind. In Absprache mit der begleitenden Endokrinologin kauft Y injizierbare Estradiol-Ester, die von *Peers* selbstständig hergestellt wurden.
- **Beispiel 4:** Z injiziert verschriebenes Testosteron. Z halbiert die Testosterondosis, ohne die behandelnde Ärztin darüber in Kenntnis zu setzen.

In Fällen von starker institutioneller Restriktion von geschlechtsaffirmierender Gesundheitsversorgung kann DIY-HRT die einzige Möglichkeit sein, diese Form der Therapie wahrzunehmen (Kennedy et al., 2022). Einer Studie aus den USA zufolge nutzten vor allem trans Frauen DIY-HRT in Situationen ökonomischer und sozialer Marginalisierung, zum Beispiel Personen ohne Krankenversicherung, ohne Wohnsitz oder in der Sexarbeit tätige Personen (Olansky, 2024). Doch auch wenn eine medizinisch begleitete Therapie prinzipiell erreichbar ist, ist die Nutzung von DIY-HRT häufig eine Antwort auf erlebte Diskriminierung im Gesundheits- und Sozialsystem (August-Rae et al., 2024; Coleman et al., 2022; Kennedy et al., 2022; Welty, 2025). Dazu gehören ein Mangel an qualifiziertem und kulturell kompetentem Gesundheitspersonal, lange Wartezeiten, hohe Gesundheitskosten, komplexe Bürokratie oder eine mangelnde Wahl an Therapieoptionen.¹ Trans Personen müssen häufig um ihre eigene Gesundheitsversorgung kämpfen, Gesundheitspersonal eigenständig über die Lage und Optionen von trans Personen im Gesundheitssystem aufklären. In der Folge verzögern oder vermeiden sie mitunter Behandlungen aufgrund erlebter Diskriminierung (Richter et al., 2026). Diese Erfahrungen lassen DIY-HRT als das »geringere Übel« erscheinen, wobei Risiken bewusst in Kauf genommen werden. Teilweise

würden Nutzer*innen dabei eine diskriminierungsfreie institutionelle Begleitung der Selbstmedikation vorziehen. Von manchen Menschen wird DIY-HRT schließlich auch als ein Ausdruck von körperlicher Autonomie und Selbstbestimmung wahrgenommen – analog zum Schlagwort »My body – my choice« (August-Rae et al., 2024; Welty, 2025). Insbesondere die Expertise und Begleitung durch *Peers* in Communityräumen werden dabei von trans Personen geschätzt (Welty, 2025).

Demgegenüber werden in der medizinischen Literatur vorrangig potenzielle Risiken von DIY-HRT diskutiert (Metastasio et al., 2018; Rotondi et al., 2013). Es wird angenommen, dass unerwünschte Wirkungen bei DIY-HRT häufiger auftreten könnten als unter ärztlich begleiteter HRT, dass mögliche Organschäden – beispielsweise Leberfunktionsstörungen oder metabolische Veränderungen – später erkannt werden und dass ohne fachliche Begleitung das Risiko von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten erhöht sein könnte (Kennedy et al., 2022; Metastasio et al., 2018; Rotondi et al., 2013; Winter and Doussantousse, 2009). Weitere diskutierte Risiken betreffen Komplikationen im Zusammenhang mit Injektionen, insbesondere bei unsachgemäßem Nadelgebrauch, sowie Infektionen und die Verwendung kontaminierter Präparate mit unklarer Dosierung oder Zusammensetzung. Für den deutschsprachigen Raum gibt es bisher keine Erhebungen zu Risiken von DIY-HRT. In unseren Hintergrundworkshops mit Anwender*innen von DIY-HRT und begleitenden Ärzt*innen wurde keine Häufung von negativen Auswirkungen berichtet – dabei handelt es sich allerdings um anekdotische Evidenz.

Zusammenfassend kann DIY-HRT weitgehend als Symptom eines Systems begriffen werden, in dem trans Personen viel zu häufig auf systematische Barrieren und Diskriminierung stoßen. Solange diese Barrieren fortexistieren, wird auch DIY-HRT als verbreitete Umgangsstrategie bestehen bleiben. Daraus ergibt sich die Frage, wie Gesundheitspersonal mit DIY-HRT umgehen sollte.

Zunächst hängt die Bewertung aller medizinischen Maßnahmen von einer sorgfältigen Einschätzung ihres Risiko-Nutzen-Profiles ab. Der erste Schritt einer medizinischen Beratung von DIY-HRT-Anwender*innen könnte darum ein Gespräch über Nutzen und potenzielle Risiken darstellen. Die Tatsache, dass viele Personen DIY-HRT als Reaktion auf erlebte Diskriminierung im Gesundheitswesen wählen, unterstreicht die Wichtigkeit einer empathi-

schen, diversitätssensiblen und nicht-stigmatisierenden Kommunikation. Viele trans Personen achten in Gesprächen mit Gesundheitspersonal sehr genau darauf, ob sie Zeichen von Offenheit und Kompetenz im Umgang mit Transgeschlechtlichkeit wahrnehmen, bevor sie solche Themen ansprechen, um sich vor negativen Reaktionen zu schützen (Hempeler et al., 2024; Quadflieg et al., 2025). Behandelnde sollten sich darum vor Augen führen, dass DIY-Nutzende häufig frühere Verletzungen in Gesundheitsinstitutionen erlebt haben, und daher eine möglichst angenehme und wertschätzende Gesprächssituation herstellen.

Als zweiter Schritt ist festzuhalten, dass Nutzen und Kosten von DIY-Praktiken durch unterschiedliche Maßnahmen beeinflusst und das Risikoprofil entsprechend signifikant verändert werden kann. Hierfür bieten sich insbesondere schadensmindernde Ansätze an.

Schadensmindernde Ansätze sind dadurch charakterisiert, dass sie die Risiken einer Praktik minimieren wollen, ohne notwendigerweise eine Verhaltensänderung oder Reduktion der Praktik zu erwarten. Sie sind insbesondere in Bezug auf die Nutzung von illegalisierten Drogen etabliert (UNODC, 2024; WHO, 2025). Auch im Umgang mit DIY-HRT haben sie einen wichtigen Stellenwert. Historisch haben sich schadensmindernde Ansätze vor allem in Graswurzelbewegungen und Community-basierten Strukturen entwickelt. Bereits seit den 1940er Jahren existieren in den USA von trans BIPOC² Personen organisierte Initiativen, die geschlechtsaffirmierende Unterstützung leisten und Strategien zur Risikominimierung bereitstellen (Gill-Peterson, 2022; Lighthouse Learning Collective, n.d.). Auch in den europäischen Wohlfahrtsstaaten wurden geschlechtsaffirmierende Behandlungen häufig durch Peer-Netzwerke und Einzelpersonen erkämpft. Diese Entwicklungen vollzogen sich oft gegen ein etabliertes Medizinsystem, das auf trans Personen zunächst mit Psychiatisierung, Aversions- und Konversionspraktiken reagierte (Slagstad, 2022).

Schadensmindernde Ansätze werden von der WHO im Umgang mit DIY-HRT empfohlen (WHO, 2022) und aktuell primär von NGOs umgesetzt. Zum Beispiel bietet die Community-basierte NGO *Trans Harm Reduction* verschiedene Angebote für DIY-Anwender*innen in Irland und Schottland an, wie die Bereitstellung von Materialien für sichere Injektionen oder das Testen von Hormonpräparaten (<https://transharmreduction.org/>). Weiterhin bieten manche Community-basierte NGOs Trainings für Gesundheitspersonal an. Solche Trainings können ein Schritt sein, um die genannten Hürden und Diskriminierungserfahrungen abzubauen, eigene Kenntnisse über trans Lebensrealitäten, bevorzugte Formen der HRT, oder eine Community-orientierte Sprache zu erweitern und Vertrauen aufzubauen (Faissner und Günther, 2026; Schneider-Reuter et al., 2025). Darüber hinaus können sich Ärzt*innen durch folgende beispielhafte Maßnahmen aktiv an der Schadensminderung beteiligen:

- Bestimmung von Blutwerten der Geschlechtshormone (u.a. Estradiol, Testosteron), um Dosisan-

passungen zu ermöglichen, sowie die Bestimmung relevanter Risikoparameter (z.B. Hämatokrit bei Einnahme von Testosteron, Leberparameter bei oraler Estrogentherapie). Eine umfassende Auflistung findet sich in aktuellen einschlägigen Leitlinien (AWMF, 2026; Coleman et al., 2022)

- Anleitung zu sicherer subkutaner oder intramuskulärer Selbstinjektion und Beratung zu verwendeten Materialien
- Beratung zu möglichen Wirkungen der eingenommenen Medikamente, zur sicheren Lagerung, und zu möglichen Arzneimittelinteraktionen
- Sofern gewünscht, Beratungen zu institutionell begleiteten Möglichkeiten der geschlechtsaffirmierende Gesundheitsversorgung: Zum Beispiel kann die Kassenverschreibung von Estrogenvalerat-Injektionslösungen eine Alternative zu DIY-HRT sein, wenn der Wunsch nach dieser Therapieoption der auslösende Faktor für die DIY-Nutzung ist
- Wenn möglich (ggf. institutionell verankern): chemisch-analytische Tests von mitgebrachten Substanzen auf Inhalt und Kontamination
- Austausch mit Peer-Netzwerken pflegen und herstellen

Schadensmindernde Ansätze erkennen die Hürden an, mit denen trans Personen im Gesundheitssystem häufig konfrontiert sind, und können real zum Wohlergehen von trans Personen beitragen. So argumentieren wir auch in einer medizinethischen Analyse, die wir aktuell vorbereiten (Faissner et al., in Vorbereitung). Eine unterstützende und nicht-stigmatisierende Begleitung kann dazu beitragen, bestehendes Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem abzubauen und die institutionelle Anbindung von trans und nicht-binären Menschen zu stärken. Umgekehrt besteht das Risiko, dass eine ablehnende Haltung gegenüber DIY-Praktiken Enttäuschung und Misstrauen verstärkt und dadurch die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung erschwert. Auch bei bestehender Anbindung kann eine wahrgenommene Ablehnung dazu führen, dass Anwender*innen Informationen über selbstgesteuerte Dosierungen oder Einnahmeintervalle zurückhalten, was die gemeinsame Einschätzung möglicher Risiken erschwert (Baker et al., 2023).

