

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärzt*innen

SOLIDARISCHES
GESUNDHEITS WESEN

Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 2/2025



Medizin in der Krise

INHALT

6

Neuaufgabe der GroKo.
Gesundheit und Pflege
im Koalitionsvertrag

**Jonas Röhrich und
Karen Spannenkrebs**

11

Public Pharma.
Ein Gegenmittel bei
Arzneimittelengpässen

**Alan Rossi Silva und
Jan Wintgens**

14

Pillen Poker.
Rezension von Jörg
Schaabers Buch

**Gerhard Schwarzkopf-
Steinhauser**

15

Kinderarmut sinkt markant,
Altersarmut auf dem Vor-
marsch. Statistische Befunde
zur regionalen und soziode-
mografischen Entwicklung
der Armut in Deutschland

Ulrich Schneider

20

Gesundheit als Sozialer Sinn

**Ottomar Bahrs und
Barbara Doss**

24

Modelle von Gesundheit
und Krankheit. Ein praktischer
Blick auf das Modell der
Salutogenese

Isabelle Horster

27

I feel your pain

Friedrich Schorb

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää* und des Solidarischen Gesundheitswesens e.V. ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Es gibt auch die Möglichkeit eines digitalen Abonnements: Für 26 Euro bekommen Sie zum Ende des Quartals die pdf-Datei des kompletten Hefts.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des vdää*: kontakt@vdaae.de

32

Die Einsamkeit der israelischen Linken. Über die Arbeit von »Physicians for Human Rights – Israel« in Zeiten völlig enthemmter Gewalt

Katja Maurer

35

Leseempfehlung: Christian Drosten/Georg Mascolo: Alles überstanden? – Ein überfälliges Gespräch zu einer Pandemie, die nicht die letzte gewesen sein wird

Bernhard Winter

36

Auf der Suche nach einer alternativen Strategie. Bericht von einer Konferenz auf Kreta

Stavroula Poulimeni

41

Lesen Hören Sehen

42

Und was machst du so?

Arbeitsfelder des vdää*

43

Krisen-, Katastrophen-, Kriegs- SICHER? vdää* gegen die Zeitenwende

Karen Spannenkrebs und Nadja Rakowitz

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

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

Impressum

Gesundheit braucht Politik 2/2025
ISSN 2194-0258
Preis: 5 Euro
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärzt*innen und vom Verein Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
V.i.S.d.P. Felix Ahls, Thomas Kunkel, Karen Spannenkrebs, Bernhard Winter

Bildnachweise

Die Bilder und das Titelbild dieser Ausgabe stammen von Miriam Bechert (liest dazu das Editorial); das Bild auf Seite 35 stammt von den Physicians for Human Rights / medico international.

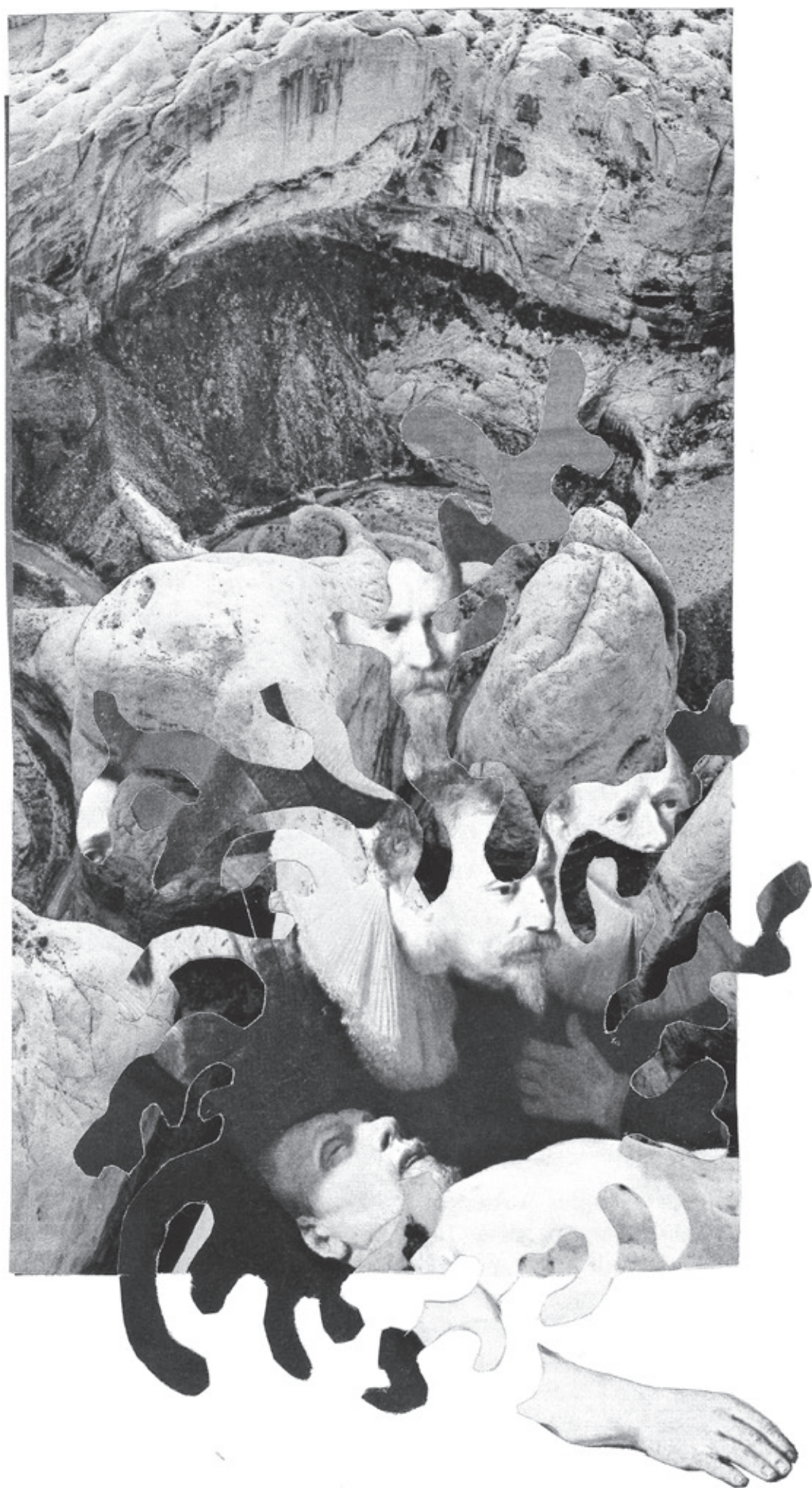
Geschäftsstelle des vdää*

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: TRODEF1XXX

Zeitschrift

Layout/Satz Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck



EDITORIAL

Liebe Leser*innen,

Es ist gar nicht so leicht, den Überblick zu behalten, in welchen Krisen wir aktuell stecken oder gar zu erkennen, wer oder was eigentlich in die Krise geraten ist. Wessen Krise erleben wir hier gerade?

Wachstumskrise, Demokratiekrise, Klimakrise, Wirtschaftskrise, Überakkumulationskrise, Polykrise, Zangenkrise, Vielfachkrise, Nahostkrise, Globale Krise.

Überall ist immerzu Krise und die Jüngeren kennen keinen anderen als den Krisenmodus. Dass sich das auch auf die psychische Gesundheit auswirkt, zeigen regelmäßig Studien, wie zuletzt etwa Erhebungen vom Institut für Generationenforschung oder die Umfragen der Copsy Studie am UKE Hamburg. Sie zeichnen das Bild einer psychisch enorm belasteten jungen Generation, die unter vielen Sorgen und Ängsten leidet.

Vor einigen Jahren waren es vor allem die Klimaaktivist*innen etwa von Fridays for Future, die alle wachrütteln und mit großem Nachdruck auf die Dringlichkeit der Klimakrise aufmerksam machen wollten. Spätestens seit der Pandemie haben wir unsere Leben auf einen Krisenmodus umgestellt und nicht wenige, vor allem prekär Beschäftigte, Alleinerziehende, Kinder, Jugendliche und Pflegebedürftige in Heimen, haben auch hierzulande einen hohen Preis für diesen Krisenmodus bezahlt. Seit dem Angriff Russlands auf die Ukraine sollen wir uns mit Blick auf die geopolitische Situation auf Krieg und eine fortschreitende Militarisierung einstellen. Aktuell werden wir auf mehr Arbeit und Verzicht eingeschworen, um »Deutschland wieder aus der Krise zu holen«, während die Arbeitslosigkeit zunimmt und die Jobaussichten gerade für Jüngere schwinden, wird Stimmung gegen Bürgergeldempfänger*innen und die Vorstellung einer Work-Life-Balance gemacht. Zugleich leben wir im Schatten unvorstellbarer kriegerischer Gewalt, die wir in Echtzeit über Social Media verfolgen können. Noch nie gab es so viele »Krisenherde«, noch nie waren so viele Menschen auf der Flucht. Wenn internationales Recht wie in Gaza mit Füßen getreten wird, ist auch die internationale »Weltordnung« in einer Krise.

Von den Gesundheitsfachkräften wird erwartet, dass sie die Folgen der Krisen auffangen, mittels Kriseninterventionen die psychischen Krisen behandeln, in die auch unsere Patient*innen immer wieder geraten. Zugleich wird eine Militarisierung vorangetrieben, die durch unsere Arbeit »krisensicher« gemacht werden soll. Selbst nach einem Atomschlag sollen wir noch arbeitsfähig sein und müssen dafür Dekontaminationsübungen unter Anleitung der Bundeswehr mitmachen. Gleichzeitig erleben wir, wie in Gaza oder der Ukraine gerade Gesundheits-

einrichtungen zu den ersten Zielen militärischer Attacken gehören. Wir können genau nachverfolgen, wie wenig unsere Arbeit ausrichten kann, wenn es an Narkosemitteln, Antibiotika, wenn es an dem Grundlegendsten, wie Trinkwasser und Nahrung fehlt.

Auch das deutsche Gesundheitssystem selbst steckt seit langem in der Krise. Während wir mit einer hohen Arbeitsdichte unter großem Druck Patient*innen versorgen, müssen wir ständig improvisieren, weil wir zu wenig Personal sind, weil notwendige Medikamente nicht lieferbar sind. Nicht wenige Kolleg*innen geraten unter diesen Bedingungen in eine Lebenskrise und werden krank. Uns steht eine Krankenhausreform bevor, deren erklärtes Ziel es ist, hunderte Kliniken zu schließen und die damit unsere Arbeit noch weiter gefährdet und uns zwingt, in Konkurrenz zueinander um den Erhalt unserer Arbeitsplätze und die Versorgung unserer Patient*innen zu kämpfen. Geld scheint es dabei nur für eines zu geben: die Einbindung in die Kriegstüchtigkeit.

In diesem Heft nehmen wir nur auf einige Krisen Bezug: auf die Gestaltung der Pharmaproduktion als Ursache für die Medikamentenengpässe (Alan Silva / Jan Wintgens und Rezension von Gerhard Schwarzkopf-Steinhaus), auf die Krise der Israelischen Linken besonders im Gesundheitsbereich während der anhaltenden Gräueltaten in Gaza, auf den Koalitionsvertrag der neuen GroKo, auf die Opiatkrise in den USA, die Situation des griechischen Gesundheitssystems Jahre nach der Finanzkrise und die wachsende Ungleichheit in Deutschland.

Im antiken griechischen Theater ist Krise ein Begriff für eine Übergangssituation. Aktuell ist sehr ungewiss, worin dieser Übergang besteht und wo er uns hinführen wird. Um Halt in all diesem Chaos zu finden und nicht zu verzweifeln, hilft nur, sich aktiv und gemeinsam mit den gegenwärtigen Krisen auseinanderzusetzen und Gegenwehr zu organisieren. Das wollen wir in diesem Heft, aber auch im *vdäa** weiterhin tun!

Für die Illustrationen dieser Ausgabe haben wir mit Miriam Bechert zusammengearbeitet. Sie hat kürzlich ihr Medizinstudium abgeschlossen und arbeitet außerdem künstlerisch mit analogen Collagen. Aus Fragmenten von Körpern, Texturen und organischen Elementen entstehen dabei surreale Bildwelten, die Themen wie Macht, Verletzlichkeit und Identität berühren.

Wir sagen Danke zu Miriam und hoffen, dass euch Leser*innen die Bilder so gut gefallen wie der Redaktion.

Eure Redaktion der gbp

Neuaufgabe der GroKo

Gesundheit und Pflege im Koalitionsvertrag

Jonas Röhrich und Karen Spannenkrebs

Nachdem Friedrich Merz am 6. Mai im zweiten Wahlgang doch noch zum Kanzler gewählt wurde, gilt der 144-seitige Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD als Regierungsprogramm. Karen Spannenkrebs und Jonas Röhrich geben uns einen Überblick über die wichtigsten Vereinbarungen und werfen einen Blick auf die gesundheitspolitischen Pläne der neuen Regierung.

Viele Worte, wenig Substanz und wirtschaftliche Inkompetenz

»Weniger Migration, weniger Bürgergeld, weniger Faxgeräte« titelte die Taz am 9. April 2025 während der Vorstellung des neuen Koalitionsvertrags (KV).¹ Zu ergänzen wäre noch »mehr Panzer« und »wenig Substanz«. Die Pläne für eine weitere Militarisierung ziehen sich sehr prominent durch das Papier.² So etwa auf Seite 8, wo es heißt: »die Verteidigungsindustrie (muss) sehr zügig und im großen Maßstab skalierbar wachsen«. (Koalitionsvertrag, S. 8) Zu vielen anderen Themen bleibt es hingegen bei vagen Interessenbekundungen unter Finanzierungsvorbehalt. Insgesamt entsteht der Eindruck, als wäre es den Koalitionären schwergefallen, sich auf konkrete Pläne festzulegen.

Einig geworden ist sich das Bündnis aus CDU/CSU und SPD während der wochenlangen Verhandlungen bei etlichen Verschärfungen gegenüber den ohnehin am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen. So soll die Bundespolizei Asylsuchende bereits an den Grenzen zurückweisen dürfen (was gegen EU-Recht verstößt). Der Rechtsbeistand für Abschiebehaftlinge soll gestrichen, Familiennachzug gestoppt und Abschiebungen nach Afghanistan und Syrien forciert werden. Der erst vor wenigen Jahren eingeführte Nachfolger von Hartz IV (das »Bürgergeld«) soll unterdessen in eine »Grundsicherung« umgewandelt, die Leistungen also reduziert werden. Es drohen Sanktionen bei mehrfacher Verweigerung »zumutbarer Arbeit«, obwohl bereits jetzt klar ist, dass diese verfassungswidrig sind und demnach in einigen Jahren in Karlsruhe wieder einkassiert werden dürften. Auch bei einer geringeren Erhöhung der Regelsätze konnte sich die Union mit ihrem eigenartigen Leistungsverständnis durchsetzen.

Betrachtet man das Gesamtpaket, ist der massive populistische Rechtsruck, den man in Anbetracht des hitzigen Wahlkampfes befürchten musste, dennoch ausgeblieben, was aber vielleicht mehr über den aktuellen politischen Diskurs als über die neue Regierung aussagt. Gerade wo die schwächelnde Handschrift der SPD zu erkennen ist, bleibt der Koalitionsvertrag vage. Die Entscheidung über die zukünftige Höhe des Mindestlohns wird zurück an die Mindestlohnkommission gegeben, wo die Arbeitgeberseite deutlich stärker vertreten ist. Dies entspricht einem neoliberalen Staatsverständnis, wonach die Regierung das Lohnniveau gar nicht festlegen darf. Steuerkürzungen für Gering- und Mittelverdiener werden in Aussicht gestellt, allerdings nur, falls

Karen Spannenkrebs ist Ärztin in Weiterbildung und Co-Vorsitzende des vdää.

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

das Geld dafür reicht. Die Körperschaftssteuer hingegen soll sofort gesenkt und den reichsten Deutschen somit zusätzliche 20.000 Euro im Jahr beschert werden.³ Das Rentenniveau soll auf 48% »gesichert« und damit Altersarmut im großen Maßstab weiterhin garantiert werden. Gleichzeitig sollen Rentner*innen durch Steuervergünstigungen im Rahmen der »Aktivrente« dazu ermuntert werden, länger weiter zu arbeiten. Ein höhnisches Zugeständnis an Menschen im Niedriglohnsektor, die nach Jahrzehnten harter Arbeit von ihrer Rente nicht leben können.

Gute Ideen sind die Ausweitung von Mütterrente und Elterngeld, auch angekündigte Investitionen in Kitas sind zu begrüßen. Außerdem bleiben uns legaler Cannabiskonsum und das Deutschlandticket (vorerst) erhalten. Angesichts des Ausmaßes der Mietpreiskrise ist die Verlängerung der Mietpreisbremse zwar eine gute Nachricht, aber längst nicht ausreichend; wirksamere Instrumente wie etwa der von der Partei Die LINKE geforderte Mietendeckel kommen in den Plänen der neuen Regierung leider nicht vor.

Wirklich unheimlich an diesem Koalitionsvertrag sind jedoch weniger die konkreten Vorhaben der neuen Regierung als all das, was unerwähnt bleibt. Auf 144 Seiten findet man – mal abgesehen von den bereits genannten Verschärfungen und einer bedrohlich voranschreitenden Militarisierung – die üblichen Mitte-rechts und Mitte-links Schlager einer längst vergangenen Zeit, ohne dass die Probleme der 20er Jahre auch nur annähernd in ihrem Ausmaß zur Kenntnis genommen werden. So findet man zu ökologischer Krise und Klimawandel zwar Beteuerungen zur Klimaneutralität bis 2045 und Ausbau der Erneuerbaren; insgesamt fallen die klimapolitischen Pläne jedoch deutlich zaghafter als die ohnehin dürftigen Maßnahmen der Ampelregierung aus.

Bezüglich künstlicher Intelligenz ist von »KI-Offensive« und »AI-Gigafac-

tory« die Rede, auf die mutmaßlich verheerenden Folgen für Arbeitsmarkt und Sozialsysteme oder die Gefahr eines Kontrollverlustes gegenüber der neuen Technologie wird hingegen gar nicht erst eingegangen. An der transatlantischen Zusammenarbeit soll festgehalten werden.

Beinahe realitätsverweigernd wirkt das Bekenntnis, kurzfristig »Handelskonflikte vermeiden« zu wollen und auf die »Reduzierung von Einfuhrzöllen auf beiden Seiten des Atlantik« zu setzen. Der autoritäre Wandel in den USA, der bereits reale Handelskonflikt und die

enorme Dynamik der geopolitischen Machtverhältnisse werden schlicht ignoriert.

Vielleicht am deutlichsten zeigt sich die ganze Visionslosigkeit allerdings ausgerechnet beim Thema Wirtschaft und Finanzen. Seit der Wiedervereinigung haben die ausschließlich CDU- und SPD-geführten Regierungen die Vermögensumverteilung zugunsten einer kleinen superreichen Elite verwaltet. Dennoch scheint man die von der SPD errungenen sozialen Versprechen, Steuergeschenke für Unternehmen und Hunderte Milliarden Euro an Investitionen in Infrastruktur und Militär ausschließlich durch neue Schulden und etwas Wirtschaftswachstum finanzieren zu wollen. Obwohl die Koalitionäre sich immer wieder für eine

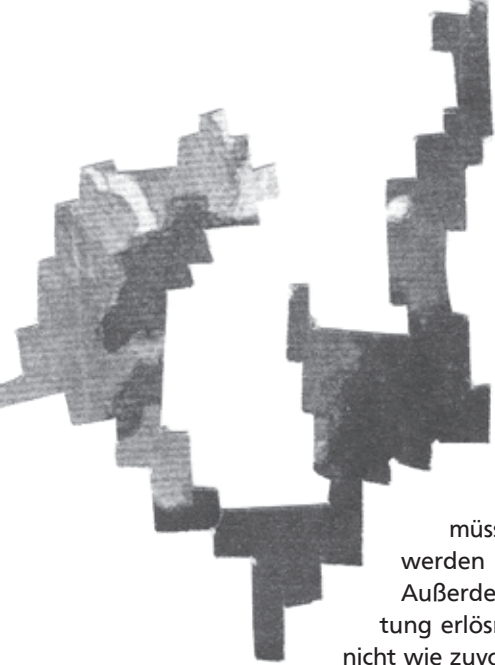
Steigerung des Wachstums und des Beschäftigungsniveaus aussprechen, bleibt unklar, wie genau es dazu kommen soll. Einzig aus der Rüstungsindustrie sind in den nächsten Jahren große Zuwächse zu erwarten, die den realen Wohlstand aber nicht steigern werden. Bekenntnisse zu höheren Reichen-, Vermögens- oder Erbschaftssteuern sucht man im neuen Koalitionsvertrag hingegen vergeblich. Dass diese Politik die Verteilungskrise weiter verschärfen wird, ist offensichtlich. Unter der Annahme, dass sich die Abgeordneten von Union und SPD tatsächlich für das Schicksal der viel beschworenen »hart arbeitenden Mitte« interessieren, ist eine solche wirtschaftliche Inkompetenz und fehlende Weitsicht ziemlich verblüffend.

Das Problem der fehlenden Visionen lässt sich leider auch im Kapitel 4.2 zum Thema »Gesundheit und Pflege« wiederholt beobachten. Auch hier klafft eine gewaltige Lücke zwischen den unzähligen Herausforderungen der Realität⁴ und den zaghaften Lösungsvorschlägen im Koalitionsvertrag. Aber der Reihe nach.

Krankenhauslandschaft

Die große Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, KHVVG) des ehemaligen Gesundheitsministers Karl Lauterbach wurde durch die oppositionelle Union in der letzten Legislaturperiode hart bekämpft. An entsprechender Stelle heißt es im Koalitionsvertrag nun, man wolle »eine qualitative, bedarfsgerechte und praxistaugliche Krankenhauslandschaft aufbauend auf der Krankenhausreform« weiter entwickeln. Faktisch bedeutet dies eine Anpassung vieler wichti-

Wirklich unheimlich an diesem Koalitionsvertrag sind jedoch weniger die konkreten Vorhaben der neuen Regierung als all das, was unerwähnt bleibt.



ger Eckpunkte der Reform. So sollen neue Ausnahmen für klinisch nicht ausreichend ausgestattete Kliniken vor allem auf dem Land ausgearbeitet werden, die sonst zu ambulanten Einrichtungen hätten umgebaut oder geschlossen werden müssen. Die Leistungsgruppen werden von 65 auf 61 reduziert.

Außerdem soll die Vorhaltevergütung erlösneutral nun ab 2027 und nicht wie zuvor geplant ab 2026 beginnen, danach folgt eine Konvergenzphase in zwei Schritten. Der GKV-Anteil des Transformationsfonds von ca. 2,5 Milliarden Euro pro Jahr wird nun erfreulicherweise nicht, wie ursprünglich geplant, durch Beiträge der Versicherten sondern aus dem Sondervermögen Infrastruktur finanziert. Weiterhin soll die Definition der Fachkrankenhäuser mit dem Ziel verändert werden, »dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können«. (KV, S. 108)

Gesundheitsberufe

Bezüglich Personal im Gesundheitswesen verspricht die neue Regierung eine »geeignete Personalbemessung im Krankenhaus und in der Pflege«. Ob diese sich für das Instrument der Bundesärztekammer zur Personalbemessung für Ärzt*innen entscheiden wird, ist noch nicht klar.

Unterschiede zwischen Stammebelegschaft und Leiharbeitnehmer*innen sollen unterdessen reduziert werden. Außerdem ist ein Kostenausgleich für die »Mehrkosten zur Schaffung von Springerpools sowie entsprechende Vergütungen für das Personal« geplant. (KV, S. 113) Thomas Böhm vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (KsF) befürchtet, dass unter der Formulierung »geeignete Personalbemessung« auch eine Verschlechterung der bestehenden Regelungen erfolgen könnte. Eine wirklich sinnvolle Forderung wäre die Herausnahme der gesamten Personalkosten aus den Diagnosis Related Groups (DRG), wie sie KsF seit Jahren fordert.

