

GESUNDHEIT *braucht* POLITIK

verein
demokratischer
ärzt*innen

SOLIDARISCHES
GESUNDHEITS WESEN

Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 3/2025



Gewalt (in) der Medizin

INHALT

5

Aspekte der Gewalt

Colette Gras

8

Und dann flog das Skalpell ...

Rafaela Voss

11

Gewalt in der Psychiatrie
und interdisziplinärer Aus-
tausch mit der Polizei

Milan Röhrich

14

Gewalterfahrungen
in der Psychiatrie

14

Übersicht zu den rechtlichen
Grundlagen von Fixierungen
(»Gurt-/Bettfixierungen«) in
der Psychiatrie in Deutschland

15

Kein milderes Mittel (?)

Martin Lange

15

Erfahrungen mit Gewalt in
der Psychiatrie

Anne Hofweiler

16

Alle haben Angst – die Fixie-
rung als Ultima Ratio in der
Psychiatrie. Erfahrungsbericht
einer Fixierungssituation
zweier Assistenzärztinnen aus
einer psychiatrischen Klinik in
einer deutschen Großstadt

**Saskia Vetter /
Vanessa Beer**

18

Staatsgewalt im Krankenhaus.
Abschiebungen im Kontext
stationärer Behandlung

**Robin Maitra /
Ulrike Schneck**

21

Schmerzgriffe als Technik
in der polizeilichen Praxis. Zur
Verselbständigung und
Normalisierung polizeilicher
Gewalt

**Hannah Espín Grau /
Tobias Singelstein**

Einladung zur Mitgliederversammlung des vdää*

am 9. November 2025 10:30 Uhr
in: Zentralwerk, Riesaer Str. 32,
01127 Dresden

Tagesordnung

1. Rechenschaftsbericht des Vorstands
2. Kassenbericht
3. Entlastung des Vorstands und des Kassenwarts
4. Wahl des Vorstands und der
Kassenprüfer*innen
5. Anträge
6. Sonstiges
7. Diskussion über vdää* Programmatik zum
Thema Militarisierung

27

Einsatz von Schmerzgriffen
bei friedlichen Demon-
strationen rechtswidrig.
Juristische Einordnung
der Anwendung von
Schmerzgriffen

29

Die Frauengesundheits-
bewegung ... zwischen
Selbsthilfe, Widerstand und
Gerechtigkeit

Franziska Max

32

Gewalt durch Ärzt*innen.
Zwangssterilisation an Men-
schen mit Behinderung
historisch und heute

Hanna Marla Frentz

35

Krankenhäuser
für den Krieg

Andreas Umgelter

36

Wir verlassen den Raum,
unser Protest bleibt. Gegen
die zivile Verteidigung der
Berliner Krankenhäuser

37

You die like the rest of us.
Zum Mord am CEO eines
US-Krankenversicherers

Karen Spannenkrebs

40

Sudans Weltkrieg. Handfeste
Interessen aus dem In- und
Ausland befeuern den suda-
nesischen Bürgerkrieg

Joshua Craze

45

Klima in der Krise.
Über die Weltgesundheits-
versammlung

Jan Wintgens

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

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

Redaktion

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

Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2025

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

Das Cover-Bild ist von Sharath G. und kommt von Pexels, so wie alle anderen Fotografien, unter denen nicht direkt eine andere Quelle steht. Bearbeitet wurden die Bilder von Manuel Funk.

Geschäftsstelle des vdää*

Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Email kontakt@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

Wie schon die letzte Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* sich unter dem abstrakten Thema »Krise« verschiedenen Aspekten der Krise der Medizin gewidmet hat, beschäftigt sich diese Ausgabe mit dem Thema »Gewalt (in) der Medizin« und versucht, diese aus unterschiedlichen Blickwinkeln und an unterschiedlichen Themen zu beleuchten. Über ein Feedback zu diesem Konzept würden wir uns freuen. Schreibt uns gerne...

Gewalt ist ubiquitär in unserer Gesellschaft und damit auch im Gesundheitswesen. Es gibt jedoch keine einheitliche Definition von Gewalt. Physische und psychische Gewalt werden begrifflich unterschieden, treten faktisch oft zusammen auf und haben beide juristisch und strafrechtliche Relevanz. Im soziopolitischen Kontext wird Gewalt z.B. als jede Form direkter oder indirekter Machtausübung definiert, die Menschen in ihrer Entfaltung einschränkt – sie umfasst damit auch strukturelle Gewalt. Die verschiedenen Definitionen von Gewalt sind umstritten und konfliktbehaftet, weil sie immer abhängig von historischen, kulturellen und normativen Rahmenbedingungen sind.