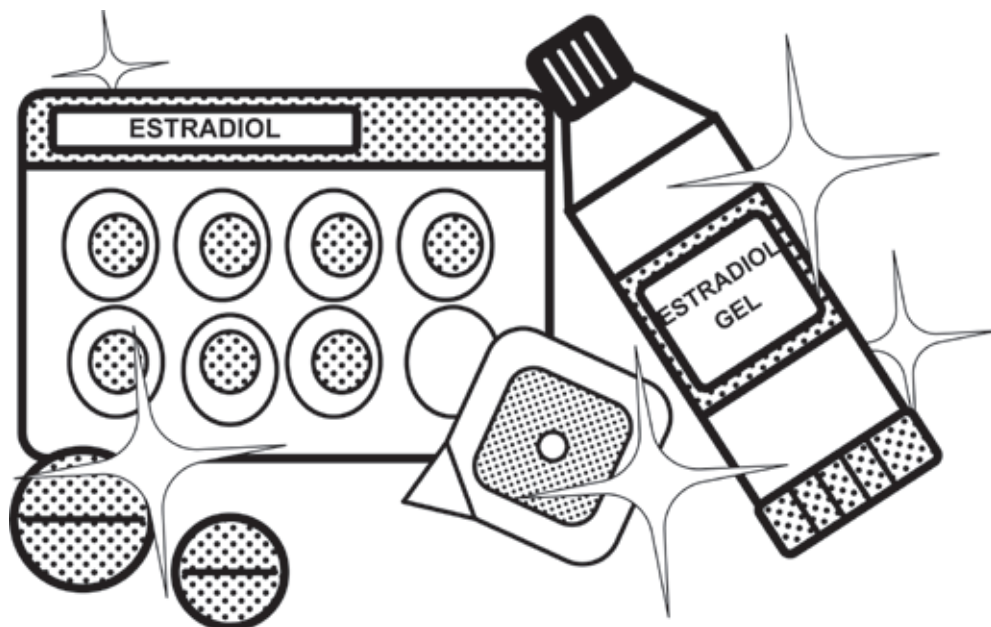
Neben den genannten schadensmindernden Ansätzen kann (und sollte) Gesundheitspersonal darauf hinwirken, bestehende Hürden im Gesundheitssystem abzubauen. Dies kann zunächst in der eigenen Praxis starten. Zum Beispiel können Ärzt*innen auf die Notwendigkeit einer Kostenübernahmebescheinigung durch die Krankenkasse vor Beginn einer HRT verzichten. Obwohl einzelne Krankenkassen nach einem Bundessozialgerichtsurteil von 2023 (Zeichen B 1 KR 16/22 R) Regressforderungen anstrengen, können diese mit Blick auf die einschlägigen medizinischen Leitlinien leicht zurückgewiesen werden. Eine vorherige Kostenübernahmebescheinigung wiederum läuft für Patient*innen auf eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst hinaus. Diese folgt einer eigenen, restriktiven Begutachtungsanleitung (MDS, 2020), die

die Hürden für Patient*innen stark erhöht.

Darüber hinaus kann sich Gesundheitspersonal organisieren, sich Gesundheitswissen zu trans Gesundheitsversorgung aneignen und kollektiv Hemmungen gegenüber der Behandlung von trans Personen abbauen. Hierfür eignet sich ein Zusammenschluss in lokalen Netzwerken für geschlechtsaffirmierende Behandlungen. Trotz der seltenen Berücksichtigung von geschlechtlicher Diversität in klinischen Studien sind viele Alltagsentscheidungen für Gesundheitspersonal pragmatisch lösbar, zum Beispiel:

- Welche geschlechtsbezogenen Krebsvorsorgeuntersuchungen sollte eine trans oder nicht-binäre Person erhalten?
Je nach vorliegender Anatomie: eine Person mit durch östrogendominanten Hormonstatus gewachsener Brust sollte die Brustkrebsvorsorge wahrnehmen; wenn ein Gebärmutterhals oder eine Prostata vorhanden ist, sollten die zugehörigen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden.
- Wie sind Risikoscores mit binärem Geschlechtsparameter zu interpretieren?
Im Zweifel werden mehrere Risikoscores mit unterschiedlichen Parametern berechnet, um einen Risikobereich angeben zu können.

Ein übergeordnetes berufspolitisches Ziel sollte aus unserer Sicht sein, uns gegen die reaktionäre Politisierung der geschlechtsaffirmierenden Gesundheitsversorgung für trans Personen zu wehren. Vielleicht kann das gelingen, wenn wir uns vor Augen führen, dass geschlechtsaffirmierende Gesundheitsversorgung für cis Personen in der Regelversorgung verankert ist (Schall und Moses, 2023). Beispiele für die medizinische Anwendung von HRT bei cis Personen sind Estrogentherapien in der Menopause oder Testosterontherapien



für cis Jungen mit später Pubertät. Hormonblocker im Jugendalter kommen überwiegend bei Kindern mit vorzeitiger Pubertät zum Einsatz. Auch Fertilitätserhalt ist ein Thema für cis Personen – z.B. im Kontext der Behandlung von Krebserkrankungen. Und für Gesichtshaarwuchs bei cis Frauen gibt es eine eigene Diagnose – Hirsutismus –, die Geschlechtsdysphorie auslösen und eine Indikation für die Haarentfernung sein kann.

Letztlich kann Schadensminimierung neben einem medizinethisch empfohlenen Vorgehen im Kontext von DIY-HRT auch breiter verstanden werden: als die Verantwortung von Gesundheitspersonal, eine angemessene Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen.

(Der Text wurde von einem partizipativen Forschungsteam verfasst, das gemeinsam zum Thema DIY-HRT forscht. Das Projekt wird durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) im SFB 1665 »Sexdiversity« gefördert.)

Die Fassung des Textes mit den Literaturverweisen wird online auf der Homepage zu finden sein: <https://www.vdaee.de/gesundheitsbraucht-politik/>

Anmerkungen:

- 1 In einer älteren Befragung in den USA berichteten über ein Viertel der trans Personen, dass ihnen Gesundheitsversorgung im Allgemeinen bereits ver-

weigert worden war, etwa ein Fünftel berichteten von Beleidigungen durch Gesundheitspersonal und 7,8% berichteten, bereits körperliche Gewalt durch Gesundheitspersonal erlebt zu haben (Lambda Legal, 2010).

- 2 Black, Indigenous and other People of Color

Alva Seltmann Jürgensen ist Ärztin und Naturwissenschaftlerin, forscht zu Reproduzierbarkeit und Diversitätsmedizin und ist aktuell am Institut für Angewandte Optik und Biophysik an der Friedrich-Schiller-Universität Jena tätig. **Luce deLire** ist Philosophin und forscht unter anderem zu Themen der politischen Philosophie und trans Philosophie, aber auch zur Metaphysik der Unendlichkeit sowie zu künstlerischer Ästhetik. Sie war zuletzt wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Humboldt Universität, Berlin, sowie Gastdozentin an den Universitäten Tübingen, Köln und an der Universität für angewandte Kunst in Wien. **Lydia Schneider-Reuter** absolvierte einen Master in International Gender Studies an der Ruhr-Universität Bochum und ist aktuell hauptberuflich in der offenen Jugendarbeit mit Schwerpunkt auf trans*, inter* und nicht-binären Jugendlichen aktiv. **Noma Michel** ist weiß, nicht-binär, arm und kämpft ohne Lohnarbeitsverhältnis für eine selbstbestimmte Gesundheitsversorgung. **Feli Sühs** hat einen Europäischen Masterabschluss in Psychologie der globalen Mobilität, Inklusion und Vielfalt in der Gesellschaft der Universität Limerick und ISCTE-IUL Lissabon und ist im Bereich der Harm Reduction aktiv. **Mirjam Faissner** ist Bioethikerin mit Hintergrund in Medizin und Philosophie. Sie arbeitet als Professorin für Theorie und Ethik der Biowissenschaften an der Universität zu Lübeck.



Alicia Baier:
»Das Patriarchat im Uterus.
Plädoyer für körperliche Selbstbestimmung«

München 2025, 272 Seiten, 18,99 Euro, ISBN 978-3-426-56610-7

»Schon wieder ein Buch über Abtreibungen, braucht es das wirklich?!« Wer das denkt, der sollte sich an die eigene Nase fassen und sich dieses brandaktuelle Buch vornehmen.

Denn die Gynäkologin Alicia Baier gibt in »Das Patriarchat im Uterus« evidenzbasiert und gespickt mit vielen Praxiserfahrungen den Kampf um Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland wider. Mit aller Deutlichkeit argumentiert sie, warum § 218 endlich abgeschafft gehört und liefert so für Jede*n neue Argumente für den kommenden Stammtischabend.

Das Buch startet mit einem historischen Abriss über Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland. Detailreich erzählt sie von der Festschreibung des § 218 im Strafgesetzbuch vor ca. 150 Jahren über die verschiedenen Regelungen in Ost- und Westdeutschland bis zur Debatte um § 219a. Die Mitgründerin von *Medical Students and Doctors for Choice* vergisst dabei nicht, all den Aktivist*innen Tribut zu zollen, die sich jahrzehntelang für sichere und gerechte Abtreibungen eingesetzt haben.

Im zweiten Teil des Buches wird die aktuelle, äußerst prekäre Versorgungslage in Deutschland dargestellt: Täglich werden ca. 280 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Damit, erinnert uns die Autorin, ist der Eingriff so häufig wie eine Blinddarm-OP. Jedoch bietet nur jede 12. gynäkologische Praxis Abtreibungen an, bei Kliniken ist es jede dritte. Gerade im unterversorgten Süddeutschland müssen Frauen* häufig mehr als 40 Autominuten auf sich nehmen, um die nächste Abtreibungspraxis oder -klinik zu erreichen.

Auch in anderen medizinischen Aspekten lässt die Versorgung zu wünschen übrig. Veraltete Methoden wie die Ausschabung kommen noch flächendeckend zum Einsatz und gefährden somit die Gesundheit der Frauen*. Die Abtreibungspillen Mifepriston und Misoprostol werden politisch gewollt knapp gehalten. Eine Leitlinie für Schwangerschaftsabbrüche wurde erst 2021 auf politischen Druck erarbeitet.

Als maßgeblichen konservativen Player neben Kirche und CDU/CSU in der ganzen Misere benennt Alicia Baier die *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*, DGGG. Ein Zitat der DGGG aus der aktuellen Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruch von 2024 entlarvt deren Ideologie: »Die Auseinandersetzung mit dem immanenten Konflikt zwischen dem Recht des werdenden Kindes und der persönlichen Entscheidung jeder Frau, eine Schwangerschaft nicht fortzuführen, bedeutet immer eine

ernsthafte Konfliktlage.« Wer eine solche Tautologie in seiner Stellungnahme festhält, beweist nur, dass eine ernsthafte Auseinandersetzung mit den Interessen und Positionen der eigenen Patient*innen nicht stattfindet. Statt wissenschaftlich-fundiert und sachlich zu arbeiten, wie es eine Fachgesellschaft entsprechend tun sollte, heizt die DGGG die moralisch aufgeladene Debatte somit weiter an.

Unerwähnt darf natürlich auch die sogenannte »Lebensschutzbewegung« nicht bleiben. International vernetzt und gut finanziert nimmt sie zunehmend Einfluss auf politische Entscheidungen (siehe Causa Brosius-Gersdorf). Dabei dient das Thema Schwangerschaftsabbruch rechten und konservativen Kräften als Steigbügel, um in der Gesellschaft ihr antifeministisches und antidemokratisches Weltbild zu verankern. Alicia Baier konstatiert: Nicht weniger als unsere Demokratie steht auf dem Spiel! Schwangerschaftsabbrüche gehen uns alle an, egal ob wir schwanger werden können, oder wollen, oder nicht. Im zunehmenden Rechtsruck werden reproduktive Rechte als erstes angegriffen.