Ambulante Versorgung

Das wohl größte Vorhaben im ambulanten Sektor ist die Einführung einer Art Gatekeeper-Funktion für Hausärzt*innen, wohl mit dem Ziel, Fachärzt*innenkontakte besser zu steuern und somit Kosten zu reduzieren. Hier plant die neue Regierung »ein verbindliches Primärarztssystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag«, wobei Augenheilkunde und Gynäkologie ausgeschlossen sein sollen. Im Zentrum des Vorhabens stehen die Primärärzt*innen, welche gemeinsam mit

Doch auch ein Primärarztssystem kann nicht einfach umgesetzt werden, wenn man nichts an den Strukturen ändert.

den Kassenärztlichen Vereinigungen den »medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin« und den »dafür notwendigen Zeitkorridor« festlegen sollen. Die Kassenärztliche Vereinigung soll verpflichtet werden, die Termine zu vermitteln. In Fällen, wo dies nicht gelingt, möchte die neue Regierung den Zugang zu Fachärzt*innen im Krankenhaus ambulant öffnen. (KV, S. 106)

Zwischen über- und unterversorgten Gebieten möchte die GroKo zudem einen sogenannten »Fairnessausgleich« schaffen. So soll die Entbudgetierung der Fachärzt*innen in unterversorgten Gebieten geprüft werden. Gleichzeitig ist von Zuschlägen in unter- und Abzügen in überversorgten Regionen die Rede. Wieder sollen also Probleme »einfach« mit Geld gelöst werden.

Während in einem – von uns geforderten – Primärversorgungssystem die verschiedenen Berufsgruppen gleichberechtigt zusammenarbeiten, alle Mitarbeitenden Angestellte Gehälter beziehen und es einen direkten Zugang zu Community Health Nurses ohne ärztliche Delegation gibt, will die Koalition nun den ambulanten Sektor zum Primärarztssystem umbauen, in dem die alten Hierarchien bestehen bleiben. Doch auch ein Primärarztssystem kann nicht einfach umgesetzt werden, wenn man nichts an den Strukturen ändert. Dies scheint die Koalition nicht zu sehen. Wenn die Hausärzt*innen (oder auch manche Fachärzt*innen z.B. bei chronisch kranken Patient*innen) als Primärärzt*innen fungieren sollen, brauchen sie mindestens mehr Zeit für die einzelnen Patient*innen, denn diese Steuerung bedeutet einen höheren Aufwand an Kommunikation. Dieses Problem soll dadurch gelöst werden, dass man die Quartalsregelungen ändert und es so zu weniger unnötigen Arztkontakten z.B. bloß wegen eines Rezeptes kommt.

Sollen aber durch ein Primärarztssystem Patient*innen davon abgehalten werden, (unnötig) zum Facharzt zu gehen, braucht es insgesamt auch eine andere Verteilung der ambulanten Ärzt*innen auf Fachärzt*innen und Hausärzt*innen. Da diese Primärärzt*innen auch viel näher dem kommen, was in anderen Ländern General Practitioners leisten, müsste wohl auch die Ausbildung entsprechend diesen Anforderungen angepasst werden. Alles das braucht seine Zeit und müsste systematisch praktisch angegangen werden. Hierfür scheint jedoch kein Bewusstsein vorhanden.

Darüber hinaus enthält der Koalitionsvertrag Pläne zur »Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Ver-

sorgungszentren (iMVZ-Regulierungsgesetz)«, wodurch »Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte

Verwendung der Beitragsmittel« sichergestellt werden soll. (KV, S. 107) Man hätte auch eine Regelung treffen können, die es verhindert, dass Kapitalinvestoren Einzug ins ambulante Gesundheitswesen haben. Aber das ist wohl von dieser Koalition nicht zu erwarten.

Pflegereform

Zum Thema Pflege und Pflegeversicherung betont die neue Regierung zwar die Dringlichkeit der Herausforderungen. So seien diese eine »Generationenaufgabe«, der man mit einem »Mix aus kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen« begegnen müsse. Im Koalitionsvertrag wird entsprechend eine große Pflegereform angekündigt. Wie so oft hat man sich bei vielen Eckpunkten jedoch nicht einigen können, sodass hier eine von vielen Kommissionen (in diesem Fall eine »Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene«) angekündigt wird. Inhaltlich soll die Arbeitsgruppe unter anderem Umfang der Leistungsarten, Möglichkeiten zur Stärkung pflegender Angehöriger, bessere Angebote für pflegerische Akutsituationen, Stärkung der sektorübergreifenden pflegerischen

Versorgung, Nachhaltigkeitsfaktoren, Einsatz versicherungsfremder Leistungen für pflegende Angehörige und eine Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile diskutieren. Die Ergebnisse sollen noch im Laufe des Jahres veröffentlicht werden. (KV, S. 109)

Eine Stärkung der Pflegeversicherung durch Umwandlung in eine solidarische Bürger*innenversicherung, die nach den gleichen Regeln wie die Krankenversicherung funktioniert und alle Einkommensarten verbeitragt, sucht man in dem Papier leider vergeblich.

Beitragsätze

Die neue Regierung hat sich vorgenommen, weitere Anstiege der Beitragssätze für gesetzlich Versicherte zu vermeiden. Erreicht werden soll dies mit höheren Einnahmen durch ein höheres Beschäftigungsniveau und durch niedrigere Ausgaben. Letzteren Punkt möchte man mit einer weiteren Kommission klären, auf explizite Sparmaßnahmen wird (über die genannten Änderungen im ambulanten und stationären Sektor hinaus) an dieser Stelle des Koalitionsvertrages nicht eingegangen. Da die Fehlreize des Finanzierungssystems vor allem im stationären Bereich auch nach Einführung des KHVVG bestehen blei-

ben⁵ und nicht von einem Paradigmenwechsel in Richtung Bedarfsplanung die Rede sein kann, sehen wir die angekündigten Sparpläne sehr kritisch. Auch fragt man sich, wo der ökonomische Optimismus angesichts eines Nullwachstums dieses Jahr und einer mutmaßlich drohenden Verschärfung der Wirtschafts- und Verteilungskrise herkommt.

Apotheken, Psychotherapie und Cannabis

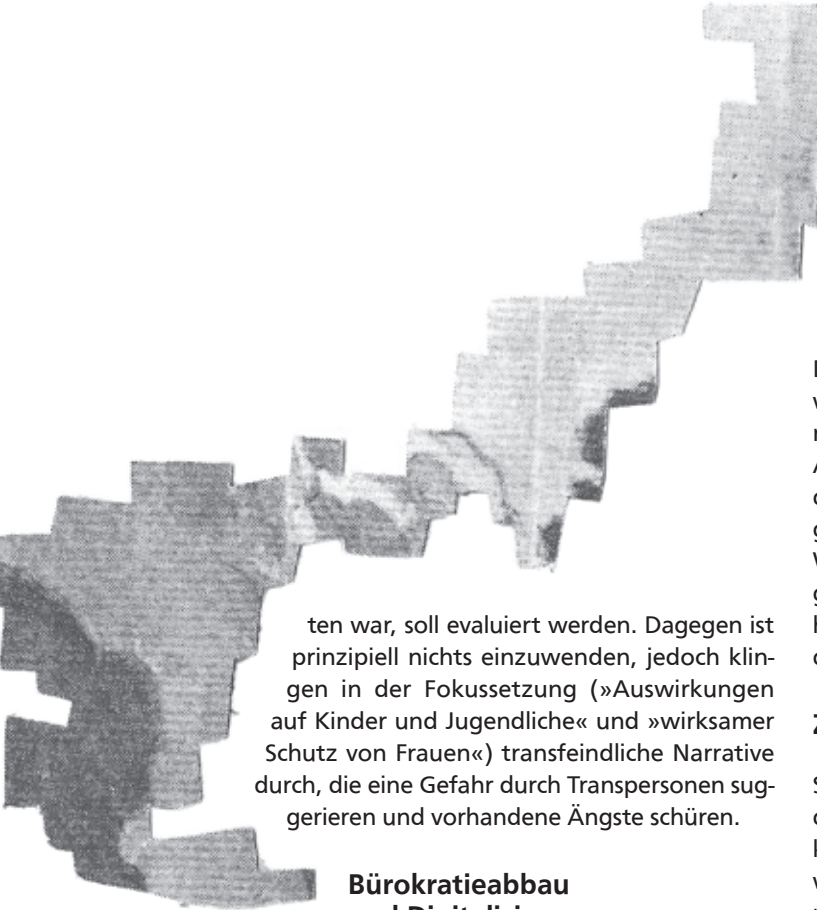
Zu Apotheken werden einige kleinere Vorhaben genannt. Insgesamt bekennt sich die neue Regierung zum Stellenwert der Vor-Ort-Apotheken, die vor allem im ländlichen Raum gestärkt werden sollen. Bezüglich Bürokratie und Dokumentation werden Erleichterungen versprochen, zudem wird das Apothekenpackungsfixum auf 9,50 € bzw. auf dem Land auf bis zu 11 € erhöht. Die Vergütung soll in Zukunft zwischen Apotheker*innen und GKV-Spitzenverband ausgehandelt werden.

Zum Thema Psychotherapie versprechen die Koalitionäre unter anderem die Förderung von Online-Beratungen und digitalen Gesundheitsanwendungen, die Notversorgung durch Psychotherapeut*innen und die Umsetzung des Suizidpräventionsgesetzes. Eine bessere psychosomatische Versorgung soll durch Abschaffung von deren Regressen in der hausärztlichen Versorgung und psychosomatische Institutsambulanzen erreicht werden. Außerdem soll die Bedarfsplanung zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie auf dem Land angepasst werden, konkrete Maßnahmen werden jedoch nicht genannt.

Cannabis bleibt erfreulicherweise auch unter der neuen Regierung legal, hier konnte sich die CSU mit Forderungen nach einer Rücknahme des unter der Ampel erlassenen Gesetzes nicht durchsetzen. Eine ohnehin geplante Evaluierung der Legalisierung soll im Herbst 2025 stattfinden.

Selbstbestimmungsgesetz

Das Ende 2024 in Kraft getretene sogenannte »Selbstbestimmungsgesetz« (Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG)), das bereits während der letzten Legislaturperiode Anlass für Debat-



ten war, soll evaluiert werden. Dagegen ist prinzipiell nichts einzuwenden, jedoch klingen in der Fokussierung (»Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche« und »wirksamer Schutz von Frauen«) transfeindliche Narrative durch, die eine Gefahr durch Transpersonen suggerieren und vorhandene Ängste schüren.

Bürokratieabbau und Digitalisierung

Zum Thema Bürokratieabbau verspricht die GroKo, »Dokumentationspflichten und Kontrolllichten durch ein Bürokratieentlastungsgesetz im Gesundheitswesen massiv« zu verringern, »eine Vertrauenskultur« zu etablieren und »die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen« zu stärken. Gesetze aus diesem Bereich sollen einem »Praxis-Check« unterzogen werden. »Datenschutzvorschriften und alle Berichts- und Dokumentationspflichten insbesondere im SGB XI« werden »auf ihre zwingende Notwendigkeit« überprüft. (KV, S. 110) Die Pläne klingen zunächst vielversprechend. Ob man damit tatsächlich eine Erleichterung für das klinische Personal erreichen kann, wird jedoch von der konkreten Umsetzung abhängen und ist angesichts des KHVVG und seiner komplexen Finanzierungsregeln stark zu bezweifeln.

Im niedergelassenen Bereich soll eine Bagatellgrenze von 300€ bei der Regressprüfung eingeführt werden, wodurch vielen Ärzt*innen unnötiger Zeitaufwand und auch emotionaler Stress erspart werden dürfte. Außerdem möchte man die Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln erleichtern. Für Krankenhäuser soll die Prüfquote gesenkt werden, im Falle wiederholt unauffälliger Prüfungen soll die Prüffrequenz deutlich fallen.

Überraschend kurz fällt der Teil zur Digitalisierung des Gesundheitswesens aus. Vorzeigeprojekt scheint die elektronische Patientenakte (ePA) zu sein, die noch 2025 stufenweise »von einer bundesweiten Testphase zu einer verpflichtenden sanktionsbewehrten Nutzung« ausgerollt wird. Diese birgt zweifelsohne sowohl große Chancen als auch gewaltige Risiken; nach den Enthüllungen des Chaos Computer Clubs und den arroganten Reaktionen aus dem Lauterbachschen Gesundheitsministerium scheint ein gewisses Maß an Skepsis leider angebracht. Im Koalitionsvertrag wird über die ePA hinaus der Aus-

bau von Videosprechstunden, Telemonitoring und Telepharmazie sowie eine Weiterentwicklung der Gematik GmbH versprochen.

Zivile Verteidigung, Krisenfeste Versorgung

Die Rechtslage in der Zivilen Verteidigung soll geändert werden und »Handlungsfähigkeit bereits vor dem Spannungs- und Verteidigungsfall« ermöglichen. (KV, S. 84) Außerdem sollen gesetzliche Rahmenbedingungen für den Gesundheitssektor im Zivilschutz sowie im Verteidigungs- und Bündnisfall geschaffen werden. (KV, S. 112) Wir werden die neue Gesetzgebung und die Bestrebungen hin zu einer weiteren Militarisierung des Gesundheitswesens in unserem Arbeitskreis zur Militarisierung des Gesundheitswesens weiterhin kritisch begleiten.

Zusammenfassung

Sollte sich die neue Regierung gesundheitspolitisch auf die im Koalitionsvertrag festgehaltenen Pläne beschränken, wird sich im Laufe dieser Legislaturperiode nur sehr wenig ändern. Der Text ist insgesamt seltsam unambitioniert. Es gibt keinerlei Anzeichen für kreative Ideen zu guter Patient*innenversorgung, vernünftiger Organisation des Gesundheitswesens oder kluger Finanzierung.

Anmerkungen:

- 1 Liveblog, »Weniger Migration, weniger Bürgergeld, weniger Faxgeräte«, taz.de, abgerufen am 09.04.2025
- 2 Verantwortung für Deutschland, Koalitionsvertrag CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode, Seite 2, 8, 145
- 3 https://x.com/SBachTax/status/1910652387083112581?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Etweet; <https://wohlstandfueralle.podigee.io/297-koalitionsvertrag>
- 4 Siehe z.B. Gesundheit braucht Politik, Ausgabe 1/2025 zum Schwerpunkt Krankenhausreform
- 5 Siehe Thomas Böhm: »Massiver Ausfall droht, Finanz-»Revolution« fällt aus. Zusammenfassende Darstellung und Bewertung des KHVVG«, Gesundheit braucht Politik, Ausgabe 1/2025



Public Pharma

Ein Gegenmittel bei Arzneimittelengpässen

Alan Rossi Silva und Jan Wintgens

Zur Krise in der Medizin gehört auch die Krise der Versorgung mit Medikamenten. Alan Rossi Silva und Jan Wintgens analysieren diese Krise und ihre grundsätzlichen Ursachen und stellen Public Pharma als ebenso grundsätzliche Lösung vor.

In den Krankenhäusern, Apotheken und Kliniken von ganz Europa spielt sich eine stille Notlage ab. Arzneimittelengpässe sind so häufig und allgegenwärtig geworden, dass sie inzwischen eine Krise der öffentlichen Gesundheit darstellen. Allein in Deutschland wurden im Jahr 2023 fast 1.500 Lieferengpässe bei Medikamenten registriert – fast dreimal so viele wie im Jahr 2021. Nahezu jede*r Krankenhausapotheker*in im Land bestätigt die Auswirkungen: Die Engpässe beeinträchtigen die wirksame Versorgung der Patient*innen. Hinter diesen Zahlen verbirgt sich eine tiefere Geschichte systemischer Fehlfunktionen – und der dringende Bedarf an mutigen, strukturellen Lösungen im öffentlichen Interesse.

Die strukturellen Ursachen und Folgen von Arzneimittelengpässen verstehen

Arzneimittelengpässe werden oft als unglückliche, aber beherrschbare Störungen eines ansonsten effizienten Pharmasystems dargestellt. Doch diese Sichtweise verschleiert die wahren Wurzeln der Krise. Tatsächlich sind diese Engpässe die vorhersehbare Folge eines Modells, das nicht auf öffentliche Gesundheit ausgerichtet ist, sondern auf eine Logik von Gewinnmaximierung basiert. Was wir erleben, ist kein zufälliges Versagen – es ist das Resultat struktureller Entscheidungen.

Verschiedene Faktoren werden traditionell als Ursachen für Medikamentenengpässe angeführt. Einige sind situativ oder logistisch bedingt, etwa saisonale Nachfrageschwankungen, Naturkatastrophen oder plötzliche epidemiologische Entwicklungen. Andere sind regulatorischer Natur, wie strengere Produktionsstandards oder nationale Lagerhaltungspflichten. Doch hinter diesen oberflächlichen Erklärungen steckt ein tiefer liegendes, systemisches Problem: die Kommerzialisierung der Gesundheit.

Ein häufig genannter Grund ist die geringe Rentabilität bestimmter Medikamente, insbesondere älterer Generika, was viele Hersteller dazu veranlasst hat, ganze Produktlinien aufzugeben. Dieses Phänomen wird auch als »price screw« [etwa: Preis Schraube] bezeichnet – eine Situation, in der der Druck zur Kostensenkung und Rückzahlungen den Unternehmen kaum Anreize lässt, die Produktion fortzusetzen. In Deutschland rechneten im Jahr 2023 30% der Generikahersteller damit, innerhalb eines Jahres 10 bis 50% ihrer Produktpalette einzustellen, und weitere 70% planten, bis zu 10% abzubauen. Das ist keine Einzelentscheidung, sondern Ausdruck eines umfassenden Rückzugs aus dem Markt.

Tatsächlich sind diese Engpässe die vorhersehbare Folge eines Modells, das nicht auf öffentliche Gesundheit ausgerichtet ist, sondern auf eine Logik von Gewinnmaximierung basiert.

Alan Rossi Silva ist Jurist (PhD) und Koordinator des Public Pharma Project des Peoples Health Movement.

Jan Wintgens ist Neurowissenschaftler (PhD), PHM Mitglied und Fürsprecher für die Public Pharma for Europe Kampagne



Die Konzentration der Produktion auf wenige globale Standorte – vor allem in China und Indien – hat ein »Just-in-time«-System geschaffen, das zwar kosteneffizient, aber störungsanfällig ist. Diese Standorte werden nicht zufällig gewählt, sondern wegen niedrigerer Lohnkosten und schwächerer Umweltvorgaben. Es sind nicht Umweltpolitik oder Arbeitnehmerschutz, die das Problem darstellen – es ist das Gewinnstreben, was ein großes Versorgungsrisiko schafft. Wenn die Herstellung von Wirkstoffen zur Profitmaximierung ausgelagert wird, werden Lieferketten länger, intransparenter und fragiler.

Weitere Faktoren sind die Monopolisierung der Versorgung durch wenige Anbieter, mangelnde Transparenz seitens der Pharmaunternehmen, das Fehlen strategischer Reserven und eine generelle Unterfinanzierung von lokalen und regionalen Produktionskapazitäten. Weniger rentable Märkte werden häufig vernachlässigt, während Pharmaunternehmen lukrativere Regionen bevorzugt beliefern.

Die Folgen dieser Engpässe sind weitreichend und zu tiefst schädlich. Patient*innen müssen auf Behandlungen warten oder diese sogar unterbrechen. Die fehlenden Alternativen erhöhen das Risiko für Medikationsfehler und Nebenwirkungen. In manchen Fällen müssen Betroffene auf teurere Medikamente zurückgreifen – mit höheren

Eigenkosten. In anderen Fällen bleibt nur der informelle oder Schwarzmarkt, wo Sicherheit und Qualität nicht gewährleistet sind.

Auch Apotheker*innen und medizinisches Fachpersonal sind betroffen. Ihr Arbeitsaufwand steigt, da sie Alternativen finden, bürokratische Hürden überwinden und besorgte Patient*innen beruhigen müssen. Das Vertrauen in das Gesundheitssystem leidet darunter. Dabei wird auch klinische Forschung verzögert oder gefährdet, wenn essentielle Medikamente für Studien fehlen.

Die sozialen und wirtschaftlichen Kosten sind weitreichend. Besonders hart trifft es vulnerable Bevölkerungsgruppen – etwa Menschen mit geringem Einkommen, komplexen Erkrankungen oder eingeschränkter Mobilität. Was als Problem der Lieferkette beginnt, wird schnell zu einer Frage von Gerechtigkeit, Gleichheit und öffentlichem Vertrauen.

Arzneimittelengpässe sind keine Einzelfälle. Sie sind sichtbare Symptome einer tieferen systemischen Krise –

einer Krise, die mehr als technische Lösungen erfordert. Sie offenbaren das Scheitern eines Modells, das Gesundheitstechnologien als Produkte statt als öffentliches Gut betrachtet. Jede echte Lösung muss an dieser Stelle ansetzen.

Unzureichende Reaktionen auf ein strukturelles Problem

Behörden, Wissenschaft und Berufsverbände haben eine Vielzahl an Maßnahmen vorgeschlagen, die sich grob in drei Kategorien einteilen lassen:

Die erste Kategorie umfasst Maßnahmen zur besseren Diagnose des Problems. Dazu gehören die Harmonisierung von Begriffen und Meldeverfahren, mehr Transparenz in den Lieferketten und eine stärkere regulatorische Aufsicht. Diese Schritte sind wichtig, bleiben aber begrenzt. Sie helfen, die Konturen der Krise besser zu erkennen, beseitigen aber nicht deren Ursachen.

Zur zweiten Kategorie gehören Versuche, mit der Knappheit umzugehen, anstatt sie zu verhindern. So sollen Apotheker*innen Arzneien ersetzen dürfen, einige Regierungen fordern Lieferungen grenzüberschreitend zu verteilen, Verfallsdaten sollen verlängert oder Notvorräte angelegt werden. Diese Maßnahmen können im besten Fall kurzfristig helfen – sie sind jedoch Strategien der Schadensbegrenzung, keine Lösungen. Sie akzeptieren den Mangel als gegeben und versuchen lediglich, ihn erträglicher zu machen.

Besorgniserregender ist jedoch die dritte Gruppe vermeintlicher »Lösungen«: Maßnahmen, die den zugrunde liegenden Marktmechanismus noch verstärken. Vorschläge wie höhere Preise, die Deregulierung der Produktion oder eine Aufweichung von Umweltstandards führen alle in die falsche Richtung. Sie schützen nicht die Bevölkerung – sie machen uns nur noch abhängiger vom Markt und entfernen uns weiter von Gesundheitsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit.

Public Pharma: Eine echte Alternative

Ist die Diagnostik falsch, kann die Therapie nicht wirken. Statt Knappheit zu verwalten oder dem Druck der Konzerne nachzugeben, müssen wir eine andere Frage stellen: Wie schaffen wir ein pharmazeutisches Ökosystem, das den Menschen über den Profit stellt? Die Antwort beginnt mit Public Pharma.

Public Pharma ist keine Utopie. Es ist eine praktische, notwendige Antwort auf die strukturellen Mängel des aktuellen Systems. Es bedeutet staatliche Infrastruktur für Forschung, Entwicklung, Produktion und/oder Verteilung von Gesundheitstechnologien. Es steht für Transparenz, Resilienz, Verantwortlichkeit – und für eine Ausrichtung an Gesundheitsbedürfnissen, nicht an Aktionärsinteressen.