Die Artikel dieses Heftes versuchen, diese Diskussion aufzugreifen. Sie können keinen Anspruch auf Vollständigkeit reklamieren. Leitfragen sind unter anderem der Zusammenhang von Herrschaft, Macht und Gewalt sowie die Frage, ob und in welcher Form legitime Gewalt - im Gesundheitswesen - existiert. Colette Gras nähert sich dem Begriff Gewalt an und geht explizit auf verschiedene Formen von Gewalt ein und analysiert Richtung, Rezeption und Konsequenz von Gewaltakten. Rafaela Voss thematisiert in ihrem Text »Und dann flog das Skalpell« Gewalt unter Beschäftigten im Gesundheitswesen. Milan Röhrich reflektiert auf Gewalt in der Psychiatrie, die besondere Doppelrolle der Polizei in diesem Kontext und welche Chancen interprofessioneller Austausch auf Prävention bietet. Es folgt ein kurzer rechtlicher Überblick zu Fixierungen in der Psychiatrie sowie Erfahrungsberichte.

Die beiden folgenden Texte beschäftigen sich mit der Rolle der Staatsgewalt im Gesundheitswesen und für die Gesundheit von Protestierenden. Robin Maitra und Ulrike Schneck setzen sich in dem Text »Staatsgewalt im Krankenhaus« mit Abschiebungen aus der stationären Versorgung auseinander und stellen in diesem Zuge die Website der IPPNW: »Behandeln statt Verwalten« vor. Hannah Espín Grau und Tobias Singelstein beschreiben die vermehrte Anwendung von Schmerzgriffen durch die Polizei und kritisieren diese Entwicklung als verselbständigte Gewaltpraxis. Darauf folgend findet sich eine kurze juristische Einordnung am Prozess über die Anwendung von Schmerzgriffen am Klima-Aktivist Lars Ritter.

Franziska Max schreibt über Geschichte der Frauengesundheitsbewegung der letzten Jahrzehnte in Deutsch-

land und unterstreicht, warum der Kampf gegen patriarchale Gewalt und für reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung weiterhin aktuell ist. Hanna Marla Frentz wirft in ihrem Text »Gewalt durch Ärzt*innen« den Blick auf Zwangssterilisationen und reproduktive Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Deutschland – sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart.

Die Texte von Andreas Umgelter, die Protestnote der jungen Mediziner*innen und der Text von Joshua Craze beschäftigen sich mit der ultimativen Form von Gewalt, mit dem Krieg bzw. dessen Vorbereitung im Rahmen einer angestrebten Verteidigungsfähigkeit. Andreas Umgelter gibt in »Krankenhäuser für den Krieg« einen kurzen Überblick im Land Berlin inzwischen geschaffenen rechtlichen Grundlagen zur Kriegsvorbereitung des Gesundheitswesens. Es folgt eine kurze Dokumentation des Protests von jungen Mediziner*innen gegen die Veranstaltung: »Zivile Verteidigung der Berliner Krankenhäuser«. Joshua Craze erläutert in »Sudans Weltkrieg«, welche Interessen aus dem In- und Ausland eine Rolle im sudanesischen Bürgerkrieg spielen und wie diese den Krieg weiter befeuern.

Karen Spannenkrebs analysiert in ihrem Text: »You die like the rest of us« die Rezeption, Hintergründe und die Auswirkungen der Ermordung des CEO von einem der größten Krankenversicherungsunternehmen der USA. Zum Abschluss berichtet Jan Wintgens im Text »Klima in der Krise« über die Weltgesundheitsversammlung und die Verantwortung des globalen Nordens.

Angeichts all der beängstigenden Entwicklungen möchten wir Euch gerne auf unser Gesundheitspolitisches Forum in Dresden aufmerksam machen (Programm auf der Rückseite und auf der Homepage), in dem wir uns mit dem Thema: »Gesundheit im Verteilungskampf. Wie entsteht gesellschaftlicher Fortschritt?« beschäftigen. Wir hoffen, Euch dort zu treffen und mit Euch produktive und kämpferische Diskussionen führen zu können.

Eure Redaktion der gbp

Allüber die Sphäre der Produktion herrscht Gewalt

»Zuinnerst der Sphäre der Produktion und allüber die Sphäre der Produktion herrscht die Gewalt, sei es die offene des Flusses, der die Dämme zerreißt, oder die geheime der Dämme, die den Fluß niederhalten. Es handelt sich nicht nur darum, ob Kanonen hergestellt werden oder Pflüge – in den Kriegen um den Brotpreis sind die Pflüge die Kanonen.«

Bertolt Brecht: Salut, Teo Otto!, Gesammelte Werke Bd. 19, Frankfurt/M 1967, S. 486

Aspekte der Gewalt

Colette Gras

Colette Gras versucht mit diesem Text eine Annäherung an das Thema Gewalt im Gesundheitswesen, beansprucht aber mitnichten Vollständigkeit, sondern beleuchtet zunächst überblickhaft zentrale Momente der Gewalt.