*»Für mich sorgen sie alle: Kirche,
Staat, Ärzte und Richter.
Neun Monate lang.
Wenn aber diese neun Monate vorbei
sind, dann muß ich sehn,
wie ich weiterkomme.«*

(aus *Die Leibesfrucht spricht*, Kurt Tucholsky, 1931)

Kurt Tucholsky hat vor 100 Jahren bereits verstanden, dass das Thema Abtreibungen vor allem als Plattform für kulturelle und politische Kämpfe dient. Es wird doch langsam Zeit, dass wir diese Kämpfe gewinnen! Alicia Baier hat mit ihrem Buch dafür einen wichtigen Beitrag geleistet.



Marla Frentz ist Assistenzärztin in der Pädiatrie und lebt in Göttingen.

Historischer Erfolg

zum New Yorker Pflegestreik

Shella Dominguez

Im Januar fand in New York der größte und längste Pflegestreik in der Geschichte der Metropole statt. Die Krankenpflegerin Shella Dominguez beschrieb im März in der US-amerikanischen Ausgabe von *Jacobin* ihre Erfahrungen. Jonas Röhrich hat den Text für *Gesundheit braucht Politik* übersetzt.

Ich gehöre zu den beinahe 15.000 New Yorker Pflegekräften, die am größten und längsten Pflegestreik in der Geschichte New Yorks teilnahmen. Ich arbeite im Mount Sinai Morningside Hospital auf einer chirurgischen Überwachungsstation und einer internistisch-chirurgischen Station, auf denen Patienten mit unterschiedlichen Bedürfnissen behandelt werden. Aufgrund des unterschiedlichen Pflegebedarfs kann es eine Herausforderung sein, eine solche gemischte Station sicher zu besetzen. Als ich vor einigen Jahren begann, mich bei meiner Gewerkschaft, der New York State Nurses Association (NYSNA), zu engagieren, war für mich der Hauptgrund der Personalmangel im Krankenhaus.

Ich arbeite seit 2018 im Mount Sinai Morningside, bin aber schon sehr viel länger als Krankenpflegerin tätig; zunächst auf den Philippinen und später dann in Florida, wo man das Wort »Gewerkschaft« nicht einmal aussprechen oder mit Kollegen über die Gründung einer Berufsvertretung reden kann, ohne gerügt zu werden. Als Morningside-Pflegekräfte 2022 ihren Vertrag verhandelten, unterstützte ich meine Kollegen durch die Teilnahme an öffentlichen Verhandlungssitzungen per Zoom.

Mit dem letzten Tarifvertrag konnten wir verbesserte und durchsetzbare Standards in Hinblick auf die Personalbemessung erreichen. Pflegekräfte hatten nun endlich die entsprechenden Mittel, unser Krankenhaus zur Rechenschaft zu ziehen, wenn es sie mit zu vielen Patienten gleichzeitig überlastete und somit die Patientensicherheit gefährdete.

Letztes Jahr erstritten Morningside-Pflegekräfte über eine Million Dollar an Entschädigungen für Pflegepersonal, das unter chronischem Personalmangel auf zwei verschiedenen Stationen arbeitete. In zwei verschiedenen Schiedssprüchen, da-

runter einem am Vorabend des Vertragsablaufs, nutzten wir unseren Vertrag, um die Patientenversorgung zu sichern und die überlasteten Pflegekräfte zu entschädigen. Die neutralen Vermittler prüften die Beweislage und wiesen das Krankenhaus an, mehr Pflegekräfte einzustellen, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Genau diese Art von Verantwortung versuchte uns die Krankenhausleitung im Laufe der aktuellen Verhandlungsrunde zu entziehen.

Während der aktuellen Tarifverhandlungen und des Streiks war ich Mitglied des gewerkschaftlichen Führungsgremiums und des Verwaltungsausschusses meines Krankenhauses. Obwohl ich während der letzten Verhandlungsrunde einen guten Einblick hatte, war ich auf den veränderten Kurs der Führungsebene dieses Mal nicht vorbereitet. Ab September verhandelten wir, um Verbesserungen bei der sicheren Personalbemessung zu erreichen, unsere Gesundheitsleistungen zu sichern, Pflegekräfte und Patienten vor Gewalt am Arbeitsplatz und künstlicher Intelligenz zu schützen, unsere besonders schutzbedürftigen Patienten und Mitarbeiter abzusichern und Gehaltserhöhungen zu erzielen, damit wir uns das Leben in New York leisten und mehr Pflegekräfte für die Versorgung am Bett gewinnen und halten können.

Normalerweise arbeiten Pflegekräfte eng mit der Krankenhausleitung zusammen, um die Versorgung zu verbessern und auftretende Probleme zu lösen. Doch während der Verhandlungen war es schockierend zu erleben, wie feindselig die Führungsebene den Pflegekräften und unseren Forderungen gegenüber auftrat. Sie behandelten uns, als würden wir nichts für das Krankenhaus leisten – als würden wir nur zusätzliche Kosten verursachen. Anstatt mit uns über Personalbesetzung, Sicherheit, Bezahlung und Sozialleistungen

zu verhandeln, schien man mehr als bereit zu sein, uns mit teuren Leihpflegekräften zu ersetzen, und prahlte sogar damit.

Als deutlich wurde, dass unsere Krankenhäuser sich weigerten, unsere Gesundheitsleistungen weiterzuführen und in gutem Glauben über unsere Prioritäten zu verhandeln, sahen sich die Pflegekräfte von Mount Sinai Morningside und West gezwungen, zusammen mit den Pflegekräften des Mount Sinai Hospital, Montefiore und New York-Presbyterian in den Streik zu gehen. Einige der reichsten Krankenhäuser der Stadt arbeiteten zusammen, um uns hinzuhalten, zu verzögern und in den Streik zu zwingen.

Ich erinnere mich an die ersten Streiktage – ich war total motiviert und bereit, für unsere Rechte zu kämpfen. Es war eiskalt; aber zu sehen, wie meine Kollegen aus allen Abteilungen des Krankenhauses zusammenhielten, war so herzerwärmend. Wir waren schon vorher wie eine Familie, aber der Streik hat uns noch enger zusammengeschweißt. Wir haben jeden Tag miteinander gesprochen und sowohl uns gegenseitig, als auch die unterschiedlichen Herausforderungen, denen sich die Pflegekräfte in den verschiedenen Bereichen des Krankenhauses stellen müssen, besser verstanden. Wir sind gemeinsam marschiert und haben uns an der Streiklinie umarmt, und diese Kommunikation und die Solidarität bestehen auch nach dem Streik fort.

Der Streik hat uns verändert. Wir waren in der Kampfzone und bereit, gemeinsam durchzuhalten, weil wir wussten, dass es sich lohnt, für unsere Sache zu kämpfen.

Was uns nach wochenlangem Ausbarren in der Kälte zusätzlich half durchzuhalten, war die Unterstützung unserer Gemeinde. Selbst als die Verhandlungen nur schleppend vorangingen und wir entmutigt waren, gab uns die Unterstützung und das Vertrauen unserer Patienten und der Gemeinde Hoffnung und Mut. Die Patienten und ihre Angehörigen, die während des Streiks vorbeikamen, jubelten uns immer zu und hatten freundliche Worte für uns.

Ich erinnere mich noch an das viele Hupen, besonders von den Busfahrern. Ich wohne in der Nähe des Krankenhauses und gehe oft zu Fuß zur Arbeit. Doch eines Tages stieg ich mit meiner roten NYSNA-Mütze und meinem Schal in den Bus. Ich drückte auf Stop, um an der nächstgelegenen Haltestelle auszusteigen, aber der Fahrer sagte, er würde mich genau dort absetzen, wo ich für einen großen Auftritt hinmusste. Er ließ mich direkt vor dem Krankenhaus raus und hupte so laut, dass alle jubelten, als ich ausstieg und mich dem Streikposten anschloss. Es war so bestärkend zu sehen, dass die Menschen verstanden, dass die Pflegekräfte nicht nur für eine bessere Bezahlung streikten, sondern auch für die Sicherheit unserer Patienten und die Gesundheit der Stadt.

Seit unserem ersten Arbeitstag am Valentinstag wurden wir Pflegekräfte herzlich empfangen. Alle unsere Kollegen – darunter Physiotherapeuten, Transportmitarbeiter, Sekretäre und Ärzte – sagten, sie hätten uns sehr vermisst und würden sich über unsere Rückkehr freuen. Wir wissen, dass uns Herausforderungen bevorstehen – von der Bewältigung der Probleme bei der Wiedereingliederung bis hin zur Durchsetzung unseres neuen Tarifvertrags. Wir sind auch bereit, unsere Gewerkschaftskollegen in ihren Kämpfen zu unterstützen. Doch im Moment ist es einfach ein gutes Gefühl, durchgehalten zu haben und gestärkt zurückzukehren.

Dieser Kampf war notwendig und hat sich gelohnt. Ohne den Streik hätten wir unsere guten Gesundheitsleistungen nicht behalten können. Wir hätten die Regelungen zur sicheren Personalbemessung nicht durchsetzen und unsere Krankenhäuser nicht dazu bringen können, fast fünfzig zusätzliche Pflegekräfte einzustellen, um die Sicherheit unserer Patienten zu gewährleisten. Wir hätten keine neuen Schutzmaßnahmen gegen Gewalt am Arbeitsplatz und künstliche Intelligenz – zwei große Bedrohungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen weltweit – erkämpft. Und wir hätten weder den Diskriminierungsschutz für Trans-

gender-Mitarbeiter noch die Lohnerhöhungen erreicht, die wir trotz der gut finanzierten gewerkschaftsfeindlichen Kampagne gegen uns durchgesetzt haben.

Unser Streik war wichtig für die Pflegekräfte in New York und die Gemeinden, die wir betreuen, aber ich glaube, dass wir auch viele Pflegekräfte in anderen Städten und Bundesstaaten bestärkt haben. Wir haben der Welt gezeigt, wie zäh und stark die New Yorker Pflegekräfte sind – bereit, so viel zu opfern und sich mitten in einem der kältesten Winter in der Geschichte New Yorks an die Streikposten zu stellen. Wir haben gezeigt, dass New York eine Gewerkschaftshochburg ist. Wir haben gezeigt, wie mächtig Pflegekräfte sein können, wenn sie streiken, und wir haben Pflegekräften überall Hoffnung gegeben. Wenn wir für unsere Rechte kämpfen, erreichen wir vielleicht nicht alles, was wir wollen, aber wir können das erreichen, was Pflegekräfte und Patienten brauchen.

Dieser Text erschien am 05.03.2026 in der amerikanischen Version von Jacobin (Link per QR-Code unten links) und wurde von Jonas Röhrich mit Hilfe von KI für Gesundheit braucht Politik übersetzt. Die deutsche Version ist vorab bei jacobin.de erschienen (siehe QR-Code unten rechts). Wir bedanken uns für die freundliche Genehmigung des Abdrucks.