Und es existiert bereits. Weltweit gibt es eine vielfältige Landschaft öffentlicher pharmazeutischer Einrichtungen. Regierungen haben öffentliche Produktionskapazitäten

aufgebaut, um den Zugang zu Gesundheitsprodukten zu sichern, regionale Unabhängigkeit zu fördern und Gesundheits-Souveränität zu stärken – oft unter großem politischen und wirtschaftlichen Druck.

Auch Europa ist Teil dieser Bewegung. In Portugal spielt das *National Medicines Laboratory* eine zentrale Rolle bei der Herstellung bezahlbarer, hochwertiger Medikamente. In Schweden hat die nationale Arzneimittelbehörde vorgeschlagen, eine staatliche Produktionsfirma zur Behebung kritischer Engpässe zu gründen. In Ländern wie der Schweiz und Frankreich haben politische Parteien öffentlich den Aufbau einer koordinierten Public-Pharma-Strategie gefordert. Und europaweit fordern Wissenschaftler*innen und Aktivist*innen eine gesamteuropäische Initiative für Public Pharma, um einen sicheren und gerechten Zugang zu Gesundheitstechnologien zu gewährleisten.

Diese Initiativen sind wertvoll und inspirierend – doch sie stehen unter permanenter Bedrohung. Öffentliche pharmazeutische Institutionen werden weltweit durch neoliberale Sparzwänge, Kürzungen und Privatisierung geschwächt. Ihre Zukunft ist alles andere als gesichert. Damit sie ihr Potenzial entfalten können, müssen sie aktiv geschützt und gezielt ausgebaut werden.

Die Zeit zum Handeln ist jetzt

Im Jahr 2024 haben sich zivilgesellschaftliche Organisationen, Forschende und Gesundheitsaktivist*innen aus ganz Europa zur *Public Pharma for Europe Coalition* zusammengeschlossen. Uns eint eine einfache, aber kraftvolle Überzeugung: Der Zugang zu Medikamenten und anderen Gesundheitstechnologien darf niemals von Marktlogik abhängen. Unsere Koalition fordert ein neues Paradigma – eines, das die öffentliche pharmazeutische Kapazität ins Zentrum der Gesundheitspolitik stellt. Eines, das Gesundheit als Menschenrecht versteht, nicht als Ware.

Angesichts der sich verschärfenden Klimakrise, geopolitischer Spannungen und zunehmender sozialer Ungleichheit wird das Risiko von Arzneimittelengpässen weiter steigen. Warten wir nicht auf die nächste Welle vermeidbaren Leidens. Lasst uns jetzt handeln – mit Entschlossenheit, Klarheit und Mut – und bauen wir die öffentliche Infrastruktur auf, die Gesundheit für alle garantiert.

Der englische Text wurde von Colette Gras übersetzt. Das Original mit allen Belegen und Fußnoten findet sich auf der Homepage von GbP: <https://www.vdaae.de/gesundheitsbraucht-politik/>

Pillen Poker

Rezension von Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser

Jörg Schaaber ist Soziologe und seit über 40 Jahren bei der Buko Pharmakampagne beschäftigt, deren Mitbegründer er auch ist. Er ist weltweit mit unabhängigen Expert*innen vernetzt und hat das globale *Netzwerk Health International (HAI)* mitgeründet. Acht Jahre war er Präsident der *Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften (ISDB)*. Das zeigt, dass er ein profunder Kenner der Pharmaszene ist. In 16 Kapiteln stellt er eindrucksvoll fundiert und mit einem ausführlichen Literaturverzeichnis die Praktiken der Pharmaindustrie dar. »Es ist kein Zufall, dass die Pharmaindustrie mehr Geld für Marketing als für Forschung« ausgibt. Sehr klar ist der Weg von der Entdeckung eines Wirkstoffs, was meistens in Forschungseinrichtungen von Universitäten (öffentlich finanziert) passiert, bis zur Vermarktung und Gewinnerzielung beschrieben.

Beispielhaft stellt Schaaber für Infektionserkrankungen wie Malaria, Tuberkulose und multiresistente Erreger, die weltweit vorwiegend in LMIC (low and middle income countries) vorkommen, dar, wie in diese Erkrankungen wenig in die Entwicklung investiert wird, weil beim Vertrieb dieser Medikamente keine hohen Gewinnmargen zu erwarten sind. Mit Medikamenten für Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes können deutlich höhere Gewinne erzielt werden. An Rosiglitazon, einem Diabetesmedikament, zeigt er beispielhaft, wie die Pharmaindustrie Einfluss auf die Zulassungsstudie genommen hat. Es kann damit zwar der Blutzucker signifikant gesenkt werden, aber es gab eine Zunahme von Herzinfarkten. Wissenschaftler, die darauf hingewiesen haben, wurden mundtot gemacht durch Androhung von Regressen, wenn sie weiterhin ihre Erkenntnisse öffentlich auf Kongressen und in Zeitschriften vertragen.

Krebsmedikamente, werden häufig anhand von Surrogat-Parametern sehr schnell zugelassen, ohne dass ausreichend Daten zur Verbesserung der Lebensqualität

und längerem Überleben vorliegen. Dies wird anhand des Zulassungsverfahrens für das Brustkrebsmedikament Palbociclib dargelegt. Einflussnahme auf die Zulassungsstudien, Bestechung von Ärzt*innen, Sponsoring von Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen werden anhand mehrerer Beispiele dargestellt, fundiert belegt, und es werden die Auswirkungen auf die Patient*innen aufgezeigt. Anwendungsbeobachtungen, die für bereits

zugelassene Medikamente durchgeführt werden, fungieren als bezahlte Werbemaßnahmen, um Ärzt*innen für die Verschreibung zu gewinnen, ohne wissenschaftlichen Gewinn zu erbringen.

Im Ausblick: »Es geht auch anders« werden Wege aufgezeigt, wie man aus diesem Teufelskreislauf raus kommen könnte. Die hohen Preise für Medikamente werden damit begründet, dass der Aufwand für die Forschung dadurch finanziert werden muss. Dies führt zu Fehlsteuerungen und überteuerten Produkten. Deshalb wäre es wichtig, durch eine Abkopplung der Forschungskosten vom Produktpreis, das sogenannte De-linkage voranzutreiben. Forschungsfinanzierung müsste daher öffentlich erfolgen. Die Ergebnisse müssten dann Gemeineigentum werden. Die Produktion und der Vertrieb könnten dann auch für neu zugelassene Medikamente wie bei den Generika

erfolgen. Der Zugang für alle Medikamente, auch im Globalen Süden müsste gesichert werden. Öffentlich geförderte Forschung muss an klare Zulassungsbedingungen geknüpft werden, dem so genannten Public Return to Public Investment. Die Patentierung von Medikamenten müsste gelichtet und reformiert werden. Nicht wirksame Medikamente und solche ohne ausreichenden Nutzen und erhöhten Nebenwirkungen müssten in einem öffentlich kontrollierten Verfahren vom Markt verschwinden, sprich ihre Zulassung verlieren. Auch wenn das Buch schon 2023 veröffentlicht wurde, ist es nach wie vor hoch aktuell und lesenswert.

JÖRG SCHAABER: PILLEN POKER.

Wie uns die Pharmaindustrie schadet und was man dagegen tun kann, Suhrkamp medizinHuman, Berlin 2023, 240 Seiten, ISBN 978-3-518-47241-5



Kinderarmut sinkt markant, Altersarmut auf dem Vormarsch

Statistische Befunde zur regionalen und soziodemografischen Entwicklung der Armut in Deutschland

Ulrich Schneider

Blick auf Gesamtdeutschland – Stagnation auf hohem Niveau

Die aktuellsten Daten zur Armutsentwicklung in Deutschland beziehen sich auf das Jahr 2023. Danach beträgt die Armutsquote in Deutschland auf Basis des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes 16,6 Prozent¹ und ist damit gegenüber 2022 um 0,2 Prozentpunkte und gegenüber 2021 um 0,3 Prozentpunkte zurückgegangen. Lassen sich diese Werte auch durchaus noch als Stagnation auf sehr hohem Niveau interpretieren, so ist es doch zumindest das erste Mal seit Einführung der Armutsstatistik auf Basis des Mikrozensus in 2005, dass die Armut in zwei Jahren in Folge, wenn auch nur leicht, so doch abnimmt. Möglicherweise könnte sich damit ein Bruch des seit 2006 herrschenden Trends stetig steigender Armutsquoten andeuten.² Sollten sich die Ergebnisse bestätigen, wären mit 14,1 Millionen Menschen rechnerisch 100.000 weniger von Einkommensarmut betroffen als im Jahr zuvor.³

Blick auf die Länder

Gleich in neun Bundesländern ist die Armut 2023 zurückgegangen, in den meisten davon sogar sehr deutlich. So nahm die Armutsquote in Mecklenburg-Vorpommern um 1,5 Prozentpunkte ab, in Thüringen um 1,1, in Niedersachsen und Hamburg um 0,8 und 0,7 Prozentpunkte. Insbesondere der relativ starke Rückgang der Armut um 0,9 Prozentpunkte in Nordrhein-Westfalen, dem einwohnerstärksten Bundesland, fällt positiv ins bundesdeutsche Gewicht.

Dem stehen in anderen Ländern allerdings auch ebenso deutlich steigende Quoten gegenüber: im Saarland um 0,7 und in Brandenburg um 0,8 Prozentpunkte. Einen echten Ausreißer stellt Berlin dar. War die Armutsquote in der Hauptstadt von 2021 auf 2022 um sehr auffällige 2,7 Prozentpunkte – von 21,1 auf 17,4 Prozent – zurückgegangen, sprang der Wert in 2023 wieder hoch auf 20 Prozent. (Siehe Tabelle 1)

Berlin hatte 2022 noch im Ländervergleich noch eine relativ niedrige Armutsquote, rutschte danach aber von einem 6. Platz wieder auf den vorletzten 15. Platz und liegt damit nur noch vor dem nach wie vor mit einer Armutsquote von 28,2 Prozent völlig abgeschlagenen Bremen. Bei Nordrhein-Westfalen ist es umgekehrt: es stieg in diesem Länderrankings nach den vorläufigen Daten vom vorletzten auf den 11. Rang auf.

Als arm gilt, wessen gewichtetes Pro-Kopf-Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen weniger als 60 Prozent des mittleren (Median) Einkommens in der Bevölkerung beträgt.

Ulrich Ulrich Schneider war langjähriger Hauptgeschäftsführer des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und ist nun als freier Autor, Berater und Sozialexperte tätig; er ist Autor des Buchs: Krise. Das Versagen einer Republik, das 2024 beim Westend Verlag erschienen ist.

Tabelle 1
Armutsquoten Bund und Länder 2021 – 2023 in %

Bundesland	2021*	2022*	2023**
Baden-Württemberg	14,1	13,5	13,5
Bayern	12,8	12,6	12,8
Berlin	20,1	17,4	20,0
Brandenburg	14,8	14,2	15,0
Bremen	28,2	29,1	28,8
Hamburg	17,5	19,5	18,8
Hessen	18,5	17,8	17,3
Mecklenb.-Vorpommern	18,3	18,8	17,3
Niedersachsen	18,3	17,9	17,1
Nordrhein-Westfalen	19,2	19,7	18,8
Rheinland-Pfalz	17,0	17,6	17,1
Saarland	17,6	19,0	19,7
Sachsen	17,0	16,7	16,9
Sachsen-Anhalt	19,2	19,2	19,4
Schleswig-Holstein	15,6	16,9	16,7
Thüringen	19,0	18,4	17,3
Deutschland	16,9	16,8	16,6

* Endergebnisse Mikrozensus

** Erstergebnisse Mikrozensus

Datenquelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Insgesamt zeigt sich Deutschland auch nach den Erstergebnissen des Mikrozensus für 2023 weiterhin sehr heterogen und armutspolitisch dreigeteilt. An der Spitze steht der Süden, Bayern und Baden-Württemberg, mit Quoten von »nur« 12,8 und 13,5 Prozent. Auch Brandenburg liegt mit einer Quote von 15,0 Prozent noch deutlich unter dem Bundeswert.

Alle anderen Länder liegen darüber, sechs Länder sogar mit beträchtlichem Abstand. Es sind Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, das Saarland und Berlin, die jeweils Quoten zwischen annähernd 19 bis 20 Prozent aufweisen. Bremen

ist, wie schon erwähnt, nach wie vor völlig abgehängt vom Rest der Republik. (Siehe Tabelle 2)

Blick auf die Soziodemographie

Noch bemerkenswerter sind die Erstergebnisse zur Soziodemographie der Armut. Insgesamt bleibt es zwar dabei, dass Alleinerziehende und kinderreiche Familien neben Erwerbslosen, Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und ohne deutsche Staatsangehörigkeit mit großem Abstand die Hauptrisikogruppen sind, doch hat sich Bemerkenswertes verschoben. So ist die Armutsquote

von Kindern und Jugendlichen mit 20,7 Prozent zwar immer noch skandalös hoch, doch ist sie gegenüber 2022 stark überproportional und sehr markant um 1,1 Prozentpunkte zurückgegangen.

Dies macht sich noch deutlicher beim statistischen Armutsrisiko der unterschiedlichen Haushaltstypen bemerkbar. Die Armutsquote von Kindern und Eltern in Alleinerziehendenhaushalten fiel 2023 um gleich 2,1 Prozentpunkte von 43,2 auf 41 Prozent. Bei Paarhaushalten mit zwei Kindern sank sie von 11,2 auf 10,4 und bei Paarhaushalten mit drei und mehr Kindern, den sogenannten kinderreichen Familien, um 2 Prozentpunkte von 32,1 auf 30,1 Prozent.

Der Rückgang der Armut im Jahr 2023 ist somit vor allem ein Rückgang der Armut von Minderjährigen. Er wird vor allem von Haushalten mit Kindern und Jugendlichen getragen. Die Zahl einkommensarmer Menschen in diesen Haushalten ging um über 200.000 zurück, während die in kinderlosen Haushalten um rund 100.000 stieg.⁴

Bei den Seniorinnen und Senioren dagegen stieg die Armutsquote noch einmal stark an und erreichte traurige Rekordmarken: So müssen mittlerweile 18,1 Prozent aller über 64-jährigen und 18,7 Prozent aller Rentnerinnen und Rentner zu den Armen gerechnet werden, 2006 waren es gerade einmal etwas über 10 Prozent. Seitdem jedoch nahm die Armut in diesem Personenkreis Jahr für Jahr ungebrochen und überproportional zu, um heute bereits fast das Ausmaß der Kinderarmut erreicht zu haben.

Dabei ist die Altersarmut vor allem weiblich. Während ältere Männer ab 65 Jahren mit einer Quote von »nur« 15,4 Prozent sogar ein geringeres Armutsrisiko ausweisen als der Durchschnitt der Bevölkerung, liegt die Quote bei den älteren Frauen bei weit überdurchschnittlichen 20,2 Prozent. (Siehe Tabelle 3)

Anmerkung zur Armutspolitik 2023

Werfen wir einen Blick auf die ökonomischen Rahmendaten des Jah-

res 2023, so haben wir es mit einem Rückgang des preisbereinigten Bruttoinlandsprodukts um 0,3 Prozent zu tun, mit einem Anstieg der Arbeitslosenquote von 5,3 auf 5,7 Prozent (bei gleichzeitigem historischen Höchststand der Erwerbstätigenzahl) und mit einer relativen Konstanz bei der Quote der Hartz IV-Beziehenden von 8,3 Prozent.

Einmal mehr wird deutlich, was sich auch in den vergangenen Jahren regelmäßig zeigte: Die Armutsentwicklung verläuft losgelöst von der wirtschaftlichen Entwicklung.⁵ Es gibt keinen echten Zusammenhang zwischen Wirtschaftswachstum und Armutsentwicklung, weder nach oben noch nach unten. Ein Mehr an volkswirtschaftlichem Reichtum erreicht in der Regel ärmere Bevölkerungsgruppen nicht. Ganz im Gegenteil. Die Armutsentwicklung ist offensichtlich von anderen Faktoren getrieben als von Erfolgen oder Rückschlägen unserer Wirtschaft. Sie scheint deutlich abhängiger von verteilungspolitischen Maßnahmen bzw. deren Unterlassung.

Aus solcher Perspektive sind in 2023 von Bedeutung:

- die Erhöhung des Kindergeldes von 219 auf 250 Euro
- die Erhöhung des Kinderzuschlags von 229 auf 250 Euro
- die Einführung eines Sofortzuschlages für Kinder im Bürgergeldbezug von 20 Euro ab Juli 2020 als Vorgriff auf die Kindergrundsicherung
- verbesserte Leistungen und Ausweitung des Bezieherkreises beim Wohngeld
- die Anhebung des BAföG-Höchstbetrages und der Ausweitung des Kreises der Antragsberechtigten ab Wintersemester 2022/23
- die Erhöhung des gesetzlichen Mindestlohnes von 10,45 Euro auf 12 Euro ab Oktober 2022

Die Anhebung des Regelsatzes (für Singles von 449 auf 502 Euro) kann dagegen vernachlässigt werden, da sie noch deutlich unter der statistischen Armutsgrenze verblieb.

Tabelle 2

Armutsquoten 2023 in % / Ranking der Bundesländer

Position	Bundesland	Armutsquote
1	Bayern	12,8
2	Baden-Württemberg	13,5
3	Brandenburg	15,0
	Deutschland	16,6
4	Schleswig-Holstein	16,7
5	Sachsen	16,9
6	Niedersachsen	17,1
6	Rheinland-Pfalz	17,1
8	Hessen	17,3
8	Mecklenburg-Vorpommern	17,3
8	Thüringen	17,3
11	Hamburg	18,8
11	Nordrhein-Westfalen	18,8
13	Sachsen-Anhalt	19,4
14	Saarland	19,7
15	Berlin	20,0
16	Bremen	28,8

Erstergebnisse Mikrozensus 2023

Datenquelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Hinzu kam eine Reihe einmaliger Entlastungszahlungen zur besseren Bewältigung der zur Jahreswende 2022/2023 ganz erheblich gestiegenen Energiepreise. Es handelt sich um die »Energiepauschale« in Höhe von 300 Euro für Rentnerinnen und Rentner und 200 Euro für Studierende sowie einen Heizkostenzuschuss für Beziehende von Wohngeld oder BAföG von 415 bzw. 345 Euro.

Diese Transfers werden insgesamt zum Rückgang der Armutsquote in 2023 beigetragen haben, sollten die Endergebnisse diesen Rückgang bestätigen. Insbesondere ist auch ein starker Zusammenhang zwischen der Erhöhung des gesetzlichen Min-

destlohnes und dem markanten Rückgang der Armut unter abhängigen Beschäftigten zu vermuten. Doch können all die Maßnahmen nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie für den einkommensarmen Bevölkerungsteil in keiner Weise bedarfsdeckend waren, dass sie eher einem allgemeinpolitischen Stimmungskrisenmanagement als einer planvollen Armuts politik zuzuordnen waren. Die gesamte Politik der verschiedenen Entlastungspakete zeigte eine bemerkenswerte soziale Schieflage auf: Den mit rund 13 Milliarden Euro zu Buche schlagenden einmaligen Hilfen und Verbesserungen beim Kindergeld, beim Wohngeld und

**Tabelle 3: Armutsquoten in %
nach soziodemographischen Merkmalen 2021 – 2023**

Merkmalsgruppe	2021*	2022*	2023**
Insgesamt	16,9	16,8	16,6
Alter			
Unter 18	21,3	21,8	20,7
18 bis unter 25	25,8	25,2	25,0
25 bis unter 50	14,9	14,6	14,2
50 bis unter 65	13,0	12,8	12,5
65 und älter	17,6	17,5	18,1
Geschlecht			
Männlich	16,0	15,8	15,5
Weiblich	17,8	17,8	17,6
Alter und Geschlecht			
Männlich 18 bis unter 25	24,1	23,6	23,6
25 bis unter 50	14,4	13,8	13,4
50 bis unter 65	12,3	12,0	11,8
65 und älter	15,2	15,1	15,4
Weiblich 18 bis unter 25	27,6	27,0	26,5
25 bis unter 50	15,5	15,5	15,1
50 bis unter 65	13,7	13,5	13,2
65 und älter	19,5	19,4	20,2
Haushaltstyp			
Einpersonenhaushalt	28,2	27,7	28,1
Zwei Erwachsene ohne Kind	9,2	9,1	9,0
Sonstiger Haushalt ohne Kind	10,4	9,9	9,9
Ein(e) Erwachsene(r) mit Kind(ern)	42,3	43,2	41,0
Zwei Erwachsene und ein Kind	8,9	8,4	8,1
Zwei Erwachsene und zwei Kinder	11,3	11,2	10,4
Zwei Erwachsene und drei oder mehr Kinder	32,2	32,1	30,1
Sonstiger Haushalt mit Kind(ern)	22,6	23,7	22,8

beim BAföG stellte die Ampel-Regierung ein Steuerentlastungspaket zum Abbau der sogenannten kalten Progression mit einem Volumen von rund 18 Milliarden Euro zur Seite, von denen rund 2/3, der Steuerlogik

folgend, Besserverdienenden zugutekam.⁶

Wie auch schon in 2022 setzte die Ampel ganz beträchtliche Finanzmittel in Bewegung, um die Inflation in den Portemonnaies der Bürger

etwas zu mildern, agierte dabei jedoch mit der sprichwörtlichen Gießkanne, anstatt sich, wie viele Ökonomen forderten, zielgenau, dafür aber wirklich effektiv auf tatsächlich bedürftige Haushalte zu konzentrieren.⁷

Der Rückgang der Armut insgesamt fällt daher genauso bescheiden aus wie im Jahr zuvor. Mit einer Quote über alle Regionen und soziodemographischen Gruppen von 16,6 Prozent bleibt die Armut in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau. Nach wie vor stehen daher durchgreifende armutspolitische Maßnahmen aus. Dazu gehören eine deutliche Anhebung der Regelsätze in Hartz IV und der Altersgrundsicherung ebenso wie eine tatsächlich Armut verhindernde Grundsicherung für Kinder, deutliche Leistungsverbesserungen beim BAföG und die Erhöhung des gesetzlichen Mindestlohnes auf 15 Euro.

Die notwendige Bekämpfung der außerordentlich schnell und ungebremst steigenden Altersarmut in Deutschland verlangt eine umfas-

sende Agenda zur Reform der Alterssicherung. Die Aktienrente wird armutspolitisch überhaupt keine Spuren hinterlassen. Stattdessen sollte die Alterssicherung von der Reform der Rentenversicherung u.a. mit dem Ziel der Armutsvermeidung langjährig Versicherter über eine Reform der Altersgrundsicherung bis hin zur Vollversicherung in einem Pflegesystem reichen, in dem mittlerweile jeder dritte Bewohner eines Pflegeheimes in die Sozialhilfe fällt, weil die erforderlichen Eigenleistungen von zunehmend mehr Menschen nicht mehr aufgebracht werden können.⁸ Die Stabilisierung des Rentenniveaus allein wird des Problems nicht Herr werden.

Anmerkungen:

- 1 Die Schwelle lag 2023 für einen Single bei 1.247 Euro, für ein Paar mit 2 Kindern bei 2.620 Euro. Zur Berechnungsweise vgl. Median und Armutsgefährdungsschwelle ab 2020.pdf (statistikportal.de), letzter Aufruf 08.05.2024
- 2 In 2006 betrug die Quote noch 14,0 Prozent. Seitdem hatte die Armut bis

zum Höchstwert von 16,9 Prozent in 2021 sukzessive um 21 Prozent zugenommen.