Das Gesundheitswesen ist ein Ort, der die Ausübung von Gewalt historisch und strukturell in sich trägt. Vor allem aufgrund des Gefälles zwischen Patient*innen und den Beschäftigten, das permanent und ubiquitär die Möglichkeit der Grenzüberschreitung bis hin zur Gewalt in sich bedingt. Schon früh hat sich bei den Menschen die im Gesundheitswesen arbeiten deshalb ein spezifisches Berufs-Ethos etabliert, das zumindest als Ideal existiert und nach 1945 die berufsethische Debatte prägte. Dieses Ungleichgewicht zwischen Gesundheitsprofessionellen und Patient*innen ist in allen Gesellschaften evident. In kapitalistischen Gesellschaften kann der Druck auf die Gesundheitsprofessionellen je nach Ökonomisierungsgrad stärker ausgeprägt oder geringer sein. Erhöhter Druck auf die Beschäftigten begünstigt gewaltsames Handeln.

Im Gesundheitswesen werden wir an vielen Stellen mit und ohne Legitimation mit Gewalt konfrontiert. Dies zeigen die Diskussionen um Gewalt während der Geburtsprozesse, die gewaltsame Fixierung von Patient*innen oder auch durch das Ausschließen von Menschen von der Behandlung. Es kann auch zu einer Gewaltumkehr kommen, wobei die Patient*innen diejenigen sind, die gewalttätig werden; wie dies häufig aus Notaufnahmen berichtet wird. Extreme Steigerungen der Gewalt sind beispielsweise die serienweise Tötung von wehrlosen Patient*innen während der alltäglichen Routine oder die zwangsweise Sterilisierung von Minderheiten in zahlreichen Gesellschaften.

Wie der Begriff der Gewalt zu verstehen ist, wollen wir im Folgenden anhand von drei Leitfragen sowie weiterführenden Überlegungen näher bestimmen: Welche Form nimmt Gewalt an? In welche Richtung wirkt sie? Und welche Konsequenzen hat sie?

1. Formen der Gewalt

Im Alltagsgebrauch wird Gewalt oft zunächst als physische Gewalt verstanden. Physische Gewalt, also körperliche Gewalt zwischen Personen, ist konkret zu greifen, da sie sich sichtbar und unmittelbar am Körper manifestiert – etwa durch Prügel oder andere physisch aggressive und/oder körperverletzende Handlungen. Im Gesundheitswesen haben wir die spezifische Situation, dass Körperverletzungen in Form von Operationen, Blutabnahmen etc. oft für die Genesung notwendig sind – und in der Regel durch die Zustimmung der Patient*innen legitimiert wird.

Demgegenüber steht psychische Gewalt. Auch sie lässt sich als »Einwirkung« einer Person oder Institution auf eine andere beschreiben. Diese Einwirkung ist jedoch nicht unmittelbar physischer Natur, sondern basiert auf Handlungen oder Unterlassungen, die auf die seelische Integrität und das Selbstwertgefühl eines Menschen zielen oder diese beeinträchtigen – etwa durch Angst, Demütigung, Mobbing oder die Erzeugung eines Gefühls von Kontrollverlust – wenn bspw. zu behandelnde Patient*innen wiederholt abgewiesen, herabgesetzt oder eine Behandlung oder Hilfe (z.B. beim Toilettengang) ungerechtfertigt verweigert werden. Sexualisierte Gewalt

Colette Gras ist Ärzt*in in Weiterbildung und arbeitet aktuell in einer allgemeinmedizinischen Praxis im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg; sie engagiert sich seit vielen Jahren im gesundheitspolitischen und queerfeministischen Kontext. Sie ist Co-Autor*in eines Leitfadens für die gynkologische Unterleibs-Untersuchung. Ihre Dissertation befasst sich mit Rassismus in der Allgemeinmedizin.

stellt dabei eine spezifische Form dar und vereint oft physische und psychische Gewalt miteinander.

Darüber hinaus gibt es Formen von Gewalt, deren Wirken und Schäden weniger sichtbar sind, da sie nicht direkt zwischen Körpern vermittelt werden. Zwei zentrale Konzepte sind hier zu nennen: strukturelle und symbolische Gewalt. Strukturelle Gewalt (Galtung, 1969) bezeichnet Gewalt, die nicht von einzelnen Akteur*innen ausgeht, sondern durch gesellschaftliche Strukturen wirkt, indem sie Menschen daran hindert, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen oder ihr Leben frei zu entfalten. Sie wird beispielsweise wirksam, wenn eine Gesellschaft eine Klassengesellschaft ist, in der es strukturelle Ungleichheit, Herrschaft und Ausbeutung gibt, aber auch wenn die spezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse von marginalisierten Gruppen kontinuierlich ignoriert werden, der Zugang zum Gesundheitssystem für bestimmte Patient*innen-gruppen erschwert wird oder Abtreibung per Gesetz kriminalisiert wird.