»Wir sterben wie ein reiches Land«

Interview mit Aleida Guevara zur Situation im kubanischen Gesundheitswesen

Aleida Guevara, eine Tochter von Che Guevara, arbeitet auf Kuba als Pädiaterin mit Schwerpunkt Allergologie. Im April befand sie sich auf eine Solidaritätsreise durch Europa. Wir nutzten die Gelegenheit, um mit ihr über die Situation im kubanischen Gesundheitswesen zu sprechen. Das für GbP gekürzte Interview führte Bernhard Winter am 15.04.2026. Die Übersetzung erfolgte freundlicherweise durch Petra Wegener.

Bernhard Winter: *Kannst du uns bitte kurz das kubanische Gesundheitswesen beschreiben? Was ist das Spezifische an kubanischen Gesundheitswesen?*

Aleida Guevara: Das kubanische Gesundheitswesen ist ein komplett öffentliches. Kein einziger kubanischer Arzt darf Privatkonsultationen durchführen. Es ist für die gesamte Bevölkerung zugänglich, egal wo im Land. Und es gibt keinerlei Unterscheidung hinsichtlich der Patienten bezogen auf Hautfarbe, sexuelle Ausrichtung oder Ideologie. Der Charakter des Systems ist ein präventiver, weil es wesentlich einfacher ist, präventiv auf eine Krankheit hinzuwirken, als sie zu behandeln und zu heilen. Und wir erziehen und bilden diejenigen, die in dem Bereich tätig sind, auch im Sinne des internationalistischen Charakters. Seit den 80er Jahren haben wir den Familienarzt, das ist vergleichbar dem Hausarzt. Er ist jeweils verantwortlich für ungefähr 190 Familien.

Sofern es notwendig ist, macht er die Überweisung in die Poliklinik oder in spezialisierte Krankenhäuser. Und einmal wöchentlich kommen die Spezialisten oder die Fachärzte aus der Poliklinik, um gemeinsam mit diesem Hausarzt entsprechende Behandlungen oder Sprechstunden abzuhalten. Und das Interessante ist, dass dieser Hausarzt auch eine Aufstellung macht darüber, welche Krankheiten seine Patienten

haben. Das heißt, er weiß, wie viele Asthmatiker in dieser Bevölkerung sind, für die er zuständig ist, wie viele Menschen mit Bluthochdruck da sind. Und diese Zahlen gibt er praktisch eine Ebene höher weiter in diesem Gesundheitsbereich. Und das trägt dazu bei, dass die Kreis- oder örtlichen Apotheken besser zielgerichtet damit Medikamenten versorgt werden können. Dieser Familienarzt hat auch eine ganz enge Anbindung an die einzelnen Betriebe, die vor Ort vorhanden sind. Und genauso auch mit den Schulen und den Kindergärten, die dort sind. Das ist also eine wirklich umfassende und in diesem Sinne integrierte und integrierende Arbeit. Und das Familienarzt-System gibt es in jeder Stadt, in jedem Dorf, im gesamten Land.

BW: *Was waren in der Vergangenheit die größten Erfolge des kubanischen Gesundheitswesens?*

AG: Die präventive Arbeit. Es ist uns gelungen, den Gesundheitszustand allgemein der Bevölkerung extrem zu verbessern. Kinder erhalten bei uns ungefähr 16 Impfungen gegen die unterschiedlichsten Krankheiten. Dann geht es auch sehr viel um Umwelt, also das bezogen auf die Familien. Und dann ist auch immer wichtig der Aspekt der Ausbildung und auch Erziehung in diesem Sinne derjenigen, die in diesem Bereich des Familienarztes leben. Es wird

Bernhard Winter ist Mitglied der Redaktion und war Gastroenterologe in Offenbach; er ist Vorsitzender des Verein Solidarisches Gesundheitswesen.

sehr daran gearbeitet, die schlechten Gewohnheiten, die wir so angenommen haben, wieder abzubauen. Rauchen zum Beispiel. Alkohol trinken. Also, das wird sehr intensiv überlegt, wie die Leute sich unter gesundheitlichen Aspekten besser entwickeln können. Wir sagen immer, wir leben wie ein armes Land, aber wir sterben wie ein reiches Land, da wir an denselben Krankheiten sterben wie die Menschen in der ersten Welt. Die Armutskrankheiten haben wir überwunden.

BW: Du hast vorhin auch erwähnt, dass der Familienarzt auch die Umweltaspekte berücksichtigt. Wie sieht das praktisch aus?

AG: Es gab Orte oder Gegenden, wo wir festgestellt haben, dass die Kinder, die geboren wurden, gewisse Einschränkungen hatten. Und der Familienarzt stellt fest, dass sowas auftritt und informiert darüber. So, dass das Gesundheitsministerium daraufhin Wissenschaftler in dieses Gebiet schickt. Man untersucht die Qualität des Wassers, ebenso die Qualität der Luft. Und dann kann man auch sehen, ob in der Nähe irgendeine Industrieanlage ist. Und in diesem Fall, auf den ich mich beziehe, hat man festgestellt, dass so ein Industriebetrieb in der Nähe war und das Wasser verseucht hat. Diese Schwermetalle haben halt zu diesen Beeinträchtigungen geführt. Und dann wurde dort auch eine Spezialklinik eingerichtet, die eben auf die Behandlung dieser Kinder, die schon geboren worden waren, ausgerichtet ist.

BW: Der Familienarzt, arbeitet er auch aktiv mit den Familien zum Beispiel, um hygienische Verhältnisse zu verbessern?

AG: Er ist letztlich auch ein Sozialarbeiter. Weil er die realen Schwierigkeiten der Bevölkerung immer präsent hat. Dann informiert er den *Poder Popular*, die Volksmacht. Also zur Erklärung: Wir haben die Nationalversammlung der Volksmacht, das ist das Parlament. Dann haben wir das auf Provinzebene. Und dann auf

Kreisebene. Der Familienarzt handelt auf Kreisebene und informiert auf dieser Ebene das entsprechende Parlament über die Schwierigkeiten, die in diesem Kreis auftreten. Und es ist verpflichtend, dass er eine Antwort bekommt. Und wenn die erforderlichen Reaktionen über die Möglichkeiten dieser Kreisebene, Kreisparlament oder Tag hinausgehen, dann hat dieser Familienarzt auch die Möglichkeit, direkt entweder das Provinzparlament, nenne ich es mal, oder auch auf nationaler Ebene, die Nationalversammlung zu informieren.

BW: Was funktioniert im Moment wirklich gut und wo siehst du im Moment, unabhängig von der US-Blockade Probleme bei der Entwicklung des Gesundheitswesens?

AG: Das Ding ist, dass eine bedingt das andere. . Zum Beispiel hatten wir immer Medikamentenmangel, weil es eben sehr schwierig ist, diese zu erwerben. Wir haben versucht, einen wissenschaftlichen Pool aufzubauen, sodass wir Impfungen entwickeln können, vor allem Präventivimpfungen. Wir haben diabetische Patienten, welche die Behandlung nicht ordentlich machen oder wir diabetische Geschwüre feststellen müssen, wo die Diagnose erst sehr spät erfolgt ist. Wir haben dann ein Medikament entwickelt, das angewendet wird durch Injektionen in den diabetischen Fuß. Dadurch konnten wir sehr viele Amputationen vermeiden. Wir sind ein Land, in dem man schlecht isst –denn wir essen gerne alles, was dick macht. Dadurch haben wir allerdings viele Probleme mit hohem Cholesterinspiegel und deshalb haben wir ein Medikament entwickelt, PPG, das auf der Grundlage von Zuckerrohr entwickelt wurde, womit uns gelungen ist, den Cholesterolwert im Blut zu senken. Da wir reale Mängel haben, suchen wir nach Alternativen in der traditionellen Medizin. Wir haben angefangen, Akupunktur anzuwenden und zu entwickeln. Wir arbeiten relativ viel mit Homöopathie, ebenso mit traditionellen Kräutern, die man hier angewendet hat. Zum Beispiel produzieren wir keine Nasen-

tropfen in Kuba. Und praktisch jeder Arzt kennt irgendein pflanzliches Rezept, mit dem eben der Ausfluss aus der Nase beherrscht wird. Das heißt, die eine Sache hat dazu geführt, dass wir etwas anderes entwickeln mussten. Im Moment das Wichtigste im Gesundheitssystem ist dieser wissenschaftliche Pool.

Wir haben viele Schwierigkeiten. Wir haben zum Beispiel kein ausgebautes System von RTWs. Wir mussten daher in vielen Kreisen relativ kleine Krankenhäuser oder ähnliche Einrichtungen schaffen, wo wir eben diese Notfälle mit Infarkt oder mit Hirnschlag oder sowas direkt behandeln können. Das heißt, auf Grund von Problemen in diesen Bereichen, haben innerhalb des Gesundheitswesens eigene Lösungen entwickeln müssen. Zum Beispiel die Sonderperiode, als die europäischen sozialistischen Länder aufgehört haben zu existieren. Das war für Kuba eine außerordentlich schwierige Situation. Und wenn wir auf die Lebensmittelversorgung der Bevölkerung damals schauen, da haben wir zum Beispiel Hackfleisch erwerben können, aber da war sehr viel Soja drin. Das hat man deutlich geschmeckt, so dass zum Beispiel schwangeren Frauen es nicht essen mochten. Entsprechend mussten wir feststellen, dass ziemlich viele Neugeborene sehr geringes Gewicht hatten. Daraufhin haben wir Häuser gebaut für Schwangere, in denen der Staat für Schwangere eine etwas bessere Lebensmittelversorgung gesichert hat. Das heißt, die Notwendigkeiten, die bestehen, die befriedigt werden müssen, zwangen uns bzw. den Staat dazu, Maßnahmen zu ergreifen, wie in diesem Falle den Bau der Häuser.

Ärzte, die im Moment auch als Ärzte arbeiten, halte ich tatsächlich für Helden der Arbeit, weil der Lohn bzw. das Gehalt, was sie beziehen, nicht dem entspricht, was man in der aktuellen Situation braucht, um sich versorgen zu können. Das Gehalt liegt darunter, sodass wir einen Exodus von Fachkräften verzeichnen. Und zwar einen Exodus nicht aus dem Land, sondern aus dem Beruf hinaus, z.B. um als Taxifahrer zu arbeiten.

BW: Die US-Blockade gibt es seit dem Sieg der Revolution 1959. Wo trifft sie am schlimmsten das Gesundheitswesen und wie wird dadurch die Gesundheit der Bevölkerung beeinträchtigt?

AG: Die schwerwiegendste Auswirkung erbetrifft die Medikamentenversorgung. Damit Kuba auf dem Weltmarkt irgendein Medikament erwerben kann, müssen wir auf drei, vier, ja sogar fünf Zwischenhändler zurückgreifen, was dazu führt, dass Medikamente extrem teuer werden.

BW: Das ist erstmal nicht ganz verständlich, weil die meisten Generika ja zum Beispiel in Indien und China produziert werden.