- 3 Zu berücksichtigen ist dabei, dass 2023 die Gesamtbevölkerung gegenüber 2022 um ca. 0,3 Mio. Einwohner*innen zugenommen hat.
- 4 Eigene Berechnungen nach Daten des Statistischen Bundesamtes
- 5 Vgl. hierzu die Paritätischen Armutsberichte der vergangenen Jahre, zuletzt: Armut in der Inflation. Paritätischer

Armutsbericht 2024, Berlin 2024, S. 5
 Grafik 1: Armuts- und Wirtschaftsentwicklung 2005 bis 2019 und 2020 bis 2022

- 6 Vgl. Ulrich Schneider: Krise – Das Versagen einer Republik, Neu-Isenburg 2024, S. 26ff.
- 7 Vgl. a.a.O., S. 20ff.
- 8 Vgl. zur armutspolitischen Agenda a.a.O., S. 135ff.

Tabelle 3 – Fortsetzung

Merkmalsgruppe	2021*	2022*	2023**
Erwerbsstatus			
Erwerbstätige	8,9	8,7	8,2
Selbständige (einschließlich mithelfende Familienangehörige)	13,0	11,4	11,3
Abhängig Erwerbstätige	8,5	8,4	7,9
Erwerbslose	49,4	49,7	50,7
Nichterwerbspersonen	24,2	24,5	24,6
Rentner/-innen und Pensionäre/ Pensionärinnen	18,2	18,1	18,7
Personen im Alter von unter 18 Jahren	21,5	22,0	21,0
Sonstige Nichterwerbspersonen	42,5	44,3	45,5
Qualifikationsniveau der Person mit dem höchsten Einkommen im Haushalt (Haupteinkommensbezieher)			
Niedrig (ISCED 0 bis 2)	39,8	39,0	38,5
Mittel (ISCED 3 und 4)	16,4	16,1	15,7
Hoch (ISCED 5 und höher)	6,7	6,8	7,3
Qualifikationsniveau⁷⁾ (Personen im Alter von 25 Jahren und älter)			
Niedrig (ISCED 0 bis 2)	32,7	31,6	31,5
Mittel (ISCED 3 und 4)	13,6	13,3	13,2
Hoch (ISCED 5 und höher)	7,0	7,1	7,6
Staatsangehörigkeit			
Ohne deutsche Staatsangehörigkeit	35,9	35,3	35,5
Mit deutscher Staatsangehörigkeit!	14,1	13,8	13,3
Migrationshintergrund⁸⁾			
Mit Migrationshintergrund	28,6	28,1	27,7
Ohne Migrationshintergrund	12,5	12,2	11,9

* Endergebnisse Mikrozensus

** Erstergebnisse Mikrozensus

Datenquelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Ottomar Bahrs und Barbara Doss stellen hier den »Sozialen Sinn« ihres Modells der Salutogenese vor. Sie wird nicht als Handlungskonzept, sondern als theoretischer Hintergrund für ein Handeln, das auf Förderung von Selbstbestimmung, Kooperation und Solidarität zielt, gedacht – allerdings unter Abstraktion der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Das Verhältnis dieser und die Widersprüche zu dem theoretischen Ansatz der Salutogenese diskutiert Isabelle Horster vor dem Hintergrund ihrer konkreten praktischen Tätigkeit im ökonomisierten Krankenhaus.

Gesundheit als Sozialer Sinn

Ottomar Bahrs und Barbara Doss

Gesundheit und Krankheit sind gesellschaftlich vermittelt. Deshalb sind die Entwicklung, Förderung und Erhaltung von Gesundheit beziehungsorientierte soziale Prozesse. In Zeiten systemischer Krisen scheint aber die Gefahrenabwehr politisch Vorrang zu haben, und die Einzelperson hinter dem Gemeinwohl zurückstehen zu müssen. Vernachlässigt werden dabei Erfolgserlebnisse, die immer subjektiv sind und einen eigenständigen Weg zur Gesundheit ermöglichen.

Ein Gesundheitssystem muss dem Rechnung tragen. Die Vorstellungen davon, was als »gesund« gilt, werden immer erneut gesellschaftlich ausgehandelt und Errungenschaften fragil. Was sich durchsetzt, ist auch abhängig von Interessen und sozioemotionalen Stimmungslagen, die ihren Ausdruck in identitäts- und sinnstiftenden Erzählungen finden. Kann das aus den Niederlanden kommende »Positive-Health-Konzept« ein Stück weit diese Funktion übernehmen?

Gesundheitsbildung im umfassenden Sinne des Wortes integriert die Versorgung hilfsbedürftiger Menschen und die Unterstützung bei der Entwicklung und Erhaltung von gesundheitsförderlichen Ressourcen. Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung müssen dafür gemeinwohlorientiert, solidarisch und personenzentriert sein. Damit dies Wirklichkeit werden kann, braucht es eine gesundheitsbezogene Politik, die es ermöglicht, bottom-up-Initiativen und zentral koordinierte Interventionen miteinander zu kombinieren und dabei globale Orientierung, überregionale Vernetzung und lokales Handeln zu verbinden. Sie sollte neben forschungsbasiertem Wissen auch das auf Erfahrung gestützte implizite Wissen der Akteure nutzen und getragen sein von einer Grundhaltung der Wertschätzung, die das Verhältnis zwischen den Menschen und ihrer Umwelt bestimmt. Das Recht auf Gesundheit ist zu begleiten von der Unterstützung des Empowerments, insbesondere in Krisen, um eine umfassende Gesundung zu ermöglichen. Die Möglichkeit einer gesunden

Ottomar Bahrs und Barbara Doss sind Sprecher*innen des Dachverbands Salutogenese (www.dachverband-salutogenese.eu) und Herausgeber*innen der Zeitschrift *Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin*.

Ottomar Bahrs ist Medizinsoziologe und freier Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf und begleitet Forschungsprojekte zur Pilotierung von »Positive Health«.

Barbara Doss ist Soziologin und arbeitet als Sängerin, Gesangspädagogin und Musiktherapeutin.

Gesundheitsbildung ist damit gesellschaftliche Aufgabe und in Settings wie Schulen oder Gemeinden gezielt zu fördern.

Entwicklung jedes Menschen und der Bevölkerung ist ein grundlegendes Menschenrecht.

Der geschichtliche Umgang der Medizin mit dem Subjekt

»Wie lange noch sollen Physiker und Generäle statt Dichter und Künstler unser Weltbild bestimmen?«
(Viktor von Weizsäcker, 1956: 177)

Von einer Krise der Medizin ist seit dem Anfang des 20. Jahrhunderts immer wieder die Rede (Rieger, 2023). Zunächst ging es um Kritik an der Verabsolutierung einer objektivierenden Labormedizin, die vergaß, dass es sich beim Menschen um ein Objekt handelt, dem ein Subjekt innewohnt (Weizsäcker, 1973). Viktor von Weizsäckers Forderung nach »Einführung des Subjekts« blieb randständig, bildete aber die Grundlage für psychosomatische Medizin und das biopsychosoziale Modell.

In den 1970er und 1980er Jahren lenkten Forschende wie Aaron Antonovsky den Blick auf soziale Determinanten von Gesundheit. Antonovsky entwickelte das Konzept der Salutogenese, das Gesundheit als lebenslangen Bildungsprozess versteht. Parallel dazu entstand die Ottawa-Charta der WHO (1986), die die Herstellung von Gesundheit im Alltag verortet – dort, wo Menschen leben, lieben, arbeiten und spielen. Gesundheitsbildung ist damit gesellschaftliche Aufgabe und in Settings wie Schulen oder Gemeinden gezielt zu fördern.

Neuere Debatten rücken die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen in den Fokus. Helfende erleben zunehmend Sinnverlust – etwa im Zusammenhang mit Ökonomisierung –, was sich auch auf ihre eigene Gesundheit auswirkt und nach neuen Antworten verlangt. Das aus den Niederlanden kommende Positive-Health-Konzept könnte hier Abhilfe schaffen, weil es Sinn, Subjektorientierung und gesellschaftliche Verankerung verbindet. Die Allgemeinärztin Machteld Huber et al. (2016) hatten über eine Befragung von Stakeholdern einen erweiterten Begriff von Gesundheit herausgearbeitet. Gesundheit sei nicht Selbstzweck, sondern Mittel für ein sinnerfülltes Leben. Was dies jeweils meint, ist je personenspezifisch, und so wurde ein Instrument zur mehrdimensionalen Selbsteinschätzung der subjektiven Gesundheit entwickelt, das als Grundlage für ein »anderes Gespräch« dient, in dem Wünsche, Ziele und Umsetzungsmöglichkeiten der Beteiligten im Vordergrund stehen. Dies ermöglicht, bestehende Ressourcen und Selbsthilfepotentiale aufzugreifen

und einen Empowermentprozess zu unterstützen. Jetzt, gut zehn Jahre später, arbeiten viele Hausärzte nach dem Prinzip, es strahlt in andere Tätigkeiten aus und ist mittlerweile auch Leitkonzept eines regionalen Netzes der integrierten Versorgung in der niederländischen Region Limburg. Über verstärkte Netzwerkarbeit bildet sich eine gemeinsame bedarfs- und bedürfnisorientierte Philosophie der Hilfeleistung aus, die kooperationsfördernd und ressourcensparend ist. »Die Kraft der positiven Gesundheit« wirkt offenbar bis in die Ebene der Entscheider. (<https://www.mooimaasvallei.nl/files/media/mmv-transformatieplan.pdf>)

Das Verhältnis von Gesellschaft/Umwelt und Individuum in der Salutogenese

Wie Isabelle Horster in ihrem »Blick auf die Salutogenese« ausführt, verstand Aaron Antonovsky Gesundheit als Kontinuum zwischen den Polen »Health« und »Dis-ease«. Die Faktoren, die das Hinbewegen auf den Gesundheitspol des Kontinuums entscheidend beeinflussen, bezeichnete Antonovsky als *Widerstandsressourcen* (*Generalised Resistance Resources*). Er fand sie sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene und bezeichnete sie als »phenomena that provide one with sets of life experiences characterized by consistency, participation in shaping outcomes and an underload-overload balance« (Idan et al. 2017, S. 57).

- **Gesellschaftlich:** Frieden, politische Stabilität, funktionierende soziale Netze
- **Individuell:** Beziehungsressourcen, psychische und kognitive Fähigkeiten, körperliche Verfassung
- **Familiär & Community:** Elterliche Ressourcen, Schule, Zugang zu Gesundheitsangeboten
- **Materiell:** Finanzielle Sicherheit, Zugang zu Dienstleistungen

Generalisierte Widerstandsressourcen sind sozial ungleich verteilt, und dies verstärkt sich tendenziell im Laufe des Lebens. In der Gesundheitssoziologie wird das Salutogenese-Modell zur Erklärung der Beziehung zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit genutzt, wobei zu betonen ist, dass der Zusammenhang nicht determiniert ist, sondern Lebenserfahrungen modulierend wirken. »Bei jeder Person kann eine Zufallsbegegnung, eine mutige Entscheidung oder sogar eine von außen herbeigeführte Veränderung eine beträchtliche Veränderung des



Ausmaßes des SOC ... auslösen. ...Solche Veränderungen des SOC sind jedoch selten.« (Antonovsky, 1987, S. 117)

Plädoyer für eine beziehungsorientierte Gesundheitsförderung

Die nachstehenden Überlegungen gehen auf ein Positionspapier des *Dachverbands Salutogenese* zurück, das während der Corona-Krise und dem Bundestagswahlkampf 2021 entstanden ist.¹

In Zeiten von Coronakrise und Klimakatastrophen – als Ausdruck gestörter Mensch-Natur-Beziehungen – ist es in Gesundheitspolitik und medizinischem System zu einer Renaissance einer (nahezu ausschließlichen) pathogenetischen Orientierung gekommen, die auch den Alltag dominiert. Die zugrunde liegende Frage danach, wie Gesundheit geschaffen, erhalten und gestärkt werden kann, ist ins Hintertreffen geraten. Hier muss auf allen Ebenen gegengesteuert werden.

Eine zukünftige Gesundheitsförderung verbindet aufeinander bezogene Bottom-up-Initiativen und zentral koordinierte Interventionen. Sie wird unabhängig von Gewinnorientierung und Einzelinteressen finanziert und verbindet globale Orientierung, überregionale Vernetzung und lokales Handeln. Sie nutzt gleichermaßen erfahrungsbasiertes als auch forschungsbasiertes Wissen (RVS, 2017) und basiert auf einer grundlegenden Haltung der Anerkennung, die das Verhältnis der Menschen untereinander und zu ihrer Umwelt leitet. Das Recht auf Gesundheit wird begleitet von der Unterstützung des Empowerments, insbesondere in Krisen, um eine umfassende Gesundung zu ermöglichen. Die Möglichkeit einer gesunden Entwicklung jedes Menschen und der Bevölkerung insgesamt ist grundlegendes Menschenrecht.



Gesundheit als Beziehungsprozess für ein gelingendes Leben

Gesundheitsbildung ist ein sozialer und naturbezogener Prozess, der psychische, emotionale, spirituelle und körperliche Aspekte gleichermaßen betrifft und von Anfang an beziehungsorientiert vermittelt ist (Bahrs, 2021). Gesundheit und Krankheit sind nicht nur in, sondern *zwischen* den Menschen (Weizsäcker, 1930). Zukünftige Gesundheitsförderung meint es ernst mit der »Einführung des Subjekts« (Weizsäcker, 1973) in Medizin, Pädagogik, Sozialarbeit usw. Sie ermöglicht das Empowerment der Bürger*innen und ein authentisches Handeln der Helfenden, in dem diese unabhängig von Qualifikation und Tätigkeitsbereich als Personen erkenn- und erfahrbar sind. Damit werden die bestehenden Eigenkompetenzen der Bürger*innen einerseits und die begrenzten und spezifischen Ressourcen der Helfer*innen andererseits in Forschung und Praxis wertgeschätzt.

Die Rolle des aktiven Zuhörens als Beispiel für salutogene Orientierung

Aktives Zuhören macht Gebrauch von der Selbstheilungskraft des Geschichtenerzählens, das auf die Konstruktion von Sinn zielt (Nünning & Nünning, 2019) und damit auch Selbstkorrekturen und Gelingenserfahrungen möglich macht. Gesundheitsbildung ist ein (re)konstruktiver Prozess, in dem verschüttete Bedürfnisse der Individuen und verschüttetes gesellschaftliches Erfahrungswissen über Gesundungsprozesse zukunftsorientiert zu neuer Wirkungskraft kommen.

Die Bildung von Gesundheit ist zudem ein biografischer Prozess, dessen bewusste Gestaltung und Aneignung interaktiv und nicht zuletzt über das Erzählen erfolgt (Kallitzkus, 2018). In Umbruch- und Krisenzeiten sind neben der Bereitstellung von maßgeschneiderten Informationen vor allem persönliche und kontinuierliche Unterstützung und maßgeschneiderte Informationen hilfreich. Die Gesundheitsförderung der Zukunft basiert auf einer Kultur der Anerkennung und Toleranz.

Die Gesundheitsförderung der Zukunft steht vor der doppelten Aufgabe, die Einzelnen (und ihre Zugehörigen) zur Ausbildung der ihnen gemäßen Gesundheit zu befähigen und zur Förderung der »Gesundheit« der Gesellschaft als Ganzes beizutragen. Insbesondere gilt es, die Dynamik der uns tragenden (äußeren und inneren) Natur zu respektieren (Mathpati et al., 2020). Deshalb brauchen wir Räume der Verständigung und einen offenen gesamtgesellschaftlichen Diskurs darüber, wie die Gesellschaftsmitglieder als Gemeinwesen ein »gelingendes Leben« verstehen und die Voraussetzungen dafür schaffen wollen.

Die Notwendigkeit von neuen Narrativen

Die anfangs angedeuteten Antworten auf Krisen der Medizin zeigen, dass schon seit langem viele gute Argumente für eine Neustrukturierung von Gesundheitsbildung vorgelegen haben. Damit es zu einem Sog der Veränderung kommen kann, braucht es positive Beispiele, die erzählt werden, Identifikation ermöglichen und sich zu handlungsleitenden alternativen Narrativen verdichten. Es scheint, dass in den Niederlanden mit dem Positiv-Health-Konzept eine solche Alternative aufkommt und nun auch u.a. in Deutschland Anziehungskraft erhält (vgl. das Themenheft Positive Gesundheit: Was bringt Deine Augen zum Leuchten?, Der Mensch 66/67, im Druck). Vielleicht ist es außerdem an der Zeit, nicht nur die Helfenden als ganze Personen anzusprechen, sondern auch den Entscheidungsträgern zu ermöglichen, mit ihren Ressourcen hauszuhalten. Eine »caring community« (Ottawa Charta, 1986) braucht politisch verantwortungsvoll Handelnde, die keine Übermenschen zu sein brauchen und weiterhin auch selbst »ein Leuchten in den Augen haben« können angesichts der von ihnen erfüllten Aufgaben.

Nachgedanken

Antonovsky hat sich mit guten Gründen gegen eine Positivdefinition von Gesundheit ausgesprochen, weil er Medikalisierung und die Gefahr von Ausgrenzung befürchtete (Antonovsky, 1987). So ist auch unübersehbar, dass Ansätze wie Salutogenese, Resilienz oder Positive Health in individualistisch verkürzter Form eingepasst werden können, in Strategien der »Selbstoptimierung«, die auf ein weiteres Gefügigmachen der vereinzelt Einzelnen hinauslaufen. Kein Konzept ist geschützt vor dem Versuch der Indienstnahme – George Orwell hat in »1984« die Umwertung von Werten meisterhaft beschrieben, die wir auch heute erleben. Was als Gesundheit gelten soll, bedarf daher auch weiterhin der gesellschaftlichen Auseinandersetzung, in der wir alle aufgefordert sind, uns zu positionieren.

Anmerkungen:

- 1 Der Abschnitt greift Argumente aus Diskussionen auf, die in den vergangenen Jahren in der Zeitschrift »Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin« geführt wurden, namentlich in Heft 59 (2019): Sinnstiftende Erzählungen, Narrative; 60/61 (2020): »I have a dream« – Wofür die Corona-Krise einmal gut gewesen sein könnte; 62/63 (2024): Global denken – lokal handeln; 64/65: Salutogenese – Orientierung inmitten von Krisen; 66/67 (im Druck): Positive Health – Was bringt Deine Augen zum Leuchten?

Modelle von Gesundheit und Krankheit

Ein praktischer Blick auf das Modell der Salutogenese

Isabelle Horster

Für mich als Assistenzärztin in der Inneren Medizin eines kleinen Krankenhauses steht aktuell eine pathogenetische Herangehensweise bei der Diagnosestellung und der Behandlung von Patient*innen im Vordergrund.

Unter hohem Zeitdruck bei Zuständigkeit für ca. 14 Patient*innen ist es eine tägliche Herausforderung, das bio-psycho-soziale Modell in der Krankheitsentstehung zu adressieren. Bei der Fülle an täglichen Aufgaben und meinem begrenzten Arbeitstag ist es ein permanenter Zeitkonflikt, sich im Sinne einer »personen-zentrierten« Versorgung, Zeit für die Evaluation der individuellen Präferenzen, Bedürfnisse und Werte der Menschen zu nehmen und zur individuellen Gesundheitsförderung beizutragen. Wenngleich die Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells und eine Patient*innen zentrierte Versorgung zur evidenzbasierten Medizin zu zählen sind, scheint die Umsetzung bei der ökonomischen Fokussierung des Gesundheitswesens systemisch nicht gewollt zu sein. Das führt zu Widersprüchlichkeiten, mit denen ich mich als Assistenzärztin allein gelassen fühle. Zwei Fragen gaben den Anlass für diesen Artikel: Wie kann ich in diesem System gesund bleiben und wie kann ich die Gesundheit der sich in Behandlung befindenden Menschen nachhaltig fördern?

Im Folgenden möchte ich das Modell der Salutogenese charakterisieren, um anschließend einen Ausblick zu wagen und den Bogen zu meiner Tätigkeit als Assistenzärztin zu schließen.

Das Modell der Salutogenese kann den psychosozialen Modellen von Krankheit und Gesundheit zugeordnet werden (Klemperer, 2020, S. 67ff.)¹. Aaron Antonovsky, als Begründer der Salutogenese, hat bei der erfolgreichen Bewältigung von Stressoren den Begriff des *sense of coherence* (SOC, Kohärenzgefühl) geprägt. Das SOC trägt mit Hilfe eines kognitiv-emotionalen Verarbeitungsmusters und motivationalen Aspekten auf der Basis generalisierter Widerstandsressourcen dazu bei, ein Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit in der jeweiligen Situation zu entwickeln (Mittelmark, 2022, S.59ff.; Klemperer, 2020, S. 74ff.). Zu den generalisierten Widerstandsressourcen zählen soziale, kulturelle und psychologische Ressourcen wie das Bildungsniveau, finanzielle Ressourcen, die Wohnumgebung, tiefe und stabile Bindungen zu Mitmenschen sowie institutionalisierte Bindungen zwischen dem*der Einzelnen und der Gesellschaft, die für die Bewältigung unterschiedlichster Herausforderungen hilfreich sein können. (Mittelmark, 2022, S.30ff).

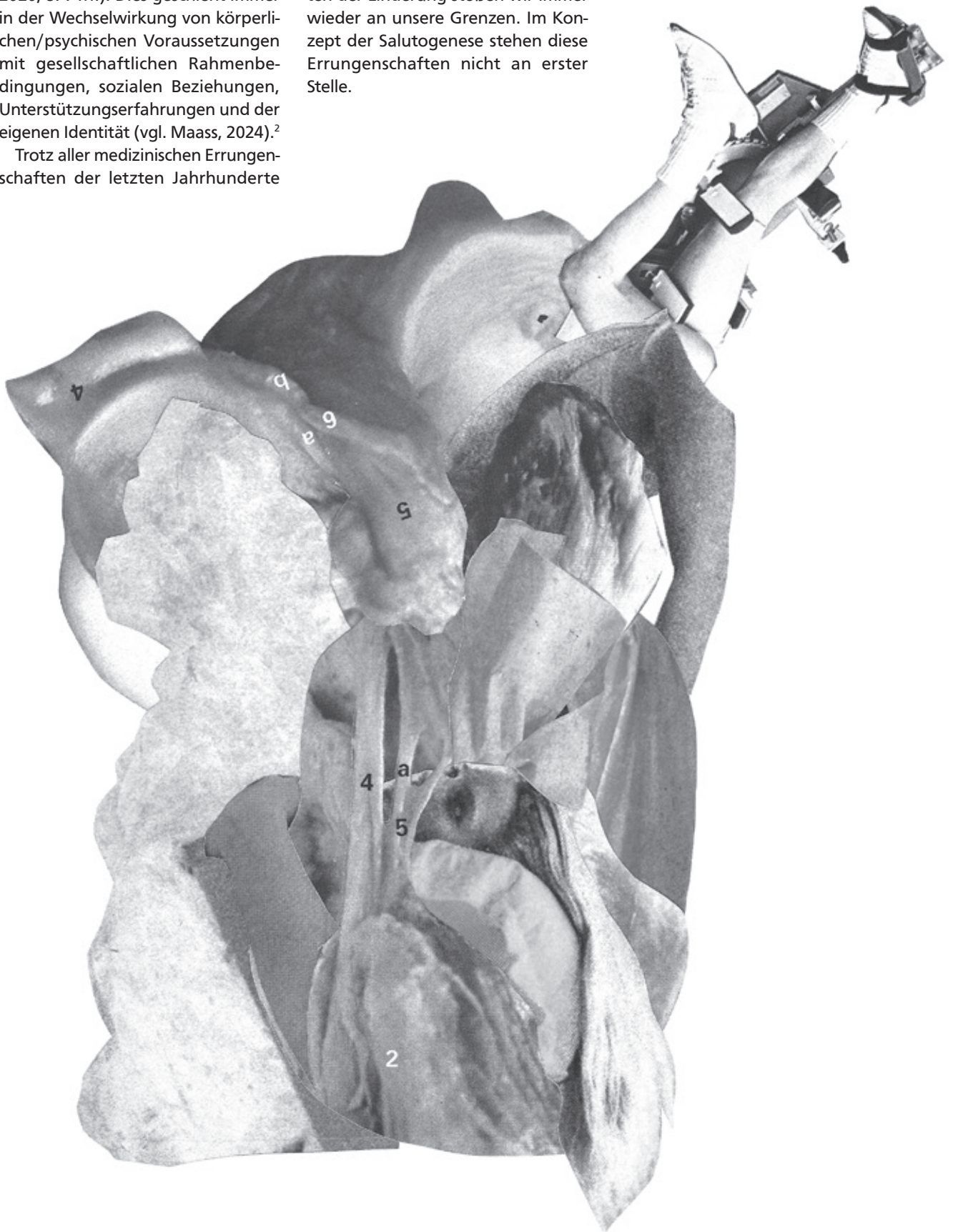
Gesundheit und Krankheit werden als Kontinuum verstanden, während in der pathogenetischen Herangehensweise Gesundheit und Krankheit als dichotom gelten. Egal an welchem Pol zwischen Gesundheit und Krankheit sich eine Person befindet, das Ziel der Anwendung des Modells der Salutogenese liegt in einer Verschiebung des subjektiven Wohlbefindens hin zum Pol Gesundheit. Im Vordergrund stehen die Autonomieförderung und die

Isabelle Horster ist Ärztin in Weiterbildung und Mitglied der Redaktion von GbP.