Ergänzend dazu beschreibt Pierre Bourdieu (1992) mit dem Begriff der symbolischen Gewalt die subjektive Anerkennung und Verinnerlichung solcher Verhältnisse. Sie verdeutlicht, wie sich strukturelle Gewalt in kulturellen Bedeutungen, Sprache und Wahrnehmungsmustern niederschlägt und dadurch Herrschaftsverhältnisse legitimiert und reproduziert. Während strukturelle Gewalt auf einer makrosozialen Ebene angesiedelt ist, verweist symbolische Gewalt auf die mikrosoziale Ebene. Wenn Normen über Gesundheit und Krankheit verinnerlicht werden, wird Gewalt normalisiert bzw. als notwendig angenommen.

In der Psychiatrie zeigt sich wie sich strukturelle und symbolische Gewalt verbinden und ergänzen. Per Gesetz definiert sich, wen Psychiater*innen auch gegen den Willen festhalten, restringieren und behandeln dürfen. Es handelt sich dabei um eine Form struktureller Gewalt. Die Akzeptanz dieser Gewalt von einzelnen Personen (sei es die behandelnde Person, die Patient*innen oder auch Außenstehende) als notwendig veranschaulicht die symbolische Gewalt, die aus der strukturellen Gewalt erwächst.

2. Richtung der Gewalt

Bei der Analyse von Gewalt muss die Richtung, in der die Gewalt erfolgt berücksichtigt werden. Gewalt erfolgt immer im Rahmen von konkreten Herrschaftsverhältnissen und kann auch oft auf diese Herrschaftsverhältnisse zurückgeführt werden. Entscheidend ist daher, ob Gewalt von »oben nach unten« – also von Institutionen, staatlichen Apparaten oder Menschen in Machtpositionen wie beispielsweise Arbeitgeber gegenüber deren Angestellten oder auch Ärzt*innen gegenüber deren Patient*innen – ausgeübt wird, oder ob sie »von unten nach oben« – entgegen dem Machtgefälle z.B. von widerständigen politischen Bewegungen, oder im Gesundheitswesen von Patient*innen gegenüber deren Ärzt*innen oder auch Angestellten gegenüber deren Arbeitgeber – auftritt. Im hegemoni-

alen Diskurs ist es möglich, diese Richtungs dualität mit zunächst aus linker Perspektive kontraintuitiv erscheinenden Werten zu verbinden: Entscheidungen über Priorisierung von Behandlungen oder Triage während einer Pandemie oder Leistungsbegrenzungen in der Krankenversicherung erscheinen dann beispielsweise als rational und notwendig, während Widerstand von Patient*innen gegen Zwangsmaßnahmen, von Beschäftigten gegen Arbeitsverdichtung oder von gesellschaftlich Marginalisierten gegen strukturelle Ausschlüsse dagegen als reaktiv, aggressiv, irrational oder pathologisch interpretiert wird. Die Analyse der Richtung von Gewalt macht den Zusammenhang zwischen Gewalt und Macht deutlich und verweist somit unmittelbar auf unsere nächste Frage: die der Konsequenz der Gewalt. Gewalt von den Herrschenden ist strukturell verankert und dient der Aufrechterhaltung bestehender Macht- und Klassenverhältnisse, während Gewalt, die von »unten« ausgeht, in der Regel reaktiv und defensiv bleibt. Dabei wird aber diese Gewalt oft als das Gegenteilige markiert, um sie zu delegitimieren. Die Gewalt von unten nach oben wird so zum unprovzierten Angriff stilisiert, den es dann institutionell abzuwehren gilt.

3. Konsequenz der Gewalt

Wenn wir erkennen, dass Gewalt immer innerhalb von konkreten Herrschaftsverhältnissen erfolgt, wird klar, dass die »unsichtbaren« Gewaltformen fast ausschließlich in die Richtung »von oben nach unten« erfolgen. Dies führt zu einer klaren Diskrepanz in der gesellschaftlichen Wahrnehmung und Verurteilung von Gewalt. Wenn Menschen sich gegen strukturelle Gewalt wehren, stehen ihnen nur »sichtbare« Gewaltformen zur Verfügung. Die Konsequenz ist eine doppelte Delegitimierung: Zum einen wird die alltägliche, hegemoniale, institutionalisierte Gewalt verschleiert, zum anderen wird der Widerstand kriminalisiert und pathologisiert. Auf diese Weise stabilisieren sich Herrschaftsverhältnisse selbst, da das Gewaltmonopol der Institutionen gewahrt bleibt und gleichzeitig jede Gegenwehr als Beweis für die »Notwendigkeit« eben dieser Institutionen herangezogen werden kann.