AG: Das Problem ist, dass das Ziel der Blockade eben genau dieses ist: zu verhindern, dass wir diese Medikamente direkt einkaufen. Mit China haben wir keine größeren Probleme, dakommt es immer darauf an, wie groß der US-Druck gegen die entsprechenden Hersteller ist, oder wie diese dem widerstehen. Wie funktioniert also die Blockade? Die USA schauen ganz genau, welcher Hersteller, welcher Wirkstoff oder ähnliches von uns erworben wird. Und sie nutzen die unterschiedlichsten Möglichkeiten und Formen den entsprechenden Hersteller darauf hin zu beeinflussen. Wenn dieser Hersteller oder jene Fabrik, in irgendeiner Form US-amerikanisches Kapital hat oder erhält, wird es uns schlicht und ergreifend entzogen. Wenn dieser Hersteller Wirkstoffe oder etwas innerhalb der Produktionskette nutzt, was ursprünglich aus den USA kam, ist es dasselbe Prinzip. Oder ganz einfach die Drohung gegen den Hersteller, dass, wenn er weiterhin an Kuba verkauft, er keinen Zugang zum US-Markt mehr erhalten wird. Aber da ist noch was anderes dahinter. Das sind Länder, die doch ziemlich weit weg sind von Kuba. Und um eine große Menge Güter zu transportieren, braucht man Schiffe – wovon Kuba keine großen besitzt. Das heißt, sie müssen angemietet werden. Aber aufgrund des Blockadegesetzes darf ein Schiff, welches einen Hafen in



Aleida Guevara. Foto: Robert Crc, 2013.

Kuba anläuft, mindestens sechs Monate lang keinen US-Hafen anlaufen. Der Reeder, bei dem wir das Schiff sozusagen »anmieten«, verlangt von uns dafür den drei-, vierfachen Preis von dem, was er normalerweise verlangen würde, um diese sechs Monate abzudecken. Das macht Produkte also teurer. Das ist das Dilemma der Blockade. Und zudem betrifft sie praktisch jeden Lebensbereich.

BW: Was mich gestern auf der Veranstaltung sehr schockiert hat, war der Bericht von dir, dass während der Corona-Pandemie selbst die Einfuhr von Beatmungsgeräten und Sauerstoff unter die Blockade fiel.

AG: Ja, das wurde voll blockiert.

BW: Wir müssen jetzt aber leider auch darüber sprechen, was die Zuspitzung der US-Aggression jetzt unter dem Trump-Regime für das Gesundheitswesen und die Gesundheit der Bevölkerung bedeutet.

AG: Wir fördern kein Erdöl. Stellen weder Handschuhe, Katheter noch Spritzen her. Das müssen wir einkaufen. Wir haben fünf eigenes kubanische Impfstoffe gegen Corona entwickelt. Aber wir hatten keine Kanülen. Wir mussten uns an die Solidaritätsbewegung wenden, weil man uns diese Kanülen nicht hat kaufen lassen. Den Exodus an Fachkräften

hatte ich ja schon erwähnt. Und dazu kommt, dass alle Produkte, die man innerhalb von Kuba erwirbt, teurer geworden sind. Auch deshalb, weil wir nu ein paar kleine Unternehmen haben. Diese Kleinstunternehmen sind die einzigen, denen die USA erlauben, dort etwas zu kaufen. Aber diejenigen, die das jetzt importieren und auf den kubanischen Markt bringen, verkaufen es einfach zu beliebigen Preisen. All das führt dazu, dass ein im Gesundheitswesen Beschäftigter, der ein staatliches Gehalt hat, damit in wirtschaftliche Probleme kommt und Schwierigkeiten hat, sein Leben abzusichern. Entweder du hast einen Familienangehörigen, der dich unterstützt, dann kannst du weiterhin als Arzt arbeiten. Oder es wird extrem schwierig. Also haben wir den Exodus, den Mangel an sämtlichen Materialien, die wir brauchen, um ordentlich arbeiten zu können und dann haben wir zum Beispiel auch Probleme mit der Reinigung in den Krankenhäusern. Weil es auch die Reinigungsmittel, die gebraucht werden, nicht gibt. Wer leidet also darunter? Vor allen Dingen die Patienten werden dadurch Nachteile erleiden.

BW: Ganz herzlichen Dank für den Einblick ins Gesundheitswesen. Wie du gestern Abend erzählt hast, bist du ja in vielen Ländern rumgekommen, um für die Solidarität zu werben. Ich würde es gerne mal um-

drehen und dich gerne fragen: Was meinst du, was könnten wir für unser Gesundheitswesen von euren Erfahrungen lernen?

AG: Das erste und allerwichtigste. Wenn sie jemanden fragen: wie viel zahlst du für das Leben deines Kindes? Dann wird die Antwort sein, dass es dafür keinen Preis gibt. Und da es dafür keinen Preis gibt, darf es auch keine Ware werden. Gesundheit ist ein Recht der Bevölkerung. Das heißt, Gesundheitsversorgung muss kostenlos sein und für jeden zugänglich. Es ist sehr wichtig, Fachkräfte im medizinischen Bereich nauszubilden, die sich praktisch mit Begeisterung hingeben, mit Hingabe für diesen Beruf arbeiten. Und es ist sehr wichtig, dass der Arzt immer Achtung vor dem Patienten hat.

Manchmal ist es eben wichtiger, jemanden sozusagen über den Rücken

zu streichen oder ihm zuzuhören, als das Medikament, was man ihm geben würde. Der Arzt muss den Patienten als ein umfassendes, integrales Wesen sehen. Wenn ein Finger krank ist, heißt das, dem Patienten geht's nicht gut. Dann musst du also diesen Finger heilen. Aber vor allen Dingen musst du diesen Patienten behandeln. Die Achtung, der Respekt und die Liebe zur Bevölkerung. Das stimmt, davon kannst du nichts essen. Aber das lässt dich so erfüllt sein, dass du überhaupt in die Lage versetzt wirst, weiterzumachen.

BW: Was erwartet ihr von linker Solidarität in Europa, in Deutschland?

AG: Das erste ist Respekt, was wir erwarten, zuerst mal Achtung. Respekt. Dieses kleine Wort ist sehr wichtig und sehr nützlich. Dann, dass ihr über entsprechende Informatio-

nen verfügt, über das, was gerade bei uns los ist. Und wenn ihr in der Lage seid, uns irgendwo mit materiell zu helfen, dann seid herzlich willkommen! Velen Dank.

(Bei diesem Text handelt es sich um eine gekürzte Fassung; die Langfassung findet sich auf der Homepage: <https://www.vdaee.de/2026/die-armutskrankheiten-haben-wir-ueberwunden/>)



Bloß nicht angenehm werden!

Interview mit dem Bundeswehrveteran und heutigen Antimilitaristen Daniel

Annebirth Steinmann hat nach dem Workshop zur Militarisation beim letzten Gesundheitspolitischen Forum den Teilnehmer Daniel, der einige Jahre bei der Bundeswehr Soldat war und am Afghanistaneinsatz beteiligt, über Erfahrungen mit dem Wehrdienst interviewt und diskutiert, warum er heute gegen die Militarisation kämpft.

Annebirth: Wir haben uns auf dem gesundheitspolitischen Forum im November 2025 bei dem Workshop zur Militarisation des Gesundheitswesens kennen gelernt. Vielleicht beginnen wir mit deiner Biografie. Du hattest mir bereits berichtet, dass du auch in New York gelebt hast und da groß geworden bist, richtig?

D: Ja, ich bin eigentlich in so einer typischen Heidelberger Familie aufgewachsen, also Vater US-Soldat in den Heidelberger Kasernen, Mutter Deutsche. Aufgewachsen bin ich aber in den USA bis ich 16 war. Dann bin ich wieder zurück nach Deutschland gekommen, um meine Mom zu finden. Sie war irgendwann wieder

zurück nach Deutschland gegangen, als wir jung waren. Mein Vater ist aus der Army ausgeschieden, selbst auch belastet vom Einsatz. Trotzdem kannte ich das halt so als die große Pflicht, die große Verpflichtung, die man einfach hat.

A: Das war dann quasi euer familiäres Narrativ, dass in der Army zu sein einen Sinn hat und es eine Verpflichtung fürs Land gibt. Du bist dann wieder nach Deutschland gekommen und wann bist du hier zum Militär gegangen?

D: Ich habe mich mit 19 freiwillig gemeldet, bin gemustert worden, habe dann meine Grundausbildung

und meine Fallschirmspringer-Schule gemacht und dann bin ich irgendwann in Seedorf gelandet, also in der Kaserne, in der das 313. Fallschirmjägerbataillon stationiert war. Und mit denen habe ich dann relativ schnell die erste Tour nach Afghanistan gemacht.

A: Wann war das?

D: 2008. Wir waren sechs Monate dort. Ja, das war relativ entspannt. Dann gab's die typische »Downtime«, also zu Hause runterkommen. Sechs Monate später dann die zweite Rotation. Und dazwischen lag halt dieses *Karfreitagsgefecht*¹, was viele kennen. Und dann hat sich einfach die ganze Stimmung geändert: Es war auf einmal kein »wir helfen den Leuten da« mehr, sondern es war halt: »Wir sind in einem Krieg und dürfen nicht drüber reden«. Weil dieses Narrativ von humanitären Einsätzen ja nach wie vor das war, was in Deutschland die Öffentlichkeit und auch die Politik geprägt hat. Damals schon habe ich anfangen, mich zu fragen, wie viel humanitärer Einsatz es ist, wenn auf mich geschossen wird und ich zurückschieße. Ich muss auch sagen, während den Auslandseinsätzen haben die Zweifel zwar angefangen, aber so richtig dieses Verzweifeln an sich kam dann wirklich nach dem dritten Einsatz zu Hause, als ich Zeit hatte, darüber nachzudenken, welcher Sinn, welche Logik dahintersteckt, welche Machtstrukturen dahinterstecken.

A: Und war denn nach dem dritten Einsatz schon absehbar, dass das dein letzter Einsatz sein wird? Oder hättest du noch weiter eingesetzt werden können?

D: Ich war nicht mehr einsatzfähig. Ich war nach dem dritten Einsatz auf dem Weg nach draußen, damals noch mit Anpassungsstörungen und unberechenbarem Verhalten. PTBS war nichts, was die Bundeswehr so gerne anerkannt hat.

A: Also du bist jetzt Bundeswehrveteran und setzt dich öffentlich gegen eine Militarisierung ein.

D: Meine Kritik an dem Ganzen ist während des dritten Auslandseinsatzes gewachsen, weil ich da schon gesehen habe, dass ganz viel Machtstruktur dahintersteckt, die einfach sich selbst den Sinn gibt in meinen Augen.

A: Welche Machtstrukturen?

D: Ich sage inzwischen: Armeen schützen immer den Reichtum der Reichen – mit mal besseren, mal schlechteren Ausreden. Ich lehne niemanden ab, weil er Soldat ist, aber ich lehne im Endeffekt Krieg an sich ab inzwischen, weil er so viele Strukturen auf der Welt verschiebt. Und im Endeffekt ist es so: Die Armen sterben in einem Krieg, den sie führen, damit die Reichen reicher werden. Und das ist einfach nichts, woran ich irgendwie partizipieren möchte und auch nichts, wofür ich mich gerne instrumentalisieren lassen will als Veteran. Das passiert ja in Amerika noch mal mehr als hier bei uns.