Mobilisierung von Ressourcen sowie die Förderung eines SOC (Klemperer, 2020, S. 74ff.). Dies geschieht immer in der Wechselwirkung von körperlichen/psychischen Voraussetzungen mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, sozialen Beziehungen, Unterstützungserfahrungen und der eigenen Identität (vgl. Maass, 2024).²

Trotz aller medizinischen Errungenschaften der letzten Jahrhunderte

bleiben viele Erkrankungen nicht heilbar und auch mit den Möglichkeiten der Linderung stoßen wir immer wieder an unsere Grenzen. Im Konzept der Salutogenese stehen diese Errungenschaften nicht an erster Stelle.



Ein Gesundheitswesen, das die Entstehung von Krankheiten dem gesellschaftlichen Kontext entzieht, führt zu einer Vernachlässigung der komplexen Zusammenhänge zwischen Individuum und Gesellschaft in der Krankheitsentstehung und Erfahrung von Gesundheit.

Das Modell der Salutogenese kann uns helfen, Patient*innen dabei zu unterstützen, eine Gesundheit zu bilden, die die Fähigkeit hat, »mit sozialen, körperlichen und emotionalen Herausforderungen umzugehen und selbstbestimmt mit ihnen zu leben« (Huber et al. 2011, 2016, 2024). Dies geschieht, um es nochmal zu betonen, immer in der Wechselwirkung von körperlichen/ psychischen Voraussetzungen mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, sozialen Beziehungen, Unterstützungserfahrungen und der eigenen Identität (vgl. Maass, 2024).³ Gesundheit ist nicht individualisierbar.

Damit die Gesundheitsförderung möglich ist, braucht es zwischenmenschliche Bindung auf der Basis einer »Gleich-Würdigkeit«, mit einer Hochachtung des Gegenüber und der dafür notwendigen Zeit. Eine Form dieser Bindung kann die Beziehung zwischen Mitarbeitenden der Gesundheitsberufe und den aufsuchenden Personen darstellen. Diese besteht in der Regel im Krankenhaus deutlich kürzer als im ambulanten Gesundheitssektor.⁴ Der ökonomische Profit oder allgemein die Wirtschaftlichkeit stehen in der Regel im direkten Widerspruch zu zwischenmenschlicher Bindung und der dafür notwendigen Zeit. Ein Aspekt, der die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und -bildung im Krankenhaus limitiert. Gleichzeitig bleibt in jeder zwischenmenschlichen Interaktion ein Gestaltungsspielraum bestehen, den wir täglich ausfüllen können.

Corinne Scherwarth hat in ihrem Essay »When you are ready for us, we are ready for you« ihre positive Bindungserfahrungen als Patientin in einem dänischen Krankenhaus bei einer notfallmäßigen Vorstellung im Rahmen einer Blinddarmentzündung niedergeschrieben (Scherwarth, 2022)⁵. Strukturell wird die Notwendigkeit bindungs-orientierten Arbeitens an deutschen Krankenhäusern und allgemein im Gesundheitswesen nicht mitgedacht. Bindungsorientiertes Arbeiten wäre ein wesentlicher gesundheitsförderlicher Ansatz für Mitarbeitende und Aufsuchende des Gesundheitssystems, auch in Krankenhäusern. Es ist ein systemisches Phänomen, dass die Beziehungsarbeit und Reflexion von Beziehungen zurückgestellt werden, zugunsten eines technisch-medikalisierten Ansatzes in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, welcher sich auch leichter ökonomisieren lässt. Die Förderung von Widerstandsressourcen mit der Stärkung eines SOC erfolgt in der Beziehung zwischen Mitarbeitenden von Gesundheitsberufen und den aufsuchenden Personen naturgemäß auf einer primär individuellen Ebene. Da Widerstandsressourcen sozial und regional ungleich verteilt sind, ist die systemische Förderung eines SOC auf gemeinschaftlicher, regionaler, staatlicher und internationaler Ebene im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (Public Health) unerlässlich.

In meiner aktuellen Rolle als Assistenzärztin stehe ich nicht nur unter enormen zeitlichen Druck. Ich möchte meiner Verantwortung gerecht werden, »eine gute Ärztin sein«⁶ und dabei den Ansprüchen der evidenzbasierten Medizin gerecht werden, sowie meine Patient*innen als Menschen wahrnehmen können. In einem System ohne Fehlerkultur, mit Perfektionismus als Anspruch, Anerkennung durch grenzenlose Leistungsbereitschaft und fehlendem Raum für eigene Bedürfnisse, die eigene Fehlerhaftigkeit und Selbstbegrenzung, tragen die per se guten hohen Ansprüche, zur grenzenlosen Überforderung bei. Was für eine Herausforderung es ist, in diesem System gesund zu bleiben! Gar kann ich fragen, können wir überhaupt gesund sein, in so einem kranken System?

Modelle sind leider nicht unmittelbar handlungswirksam, es ist ein langwieriger Prozess bis sich soziale Praktiken verändern. Bei den bestehenden Grenzen der individuellen Einflussnahme können wir gemeinsam systemische Veränderungen unterstützen.

Vielleicht sind wir als nachfolgende Generation in einigen Jahren in Positionen, die uns an verschiedenen Stellen des Gesundheitswesens eine systemische Umgestaltung des Arbeitens hin zu einem bindungsorientierten Arbeiten ermöglichen. Bis dahin gilt es, nicht zu resignieren, empathisch »gleich-würdige« menschliche Interaktionen und Beziehungen mit Leben zu füllen und für eine Gesellschaft mit gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen einzutreten. Wer weiß, in welchen Städten wir weitere solidarische Gesundheitszentren im Sinne des Poliklinik-Syndikats entstehen lassen, die mit interdisziplinären Teams nicht nur die Verhaltens- sondern insbesondere auch die Verhältnisprävention adressieren.

Eine gesundheitsfördernde Grundhaltung im Sinne der Salutogenese kann zu einer Lebenseinstellung werden, die uns dabei unterstützt, gesund zu bleiben und unsere pathogenetischen Kenntnisse in der Diagnosestellung, Behandlung und Forschung im Alltag nachhaltig anzuwenden.

Anmerkungen:

- 1 David Klemperer: Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, 4. Ed., (2020), Hogrefe AG 2020
- 2 Ruca Maass: Salutogenese – Ein Ansatz für ganzheitliche Gesundheitsförderung?, in: Der Mensch, Salutogenese – Orientierung inmitten von Krisen?, Heft 64/65 3-4/2024, S. 5-7
- 3 Ebd.
- 4 Bezugnehmend auf das telefonische Gespräch mit Ottomar Bahrs, 1. Vorsitzender des Dachverband Salutogenese, am 27.01.2025, <https://dachverband-salutogenese.eu> zuletzt aufgerufen 22.01.2025
- 5 <https://www.verstehensorientierte-paedagogik.de/veroeffentlichungen/publikationen/> zuletzt aufgerufen: 22.01.2025
- 6 Für weiterführende Literatur zu diesem Thema empfehle ich einen Blick in das Buch »Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung« von Klaus Dörner, 2000 erschienen im Schattauer Verlag.

I feel your pain

Friedrich Schorb

In diesem Kapitel aus dem neuen Buch »Healthismus. Gesundheit als Gesellschaftliche Obsession« beschreibt Friedrich Schorb, wie die Gier der Pharmaindustrie zum Tod Hunderttausender US-Amerikaner*innen führte.

US-Präsidentenwahlkampf 1992: Bei einem Auftritt im Bundesstaat New York wird der Kandidat der Demokraten, Bill Clinton, von Zwischenrufen unterbrochen. »I feel your pain«, antwortete Clinton spontan einem der Störer. Clinton machte die geistesgegenwärtige Replik zu einem Leitmotiv seines Wahlkampfes: Verständnis für die Probleme der abgehängten Amerikaner*innen, Mitgefühl mit den Verlierer*innen des Strukturwandels und der Deindustrialisierung. Clinton wirkt empathisch. Er zeigt Verständnis für die wirtschaftlichen Probleme der Wähler*innen wie Arbeitslosigkeit, Armut, Verlust von Wohneigentum und Krankenversicherung und verspricht eine Wirtschaftspolitik, die nicht länger die Interessen der Reichen, sondern die der arbeitenden Bevölkerung in den Mittelpunkt stellt. Einmal im Amt, hat Präsident Clinton die Sozialhilfe gekürzt, den Freihandel gefördert, das Strafrecht verschärft und somit selbst eine Politik verantwortet, die das ökonomisch-induzierte Leiden vieler Menschen intensivieren sollte.

Schmerz ist keine objektive Kategorie. Es gibt zwar Skalen zur Abschätzung der Schmerzintensität durch Patient*innen, aber bis heute keine universal akzeptierte Methode, um Schmerzen unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen zu messen. In der Medizin gilt es längst als gesichertes Erkenntnis, dass Schmerzen nicht allein als eine Reaktion des Körpers auf äußerliche Störungen bzw. als Hinweis auf physische Verletzungen, die sich in neurologischen Reaktionen niederschlagen, interpretiert werden können. Schmerz hat nicht immer eine körperliche Ursache. Insbesondere chronische Schmerzen sind häufig nicht eindeutig lokalisierbar. Deswegen ist chronischer Schmerz, definiert als Schmerzzustand, der mindestens drei Monate anhält, heute unabhängig von der Frage nach den Ursachen in der International Classification of Diseases der WHO als eigenständige Erkrankung registriert. Die *International Association for the Study of Pain (IASP)* überlässt den von Schmerz Betroffenen dabei das alleinige Definitionsrecht. Schmerz sei, was immer die betroffene Person als solchen empfinde (IASP, 2020). Dass es keine unabhängig überprüfbare Definition von Schmerz gibt, stellt die Entscheider*innen der Arbeitsunfähigkeitsversicherung vor große Probleme (Case & Deaton, 2020, S. 85). Für Blutdruck, Blutzuckerwerte, den Cholesterinspiegel oder Einschränkungen der Sinnesorgane und der körperlichen Beweglichkeit gibt es anerkannte Messmethoden. Schmerz hingegen entzieht sich einer objektiven Messbarkeit und damit auch einer vermeintlich eindeutigen Klassifizierung.

Was der Sozialversicherung Sorgen bereitet, freut die Pharmaindustrie. Denn die Diagnose von Schmerzen, insbesondere von chronischen Schmerzen ungeklärter Ursache, ist seit den 1990er Jahren massiv angestiegen. Der wohl spektakulärste Fall einer Iatrogenese, also einer durch die Medizin selbst verursachten Verschlechterung der Bevölkerungsgesundheit, ist die US-amerikanische Opioidkrise. Ihr fallen nach offiziellen Angaben jährlich mehr als 100.000 Menschen zum Opfer, von denen wiederum drei Viertel jünger als 55 Jahre alt waren (Florence et al., 2021). Die Opioidkrise gilt heute als maßgeblicher Grund dafür, dass die

Friedrich Schorb ist Soziologe an der Universität Bremen. Er forscht und publiziert aus sozial-, kultur- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive zu den Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf Gesundheit und zu Fragen der gesellschaftlichen Wahrnehmung und Behandlung von Menschen mit hohem Körpergewicht.



Lebenserwartung in den USA seit mehr als einem Jahrzehnt rückläufig und mittlerweile wieder auf das Niveau von 1996 gesunken ist (Lewis, 2022).

Seit Beginn des 19. Jahrhunderts haben sich Chemiker*innen bemüht, aus dem jahrtausendealten Rausch- und Schmerzmittel Opium ein sicheres Medizinprodukt zu entwickeln, das potent und gleichzeitig weitgehend frei von Nebenwirkungen ist. Das erste und bekannteste dieser Produkte war Morphinum, das bis heute in der Schmerztherapie zum

Einsatz kommt. Zur Jahrhundertwende patentierte die Firma Bayer ein noch stärkeres halbsynthetisches Opioid, das sie unter dem Namen Heroin vermarktete. Heroin wurde niedrigdosiert in Pulverform und als Tinktur rezeptfrei zum Kauf angeboten. Die orale Einnahme sollte eine gleichmäßige und verzögerte Aufnahme im Körper garantieren und damit die Suchtgefahr minimieren. Heroin geriet allerdings schon früh als Rauschmittel in Verruf. Vor allem weil es in den USA zunehmend als legale Alternative zum illegalisierten Opium kon-

sumiert wurde, bis es schließlich ebenfalls verboten wurde (Kellerhoff, 2014).

Als Alternative zu Heroin wurde schon ab 1917 von der ebenfalls deutschen Pharmafirma Merck der Wirkstoff Oxycodon hergestellt. Auch Oxycodon ist ein halbsynthetisches Opioid und immer noch etwa halb so wirksam wie Heroin und sogar noch potenter als Morphin. Oxycodon sollte ebenfalls oral eingenommen werden. Merck vermarktete die Tropfen unter dem Namen Eukodal. Die Verschreibung von Eukodal wurde nach dem Zweiten Weltkrieg stark reglementiert, bis das Medikament 1990 aufgrund des häufigen Missbrauchs in Deutschland verboten wurde. 1998 wurde der Wirkstoff wieder zugelassen und seit 2017 sind oxycodonhaltige Präparate wieder die am häufigsten verschriebenen Opiumderivate in Deutschland (Sachtleben, 2023).

Nur wenige Jahre nachdem Oxycodon im Land seiner Erfinder für illegal erklärt wurde, erlebte der Wirkstoff in den USA ein Comeback – ausgerechnet in dem Land also, das als Initiator der ersten internationalen Opiumkonferenz von 1909 den Grundstein für die globale Politik der Illegalisierung von Betäubungsmitteln legte und zum historischen Vorreiter beim Verbot von Opium, Heroin, Kokain und Cannabis wurde (Hoffmann, 2012). Ungeachtet dieser Tradition hatte sich die Einstellung gegenüber der Schmerztherapie in den USA in den späten 1990er Jahren grundlegend geändert. Nicht zuletzt aufgrund erfolgreicher Lobbyarbeit der Pharmaindustrie waren Mediziner*innen und Arzneimittelaufsichtsbehörden zu der Ansicht gelangt, dass chronische Schmerzen zu wenig behandelt würden. Die ärztliche Zurückhaltung bei der Verschreibung von starken Schmerzmitteln, insbesondere Opiumderivaten, sei übertrieben. Die Mittel seien längst nicht (mehr) so gefährlich wie behauptet und umgekehrt die Konsequenzen der Unterbehandlung chronischer Schmerzen für die Patient*innen gesundheitlich viel problematischer (Case & Deaton, 2002, S. 112). Gleichzeitig ließ der Zeitmangel vieler Ärzt*innen Opiode zum Mittel der Wahl werden. Schmerztherapien, die auf weniger starke Medikamente in Kombination mit Beratungs- und Bewegungsangeboten, Akupunktur, Yoga und Meditation setzten, aber für Ärzt*innen weniger lukrativ und für Krankenkassen und Patient*innen kostenintensiver waren, gerieten mit Einführung der neuen Schmerzmittel endgültig ins Hintertreffen (ebd., S. 117).

Als OxyContin aus dem Hause Purdue Pharma 1995 von den Behörden zugelassen wurde, sollte das neue Medikament diesmal wirklich nur die Vorteile von Opioiden bieten und Missbrauch gänzlich ausgeschlossen sein. OxyContin basiert, wie der Name bereits nahelegt, auf dem altbekannten Wirkstoff Oxycodon. Die Innovation bei der Herstellung von OxyContin bestand allein in der Darreichungsform. Die Pillen sollten durch eine spezielle Ummantelung den Wirkstoff besonders gleichmäßig im Blutkreislauf abgeben. Auf diese Weise sollte eine optimale schmerzlindernde Wirkung ohne das potenziell zu Abhängigkeiten führende »High« gewährleistet werden. Purdue Pharma gelang es, durch umfangreiche Lobbyarbeit OxyContin auf den Markt zu bringen, obwohl die Studienlage hochumstritten war (Ryan et al., 2016a). Und es wurde der Firma sogar gestattet, mit dem vermeintlich niedrigeren Suchtpotenzial zu werben. OxyContin galt als so

Schorb, Friedrich (2024):

I feel your pain.

In: Healthismus. Gesundheit als gesellschaftliche Obsession.

Gießen: Psychosozial-Verlag,
S. 76–85 ©

Der Abdruck erfolgt mit
freundlicher Genehmigung des

Psychosozial-Verlags,

Gießen 2025,

www.psychosozial-verlag.de

sicher, dass es auch bei moderaten Schmerzen, z.B. nach kleineren Verletzungen oder bei Zahnschmerzen, in hohen Dosen und über lange Zeiträume zur Einnahme zugelassen wurde.

Purdue Pharma bewarb OxyContin äußerst aggressiv. Im Fokus der Werbemaßnahmen standen nicht die Endverbraucher*innen, sondern Ärzt*innen. Um OxyContin bekannt zu machen, wurden Ärzt*innen nicht nur mit den üblichen Annehmlichkeiten wie Essenseinladungen oder der Einladung zu Medizinkongressen in Luxushotels an attraktiven Orten gelockt, sondern auch, wie sich später herausstellte, durch die Überweisung illegaler Provisionen an Mediziner*innen, die das Mittel besonders häufig verschrieben hatten. Handelsvertreter*innen von Purdue Pharma wurden in Motivationsseminaren speziell dafür geschult, den Absatz des neuen Blockbuster-Medikaments weiter zu steigern. Angesprochen werden sollten vor allem Ärzt*innen, die für ihre freigiebigen Verschreibungspraktiken bekannt waren, und solche, von denen man wusste, dass sie wenig Erfahrung mit der Verschreibung von Opiaten hatten (Keefe, 2022). OxyContin wurde bald schon anders als indiziert eingenommen. Die neuartige Ummantelung, die die schnelle Abgabe des Wirkstoffs verhindern sollte, ließ sich leicht umgehen. Entweder wurden die Pillen einfach zerkaut oder sie wurden zerstampft und der so freigelegte Wirkstoff geraucht, geschnupft oder gespritzt (Aquino et al., 2009).

Im ganzen Land, vor allem aber in Bundesstaaten mit besonders laxer Regulierung, entstanden sogenannte pill mills – Praxen, in denen Ärzt*innen oder ihre Angestellten ohne weitergehende Untersuchung Rezepte ausstellten, die sie entweder direkt vor Ort oder bei kooperierenden Apotheken meist bar bezahlen mussten. Diese Ärzt*innen und Apotheker*innen verschrieben bzw. verkauften fast ausschließlich ein einziges Arzneimittel: OxyContin in der höchsten verfügbaren Dosierung. Einige dieser pill mills arbeiteten mit der örtlichen Mafia zusammen, die die Tabletten im großen Stil an Strohleute verschreiben ließ, um sie anschließend mit

Im ganzen Land, vor allem aber in Bundesstaaten mit besonders laxer Regulierung, entstanden sogenannte pill mills – Praxen, in denen Ärzt*innen oder ihre Angestellten ohne weitergehende Untersuchung Rezepte ausstellten

hohem Aufschlag auf der Straße weiterzuverkaufen. Mitarbeiter*innen von Purdue Pharma waren über Auffälligkeiten bei der Verschreibung und dem Verkauf von OxyContin informiert, blieben aber lange untätig (Ryan et al., 2016b).

2010 führte Purdue Pharma schließlich eine neue Version der OxyContin-Tabletten mit einer überarbeiteten Rezeptur ein, die das Rauchen, Schnupfen und Spritzen der Droge diesmal wirklich unmöglich machte. Hintergrund für diesen plötzlichen Sinneswandel waren aber wohl nicht nur die Sorge um den guten Ruf der Firma, sondern auch Patentfragen. Denn 15 Jahre nach Einführung war das Patent für die ursprüngliche Variante von OxyContin abgelaufen (Keefe, 2022).

Wie die Los Angeles Times in einer aufwendigen Recherche nachweisen konnte, führte die dauerhafte Einnahme von OxyContin aber auch ohne die Möglichkeit, den Wirkstoff in Reinform freizulegen, viele Patient*innen in die Abhängigkeit. Die schmerzstillende Wirkung nämlich ließ bei den meisten Patient*innen schneller nach, als die in der Packungsbeilage angegebenen zwölf Stunden suggerierten. Daher nahmen sie die Tabletten häufiger als vorgesehen. Diese häufigere Einnahme führte dann aber genau zu dem »High«, das ja eigentlich verhindert werden sollte. Wie interne Dokumente zeigten, war Purdue Pharma frühzeitig über die signifikant kürzere Wirkdauer bei einem Großteil der Patient*innen informiert, ignorierte diese Befunde jedoch und empfahl stattdessen die Verschreibung von Tabletten mit höherer Dosierung (Ryan et al., 2016b).