Wenn Gewalt so extensiv und konsequent von den Herrschenden gebraucht wird, stellt sich unweigerlich die Frage nach ihrem Grund. Gewalt entsteht nicht in einem luftleeren Raum; sie lässt sich nicht auf individuelles Fehlverhalten oder institutionelles Versagen reduzieren. Vielmehr ist sie in unserem gesellschaftlichen Kontext v.a. eine strukturelle Konsequenz kapitalistischer Verhältnisse und zugleich ein notwendiges Werkzeug, um diese aufrechtzuerhalten und zu legitimieren. Die Macht von Gewalt liegt also nicht nur in der Gewalt selbst, sondern vor allem in ihrer Legitimation. Demokratische Staaten bzw. Rechtsstaaten beanspruchen das Monopol auf legitime Gewalt (Weber, 1919). Diese Legitimität entsteht dabei nicht aus einer moralischen Grundlage, sondern aus institutioneller Anerkennung und politischer Macht.



Zwangstaufe der Mauren nach der christlichen Eroberung von Granada im Jahr 1500. Diese Darstellung selbst ist wiederum von Edwin Long im Jahr 1873 entstanden.

Anders als in früheren politischen Formen gilt in der Demokratie: »Alle Staatsgewalt geht vom Volk aus« ist z.B. in der deutschen Verfassung, im Grundgesetz Artikel 20 Absatz 2, als der dafür zentrale Satz verankert. Hier wird »Volkssouveränität« einerseits juristisch formuliert und andererseits wird dem Volk die Souveränität sofort wieder entzogen, indem es durch Wahlen eines Parlaments seine Souveränität an den (Rechts-)Staat abgibt und diesen mit dem Gewaltmonopol ausstattet, das natürlich gegen das »Volk«, also die Gesellschaft selbst angewendet werden kann. Mit diesem Zusammenhang wird versucht zu verhindern, dass die Grundlagen des bürgerlichen Staats mit parlamentarischen Mitteln angegriffen werden können. Die Grundlage des bürgerlichen demokratischen Staats ist die bürgerliche Gesellschaft und damit die kapitalistische Produktionsweise, die selbst auf der Gewaltförmigkeit der Ausbeutung von Lohnarbeit und struktureller Ungleichheit basiert. Der Staat dieser Gesellschaft ist zugleich immer Staat des Kapitals und von dessen Herrschaftsverhältnissen. Er muss versuchen, dafür zu sorgen, dass die Kapitalakkumulation gesichert und gesellschaftliche Konflikte soweit befriedet sind, dass sie die

Akkumulation nicht stören. Dies ist kein eindimensionaler, sondern ein durchaus widersprüchlicher Prozess.

Nach Mbembe (Necropolitics, 2011) werden militärische Gewalt, Polizei, Gefängnisse oder Grenzregime als »notwendig« und »rational« inszeniert – auch wenn sie systematisch bestimmte Bevölkerungen entwerten oder vernichten. Gewaltakte, die von Subalternen, Marginalisierten oder Widerstandsbewegungen ausgehen, gelten wiederum im hegemonialen Diskurs als illegitim. Widerstand gegen koloniale Herrschaft, Aufstände gegen Apartheid, gegen das Fabrikregime oder Selbstverteidigung von Unterdrückten wird als Terrorismus, Aggression oder »Barbarei« klassifiziert. So entsteht eine klare Asymmetrie: dieselbe Handlung (z. B. Töten, Sabotage) wird je nach Akteur völlig unterschiedlich bewertet.

Diese Asymmetrie zeigt sich exemplarisch im Gesundheitssystem: Dieses dient nicht allein der Heilung und Fürsorge, sondern auch und vor allem der Reproduktion der Arbeitskraft. Es stellt sicher, dass Menschen möglichst schnell wieder in den Produktionsprozess eingegliedert werden können – und wird selbst als profitabler Sektor kapitalistisch organisiert. Durch die fortschreitende

Ökonomisierung werden Krankenhäuser zunehmend nach betriebswirtschaftlichen Kennzahlen geführt, das Gesundheitspersonal chronisch überlastet und Patient*innen auf ihre »Wirtschaftlichkeit« reduziert. Dabei können Ärzt*innen und Institutionen Gewaltakte als notwendig legitimieren, während die Reaktionen von Patient*innen schnell als irrational oder pathologisch markiert werden. Die kapitalistische Ausbeutung von Gesundheit als Teil gesellschaftlicher Reproduktionsarbeit ist bereits gewaltvoll. Doch um diese Ordnung zu stabilisieren, bedarf es zusätzlicher Gewalt – sei es, um Kritik zum Schweigen zu bringen, alternative Sorgeformen zu verhindern oder Widerstand zu delegitimieren.