A: Du hast gerade gesagt, dass Armeen den Reichtum der Reichen schützen. Hast du das konkret mitbekommen oder erlebt?

D: Nee, also, wir haben da nichts wirklich Konkretes mitbekommen. Ich habe damals nur gemerkt, was passiert, ist falsch. Was wir da tun, fühlt sich nicht richtig an. Ich konnte es anfangs noch gar nicht so genau differenzieren, über die Jahre bin ich zu dem Ergebnis gekommen: Wenn man wirklich die ganzen Konflikte auf der Welt runterbricht, dann geht es meistens entweder um Land oder um Ressourcen und die nützen uns als kleinen Leuten relativ wenig.

A: Du hast gesagt, dass diese Zweifel schon im dritten Aufenthalt kamen. Konntest du mit deinen Kolleg:innen darüber sprechen oder war das eher etwas, was du mit dir selber ausmachen musstest?

D: Das war was, was man eher mit sich selbst ausmacht, weil man unterteilt halt einfach nicht die – damals nannte sich das noch so –

Wehrkraft. Man hat seine Zweifel, man hat seine Skepsis, aber auf der anderen Seite ist es halt unser Job und ja, wir machen unseren Job und bringen den zu Ende. Ich habe das Gefühl, dass man da auch schnell alles in einen Topf wirft. Denn es gab da auch viel echte Kameradschaft, viele Freundschaften waren echt. Aber man muss sie losgelöst sehen von diesem streng hierarchischen, gewaltbasierten, martialischen Apparat Bundeswehr.

A: Du hast ja schon angesprochen, dass dein Vater auch beim Militär, also beim US-amerikanischen Militär war. Kannst du nochmal grob schildern, wie du dann zum Militär gekommen bist?

D: Ich habe mich hier in Deutschland nicht so wirklich zugehörig gefühlt. Aber ich wusste, dass Militär Stabilität und Sicherheit bietet und habe ich mich dann freiwillig gemeldet. Das Militär war bis dahin eine große Konstante in meinem Leben.

A: Wie war deine Fantasie vom Soldat sein, als du angefangen hast, als du zur Bundeswehr gekommen bist?

D: Da ich die amerikanische Army über meinen Vater kannte und weil wir, bis ich 13 war und mein Vater ausgeschieden ist, auf Militärstützpunkten lebten, hab' ich mir so naiv, wie ich damals war, die deutsche Bundeswehr wie so ein Hilfsprojekt verkaufen lassen. Also wir führen keine Kriege mehr, sondern wir tun etwas Gutes und stabilisieren die Situation. Ich hatte schon eher die Vorstellung davon, etwas Gutes zu tun, Menschen zu helfen, Menschen zu schützen.

A: Deine Fantasie vom Soldat Sein war tatsächlich: Wir stabilisieren Regionen, wir bringen den Menschen was Gutes, wir bringen den Menschen Sicherheit, wir bringen den Menschen Demokratie. Und eben gerade hast du gesagt, die Realität sah ganz anders aus. Die Realität war: Auf mich wird geschossen und ich schieße zurück...

D: Ja, zum einen das. Allerdings hab' ich mir dieses: »Wir haben da was richtig gemacht«, möglichst lange beibehalten. Für mich ist das erst restlos zerbrochen mit diesem über-eilten Abzug, mit diesem Im-Stich-Lassen von den Ortskräften und dem Wiedererstarken der Taliban. Das war mein Bruchpunkt, wo es für mich gar nicht mehr ging.

A: *Was würdest du denn sagen, welche Menschen bleiben eigentlich bei der Bundeswehr?*

D: Das ist schwierig so zu verallgemeinern. Ich glaube, da gibt es verschiedene Typen. Es gibt nach wie vor die Idealisten, die wirklich noch an dem Wunschgedanken festhalten. Wenn du mit 18 zur Bundeswehr kommst und fast noch ein Kind bist, wenn du da dein SaZ 8² machst und bist dann acht Jahre dabei, wird es schwierig, dich überhaupt wieder ans Zivilleben anzupassen. Ich denke, dass es bei vielen auch einfach so eine Assimilation ist. Ich glaube, so der Teil an, sagen wir mal problematisch Eingestellten, ist nicht so hoch, wie es immer wirkt. Ich glaube wirklich, dass die meisten nach einer anderen Art von Rückhalt, nach einer anderen Art von Zusammenhalt suchen, vielleicht auch nach einer Ausflucht von zu Hause. Denn viele, die da landen, würde ich behaupten, sind auch die, die einfach wenig andere Optionen hatten. Und es bietet dir halt schon was: Es bietet dir ein familienähnliches Verhältnis in deinem Zug. Also, wir waren halt mehr als nur Arbeitskollegen. Das Verhältnis untereinander war ein ganz anderes, wir waren teilweise dreimal zusammen im Ausland, wir lagen zusammen im Dreck. Wir kannten jede Angst von dem anderen, wir kannten die Sorgen von den anderen, wir kannten die Familien von den anderen. Also, ich verstehe schon, dass da Leute dran hängen bleiben können, die sonst wenig haben.

A: *Du hast berichtet, dass du nach deinem Ausstieg umgezogen bist und dich dort politisiert hast. Wie hat denn eigentlich dein Umfeld auf diese Politisierung reagiert?*

D: Ich hatte damals nicht viel Umfeld außerhalb der Bundeswehr. Nach wie vor ist mein Umfeld eher kleiner und eher ausgewählter. Ich habe viele Genossinnen und Genossen, aber sagen wir mal so, der engste Freundeskreis sind so ein paar Leute, auf die ich mich wirklich blind verlassen kann. Ich glaube, das ist auch so ein Überbleibsel aus der Zeit. Man braucht ziemlich lange, bis man Vertrauen fasst zu Leuten, bis man sich auf Leute einlässt. Die Zeit, als die PTBS ziemlich aktiv war, war ziemlich belastend, war auch für Freundschaften ziemlich schwierig.

A: *Und wie hat dein Zug oder deine Truppe darauf reagiert? Warst du dann eher der Mensch, der an der PTBS erkrankt war und dadurch halt nicht mehr für die Bundeswehr eine Option und dann war auch deine politische Einstellung egal oder war das schon auch nochmal so ein doppelter Bruch?*

D: Ich habe mit dem Ausscheiden ziemlich komplett gebrochen mit allem, was Bundeswehr war, weil es auch einfach meinem Zustand nicht guttat, mich damit immer wieder auseinanderzusetzen. Man hat dort zusammen einfach Dinge, die hier in der Zivilisation nichts verloren haben. Und ich habe mich erstmal ziemlich isoliert und zurückgezogen. Das klingt jetzt vielleicht nach einem kurzen Zeitraum, aber ich habe nach der Bundeswehr, bis ich wieder richtig funktioniert habe, vier bis fünf Jahre gebraucht. Es kam auch ein großer Umzug dazwischen, eine neue Stadt, neue Leute.

A: *Wovor würdest du junge Menschen, die überlegen, zur Bundeswehr zu gehen, warnen?*

D: Ich habe da letzters erst diskutiert, als es um solche Kinderzeltlager mit Bundeswehrebetreuung ging, wo ich sagte: Statt bei ganz jungen Leuten zu fischen, sollte man die Leute, die die Entscheidung treffen wollen, wirklich ehrlich über die Statistiken und auch über die Risiken aufklären – gerade über das PTBS-Risiko. PTBS wird inzwischen von der Bundes-

wehr ernster genommen, habe ich gehört. Zu meiner Zeit ist gar nicht drüber geredet worden. Dann gibt es ganz viel diesen internen Druck. Ich vergleiche das immer ganz gerne mit dieser toxischen Männlichkeit, von wegen: Wir machen den Job, weil die anderen es eh nicht können. Also man wird da ganz schnell gefangen in diesem Sumpf, man redet sich das selbst schön, man rechtfertigt das. Ich meine, die Bundeswehr bietet einem halt auch Dinge, die einem wirklich weiterbringen können, beispielsweise das Studieren über die Bundeswehr oder eine Ausbildung über die Bundeswehr. Es fällt mir bis heute schwer, ein eindeutiges Schwarz oder Weiß für die Bundeswehr zu sehen. Also ich hinterfrage das System durchaus kritisch, aber ich würde die Bundeswehr jetzt nicht als den Negativ-Player im eigentlichen Sinne branden wollen.

A: *Er hat eben eine Funktion im System. Sie fungiert darin, deutsche Interessen zu vertreten. Exekutiv. Du hast ja vorhin gesagt, dass du auch in der Partei Die Linke bist. Wie nimmst du denn eigentlich den Umgang in der Linken mit Veteranen wahr?*

D: Sehr schwierig. Also ich habe teilweise die Erfahrung gemacht, dass mir Türen zugemacht wurden, wenn ich mich als Veteran oute.

A: *Was für Türen?*

D: In Gesprächen oder in Arbeitskreisen oder so, wo du dann eher so gemerkt hast, dass du vielleicht nicht der Gesprächspartner bist, den man gerade haben will, weil man das grundlegend ablehnt und weil man einfach Person und Militär nicht voneinander trennt. Es ist nicht einfach.

A: *Und bist du in der Linken als Veteran auch aktiv?*

D: Ich war bis vor kurzem hier im Kreisverband aktiv. Ich sitze im Kulturberrat hier in Landau. Also es weiß auch jeder, dass ich Veteran bin. Ich mache da kein Geheimnis mehr draus.

A: Was würdest du dir im Umgang mit euch von der Linken wünschen?

D: Dass man es wirklich auch als Ressource erkennt. Gerade für die Themen, die ja immer mehr Richtung Militarisierung gehen, wäre es doch durchaus sinnig, Stimmen zu haben, die politisiert sind, aber halt auch aus Erfahrung sprechen und nicht nur aus Moral.

A: Vorhin hast du erwähnt, dass du davon überzeugt warst, als Soldat etwas Gutes zu tun und dass du europäische, freiheitliche Werte vertrittst. Würdest du auch sagen, es hat eine Rolle gespielt, deutsch zu sein oder Deutschland zu verteidigen?

D: Für mich persönlich gar nicht, weil ich mich zu dem Zeitpunkt mit Deutschland noch gar nicht wirklich identifiziert habe. Und das auch nach wie vor eigentlich nicht tue. Für mich war die Prämisse eigentlich immer eher was Größeres. Man wird ja auch nicht vereidigt auf Personen oder auf das Nationalvolk, sondern auf die freiheitlich-demokratische Grundordnung. Und ich muss sagen, ich bin auch Realist genug, dass ich weiß, wie fragil eine Freiheit sein kann, wenn man sie nicht verteidigen kann. Also ich sehe so dieses Militärabschaffen immer noch als schwierigen Talking Point in der Linken. Ich sehe es als große Utopie, als schöne Utopie und auch als erstrebenswertes Ziel. Aber ich weiß in der Praxis nicht, wie es aussehen soll, wenn die stabileren Staaten die Ersten sind, die ihr Militär auflösen.