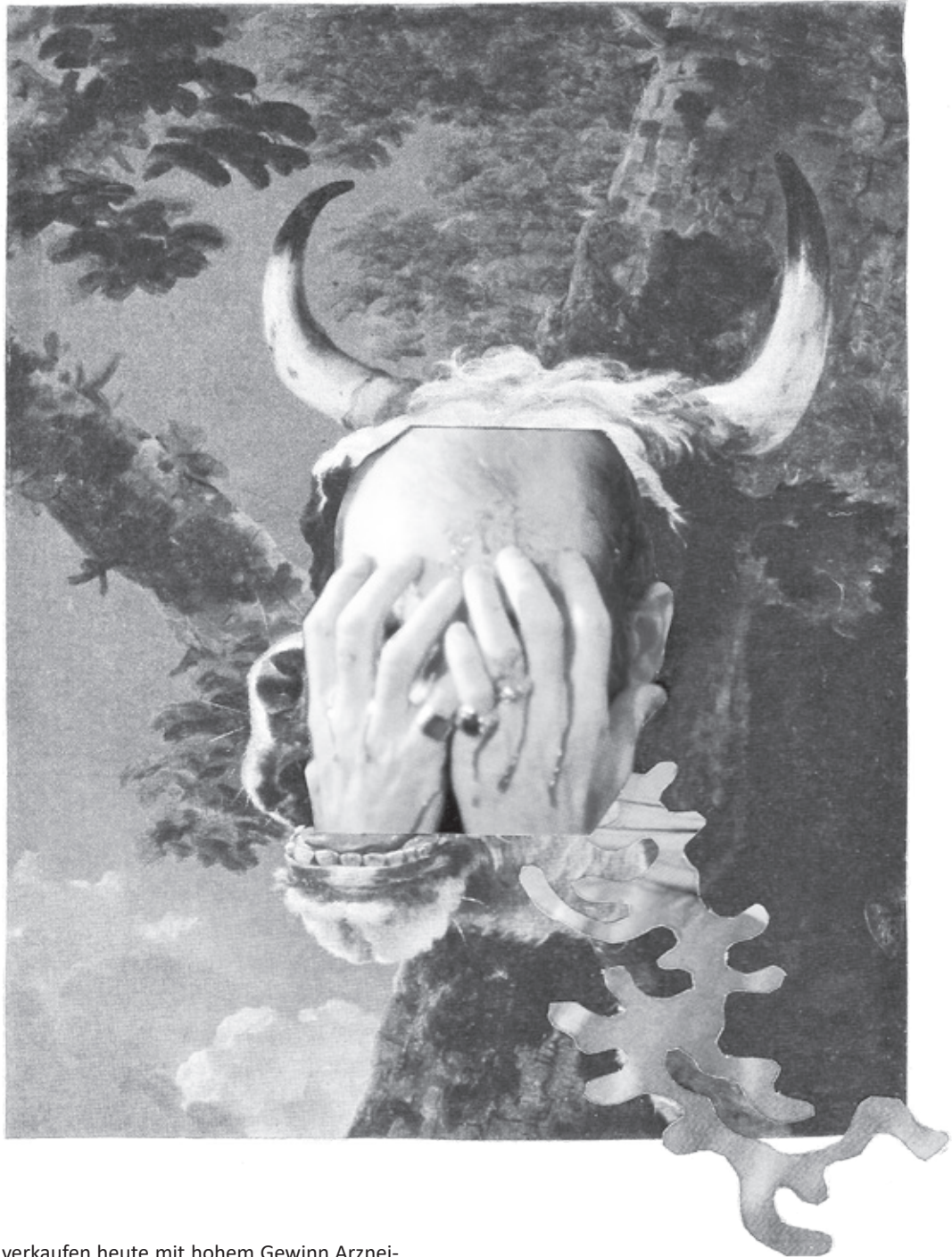
In den 2010er Jahren war Purdue Pharma längst nicht mehr der einzige Anbieter entsprechender Opiumderivate. Andere Pharmariesen wie Johnson & Johnson waren auf den Zug aufgesprungen. Durch den Patentablauf kamen günstige Generika hinzu. Im Jahr 2012 haben Gesundheitsdienstleister in den USA nicht weniger als 259 Millionen Rezepte für opioidhaltige Schmerzmittel verschrieben. Das entspricht einer Monatsration für jeden Erwachsenen in den USA (Schmitzen-Sausen, 2016).

Nachdem in den 2010er Jahren in den USA die Verschreibungspraktiken für OxyContin und vergleichbare Produkte der Konkurrenz verschärft und die Rezeptur der Tabletten verändert worden war, stiegen viele Opioid-Konsument*innen auf

Heroin um. Nicht nur ist Heroin wirksamer als Oxycodon, es wurde auf dem Schwarzmarkt auch billiger gehandelt. Somit erlebte brown sugar ein unwahrscheinliches Comeback. Denn eigentlich war der Heroinkonsum seit Jahren rückläufig. Die meisten Menschen assoziierten mit Heroin anders als in den 1970er Jahren nicht länger Rockstar-Romantik, sondern Junkie-Elend. Und das Rauschmittel schien auch aufgrund seiner sedativen Wirkweise gegenüber stimulierenden Drogen wie Amphetaminen, Kokain und MDMA (Ecstasy) hoffnungslos aus der Zeit gefallen. Das änderte sich schlagartig mit dem Aufkommen von OxyContin und Co. Schon 2010 war Heroinkonsum in den USA weiter verbreitet als jemals zuvor. Und die Behörden in den USA schätzten, dass mindestens vier von fünf der neuen Heroinkonsument*innen vorher oft langjährige Konsument*innen von verschreibungspflichtigen Opiaten gewesen waren (Deutsches Ärzteblatt, 2016). Die neue Rezeptur von OxyContin, eine strengere Verschreibungspraxis durch Ärzt*innen und das behördliche Vorgehen gegen die pill mills haben also nicht dazu geführt, dass die Todesfälle infolge des Opioidkonsums zurückgegangen sind. Zwar ist selbst regelmäßiger und intensiver Opioidkonsum, anders als beispielsweise Alkoholkonsum, für den Körper prinzipiell relativ unschädlich, aber eine zu hohe Dosierung führt schnell zu einer Lähmung des Atemzentrums, worauf ein Großteil der akuten Todesfälle zurückzuführen ist (Köhler, 2020). Heroin auf dem Schwarzmarkt ist außerdem häufig verunreinigt und damit schwer dosierbar. Ein zusätzliches Problem sind die gesundheitlichen Risiken, die mit dem unhygienischen Gebrauch von Spritzen einhergehen.

Noch einmal deutlich verschärft hat sich die Situation in den letzten Jahren mit dem Aufkommen von Fentanyl, einem vollsynthetischen Opioid, das 50-mal so potent wie Heroin ist, und dessen Konsum schon in sehr kleinen Mengen zum Tode führen kann (Case & Deaton, 2020, S. 119). Nicht Unfälle, Schusswaffen oder Alkohol- und Tabakkonsum, sondern eine Überdosierung mit Fentanyl ist heute die häufigste Todesursache in der Altersgruppe der 18- bis 49-Jährigen in den USA. Jede*r dritte US-Amerikaner*in kennt jemanden, der oder die durch Drogen- bzw. Arzneimittelkonsum ums Leben gekommen ist. Seit der Jahrtausendwende sind über eine Millionen US-Amerikaner*innen an einer Überdosis gestorben (Kennedy-Hendricks et al., 2024). In den Jahren 2021, 2022 und 2023 starben jeweils mehr als 100.000 Menschen an Überdosierungen – und fast immer waren Opiate beteiligt (CDC, 2024).

OxyContin hat Purdue Pharma mindestens 35 Milliarden Dollar Gewinn beschert, und auch die anderen Pharmafirmen haben mit den Opiatderivaten Milliardenbeträge verdient (Keefe, 2022). Johnson & Johnson hat sich aus dem Geschäft mit Opioiden zurückgezogen, und die Firma Purdue Pharma existiert heute nicht mehr. Ihre Nachfolgerin ist eine Stiftung, deren Gewinne Entziehungskliniken und Maßnahmen zur Suchtprävention zugutekommen sollen (Office of Public Affairs, 2020). Im Zuge der Aufklärung des Opioid-Skandals wurden die Konzerne, die die entsprechenden Produkte mit illegalen Methoden zu Bestsellern machten, zwar in aufwendigen Verfahren zu schmerzhaften Schadensersatzzahlungen verurteilt. Doch das eherne Prinzip der latrogenesis hat auch hier wieder zuverlässig dafür gesorgt, dass diese Unternehmen direkt von der selbst induzierten Opioidkrise profitieren.



Viele von ihnen verkaufen heute mit hohem Gewinn Arzneimittel zur Opioid-Substitution wie Methadon oder Buprenorphin (Case & Deaton, 2020, S. 129).

Die Opioidkrise ist nicht nur vom Umfang her viel größer, als es die Heroinwelle der 1970er Jahre je war. Sie hat ihr Epizentrum auch nicht länger in den ethnischen Ghettos der US-amerikanischen Metropolen, sondern in Klein- und Mittelstädten und im ländlichen Raum. Unter den Konsumierenden waren vor allem zu Beginn der Krise weiße US-Amerikaner*innen überrepräsentiert. Ein Umstand, der mit dazu beigetragen haben dürfte, dass die Antwort auf die Opioidwelle in den 2010er Jahren, anders als in den 1970er Jahren ausgerufenen war on drugs, nicht allein in repressiven Maßnahmen bestand, sondern auch auf Therapien und harm reduction setzte.

Die Gesundheitsökonomin Anne Case und der Nobelpreisträger für Ökonomie Angus Deaton zeigen anhand ihrer Daten, dass sich viele der ersten Hotspots der Opioidkrise in Gebieten befanden, in denen Freihandel und Automatisierung besonders massiv zum Abbau relativ gut bezahlter, sicherer und mit betrieblicher Krankenversicherung ausgestatteter Jobs in der Industrie beigetragen haben (ebd., S. 86). Präsident Clinton mag den Schmerz dieser Menschen schon früh gespürt haben. Gelindert hat ihn aber nicht seine Politik, sondern zuerst Oxycodon, später Heroin und am Ende Fentanyl.

Die Einsamkeit der israelischen Linken

Über die Arbeit von »Physicians for Human Rights – Israel« in Zeiten völlig enthemmter Gewalt

Katja Maurer

Wir dokumentieren hier einen Text von Katja Maurer, den sie für die Homepage von medico international geschrieben hat, über die extrem schwierige Situation der Organisation der Physicians for Human Rights, in der Palästinenser*innen und Jüd*innen aus Israel zusammenarbeiten und »Ko-Resistenz« praktizieren. Das wird aber immer schwieriger angesichts des Zusammenbruchs eines globalen Rechtssystems.

Es gibt keine Stadt in der Welt, in der man die Welt so gut vergessen kann, wie in Tel Aviv. Die Weiße Stadt ist wieder hergerichtet, soweit sie als Bauhaus-Monument unter das Weltkulturerbe fällt. Der Rest der Stadt unterliegt einem ständigen Bauboom. Wohnhochhäuser mit geschwungenen Fassaden und Balkonen in schwindelerregender Höhe schießen aus dem Boden. Die fünfgeschossigen Plattenbauten – auf quadratischen Säulen fußend, sodass im Erdgeschoss Cafés, Geschäfte oder Gemeinschaftseinrichtungen einziehen konnten – waren ebenfalls einst Bauhaus-Idee. Doch auch sie verschwinden Schritt für Schritt und an ihrer Stelle werden neue Häuser mit einem Vielfachen an Wohnungen gebaut. Tel Aviv verspricht mit seinen Cafés und Restaurants, seiner *Jeunesse dorée*, die ihren Tag mit Surfen am Strand beginnt, einen endlosen Fortschritt in sonniger Mittelmeeratmosphäre.

Dieser bedingungslose Fortschrittsglaube endet an der Tür der *Physicians for Human Rights – Israel*, den Ärzt*innen für Menschenrechte. Das Büro liegt im Erdgeschoss eines älteren Wohnhauses, in dem früher kleine Läden waren. Es steht in Jaffa, jener antiken Hafenstadt, die noch vor der Staatsgründung Israels im April 1948 von zionistischen Milizen angegriffen und am 14. Mai schließlich eingenommen wurde. Heutzutage gehört sie zu Tel Aviv. Guy Shalev ist Direktor der Organisation. Seine Abschlussarbeit als Anthropologe schrieb er über palästinensisches Personal im israelischen Gesundheitswesen. Das Gespräch mit ihm war wie ein Gang durch die Hölle. Tür für Tür.

Am Abend zuvor waren die Physicians wie jeden Samstag auf der Protestdemonstration gegen Netanjahu. Sie hatten insbesondere Ärzt*innen und medizinisches Personal aufgerufen, im Namen der ärztlichen Ethik gegen den israelischen genozidalen Krieg in Gaza zu protestieren. »Wir waren fast 100 Leute«, sagt Shalev. »Das war mehr als wir erwartet hatten.« An regierungskritischen Demonstrationen beteiligen sich jeden Samstag Zehntausende – mit einer beeindruckenden Beharrlichkeit, aber auch mit einer beeindruckenden

Katja Maurer leitete 18 Jahre lang die Öffentlichkeitsarbeit von medico international und die Rundschreiben-Redaktion. Heute bloggt sie regelmäßig auf der medico-Website.



Mit der Mobilen Klinik der Physicians for Human Rights – Israel im besetzten Westjordanland. (Foto: PHR-I)

Ignoranz gegenüber dem israelischen Vorgehen in Gaza. Erfolg ist für die israelische Linke ein relatives Kriterium. Sie passe in eine Telefonzelle, hatte der Historiker Moshe Zuckermann schon vor Jahren gesagt.

Glaubt Shalev, dass diese Demonstrationen etwas erreichen können? »Ich habe gar keine Hoffnung«, sagt er geradeheraus. Die Zeit des Schönredens sei in Israel schon lange vorbei. Es sei wichtig auf die Straße zu gehen und in ihrem Fall die medizinische Gemeinde für die Unterstützung ihrer Kolleg*innen in Gaza zu gewinnen. Aber: »Wir befinden uns an einem Punkt der israelischen Politik, da diese Proteste der Regierung vollkommen egal sind. Seit der Entlassung des Generalstabschefs und des Geheimdienstchefs haben die äußerst Rechten die endgültige Kontrolle. Ich bin nicht einmal sicher, ob es noch einmal freie Wahlen in Israel geben wird.«

Zielscheibe Gesundheit

Die Frage der medizinischen Ethik beschäftigt die Menschenrechtsorganisation seit ihrer Gründung. Die Psychoanalytikerin Ruchama Marton hatte sie 1988 mit der Berufung auf die ärztliche Ethik gegründet, und damals die Beteiligung von israelischen Ärzt*innen an Folterpraktiken gegen Palästinenser*innen öffentlich gemacht. Ärzt*innen hatten in medizinischen Gutachten festgestellt, dass der Gesundheitszustand von Gefangenen eine weitere Folter erlaube. Das brachte den Physicians den Vorwurf der Nestbeschmutzung ein. Ihre Arbeit bewegt

sich bis heute im Rahmen dieser historischen Tradition. So auch der gerade vorgelegte Bericht über Folter an medizinischem Personal aus Gaza in israelischen Gefängnissen. Auf den Punkt gebracht bestünden die Bedingungen ihrer Inhaftierung, so Shalev, aus »Folter, Aushungern und Verweigern medizinischer Hilfe.«

Drei Ärzte und ein Gesundheitsarbeiter sind seit dem Gaza-Krieg in israelischen Gefängnissen ums Leben gekommen. Bei zwei Ärzten hätten gesundheitliche Probleme bereits vorgelegen. Der dritte sei offenkundig gefoltert und möglicherweise auch sexuell missbraucht worden, sagt Shalev. Die Angehörigen hätten aber einer Autopsie seines Leichnams durch israelische Behörden nicht zugestimmt, sondern eine unabhängige internationale Untersuchung gefordert. Die systematischen Folterpraktiken in israelischen Gefängnissen belegen die Zeugnisaussagen, die in dem Bericht zu Wort kommen.

150 Gesundheitsarbeiter befinden sich noch in Haft. Darunter auch der Direktor des Kamal Adwan Krankenhauses aus Gaza, Hussam Abu Safiya. Seine Verhaftung nach der Zerstörung des Krankenhauses ging durch die Weltpresse. Ein gebeugter und zugleich unbeugsamer Mann in weißem Kittel, der allein durch die Trümmer Gazas auf das israelische Militär zugeht. Seit seiner Verhaftung Ende Dezember 2024 sind unter anderem die Physicians for Human Rights und die palästinensische Menschenrechtsorganisation Al Mezan – beides Partner von medico international – immer wieder auf der Suche nach dem Ort seines jeweiligen Gefängnisaufenthalts gewesen.

»Es gibt keine internationale Gemeinschaft mehr, auf die wir vertrauen können.«

Monatelang konnten sie lediglich in Erfahrungen bringen, dass er die berüchtigtsten Gefängnisse hat durchlaufen müssen, in denen Misshandlungen und Verweigerung medizinischer Hilfe auf der Tagesordnung stehen. Shalev geht davon aus, dass man ihn unter Druck setzen wollte, um ihn zu einem »Geständnis« zu zwingen. Offenbar sei das nicht gelungen. Immerhin wüssten sie jetzt, wo sich Hussam Abu Safiya aufhalte. Das habe die internationale Aufmerksamkeit für seinen Fall erreichen können.

In einem anderen Fall, der durch die Weltpresse ging, konnten die Physicians for Human Rights für Aufklärung sorgen. An der Autopsie des 17-jährigen Teenagers Walid Ahmad nahm in ihrem Auftrag Dr. Solomon teil, der das Befürchtete bestätigte. Der wegen Steinewerfens in der Westbank festgenommene Teenager verbrachte sieben Monate in Administrativhaft, eine Haft ohne Anklage, bevor er starb. Solomon berichtete nach seiner Autopsie, dass der Körper Ahmads, der jüngste unter den palästinensischen Toten in israelischen Gefängnissen, Anzeichen extremer Unterernährung, Muskelschwund und Entzündungen an der Wirbelsäule sowie Krätze aufwies. Der extreme Gewichtsverlust deute auf einen seit Monaten anhaltenden Krankheitsverlauf hin. Sein Vater Khalid Ahmad hat bis heute nicht die Leiche erhalten. »Mein Sohn war ein Gymnasiast, der Fußball liebte«, sagte er. »Im israelischen Gefängnis zählt ein Menschenleben nichts.«

Eine Gewalt, die sich nicht mehr rechtfertigen muss

»Das Böse«, sagt Shalev, »ist gerade dabei, in Israel zu gewinnen.« Fortan müssen jene, die Böses tun, ihre eigenen Verbrechen nicht mehr legitimieren. Sie hätten ohnehin keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten. Das zeige sich auch an den 15 durch die israelische Armee ermordeten und verscharrten palästinensischen Sanitätern Ende März. Seit Trump in den USA wieder Präsident ist, fühle sich die Regierung in Israel sicherer als zuvor.

Für Shalev befinden wir uns in einem äußerst kritischen Moment. Dass Nathanjahu trotz des Haftbefehls des Internationalen Strafgerichtshofes nach Ungarn reiste und möglicherweise auch nach Deutschland komme, macht alle Bemühungen, wenigstens das Allerschlimmste zu verhindern, zunichte. Nie seien sie so allein gewesen wie heute, meint Shalev. Niemand verbreite mehr ihre Stimmen. »Es gibt keine internationale Gemeinschaft mehr, auf die wir vertrauen können.« Die Physicians müssten sich die Frage stellen, wie sie weiterarbeiten werden in dem Bewusstsein, dass sie nichts erreichen könnten, dass

all die Berichte, die sie veröffentlichten, keine Wirkung hätten, weil es kein globales Rechtssystem mehr gäbe.

Schon der Angriff der Hamas am 7. Oktober 2023 auf den Süden Israels stellte die Physicians vor eine nie gekannte Herausforderung. Von den 39 Mitarbeiter*innen, aber auch im ehrenamtlichen Vorstand sind jeweils die Hälfte Palästinenser*innen und Jüd*innen aus Israel. Es sei eine harte Erfahrung gewesen. Damals habe es im Team sehr unterschiedliche Trauerprozesse gegeben. »Wir mussten uns sehr stark mit uns selbst beschäftigen.« Der Prozess aber habe die Organisation gestärkt. »Wir praktizieren hier keine Ko-Existenz, sondern Ko-Resistenz«, sagt Shalev. Das ist einer der wenigen optimistischen Sätze von ihm an diesem Nachmittag. Tatsächlich haben die Physicians nach dem 7. Oktober eine der wichtigsten Erklärungen herausgegeben, in der es unter anderem heißt, dass sich ein Verbrechen nicht durch ein anderes rechtfertigen lasse.

Ihre Arbeit bewegt sich zwischen der Klarheit über die Aussichtslosigkeit des politischen Prinzips, das sie trotzdem unter allen Umständen verteidigen, und dem Weitermachen in der konkreten Hilfe, die unter allen Umständen Sinn macht. Das Weitermachen zeigt sich unter anderem in den Mobilen Kliniken im Westjordanland, zu deren Unterstützung medico 2003 im Rahmen des Aufrufs »Zeichen paradoxer Hoffnung« Spenden gesammelt hatte. Zwei Mal die Woche sind diese Kliniken noch immer unterwegs, noch immer gemeinsam organisiert mit der Hilfsorganisation *Palestinian Medical Relief*, aber meist direkt mit den palästinensischen Gemeinden, die die medizinischen Bedarfe vorher feststellen.

Diese Mobilen Kliniken seien wichtiger denn je, meint Shalev, denn es gäbe einfach nicht genug medizinische Versorgung im Westjordanland. Im Pool der Freiwilligen sind über 500 jüdische und palästinensische Kolleg*innen, die daran teilnehmen könnten. Lange, so Shalev, seien die Touren berechenbar gewesen. Man sei um 8 Uhr losgefahren und um 17 Uhr wieder zu Hause gewesen. Nun aber eskaliere auch im Westjordanland die Besatzung derart, dass man ständig auf neue Checkpoints stoße und oft erst spät am Abend zurückkehre. »Dann geraten viele Ärzt*innen, die das neben ihrer Arbeit im Krankenhaus machen, an ihre Grenzen.« Nichtsdestotrotz laufen sie weiter.

Verrohung der Mehrheitsgesellschaft

Zu schaffen machen der Organisation die Angriffe auf palästinensische Ärzt*innen und Gesundheitsarbeiter*innen in Israel. »Seit dem 7. Oktober haben sie kein Recht auf

Meinungsfreiheit«, sagt Shalev verzweifelt. Dass einigen Kolleg*innen wegen eines Posts in den sozialen Medien gekündigt worden sei, habe genügt, um die ganze Community zum Schweigen zu bringen. Dabei sei das israelische Gesundheitssystem von den palästinensischen Mediziner*innen abhängig.

Doch wenn man sich vorstelle, dass 80 israelische Ärzt*innen explizit zur Zerstörung der Krankenhäuser in Gaza aufgerufen hätten, dann bekomme man eine Vorstellung von der gegenwärtigen Atmosphäre, sagt Shalev. Auch weigerten sich israelische Krankenhäuser, palästinensische Gefangene zu behandeln. Einen gefolterten Gefangenen habe man seinen Folterern zurückgebracht mit der Begründung, er sei eine Gefahr für die Sicherheit. Das unterlaufe alle Standards der Medizin-Ethik, wie die Physicians in einem Offenen Brief an die Unterzeichnenden antworteten. Die Verrohung der israelischen Mehrheitsgesellschaft, in der die Dehumanisierung der Palästinenser*innen eine neue Dimension erreicht hat, zeigt sich in diesem moralischen Versagen.

Trotzdem muss sich die medizinische Menschenrechtsorganisation schon auf die nächsten Hürden einstellen. Gerade wird in der Knesset ein Gesetz zur Abstimmung vorbereitet, das vorsieht, dass staatliche Zuschüsse aus dem Ausland an NGOs in Israel mit einer Steuer in Höhe von 80 Prozent belegt werden. Da das Gesetz nur für NGOs gelten soll, die nicht auch staatliche Mittel des israelischen Staates bekommen, beträfe es im Grunde ausschließlich menschenrechtlich orientierte Organisationen. Regierungsnahe Organisationen werden ausgenommen. Vor zwei Jahren wurde das Gesetz noch aufgrund internationalen Drucks auf Eis gelegt.