So wird das bestehende System als »normal« und alternativlos naturalisiert. Gewalt im Gesundheitswesen ist daher nicht nur Ausdruck individueller Übergriffe oder institutioneller Mängel, sondern ein Spiegel gesellschaftlicher Herrschaftsverhältnisse. Wir werden Gewalt in diesem Heft darum auch nicht nur als Resultat individueller Handlung kennenlernen, sondern viel mehr als dem Kapitalismus notwendige Verbindung unserer Körper mit Strukturen der Macht. Diese Analyse eröffnet damit auch Räume für Kritik und Widerstand.

Und dann flog das Skalpell ...

Rafaela Voss

Wer hat noch nicht davon gehört – oder es vielleicht schon selbst erlebt? Die Assistenzärztin, die von der Oberärztin vor dem ganzen Team bloßgestellt wird: »Benutzen Sie endlich Ihr nicht vorhandenes Gehirn, wenn Sie den Patienten nicht umbringen wollen.« Der Chefarzt, der der Psychologin ein anzügliches »Kompliment« zu raunt und der sie Tage später übergriffig anfasst. Oder der eskalierende Moment im OP, bei dem nach viel Geschrei schlussendlich ein Skalpell fliegt. Die meisten Studien und Berichte zu Gewalt im Gesundheitswesen thematisieren Gewalt von Patient*innen oder Angehörigen gegenüber medizinischem Personal. Hierbei wird immer wieder über einen angeblichen Anstieg der Aggressivität gegenüber medizinischem Personal berichtet und die Fälle medienwirksam aufgearbeitet (1).

Aber auch Berichte über Gewalt unter Beschäftigten des Gesundheitswesens finden sich zunehmend in der deutschen und europäischen Presse. So erregte der Fall eines HNO-Chefarztes am Universitätsklinikum des Saarlandes Aufsehen, der zunächst in erster Instanz wegen sexueller Belästigung einer Kollegin verurteilt wurde. Der Freispruch durch das Landgericht ist aktuell nicht rechtskräftig, da die Staatsanwaltschaft Revision einlegte (2). In München läuft aktuell ein Prozess, bei dem eine leitende Oberärztin der Sportklinik zunächst versetzt und dann entlassen wurde, nachdem sie einen körperlichen Übergriff durch ihren Vorgesetzten gemeldet hatte (3). In Großbritannien soll ein NHS-Chirurg trotz belegter Übergriffe zeitweise befördert worden sein. Eine externe Überprüfung sprach von einer »Kultur der Angst« (4). Recherchen der ARD von 2023 zeichnen ein Bild aus Einschüchterung, Repressalien und fehlenden Konsequenzen für übergriffige Chefärzte, das auf einen Nährboden für Schweigen beruhe (5).

In Anspielung auf den 1978 erschienenen Klassiker »House of God« von Samuel Shem, der die teils prekären Verhältnisse in der ärztlichen Weiterbildung in den USA thematisiert, wird hierzulande vom »Haus der Demütigungen« gesprochen: So würden Pflegekräfte im OP von Chirurgen häufig als »blöd«, »debil« oder »faul« bezeichnet. Für Ärzt*innen in Weiterbildung würden öffentliche Schikanen während der Visite zum Klinikalltag dazugehören. (6). Eine aktuelle ZEIT-Reportage schildert anhand von fünf Fallgeschichten Machtmissbrauch, Mobbing, Sexismus und Benachteiligung von Ärztinnen – besonders Müt-

tern – in deutschen Kliniken, vor allem im OP-Alltag (7). Solche Berichte sind kein Einzelfall, sondern Symptome einer Kultur in der Medizin, in der verbale, psychische, körperliche und sexuelle Gewalt zwischen Kolleg*innen vorkommt und geduldet wird.