A: Würdest du denn das Prinzip Nationalstaat verteidigen, wenn es keine individuellen Konsequenzen oder Risiken gäbe?

D: Nein, ich lehne das Prinzip Nationalstaat generell komplett ab, aber ich sehe halt auch, dass es in der Realität gerade anders aussieht. Also in meiner Traumwelt existieren keine Nationen und keine Grenzen.

A: Und in der Realität existieren sie aber und deswegen, um bestimmte freiheitliche Werte zu bewahren,

müssen die auch verteidigt werden, würdest du es so sagen?

D: Ja, ich glaube, das trifft es ganz gut. Aber halt verteidigt und nicht offensiv verteidigt.

A: Das ist ja wahrscheinlich immer das Vulnerable, was missbraucht werden kann, gerade wird ja auch mit Verteidigung argumentiert und die Militarisierung des Gesundheitswesens wird damit legitimiert, dass man verteidigt.

D: Ja, es ist schwierig. Ich habe die perfekte Lösung noch gar nicht gefunden. Ich sehe halt, dass die Probleme gegenüber den Vorteilen des Systems überwiegen. Und teilweise ist es halt auch ganz große Augenschere, die betrieben wird, um es irgendwie sinnig erscheinen zu lassen. Dieses: Wir bereiten die Krankenhäuser ja nur darauf vor – Nein! Du kannst dich nicht auf etwas vorbereiten, was in dem Ausmaß einschlägt. Es werden dann Narrative gesponnen, die in Talkshows nachgeplappert werden. Und ich finde, da sollten einfach mehr Stimmen sitzen, die den Berufsalltag im Gesundheitswesen kennen und weniger Menschen, die nur den militärischen Ton kennen.

A: Wie machst Du das, wenn Du mit Kolleg*innen sprichst?

D: Ich habe nach Dresden eine Zusammenfassung als Vortrag in meiner Klasse an der Pflegeschule gemacht. Ich bin erschrocken darauf gestoßen, dass keiner aus der Klasse wusste, dass er überhaupt zum Dienst verpflichtet werden kann als medizinisches Personal. Jetzt versuche ich, von unten die Pflege zu politisieren. Denn jeder, mit dem ich darüber debattiere, ist erstmal irritiert, wenn ich sage, eigentlich ist doch Pflege schon grundpolitisch. Häufig ist die Reaktion erst verständnislos und, nach einer Zeit stimmen sie zu. Dann wird auch klar, dass sich viele von uns einig darüber sind, dass wir so den Medizinesektor als das Hauptbetätigungsfeld sehen für politische Veränderung. Denn als Beschäftigte

haben wir eine gewisse Kreditabilität. Aber wir sind halt auch viele und überall.

A: Was würdest du uns denn für die Kampagnen gegen die Militarisierung raten?

D: Ich muss sagen, ich finde eure Kampagne gegen die Militarisierung extrem stark. Ich finde auch die Broschüre extrem stark mit der Argumentationshilfe. Ich würde euch raten, wenn es wirklich hart auf hart kommt: Lasst euch nicht als lächerlich hinstellen, lasst euch nicht vorwerfen, ihr hättet keine Ahnung. Bleibt konsequent bei eurer Meinung. Weil alles, was man argumentativ nicht entkräften kann, wird ja in letzter Zeit versucht, zu delegitimieren darüber, dass das Ideologie ist oder Idealismus. Aber Friede kann eigentlich kein Idealismus sein, sondern es ist halt einfach ein Grundrecht. Also bloß nicht bequem werden! Bloß nicht angenehm werden!

A: Vielen Dank. Ich finde das ist ein gutes Fazit.

(Bei diesem Text handelt es sich um eine leicht gekürzte Fassung; die Langfassung wird online auf der Homepage zu finden sein: <https://www.vdaee.de/gesundheitsbraucht-politik/>)

Annebirth Steinmann arbeitet als Ärztin in Weiterbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Anmerkungen:

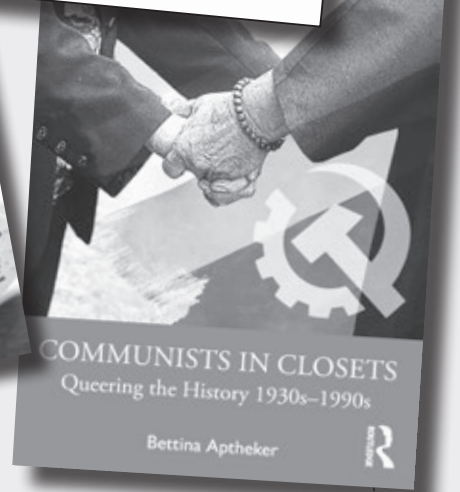
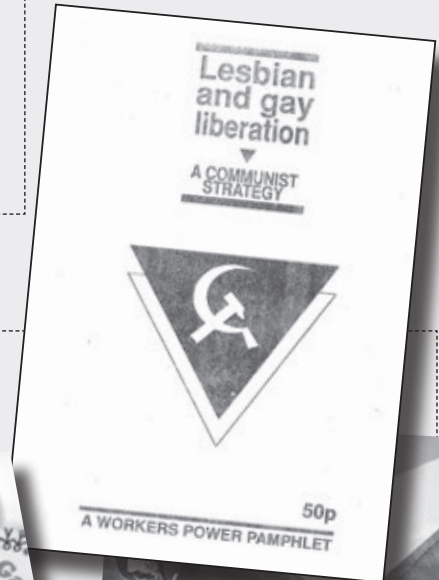
- 1 Das Karfreitagsgefecht war am 2. April 2010 ein Feuergefecht im Rahmen des Einsatzes der Bundeswehr in Afghanistan zwischen einer Fallschirmjägerinheit und islamischen Taliban. Letztere wurden dabei durch die Islamische Bewegung Usbekistans unterstützt. In dem Gefecht fielen drei Fallschirmjäger. Beim Karfreitagsgefecht waren deutsche Soldaten zum ersten Mal seit dem Zweiten Weltkrieg an länger anhaltenden Kampfhandlungen mit eigenen Verlusten beteiligt. (Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Karfreitagsgefecht>)
- 2 SaZ 8 bezieht sich auf einen Soldaten auf Zeit mit einer Dienstzeit von acht Jahren bei der Bundeswehr.



Empfehlungen

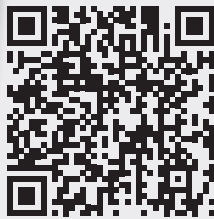


► **Leitfaden zum sensibilisierten Umgang mit Patient*innen von Queermed**



► **Materialistischer Queerfeminismus. Theorien zu Geschlecht und Sexualität im Kapitalismus,**

Friederike Beier (Hg.), Unrast Verlag 2023



► **Radical Feminist Library**

Eine unglaublich große Sammlung von linker feministischer Literatur aus dem 20. Jahrhundert nach Themen und Autor*innen sortiert. Eine Fundgrube auch für historisch und theoretisch Interessierte





Die Rosa Luxemburg Stiftung hat wieder eines ihrer schönen Pocket-Hefte gemacht; diesmal zum Thema:

► **»Die Wehrpflicht hat noch niemandem geschadet« – Mythen und Fakten zu Kriegsdienst und Wehrpflicht**



► **Handreichung zur GEAS-Reform. System der Entrechtung**

Medico international 08.06.2026

medico international hat eine kritische Handreichung zum »Gemeinsame Europäische Asylsystem« (GEAS) veröffentlicht. Seit 12. Juni 2026 ist die GEAS europaweit praktisch wirksam. Anstatt ein grundrechtekonformes System zu etablieren, vertieft die Reform das bereits an den EU-Außengrenzen und im Lager Moria erprobte System der Abschreckung, Freiheitsbeschränkung und Entrechtung. Mit Blick auf die Türkei und Griechenland – Orte, an denen die Kernelemente der Reform bereits ausprobiert wurden – wird ein Bild davon gezeichnet, welche Folgen GEAS innerhalb Europas haben wird. medico schreibt dazu:

1. Mit der GEAS-Reform findet eine Internalisierung der Grenzen statt. Praktiken, die jahrelang vor allem an den EU-Außengrenzen in einem Graubereich oder klar rechtswidrig erprobt wurden – etwa systematische Abschottung, faktische Lagerhaft und extrem verkürzte Verfahren – werden nun rechtlich verankert und ins Herz des europäischen Asylsystems verschoben.
2. Mit der GEAS-Reform gewinnen Infrastrukturen der Einsperrung eine zentrale Bedeutung und machen Menschen systematisch vulnerabel. Die Kombination aus räumlicher Isolation und faktischer Einsperrung verhindert die Wirkmächtigkeit individueller Rechtsansprüche und durchbricht eine solidarische Bezugnahme von außen, wie sich bereits im griechischen Modell zeigte.
3. Parallel zur GEAS-Umsetzung treibt die EU ein gemeinsames Rückkehrsystem voran, das u.a. sogenannte Return Hubs in Drittstaaten vorsieht. Der Entwurf bietet erstmals einen EU-Rechtsrahmen für gefängnisähnliche Abschiebezentren außerhalb Euro-

pas. Neben Albanien wurde dies bisher im vermeintlich sicheren Drittstaat Türkei ausprobiert und ist, wie die Empirie zeigt, fundamental gescheitert.

4. Die GEAS-Reform fügt sich in eine Entwicklung ein, in der die Grenze immer stärker militarisiert und geostrategisch aufgeladen wird. Das Regieren im Ausnahmezustand ermöglicht die Aussetzung von Rechten und illegale Pushbacks an den Grenzen, in denen Menschen auf der Flucht als »hybride Waffen« bezeichnet werden. Die Krisenverordnung gießt nun den Ausnahmezustand in Gesetzesform und erlaubt die Absenkung rechtlicher Standards im Krisenfall.
5. Die Auseinandersetzung um GEAS steht für eine politische Verschiebung, in der migrationsfeindliche Deutungen zunehmend zum gemeinsamen Nenner konservativer, rechter und extrem rechter Kräfte werden. Migrationspolitik wird so zum Testfeld für den Abbau rechtsstaatlicher Garantien, für die Entwertung universeller Rechte und für eine europäische Ordnung, die sich immer offener an Abschreckung, Aussonderung und Ausnahme orientiert.

Download der Handreichung unter:



Auch die Rosa Luxemburg Stiftung hat zu GEAS etwas veröffentlicht:

► **GEAS: Das Ende des Schutzes in der EU. Die Folgen der Umsetzung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems**

Ohne Versicherung, ohne Hilfe?



Wie das Medibüro in Hamburg einspringt

In Hamburg leben tausende Menschen ohne Krankenversicherung – und fallen durch das System. Im Medibüro in Altona bekommen sie Hilfe: ehrenamtlich, anonym und oft in letzter Minute. Ein Besuch zeigt, wie groß der Bedarf ist – und wie improvisiert die Lösungen sein müssen.