Jetzt aber ist die Zeit des *Anything Goes*, die Zeit, in der sich das Böse für sein Tun nicht mehr rechtfertigen muss. Trotz allem lässt sich Guy Shalev davon nicht aus der Ruhe bringen: »Wir stehen in Kontakt mit medizinischen Menschenrechtsorganisationen in Osteuropa und lernen von ihnen, wie man auch in diesen enger werdenden Räumen weiter arbeitet.« Trotzig sagt er, dass ihn das eher motiviere. »Ich habe das Gefühl, dass ich etwas tue, was so wichtig ist wie noch nie. Wenn wir das nicht tun, wird niemand es tun. Ich hoffe nur, dass wir auf diesem Weg nicht auch noch im Gefängnis landen.«

(Zuerst erschienen im medico-Blog von medico International:
<https://www.medico.de/blog/die-einsamkeit-der-israelischen-linken-20073>)

Leseempfehlung

Christian Drosten/Georg Mascolo: **Alles überstanden? – Ein überfälliges Gespräch zu einer Pandemie, die nicht die letzte gewesen sein wird**, Ullstein Verlag, Berlin 2024 (Sonderdruck für € 5 bei der Bundeszentrale für politische Bildung erhältlich)

Während ich diese Zeilen schreibe, ist es länger als fünf Jahre her, dass der erste Lockdown in der Corona-Pandemie aufgehoben wurde. Zur zeitlichen Einordnung des Geschehens ist die kurze Chronologie am Ende des Gesprächsbandes von dem Virologen Christian Drosten und dem ehemaligen Spiegel-Chefredakteur Georg Mascolo hilfreich. Auch die ersten Buchkapitel sind chronologisch geordnet, was beim Entwirren der komplexen Gemengelage zwischen wissenschaftlicher Beratung und politischen Entscheidungen nützlich ist. Damit sind wir bei einem zentralen Thema von Drosten, der sich als Wissenschaftler begreift, der die Politik berät (und zudem versucht die Öffentlichkeit über wissenschaftliche Erkenntnisse zu informieren). Die politischen Institutionen haben nach seinen Vorstellungen dann die Entscheidungsmacht über die in der Pandemie zu treffenden Maßnahmen. Für Drosten sind die beiden Bereiche Wissenschaft und Politik strikt getrennt. Er hält eine Vermengung für problematisch und wirft einzelnen Politiker*innen vor, sich mit ihren Entscheidungen hinter Wissenschaftler*innen versteckt und diese nicht offensiv vertreten zu haben. Insbesondere an Hand der Schulschließungen wird dies ausführlich diskutiert. Es fällt auf, dass der Virologe in seinen Einschätzungen viel vorsichtiger ist als der Journalist. Dies verweist auf ein weiteres wichtiges Thema des Buches: Die Rolle der öffentlichen Kommunikation und Medien während der Pandemie. Auch dieser Komplex gehört zu einer umfassenden Aufarbeitung der Pandemie, wie sie von beiden Gesprächspartnern gefordert wird. Dies erscheint umso drängender, da weitere Pandemien auf uns zukommen werden. In diesem gut lesbaren Buch geben insbesondere die Einlassungen von Drosten wichtige Hinweise, wo eine rationale Aufarbeitung der während der Corona-Pandemie getroffenen Maßnahmen und Einschränkungen ansetzen könnte.

Bernhard Winter



Auf der Suche nach einer alternativen Strategie

Nadja Rakowitz hat einen Bericht von Stavroula Poulimeni über eine zweitägige Konferenz in Heraklion auf Kreta zum Thema: »Public Health: für eine alternative Strategie – Die progressive Antwort auf Privatisierungen, den Abbau des öffentlichen Gesundheitssystems und Ungleichheiten« übersetzt und gekürzt. Sie selbst war in die Vorbereitung der Konferenz, die von der Rosa Luxemburg Stiftung Athen und dem ENA Institute for Alternative Policies Athens¹ organisiert wurde, involviert. Sie knüpfte damit auch an die Solidaritätsarbeit des vdäa* mit den Aktiven im griechischen Gesundheitswesen an und traf alte Bekannte.

Die neoliberale Gesundheitspolitik hat das staatliche Gesundheitswesen in Griechenland (im Folgenden NHS genannt) buchstäblich demontiert und eine noch nie dagewesene Krise der Unterbesetzung verursacht. Ärzte, Krankenschwestern und anderes Personal sind nicht mehr in der Lage, den Anforderungen gerecht zu werden und erleben einen ständigen Burn-out. Eine Kündigungswelle folgt der nächsten. Jüngstes Beispiel ist die Massenkündigung der Pneumologen des Venizelos-Krankenhauses in Heraklion, die sich darüber beklagten, dass sie »die Klinik für Pneumologie mit nur vier qualifizierten Ärzten nicht sicher betreiben können«. Die Demontage des NHS geht mit einer kontinuierlichen staatlichen Unterstützung und Finanzierung des privaten Sektors einher. Gleichzeitig belasten die Gesundheitsausgaben »out of pocket« zunehmend das immer kleiner werdende verfügbare Einkommen der Bürger. Der ungedeckte Bedarf an Behandlungen oder medizinischen Untersuchungen führt wiederum zu noch größeren gesundheitlichen Ungleichheiten.

All dies wurde am 5.-6. April in Heraklion (Kreta) im Rahmen einer zweitägigen Konferenz analysiert. Dort diskutierten Beschäftigte des Gesundheitswesens, Akademiker, Gewerkschafter, Vertreter politischer Parteien der Linken und Vertreter von Patientenverbänden nicht nur, ob es Licht am Ende des Tunnels gibt, sondern wie man das Problem gemeinsam angehen kann. Eine gemeinsame Erkenntnis war die Notwendigkeit eines antikapitalistischen Ansatzes, bei dem die Menschen und ihre Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen, und die Forderung nach einem neuen öffentlichen Gesundheitssystem.

Eine Antwort auf die Unmenschlichkeit des neoliberalen Abbaus der Gesundheitssysteme

Stavroula Poulimeni ist Journalistin aus Thessaloniki; sie arbeitet für Alterthess, den Radiosender Sto Kokkino und hat den Dokumentarfilm über die Solidarische Praxis von Thessaloniki »Solitaire où Solidaire?« gemacht.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass jede Gesundheitsstrategie den Dienst an den Bürgern und die Stärkung der Schwächsten zum Ziel haben sollte, betonte Grigoris Gerotziakas, Professor für Hämatologie an der Medizinischen Fakultät der Sorbonne/Paris, inzwischen sei offensichtlich, dass eine Primärvorsorge die Kosten für Krankenhausaufenthalte in Ländern mit verlässlicher Infrastruktur um 30-50 % senke: »Die Forderung der heutigen Linken nach

einer Primärversorgung bedeutet keinen revolutionären Durchbruch, sondern die Umsetzung internationaler Erkenntnisse. Wir beschuldigen unsere politischen Gegner nicht nur, dass sie Obskurantisten sind, sondern dass sie unmenschlich sind und nicht den neuesten Stand der Wissenschaft anwenden«.

Er räumte ein, dass die Reorganisation des Gesundheitssystems in Griechenland aufgrund der tragischen Kürzung der öffentlichen Ausgaben fast unmöglich sei: »Wir brauchen eine sofortige Verdoppelung der Ausgaben, die Integration neuer Technologien, einheitliche elektronische Daten, zu denen alle Ärzte und Pflegekräfte Zugang haben, sowie die Sicherheit von Daten und individuellen Rechten«. Die Frage der Formulierung einer alternativen Gesundheitsstrategie sei eine Frage der politischen Macht, d.h. eine soziale Frage, die nicht nur Wissenschaftler und Gesundheitspersonal betrifft.

► **»Der Entzug des Zugangs zur Gesundheitsversorgung durchtrennt den Faden des Lebens«**

Athos Georgiou, Professor für Allgemeine Chirurgie an der Universität Nikosia/Zypern und Gesundheitsbeauftragter der linken Partei *AKEL*, wies auf die sozialen Auswirkungen der Kürzung von Gesundheitsausgaben hin und warnte, dass man auf eine »Kriegswirtschaft« zusteure. Er bezog sich dabei auf ReArm Europe. Der große Konflikt bestehe darin, ob Gesundheit ein soziales Gut oder eine Ware ist. »In Zypern haben wir versucht, ein Gesundheitssystem zu schaffen, das universell ist, gleichberechtigten Zugang bietet und auf Solidarität basiert. Wir wurden als Linke angegriffen, weil wir ein Gesundheitssystem mit nur einer Versicherung schaffen wollten. Mehrere Versicherungen erhöhen ständig die Kosten für die Gesundheitsversorgung. Wenn diese in die Gesundheitssysteme gelangen, folgen die Investmentfonds. Griechenland ist ein Beispiel für Investmentfonds, die sich jetzt auch an Zypern wenden und ein Krankenhaus nach dem anderen kaufen«, sagte er und betonte, dass die Gesundheit für das Kapital nur ein Mittel zur Akkumulation von Profit sei. Einem Menschen die Deckung eines sozialen Bedarfs durch den Staat zu entziehen, weil er nicht als profitabel angesehen wird, durchtrenne den Faden des Lebens. Er nannte als Beispiel die Einwanderer, die die ersten Opfer des Ausschlusses von der Gesundheitsversorgung waren. Unter Berufung auf Lenins Satz, dass »im Zug der Gesundheit jeder in der ersten Klasse fahren soll«, befürwortete Georgiou die Forderung nach einem Gesundheitssystem mit universellem und gleichberechtigtem Zugang, mit staatlicher Unterstützung und Verbesserung, mit menschenwürdigen Arbeitsbedingungen und Löhnen für gut ausgebildetes Personal.

Wir brauchen ein neues Gesundheitssystem

Yiannis Kalomenidis, Professor für Pneumologie an der Universität Athen und Arzt am Krankenhaus »Evangelis-

mos«, ging noch einen Schritt weiter. Er stellte klar, dass wir nicht mehr von der Notwendigkeit sprechen können, den NHS zu stärken, sondern über die Notwendigkeit, ein neues NHS aufzubauen. Der jüngste OECD-Bericht spreche von 40 % offenen Stellen in den Krankenhäusern in Griechenland – ausgehend von einer veralteten Stellenzahl, die nicht den heutigen gestiegenen Bedürfnissen entspricht. Das größte Problem gebe es natürlich in der Peripherie, wo die Unterbesetzung oft sogar 50 % der Stellen bei Ärzten und Pflegepersonal übersteige und das Gesundheitspersonal der Großstädte von Krankenhaus zu Krankenhaus zieht, um Bereitschaftsdienste abzudecken. Die Desorganisation sei so groß, dass Kliniken oft nicht arbeiten könnten. Die Intensivbetten, die während der Pandemie zusätzlich geschaffen wurden, mussten aufgrund von Personalmangel gesperrt werden. Abgesehen davon, dass es so wenige Neueinstellungen gebe, dass nicht einmal die Pensionierungen ausgeglichen werden, gibt es massive Kündigungswellen von festangestellten Ärzten und einen Verlust von wissenschaftlichem Knowhow aus dem NHS. Man erlebe gerade einen beispiellosen Transfer von Gesundheitspersonal in den privaten Sektor. »Der NHS ist in den Augen der neuen Kollegen anrüchig und völlig delegitimiert, so dass selbst auf die wenigen Stellenausschreibungen des NHS niemand reagiert«, so Kalomenidis.

Hinzu komme, dass die Privatisierung jetzt auch intern im NHS stattfindet: Privatpersonen können nun ihren Beruf in Krankenhäusern ausüben, Untersuchungen und Folgeuntersuchungen werden an private Unternehmen vergeben, die primäre Gesundheitsversorgung entfernt sich von der Logik der öffentlichen Versorgung, während bereits ein System des Wettbewerbs zwischen öffentlichen Einrichtungen geschaffen wird, um Patienten mit dem Ziel einer besseren Finanzierung anzuziehen. Darüber hinaus verfestigt die Umwandlung von Krankenhäusern in privatrechtliche Rechtseinheiten mit privater Verwaltung die Logik des Marktes in öffentlichen Krankenhäusern und führt zu Ungleichheiten.

Ein öffentlich-freies, qualitativ hochwertiges und universelles Gesundheitssystem sollte sich jeder Logik der Fragmentierung entgegenstellen und die primäre Gesundheitsversorgung mit der Krankenhaus- und postklinischen Versorgung in einer einzigen Struktur integrieren. »Wir brauchen ein NHS mit einer demokratischen Struktur und sozialer Rechenschaftspflicht, die inspiriert.«

► **Eine globale Bewegung ist Voraussetzung für das Recht auf Gesundheit**

Alexis Benos, emeritierter Professor für öffentliche Gesundheit und Direktor des Zentrums für Forschung und Bildung im Bereich der öffentlichen Gesundheit an der Aristoteles-Universität Thessaloniki, erklärte, wie es zur kontinuierlichen Demontage und Privatisierung des NHS gekommen ist. Das NHS wurde in Griechenland gegründet, als in anderen Ländern, wie z.B. England, der Neoliberalismus bereits begonnen hatte, den Wohlfahrtsstaat zu zersetzen. Seit seiner Gründung waren erste Schritte

unternommen worden, um seinen öffentlichen Charakter zu leugnen. Die Steuerbefreiung der privaten Krankenversicherungen und die Abtretung von Dienstleistungen wie Sicherheit, Reinigung und Catering an private Unternehmen seien beispielhaft für die Privatisierung. Und trotz der Tatsache, dass die Wirtschaftskrise in Griechenland ab 2011 und die Pandemie ab 2020 die Bedeutung der öffentlichen Gesundheitssysteme auf globaler Ebene deutlich gemacht haben, wurden am Ende alle Hoffnungen auf eine Umkehrung des neoliberalen Zerfalls zunichte gemacht: »Die Pandemie wurde als Gelegenheit für neue Spekulationen für den privaten Sektor genutzt, der vom Staat geschützt wurde, um nicht ‚infiziert‘ zu werden, aber auch für Unternehmen, die sich die Ergebnisse der öffentlichen Forschung zur Impfstoffentwicklung bemächtigten«, so Benos. Insgesamt wurden in den Jahren 2020-2021 vom Staat über 180 Millionen Euro bereitgestellt, um pandemiebedingte Kosten für Privatkliniken, Rehabilitationszentren, Touristenunterkünfte, Privatärzte und Diagnosezentren zu decken.

Wir befinden uns, so Alexis Benos, aktuell in einer extremen Periode kapitalistischer Aggression, deshalb sollten wir, wenn wir über eine alternative Strategie sprechen wollen, über einen antikapitalistischen Ansatz für das Recht auf Gesundheit sprechen. Für Benos ist es notwendig, eine globale Volksbewegung zu schaffen, die die Entwicklung eines öffentlichen Systems fordert, das auf der Grundlage der Bedürfnisse einer ganzheitlichen Versorgung der Menschen strukturiert ist.

► **Deutschland: Kapitaltransfer vom öffentlichen in den privaten Sektor**

Kathrin Vogler, Bundestagsabgeordnete der Partei Die Linke vertrat die These, dass die Kommerzialisierung der Gesundheitssysteme dazu führe, dass das Menschenrecht auf Gesundheit nicht mehr adäquat wahrgenommen werden kann. In Deutschland haben es die Schwächsten, Menschen mit Behinderungen, verarmte Menschen und Menschen mit hohem Pflegebedarf sehr schwer, medizinisch versorgt zu oder zuhause angemessen gepflegt zu werden. Die Auswirkungen davon spiegelten sich auch in der Lebenserwartung. Die Politik der letzten Jahrzehnte habe dazu geführt, dass Teile des Gesundheitssystems nach den Prinzipien des Profits und des Marktes arbeiten. »Es ist schwer zu verstehen, warum das Gesundheitssystem in einem der reichsten Länder der Welt unter so großem Druck steht, aber es gibt Gründe«, so Vogler.

► **Erfahrungsberichte und kollektiver Widerstand auf Kreta**

Im nächsten Panel beschrieben Ärzt*innen, ein Pfleger und eine Patientenvertreterin ihre Erfahrungen mit den Auswirkungen des buchstäblichen Zusammenbruchs des öffentlichen Gesundheitssystems in Kreta.

Giorgos Manousakis, Präsident des Verbands der Mitarbeiter des Krankenhauses von Agios Nikolaos/Kreta, beschreibt die rapide Verschlechterung aller Krankenhäuser

auf Kreta. Vor allem in der Präfektur Lasithi sei das Defizit in kritischen Fachgebieten inzwischen riesig: »Ein großer Teil der Belegschaft ist ins Ausland gegangen wegen der Verschärfung der Arbeitsbedingungen und der niedrigen Löhne«. Da es aber auch keine primäre Gesundheitsversorgung mehr gibt, müssen alle Bedürfnisse vom Krankenhaus Agios Nikolaos gedeckt werden. In den letzten drei Jahren sind enorme Personaldefizite entstanden: Während im Jahr 2019 noch 66 Ärzte im Krankenhaus tätig waren, sind es jetzt nur noch 56. Von vier Anästhesisten blieben zwei im Krankenhaus, von fünf Intensivmedizinern sind zwei festangestellte Ärzte auf der Intensivstation geblieben; beim Pflegepersonal sind 25% der Stellen unbesetzt. »Es gibt keinen Anreiz für Ärzte, im NHS zu bleiben. Wir fordern eine Änderung der Politik, der Arbeitsbedingungen und eine Verbesserung der Löhne, um das System wieder zum Laufen zu bringen«, schloss er.

In Chania, dem zweitgrößten Krankenhaus der Insel, unterscheiden sich die Probleme nicht von denen anderer Krankenhäuser. Auch dort kämpft das Gesundheitspersonal dafür, dass das Krankenhaus nicht vollständig zusammenbricht. Laut Christoula Petraki, Pneumologin und Präsidentin der Ärztekammer des Nationalen Gesundheitsdienstes von Chania, wurden viele Abteilungen geschlossen, während die Notaufnahmen mit nur zwei Oberärzten arbeitete. Es gebe keine psychiatrische Abteilung im Krankenhaus, auch keine Kinderpsychiatrie; diese Fälle werden nach Heraklion verlegt. Vor allem im Sommer sei die Situation unvorstellbar schwierig, weil da noch zusätzlich viele Touristen z.B. mit Verkehrsunfällen dazu kommen. Und in diesem Krankenhaus gibt es Ärzte, die wegen Überlastung gehen wollen, weil, wie sie sagte, »wir jetzt durch Müdigkeit gefährlich werden«.

Nach Angaben der Gesundheitsbehörden arbeiten sowohl das Venizelos-Krankenhaus von Rethymno als auch das Universitätskrankenhaus in Heraklion dezimiert. Mit dem sich vervielfachenden Bedarf durch den Tourismus für mindestens sechs Monate im Jahr und in Kombination mit anderen sozialen und wirtschaftlichen Problemen wie der Wohnungskrise wird die Misere noch verstärkt. Der Zusammenbruch der Krankenhäuser wird in erster Linie von den Patienten selbst erlebt, die sich seit Jahren organisieren, um ihre Forderungen an die Politik im Bereich der öffentlichen Gesundheit öffentlich zu machen.

»Wir haben die Patientenvereinigungen wegen der Probleme gegründet, mit denen wir jeden Tag konfrontiert sind, aber auch wegen unseres Wunsches, unsere Lebensqualität zu verbessern«, sagte Katerina Koutsoyiannis, Vizepräsidentin der griechischen Patientenvereinigung. Diese wurde 2019 gegründet und umfasst 85 Patientenorganisationen aus dem ganzen Land. »Durch ihre einzigartige Erfahrung und ihren Weg im Gesundheitssystem können Patienten Vorschläge einreichen, ihre Mitpatienten beeinflussen und befähigen und die Gesundheitspolitik gestalten. Patienten berichten jedoch oft nicht über Systemstörungen, weil sie befürchten, dass dies ihre Behandlung beeinträchtigen könnte. Wir versuchen, sie zu befähigen, Gesprächspartner bei Gesundheitsproblemen

zu werden.« Ziel des Verbands ist es auch, eine Beobachtungsstelle für gesundheitliche Ungleichheiten zu schaffen, in der Probleme und Erfahrungen systematisch erfasst werden.

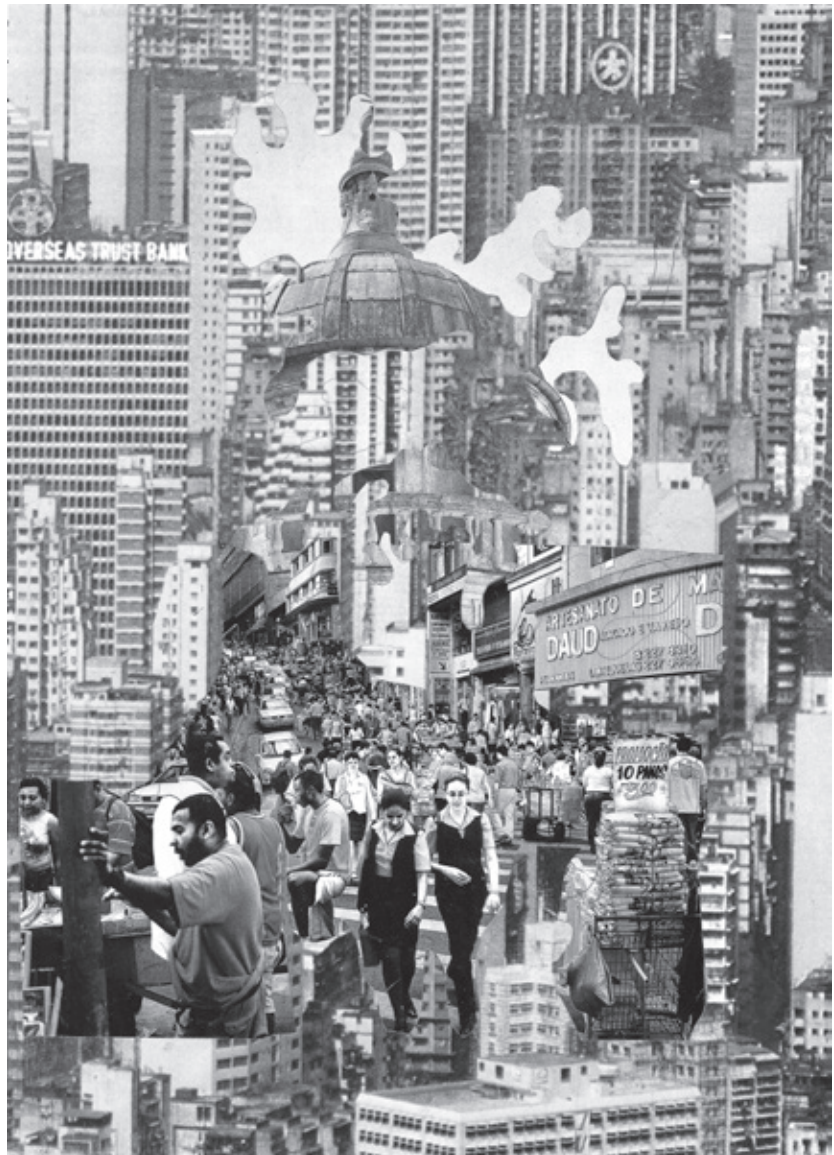
Der Europäische Rahmen – Beispiele für gewerkschaftliche Forderungen im Gesundheitswesen

Aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen, niedriger Löhne und Arbeitslosigkeit sind Beschäftigte im Gesundheitswesen oft gezwungen, in andere europäische Länder auszuwandern, um dort in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung zu arbeiten. In der Diskussionsrunde am Sonntag ging es um diese Probleme und die Möglichkeiten, gemeinsam bessere Arbeits- und Lebensbedingungen zu fordern. Nadja Rakowitz, Medizinsoziologin, Geschäftsführerin des Vereins Demokratischer Ärzt*innen und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der RLS leitete das Panel mit dem Verweis auf die großen Ungleichheiten in aber auch zwischen den Ländern Europas und auf die Armut, die der Boden sei, auf dem sich der Braindrain entwickelt. Die migrantischen Arbeitskräfte seine neben Kommunikationsproblemen auch mit rassistischen Verhaltensweisen konfrontiert, oft ohne jegliche Unterstützung von Seiten der Gewerkschaften.