Doch gibt es belastbare Daten und Studien zu Gewalt unter Beschäftigten des Gesundheitswesens? In Großbritannien erschütterte 2023 eine große Untersuchung der »Working Party on Sexual Misconduct in Surgery« (*British Journal of Surgery*): Nahezu zwei Drittel der Chirurginnen berichteten von sexueller Belästigung durch Kolleg*innen, knapp 30% von sexuellen Übergriffen (bis hin zu Vergewaltigung) in den letzten fünf Jahren. Nur 16% meldeten die Vorfälle offiziell (8). Das Bild eines Systems, das Täter statt Betroffene schützt, ging durch die Presse – und führte zu Reformdruck (9). Eine Datengrundlage aus Deutschland stammt aus der Charité (Studie »Watch-Protect-Prevent«): 70,7% der befragten Ärztinnen gaben mindestens einmal sexuelle Grenzverletzungen am Arbeitsplatz an; 17-18% berichteten von unerwünschtem Körperkontakt. Frauen waren signifikant häufiger betroffen (76% vs. 62% der Männer) (10, 11). Dass das Thema kein Einzelfall der Charité ist, zeigen Berichte und Folgeprojekte der Gleichstellungsstelle. Dennoch fehlen für Deutschland bis heute repräsentative, sektorumfassende Zahlen speziell zu Beschäftigten-gegen-Beschäftigte (12). Eine groß angelegte aktuelle Querschnittsstudie aus dem Jahr 2025 zeigt, dass sexuelle Belästigung in deutschen Krankenhäusern sehr häufig ist. 74% der Ärztinnen, 51% der Ärzte, 77% der weiblichen Pflegefachkräfte und 68% der männlichen Pflegekräfte gaben an, sexuelle Belästigungen schon erlebt zu haben. 93,5% dieser Ärztinnen und 85% der weiblichen Pflegekräfte gaben an nur oder überwiegend durch Männer belästigt worden zu sein. Weibliche Pflegekräfte werden häufiger von Patienten belästigt, Ärztinnen häufiger von Kollegen. Hierbei gaben 44% der Ärztinnen, die schon sexuelle Belästigung erlebt hatten, an, von ihrem Vorgesetzten sexuell belästigt worden zu sein. Männliche Beschäftigte werden in etwa gleich von allen Geschlechtern sexuell belästigt (13). International zeigen sich ebenfalls gewisse Muster: Eine Meta-Analyse fand Prävalenzen von verbaler und psychischer Gewalt von rund 51% unter Ärzt*innen in Weiterbildung. Große Studien in Schweden zeigen hohe Raten von »Incivility« und identitätsbasierter Belästigung, besonders bei Frauen und Beschäftigten mit Migrationshintergrund; ein erheblicher Teil der Vorfälle kommt von Kolleg*innen (14, 15). Für die Chirurgie belegen Daten aus Australien und Neuseeland seit Jahren hohe Raten von Diskriminierung, Mobbing und sexueller Belästigung – beim Großteil liegt ein Hierarchiegefälle zugrunde, die Täter sind oft Vorgesetzte (16).

Rafaela Voss ist Ärztin in Weiterbildung für Neurologie und mehrjähriges Mitglied des vdä* sowie des Redaktionsteams der »Gesundheit braucht Politik«.



EU-weit liegt das Gesundheits- und Sozialwesen an der Spitze bei »adversen sozialen Verhaltensweisen« (verbale Demütigung, unerwünschte sexuelle Aufmerksamkeit, Mobbing): Der Eurofound-Telefon-Survey 2021/22 zeigt in diesem Sektor durchgängig höhere Exposition als in den meisten anderen Branchen; der Anteil der von sexueller Belästigung Betroffenen liegt bei rund 3% (Jahresprävalenz). Das Androhen von Gewalt ist deutlich häufiger als z.B. in der Industrie (17). Die Dunkelziffer der Fälle von verbaler, physischer und sexueller Gewalt unter Beschäftigten des Gesundheitswesens ist vermutlich hoch. In der UK-Chirurgiestudie meldeten nur 16% der Betroffenen das Vorkommnis formell. In der NHS-Mitarbeiterbefragung 2023 gaben zwar mehr Beschäftigte an, Vorfälle zu melden, doch noch immer meldeten über 100.000 Personen, die Belästigung/Mobbing erlebten, diese nicht – teils aus Angst vor Nachteilen (18). Die DISDAIN-Studie (2021) untersuchte, wie häufig negative Arbeitserfahrungen (NWPEs) in der europäischen Chirurgie auftreten – u.a. Mobbing, Diskriminierung aufgrund von Herkunft oder Geschlecht sowie sexuelle Belästigung wurden analysiert. Frauen und Ärzt*innen in Weiterbildung erlebten bzw. beobachteten signifikant häufiger Geschlechterdiskriminierung und sexuelle Belästigung. 20% dachten wegen NWPEs ans Aufhören, 4,5% nahmen Auszeiten, 0,5% verließen die Chirurgie. 12,9% der Frauen vs. 4,4% der Männer berichteten über körperliche Belästigung, die ihnen persönlich widerfahren ist. Über 50% meldeten die Vorfälle nicht. Als häufigster Grund wurde angegeben, dass man nicht wusste, an wen man sich wenden könne. Nahezu ein Fünftel der Befragten meinten, NWPEs hätten negative Auswirkungen auf Patient*innenversorgung/Outcomes. (19). Der Artikel der *Sunday Times* »Toxic work culture in the NHS is a matter of life and death« konstatiert, wie z.B. Mobbing und schlechte Führung zu

ineffizientem Arbeiten und psychischer Belastung der Mitarbeitenden führen und letztendlich die Patient*innensicherheit gefährden (20).