Maria kommt mit ihrem Sohn ins Medibüro ins Haus 3 in Altona in der Max-Brauer-Allee. »Meine Mutter hat keine Krankenversicherung, hier wurde ihr schon zwei Mal geholfen«, sagt ihr Sohn, während Maria fragend mit großen Augen schaut. Deutsch versteht sie nicht so gut. Ihr 15-Jähriger Sohn schon, zwar nicht perfekt, aber er kann sich artikulieren und die Bedürfnisse seiner Mutter äußern. Maria ist die erste Person, die heute die Beratung in Anspruch nimmt, hinter ihr warten drei Leute. Zwischen zwei und 15 Menschen kommen im Schnitt zu der Beratung. Maria hält sich die rechte Hand vor ihren offensichtlich schwangeren Bauch. Ihren Nachnamen möchten die beiden nicht nennen, auch den Grund ihrer Beratung nicht.

Im Medibüro sitzen an diesem Montag Felix Mayer und Jan Jansen. Sie sind heute zu zweit, insgesamt sind hier zehn bis 15 Menschen ehrenamtlich aktiv. Sie sitzen in einem Raum, eingerichtet wie ein Klassenzimmer, ein paar Stühle, ein paar Tische. Seit 1994 helfen, vermitteln und beraten sie Menschen unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Sollten Menschen krankenversichert sein oder gesetzliche Ansprüche darauf haben, wird darauf verwiesen.

»Wir sind eine nichtstaatliche, antirassistische Organisation. Unsere Vermittlung und Beratung sind kostenlos und vertraulich. Soweit möglich, sind die von uns vermittelten Behandlungen ebenfalls kostenlos«, sagt Mayer, während er Maria in Empfang nimmt. Sie kennen sich, Marias Sohn lächelt Felix an, er erkennt ihn wieder. Das Medibüro ist Montag von 15 bis 17 Uhr besetzt, die Beratung erfolgt jeden ersten und dritten Montag im Monat. Die Verständigung ist in der Regel in Deutsch und Englisch möglich.

Niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung für Alle

»Im Kern vermitteln wir medizinische Hilfe«, sagt Mayer später. »Das heißt: Menschen kommen zu uns in die Beratung, wir klären ihren Bedarf und versuchen dann, sie

an passende Ärzt:innen oder andere Gesundheitsberufe weiterzuleiten.« Das Netzwerk ist groß, rund 190 Arztpraxen in Hamburg arbeiten mit dem Medibüro zusammen – oft zu reduzierten Sätzen oder auf Spendenbasis. Vermittelt wird aber nicht nur in Arztpraxen, sondern auch an Psychotherapeut:innen, Physiotherapeut:innen oder Hebammen. Bei aufwendigeren Behandlungen oder Krankenhausaufenthalten versuchen die Ehrenamtlichen, individuelle Lösungen zu finden – etwa über Ratenzahlungen oder Preisnachlässe. Bundesweit gibt es 37 ähnliche Initiativen, die unter Namen wie MediNetz oder Medibüro arbeiten. Neben der konkreten Hilfe versteht sich das Medibüro auch als politische Stimme für einen niedrigschwelligen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Seit wann Felix Mayer sich hier engagiert, weiß er schon gar nicht mehr genau: »Ich finde das super und wichtig. Es besteht offensichtlich eine Ungleichheit, es kann nicht angehen, dass Menschen keinen Zugang dazu haben.«

Diabetes, Schwangerschaft und Herzblutdruck

Die Gründe, ins Medibüro zu kommen, sind vielfältig. »Viele kommen erst, wenn es wirklich nicht mehr anders geht«, sagt Mayer. Schätzungen zufolge leben in Hamburg mindestens 22.000 Menschen ohne Krankenversicherung – viele arbeiten auf dem Bau, im Hafen oder in der Reinigung. Sie sind Teil des Alltags der Stadt, haben aber keinen regulären Zugang zum Gesundheitssystem. »Leute kommen zu uns, wenn sie Medikamente brauchen, die sie teilweise länger schon nicht bekommen haben. Oft sind die Ursachen Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes. Die Medikamente können sie sich oft nicht leisten und die Rezepte sind nicht mehr aktuell«, sagt Jan Jansen. »Aber auch mit aufwendigen Sachen kommen sie zu uns, wenn sie chirurgische Versorgung benötigen, wie Brandblasen oder infizierten Wunden mit improvisierten Verbänden. Manchmal sind auch Menschen dazwischen mit hohen Rechnungen und

regelmäßig kommen Schwangere oder Menschen, die glauben, dass sie schwanger sind.« Schwangere können ohne Aufenthaltsstatus für den Zeitraum rund um die Geburt eine Duldung bekommen, aktuell schiebt die Stadt Hamburg auch hochschwängere Frauen ab oder verteilt sie auf andere Kommunen um. »Das ist natürlich ein großes Risiko für die Menschen«, sagt Jansen.

Hinter all diesen Fällen stehen Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen durchs Raster fallen – etwa EU-Migrant:innen ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Menschen im Asylverfahren oder ohne Aufenthaltsstatus, aber auch Selbstständige, Studierende oder privat insolvente Menschen kommen in die Beratung.

Ohne Spenden geht nichts

Finanziert wird die Arbeit vor allem durch Spenden. »Ohne Spendenakquise würde es uns nicht geben«, sagt Mayer. Ein Großteil der Mittel

kommt über Benefizveranstaltungen zusammen, Solipartys oder Beiträge aus Demonstrationen. Auch viele der kooperierenden Praxen leisten ihren Anteil, indem sie Behandlungen günstiger anbieten oder ganz auf Honorare verzichten. »Sie schreiben Rechnungen mit Rabatten, wo wir zum Beispiel nur die Materialien zahlen. Wir haben auch Praxen, die ihre Rechnungen als Spende kennzeichnen, dann können wir eine Spendenbescheinigung ausstellen, die steuerlich absetzbar ist für die Praxen«, sagt Mayer. In manchen Fällen werden Kosten zwischen Patient:innen und Medibüro aufgeteilt. Trotz wachsender öffentlicher Anerkennung und politischer Kontakte bleibt die finanzielle Situation angespannt. »Wir arbeiten ehrenamtlich und mit begrenzten Ressourcen«, sagt Mayer. »Der Bedarf ist da – und er wächst.«

Maria verlässt das Medibüro, in der Hand hält sie nun eine initiierte Überweisung, die die Praxis akzeptiert. Jan Jansen hat kurz zuvor bei

ein paar Praxen angerufen und eine gefunden, die Maria helfen soll.

Das Medibüro finanziert sich durch Spenden. Wir freuen uns, wenn Sie das Projekt finanziell unterstützen und freuen uns über jede Kooperationspraxis in allen Fachgebieten, insbesondere fachärztliche Versorgung. Es ist den Praxen vollkommen selbst überlassen zu bestimmen, in welchem Umfang sie Patient:innen vom Medibüro übernehmen und ob sie auf Spende, zum 1,0-fachen Satz oder auf einer anderen Basis mit dem Medibüro abrechnen.

Spendenkonto:
Hamburger AK Asyl e.V.
Stichwort: Medizinische
Flüchtlingshilfe
IBAN: DE05 4306 0967 1344 0013 00
GLS Bank



..., dass etwas schwer ist, muss uns
ein Grund mehr sein, es zu tun.
Rainer Maria Rilke

Dr. med. Udo Schagen

27.09.1939 – 04.06.2026

Unser Weggefährte, Freund, Kollege und ärztlicher Lehrer ist tot. Wir sind traurig.

Seine ruhige, bescheidene und außerordentlich wissende Persönlichkeit hat uns viel gegeben, uns orientiert und motiviert. Dankbar erinnern wir uns an seine Geduld, Beharrlichkeit und brückenbauende Integrationskraft. Sein Denken und Wirken hat unser Ringen um eine menschliche Medizin geprägt und fundiert.

Das Institut für eine Soziale Medizin an der Freien Universität Berlin, das ›Jahrbuch für kritische Medizin‹ im Argument-Verlag, die Organe der medizinischen Ausbildung und Weiterbildung, die reflektierende und lernende Forschung zur Medizin im Nationalsozialismus und zum Gesundheitswesen in der DDR oder der Verein Demokratischer Ärzt*innen anerkennen und würdigen seine Leistungen. Die Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin dankt Udo Schagen für seine grundlegenden Beiträge zur Realisierung einer sozialen Medizin, Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik. Bei dem, was er dachte, lehrte, schrieb und tat, vertrat er ruhig, aber hörbar und klar, die gesellschaftliche Dimension der medizinischen Aufgabe und des Gesundheitswesens.

Sein Lebenswerk und sein ärztliches Handeln in sozialer Verantwortung lehren uns, in schwierigen Zeiten nicht aufzugeben.

Save the Date – Rettet das Datum – Save the Date

Gesundheitspolitisches Forum von vdää* und Solidarisches Gesundheitswesen 2026 & Jahreshauptversammlung des vdää*

30. Oktober bis 1. November 2026 im FMP 1,
Franz Mehring Platz 1 (direkt beim Ostbahnhof), Berlin

Vorläufiges Programm

Freitag, 30.10.

Nachmittag Evtl. Workshop

19:30 Abendveranstaltung – Thema wird noch bekannt gegeben

Samstag, 31.10.

Gesundheitspolitisches Forum von vdää* und Solidarisches Gesundheitswesen 2026 Strategien linker Gesundheitspolitik

Vormittag

- NN: Akteure im Gesundheitswesen
- Kalle Kunkel (Soziologe, Gewerkschafter und aktiv in der Mietenbewegung):
Strategien linker Gesundheitspolitik
- Diskussion verschiedener Perspektiven und Strategien linker Gesundheitspolitik
- Podiumsdiskussion: Erste Schlüsse für den vdää* und das Solidarisches Gesundheitswesen

Mittagessen

Nachmittags

Parallele Workshops

1. Lokale Politik als Kern linker Strategie
2. Wie halten wir es mit Partei und Parlament?
3. Kampf gegen die Militarisierung (des Gesundheitswesens)
4. Ambulante Versorgung - Strategien zur Umsetzung alternativer Versorgungsmodelle
5. Öffentlichkeit(sarbeit) als Teil erfolgreicher linker Gesundheitspolitik
6. Strategien der Krankenhausbewegung

Plenumsdiskussion: Zusammenfassung der Inhalte und Schlüsse für eine Strategie linker Gesundheitspolitik

Abendessen

Feier: 40 Jahre vdää*

Sonntag, 01.11.

Jahreshauptversammlung / Mitgliederversammlung des vdää*

- Gesundheitspolitik
- Mitgliederversammlung
- Diskussion über vdää* Programmatik zum Thema Militarisierung

14:30 Kritischer Stadtrundgang

Anmeldung in Kürze hier: <https://www.vdaee.de/forum/>

Wie immer gibt es eine Bettenbörse und auch Kinderbetreuung –
Bitte meldet Euch frühzeitig, wenn Ihr davon Gebrauch machen wollt.



verein
demokratischer
ärzt*innen