Wie Ana Vracar, Kulturanthropologin aus Kroatien, Mitglied von BRID (Basis for Workers' Initiative and Democratization), Mitglied der UNI Global Union und des People's Health Movement (PHM), erklärt, waren die Privatisierung der Gesundheitssysteme nach dem Fall des Sozialismus in vielen osteuropäischen Ländern und der Zusammenbruch des Industriesektors Ursachen, die dazu führten, dass das Personal im Gesundheitswesen aber auch in anderen Sektoren nach West- und Nordeuropa migrierte. Dort begannen viele als informelle Pflegekräfte 24/7 in Familien zu arbeiten. Die Bemühungen des PHM zielen darauf ab, Erfahrungen auszutauschen, damit

Menschen, die in ein Land auswandern wollen, dort mit anderen Arbeitern in Kontakt treten können. Ana Vracar kommt zu dem Schluss, dass die Abwanderung von Fachkräften zu einer Personalkrise im kroatischen öffentlichen Gesundheitswesen geführt hat. Seitens der Regierung wurden keine Anstrengungen unternommen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, weder in Bezug auf die Löhne noch auf die Arbeitsbelastung. Allerdings hat in letzter Zeit etwas Ungewöhnliches begonnen: Kroatien wird plötzlich zu einem Zielland für Arbeitskräfte aus ärmeren Ländern, und dies ist ein Indikator dafür, dass sich die Arbeitsbedingungen überall verschlechtern.

Ebenso instabil ist die Lage in Polen. Laut Anna Bacia, Krankenschwester und Präsidentin der Gewerkschaft der Pflegekräfte in der OPZZ (OPZZ KP), gibt es Migration von Gesundheitsfachkräften nach Westeuropa und insbesondere Deutschland sehr häufig und vor allem im Gesundheitssektor. Die Migration hat zu Personalengpässen im öffentlichen Gesundheitswesen in Polen geführt, die aber seit Kriegsbeginn von Ukrainern gedeckt werden. Die Gesetzgebung ist besonders flexibel und viele Arbeitnehmer, vor allem in privaten Unternehmen, arbeiten ohne feste Verträge. Anna Bacia betonte, dass Unternehmen Ukrainer als billige Arbeitskräfte einsetzen, was auch die in



diesem Bereich bestehenden Gewerkschaften geschwächt habe. »Die polnischen Arbeiter, die den Prozess der Abwertung von Arbeit und Rechten im privaten Sektor erkannten, begannen, in die öffentlichen Krankenhäuser zurückzukehren. Was wir brauchen, ist eine stärkere Gewerkschaft, Schulungen für Wanderarbeiter und gemeinsame Gewerkschaften, die diese einbeziehen.«

UNI Care/Global Union ist ein globaler Verband von Gewerkschaften im Gesundheitswesen. Alan Sable, Leiter des Departements in der Schweiz, betonte, dass wir es mit einer globalen Personalkrise im Pflegesektor zu tun haben, wenn wir über migrantische Pflegekräfte und den Brain drain sprechen. Eine Personalkrise ziehe eine Pflegekrise nach sich. Eine Umfrage von UNI Care zeigte, dass fast 70% der Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich in 63 Ländern angaben, Personalprobleme zu haben, wobei 36% in unterbesetzten Strukturen arbeiten. Die meisten Menschen sehen diese Arbeit bis zum Rentenalter als untragbar an. In Wirklichkeit jedoch »gibt es keinen Mangel an Pflegekräften. Es herrscht ein Mangel an Pflegekräften, die unter den aktuellen Umständen bereit sind, zu arbeiten. Und es sind die Bedingungen, die die Menschen vertreiben«, so Alan Sable. »Der einzige Weg, die Personalkrise zu bewältigen, sind mehr Investitionen mit besserer Bezahlung, die Möglichkeit von Tarifverhandlungen und die Verhinderung von Gewalt und Belästigung«. Die Strategie von UNI Care/Global Union habe mehrere Ziele: die Organisation aktiver Gewerkschaften in den Einwanderungsländern, die Sicherstellung, dass bilaterale Migrationsabkommen keine Diskriminierung in den Rechten zwischen Migranten und einheimischen Arbeitnehmern beinhalten und dass die Arbeitnehmer Teil einer Bewegung zur Verbesserung der Versorgungsbedingungen für alle werden.

Aus Deutschland berichtete Dana Lützkendorf, ehemals Intensivpflegerin an der Berliner Charité und jetzt Gewerkschaftssekretärin von ver.di Berlin-Brandenburg von den Kämpfen für einen Tarifvertrag Entlastung (also für garantierte Personalquoten nicht nur in der Pflege) und wie man auch mit minimalster Personaldecke ein Krankenhaus bestreiken kann.

Die neoliberale Globalisierung ist die Krankheit

Andreas Xanthos, ehemaliger Gesundheitsminister in der linken Syriza-Regierung, Arzt in Rethymno und heute Mitglied der Partei Nea Aristera (Neue Linke), schloss die Diskussion und drückte die Notwendigkeit eines politischen Auswegs aus der Desorganisation der öffentlichen Gesundheitssysteme aus. Er forderte eine alternative Strategie. »Die Migration von Arbeitskräften und wissenschaftlichem Potenzial ist das Symptom, die Krankheit ist die neoliberale Globalisierung. Das Symptom betrifft insbesondere die Länder Europas, die in Zeiten der Haushaltsanpassung und der Sparmaßnahmen die Gesundheitssysteme geschrumpft und die Personalkrise ausgelöst haben. In unserem Land hat das dramatische

Ausmaße angenommen«. Für Andreas Xanthos ist es notwendig, sich über internationale Netzwerke von Gesundheitsfachkräften zu organisieren, um den neuen Herausforderungen begegnen zu können. »Wir dürfen keine Kompromisse eingehen, die die psychosomatischen Kräfte der Menschen erschöpfen, die Patienten belasten, die Sicherheitsstandards senken und das öffentliche Gesundheitswesen in Misskredit bringen«, fügte er hinzu. Die große Herausforderung sei die Schaffung einer politischen Alternative.

Aktuell gebe es in Griechenland viele funktionell unversicherte Bürger. Das heißt, dass es zwar keine institutionellen Hindernisse für den Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem für Versicherte gibt, aber niemand effektiv behandelt werden kann, wenn er nicht aus der eigenen Tasche dazu zahlt. »Wir sind in die Zeit vor der Gründung des NHS zurückgekehrt, als die Menschen in unserem Land Geld haben mussten, wenn sie medizinisch versorgt werden wollten. Die Grundwerte des NHS sind über den Haufen geworfen worden«. »Die Regierung sagt den Kollegen, sie sollen den Patienten das Geld aus der Tasche ziehen, im Krankenhaus privat arbeiten, außerhalb privat praktizieren, in privaten Kliniken arbeiten und sich gleichzeitig um den Betrieb des Krankenhauses kümmern.«

Der ehemalige Gesundheitsminister wies darauf hin, dass die Frage, ob Gesundheit ein Recht und keine Ware ist, durch die Politik der Regierungen festgeschrieben oder negiert wird. Die Frage ist nun, unter welchen finanziellen und organisatorischen Bedingungen das NHS wieder auf die Beine gestellt wird und jungen Wissenschaftlern und Ärzten die Aussicht auf bessere Arbeitsbedingungen geben wird. Voraussetzung dafür ist die sofortige Angleichung bei den Gesundheitsausgaben des Landes an den europäischen Durchschnitt, vor allem aber die Beendigung der europäischen Kriegswirtschaft und des Wettrüstens. »Und dabei muss die Linke mit Vorschlägen und Maßnahmen für die aktuelle Situation die Führung übernehmen«, schloss er.

(Bei diesem Text handelt es sich um eine von Nadja Rakowitz mit Hilfe von KI aus dem Griechischen übersetzte und gekürzte Fassung des Textes von Stavroula Poulimeni: Αναζητώντας μια εναλλακτική στρατηγική για να κερδίσουμε το δικαίωμα στην υγεία, in: Alterthess vom 02.05.2025: <https://alterthess.gr/anazitontas-mia-enallaktiki-stratigiki-gia-na-kerdisoume-to-dikaioma-stin-ygeia/> – Die komplette deutsche Fassung gibt es bei der Geschäftsstelle des vdää*: kontakt@vdaae.de)

Anmerkungen:

1 <https://enainstitute.org/en/about/what-is-ena/>

Lesen Hören Sehen

»Oh wie schön ist Abschiebung!« Frontex: Mein Leitfaden zur Rückkehr, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union 2023

Unter dem Titel »Mein Leitfaden zur Rückkehr« hat die EU-Grenzschutzagentur Frontex im Jahr 2023 Broschüren veröffentlicht, die Kinder, Jugendliche und Minderjährige ohne Begleitung altersgerecht auf ihre Abschiebung vorbereiten sollen. Man kann sie in Deutsch, Englisch, Französisch, Portugiesisch und Spanisch von der Internetseite der Europäischen Union herunterladen. Die Publikation ist bis Anfang Juni 2025 einer großen Öffentlichkeit unbekannt geblieben. In euphemistischen Worten und in vermeintlich kindgerechter Sprache verniedlicht sie das Herausreißen Minderjähriger aus ihrem Leben – in illustrierter Ratgeberform. Die Menschenverachtung kennt keine Grenzen mehr.

Hier kann man sich die pdf herunterladen:



JENSEITS DER AUFREGUNG. Mythen und Fakten zu Flucht und Migration, luxemburg argumente Nr. 28, Rosa Luxemburg Gesellschaft (Hg.), Mai 2025

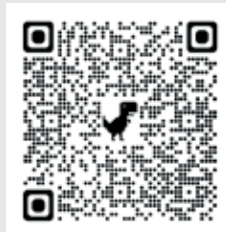
Unaufgeregt, aufklärerisch und kritisch dagegen ist die Veröffentlichung der Rosa Luxemburg Gesellschaft zu Flucht und Migration. In dem bewährten Format der luxemburg argumente werden jeweils einzelne Mythen und rechte Erzählungen über Flüchtlinge vorgeführt und kritisch ernst- und auseinandergenommen: Wie wird argumentiert? Was ist dran? Welches Fazit ziehen wir daraus? Am Ende wird dann diskutiert, ob es offen rechte Parteien wie in Deutschland die AfD schwächt,

wenn man deren Mythen und Politikvorschläge übernimmt. Die richtige Broschüre zur rechten Zeit – im doppelten Sinne des Wortes.



IPPNW: Abschiebungen im Kontext stationärer Behandlung

Unsere Kolleg*innen der IPPNW haben auf ihrer Homepage eine Meldestelle eingerichtet, die Fälle von Abschiebungen aus stationärer Behandlung sammelt. Außerdem bieten sie verschiedene Materialien und Texte mit rechtlichen Tipps für Beschäftigten im Gesundheitswesen.



Jung & Naiv – Video und Podcast Interview mit dem Soziologen Aladin El-Mafaalani über Rassismus & Integration

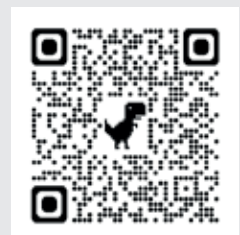
Jung & Naiv ist eine regelmäßige politische Interviewsendung, die auf deren YouTube-Kanal zu sehen oder als Podcast zu hören ist. Die Interviews sind gründlich gemacht und deshalb oft auch relativ lang (z.T. 3 Stunden); zu Gast sind viele bekannte kritische Wissenschaftler*innen, Journalist*innen, Politiker*innen und Vertreter*innen zivilgesellschaftlicher Organisationen. Hier wollen wir Euch ein Interview mit dem Soziologen Aladin El-Mafaalani über Rassismus & Integration empfehlen. Er arbeitet seit 2019 am Fachbereich Erziehungswissenschaft mit Schwerpunkt

Erziehung und Bildung in der Migrationsgesellschaft an der Universität Osnabrück. Es geht in dem Gespräch um unser veraltetes Schulsystem, Ungleichheit, Privilegierte und Unprivilegierte, notwendige langfristige Reformen und darum, welche Probleme wir sofort lösen können.



Rätsel des Unbewußten. Podcast zur Psychoanalyse und Psychotherapie

Die Podcasts der beiden Psychoanalytiker*innen Cécile Loetz und Jakob Müller bieten neben Fallgeschichten und Einblicken in psychoanalytische Behandlungsabläufe, Konzepte und Begriffe auch immer wieder Folgen, die sich mit größeren Themen aus einer psychodynamischen Perspektive auseinandersetzen. Dabei verteidigen die beiden nie dogmatisch ihre Therapieschule, sondern hinterfragen kritisch. Interessant ist etwa die Folge »Tiefseeltauchen. Warum die Zukunft der Psychotherapie gefährdet ist«, in der die aktuellen politischen Reformen im Bereich der Psychotherapieausbildung in Deutschland und deren mögliche tiefgreifende Folgen beschrieben und strukturell und gesellschaftlich eingeordnet werden. Die Podcaster*innen erkennen eine bedenkliche Tendenz zu Ökonomisierung und Effizienzdruck und drücken ihre Sorgen um die Zukunft der Psychotherapie und den therapeutischen Nachwuchs aus. Sehr empfehlenswert ist außerdem die Folge zum Ukrainekrieg: »Der Realität ins Auge sehen ohne sich das Denken nehmen zu lassen.«



Und was machst du so?

Arbeitsfelder des vdää*

AK Versorgungsstrukturen – jeden 4. Dienstag im Monat 20:00 Uhr online

Hier beschäftigen wir uns mit den aktuellen Entwicklungen sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor mit der Perspektive, die Sektorgrenzen zwischen den beiden aufzuheben – in Theorie und Praxis. Bei jedem Treffen gibt es ein Thema, das jemand vorbereitet mit einem kurzen Input. Wir versuchen aber auch, und Zeit und Raum zu nehmen für die Fragen der alltäglichen Praxis, die erfahrene und weniger erfahrene Kolleg*innen hier austauschen können. Perspektivisch arbeiten daran, wie eine gut geplante integrierte Versorgung mit multiprofessioneller Zusammenarbeit in non-profit Strukturen aussehen könnte.

AK Gegen Militarisierung – jeden 3. Mittwoch im Monat 20:30 Uhr online

Der Arbeitskreis beschäftigt sich mit der Militarisierung der Gesellschaft und besonders des Gesundheitswesens und der Frage, wie wir uns dagegen wehren können, für militärische Ziele instrumentalisiert zu werden. Der AK ist auch offen für Nicht-Mitglieder. Wir versuchen in diesem AK auch, mit Kolleg*innen aus anderen Ländern ins Gespräch zu kommen und ein Netzwerk aufzubauen.

AK Gegen Rechts – jeden 4. Donnerstag im Monat 20:30 Uhr online

Der Arbeitskreis widmet sich seit 2024 dem Thema Rechtsruck. Während wir für ein besseres, gerechteres und solidarischeres Gesundheitssystem kämpfen, beunruhigen uns gänzlich gegenläufige gesellschaftliche Entwicklungen und die Zunahme rechter Einstellungen in Gesellschaft und Politik. Der Arbeitskreis will analysieren, was das für linke Gesundheitspolitik und für die Arbeit des

vdää* bedeutet, und solidarische Gegenperspektiven entwickeln.

AK Digitalisierung

Der AK wurde gerade wieder neu gegründet und noch gibt es unregelmäßige online Treffen zur Vorbereitung von internen Bildungsveranstaltungen und Positionspapieren. Aktuell wird eine Veranstaltung zur Elektro-

nischen Patientenakte geplant. Kontakt auf Anfrage.

Vernetzungstreffen für Berufsanfänger*innen

Das Treffen findet einmal im Monat online statt, bisher unregelmäßig. Außerdem gibt es eine Signalgruppe. Für nächste Treffen, kontaktiert gerne die Geschäftsstelle.

AK Gesellschaftsanalyse – jeden 3. Dienstag im Monat 19:00 Uhr, Online

In diesem AK versuchen wir, genauer zu verstehen, was Kapitalismus und die Profitlogik der kapitalistischen Produktionsweise bedeuten und welche Konsequenzen das für die Möglichkeit politischer Veränderungen hat. Wir haben zuerst einige Ausschnitte aus Karl Marx' *Kapital* zur Frage Naturzerstörung im Kapitalismus diskutiert und dann den Text von Rosa Luxemburg von 1916 *Zur Krise der Sozialdemokratie*. Aktuell diskutieren wir einen Aufsatz aus Klaus Dörres Buch (2021): *Die Utopie des Sozialismus*. Vorkenntnisse sind nicht nötig, jede*r kann dazu kommen; wir lesen den Text zusammen. Auch einfach nur zuhören ist willkommen.

Achtung: im Juli ausnahmsweise am 4. Dienstag, also am 22.07.

AK Polizeikooperation – in ungeraden Monaten am 1. Dienstag im Monat 20:30 Uhr, in geraden Monaten am 1. Donnerstag im Monat 18:00 Uhr, jeweils online

Der AK beschäftigt sich damit, was man im Umgang mit der Polizei in der Notaufnahme, auf Station oder auch in der Praxis zu beachten hat: Was muss man machen, sagen gegenüber Polizist*innen, was darf man? Was muss und darf man nicht machen oder sagen? Wie geht man um mit autoritärem Auftreten? Etc.

Save the Date

**Gesundheitspolitisches Forum
von vdää* und Solidarisches
Gesundheitswesen**

**7. – 9. November
im Zentralwerk in Dresden**

Programm (vorläufig)

Freitagnachmittag 15 Uhr:
einführende Workshops

Freitagabend:

Vortrag von Raul Zelik zum
Thema: Wie kommt es zu
gesellschaftlichem Fortschritt?
(Arbeitstitel)

Samstag:

Gesundheitspolitisches Forum
zum Thema
Gesundheit im Verteilungskampf.
Soziale Determinierung von
Gesundheit (Arbeitstitel)
Panels und verschiedenen
Workshops

Samstagabend:

Party und Schnacken

Sonntagvormittag:

Jahreshauptversammlung
des vdää*
Mitgliederversammlung
mit Vorstandswahlen
Politische Perspektiven
des Vereins
Ende 14 Uhr

Es wird wie jedes Jahr eine Bettenbörse und Kinderbetreuung geben. Konkretes Programm, Teilnahmebeiträge etc. kommen in Kürze auf die Homepage.

Krisen-, Katastrophen-, Kriegs- SICHER?

vdää* gegen die Zeitenwende

Die Zeitenwende bringt es mit sich, dass Begriffe und Szenarien wie Katastrophe, Krieg, Pandemie oft vermischt werden und damit nicht selten verschleiern, wo es um eine weitere Militarisierung geht. Dabei ist Kriegslogik explizit etwas anderes als zivile Logik. Das lässt sich etwa am Beispiel der Triage gut benennen: Während Triage im klassischen Sinne in der ZNA bedeutet, abzuschätzen, wer am schwersten erkrankt ist und damit am schnellsten Hilfe benötigt, bedeutet eine Reverse Triage, wie im Kriegsfall, diejenigen als erstes zu behandeln, die am schnellsten wieder einsatzfähig gemacht werden können.

»Wir werden euch nicht helfen können«

Broschüre gegen Militarisierung des Gesundheitswesens

Die Militarisierung des Gesundheitswesens gehört weiterhin zu den Kernthemen des vdää*. Deshalb haben wir uns entschlossen, zusätzlich zu unserer Zeitschrift noch eine Broschüre zu veröffentlichen, die verschiedene Texte zum Thema zusammengestellt: Neben bereits erschienenen Artikeln von vdää*-Vorstandsmitgliedern Karen Spannenkrebs, Annebirth Steinmann und Bernhard Winter, enthält sie auch einen historischen Text von vdää*-Gründungsmitglied Uli Deppe, eine Rede der Gewerkschafterin Ulrike Eifler, ein vdää*-Flugblatt und eine Zusammenfassung eines englischen Textes unserer Freund*innen vom Vital Signs Magazin. Außerdem veröffentlichen wir hier auch das neu erarbeitete Argumentationspapier aus dem vdää* *Arbeitskreis Gegen Militarisierung*.

Wenn ihr die Broschüre (DIN A 5, ca. 60 Seiten) als Printausgabe lesen oder weiter verteilen wollt, schreibt gerne eine Mail an kontakt@vdaae.de. Wegen der hohen Druckkosten (Stichwort Papierpreise) bitten wir euch in diesem Fall, um einen Spendenbeitrag (Kostendeckend sind 5 Euro pro Exemplar).

Online wird die Broschüre selbstverständlich auch kostenlos verfügbar und als pdf zum Download bereitstehen. Das Argumentationspapier werden wir noch einmal gesondert verteilen.

Im AK Gegen Militarisierung wir uns jeden 3. Mittwoch im Monat 20:30 Uhr, Online (Link auf Anfrage); es diskutieren dort nicht nur vdää*-Mitglieder sondern auch Aktive aus anderen Zusammenhängen wie z.B. ver.di oder VDPP und IPPNW. Kommt gerne dazu.

Wortergreifung

Veranstaltungen zum Thema Militarisierung

Wir wollen in nächster Zeit auch Veranstaltungen zum Thema Militarisierung des Gesundheitswesens anbieten – zum einen online, aber gerne auch vor Ort bei euch. Wir bieten euch dazu Material (Zeitschrift, neue Broschüre, PPT-Vorträge) an, das ihr gerne bei der Geschäftsstelle anfragen könnt. Bislang ist unser Pool an Referent*innen eher noch klein; aber gerne können wir auch ein Briefing anbieten, damit ihr euch selbst ermächtigt. Meldet Euch und wir verabreden etwas dazu.

Verein demokratischer Ärzt*innen

Für eine soziale Medizin und eine demokratische Gesellschaft

Viel zu tun – und noch mehr zu verändern

Es gibt viel zu tun. Nicht nur auf Station, in der Ambulanz, in der Praxis, im Studium. Auch die Bedingungen und Umstände unserer ärztlichen Arbeit müssen angepackt und verändert werden.

Die allermeisten sind sich einig: Vieles läuft im Gesundheitswesen nicht so, wie es sollte. Auf der einen Seite steht das Ziel unserer Arbeit: das körperliche, psychische und soziale Wohlergehen der Menschen. Und als Hürden dahin erleben wir auf der anderen Seite Einsparungen am Personal, fließbandartige Abläufe und Profitorientierung privater Konzerne. Meist bleibt für alles zu wenig Zeit, für die Patient*innen, für uns selbst und erst recht dafür, sich für positive Veränderungen einzusetzen.

Außerhalb der Versorgung erleben wir, wie die gesellschaftlichen Verhältnisse die Gesundheit prägen. Menschen leben kränker und sterben früher, weil sie arm und ggf. arbeitslos sind, weil sie psychisch und physisch krankmachenden Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnissen ausgesetzt sind. Die Gesundheit vieler Menschen wird geschädigt, weil ihnen Ressourcen und Rechte, auch Gesundheitsversorgung, vorenthalten werden, weil sie rassistisch benachteiligt werden, weil sie patriarchale Gewalt erleben oder den Folgen von Kriegen, Klimakrise und Flucht ausgesetzt sind. Statt fundierter und konsequenter Analysen und kollektiver Lösungsstrategien dominieren individualistische Erklärungsmuster, ein gesellschaftlicher Druck zur Selbstoptimierung und Resignation. Die Auswirkungen dieser sozialen Missstände sehen wir in unserer täglichen Arbeit und sind teils selbst direkt betroffen.



Voneinander lernen – gemeinsam handeln

Im vdäa* haben wir uns zusammengeschlossen, um miteinander zu begreifen, was schief läuft, uns klar zu werden, wie es besser gehen kann und wie wir dort hinkommen. Denn all diese Probleme sind nicht vom Himmel gefallen und sie sind nicht unveränderlich.

Es gibt viel zu tun. Trotzdem – und gerade deswegen – schauen wir den Problemen nicht einfach zu. Wir sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, Zahnärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Studierende. Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft möglich sind und gemeinsam erstritten werden müssen.

**Lern uns kennen, werde Mitglied und
unterstütze unsere Arbeit oder werde selbst aktiv!**

www.vdaeae.de | www.facebook.com/vdaeae | Twitter: @demokrat_aerzte

verein
demokratischer
ärzt*innen