Die Ausprägungen von Gewalt im Gesundheitswesen sind unterschiedlicher Natur: Verbale Abwertungen, Anschreien vor dem Team und Demütigungen sind am häufigsten und werden oft bagatellisiert – obwohl sie Teamleistung und Patientensicherheit messbar untergraben. In OP-Teams werden das Werfen von Instrumenten und körperliche Grenzverletzungen dokumentiert. Sexuelle Belästigung reicht von anzüglichen Kommentaren und »Witzen« bis zu unerwünschtem Körperkontakt, Nötigung oder Vergewaltigung (8, 21). Doch wer ist besonders davon betroffen? Frauen, Berufseinsteiger*innen und Personen aus unterrepräsentierten Gruppen (z.B. mit Migrationshintergrund) berichten signifikant häufiger von Belästigung und Diskriminierung (22). Auch Pflegekräfte sind stark exponiert. Die Charité-Daten zeigen höhere Raten bei Ärztinnen (einschließlich Führungsebenen). Schwedische Studien belegen erhöhte Raten bei außerhalb Europas geborenen Pflegekräften und Ärzt*innen (11, 23). So berichtet auch ein aktueller Artikel im *Deutschen Ärzteblatt*: Diskriminierung sei kein Randphänomen, sondern Teil eines Systems, das Menschen an ihrer Weiterentwicklung hindere. Besonders Frauen würden Diskriminierung erleben – beim Berufseinstieg, in der Weiterbildung, beim Wiedereinstieg nach der Elternzeit oder auf dem Weg in leitende Positionen. Sexismus im Krankenhaus schwele schon seit langer Zeit, werde aber noch immer viel zu oft verdrängt, insbesondere im OP. Ärztinnen würden von sexualisierter Belästigung, von entwürdigenden Kommentaren, von Grenzüberschreitungen mitten im Arbeitsalltag berichten. Sie berichten von Hierarchien, in denen Wegsehen leichter ist als Eingreifen und in denen Macht manchmal wichtiger zu sein scheint als Haltung (24).

Literaturliste

- 1 <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/gewalt-gegen-aerzte-nimmt-zu-wartezimmer-100.html>
- 2 https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/panorama/revison_gegen_freispruch_ehemaliger_chefarzt_hno-klinik_homburg_100.html
- 3 <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/tu-muenchen-sportcampus-verfahren-zu-uebergrieffs-vorwurfen-li.3294798?reduced=true>
- 4 <https://usnews.be/surgeon-at-nhs-hospital-promoted-despite-allegedly-assaulting-staff>
- 5 <https://www.ardmediathek.de/video/report-mainz/report-mainz-ausgeliefert-die-macht-der-chefarzte/swr/Y3JpZDovL3N3ci5kZS9hZXgwbzlxNjI3ODc>
- 6 <https://www.doccheck.com/de/detail/articles/13652-klinikhierarchien-haus-der-demuetigung>
- 7 <https://www.zeit.de/arbeitsbedingungen-krankenhaeuser-aerzte-frauen-diskriminierung>
- 8 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37697690/>
- 9 https://www.theguardian.com/society/2023/sep/12/female-surgeons-nhs-sexually-assaulted-metoo?trk=public_post_comment-text
- 10 <https://link.springer.com/article/10.1007/s15012-019-2960-5>
- 11 https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/34888/Dissertation_Djermester.pdf?isAllowed=y&sequence=1
- 12 https://frauenbeauftragte.charite.de/projekte/watch_protect_prevent/literatur_zum_thema
- 13 <https://www.zm-online.de/news/detail/studie-sexuelle-belaestigung-ist-haeufig-in-deutschen-krankenhaeusern>
- 14 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10345236/>
- 15 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-12620-0>
- 16 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26510837/>
- 17 <https://www.eurofound.europa.eu/en/violence-and-harassment-1>
- 18 <https://nationalguardian.org.uk/wp-content/uploads/2024/07/2024-NSS-2023-report.pdf>
- 19 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189560/>
- 20 <https://www.thetimes.com/uk/scotland/article/toxic-work-culture-in-the-nhs-is-a-matter-of-life-and-death-jmlsrOcb>
- 21 <https://www.welt.de/wissenschaft/article160917439/Mobbing-im-OP-Ego-Krieg-der-Aerzte.html>
- 22 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37443455/>
- 23 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-12620-0>
- 24 <https://www.aerzteblatt.de/news/johna-sexismus-und-diskriminierung-widersprechen-arztlichem-handeln-2569f124-ea76-4f0f-9f08-ff04d475371b>
- 25 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10361823/>
- 26 <https://aerztstellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/personalmanagement-der-halbgott-weiss-hat-seine-faszination-verloren>
- 27 <https://www.theguardian.com/society/2025/jul/31/staff-fearful-of-reprisals-if-they-speak-up-amid-hospital-investigation-report-finds>
- 28 <https://www.ilo.org/resource/news/germany-ratifies-convention-c190-violence-and-harassment-world-work>
- 29 <https://www.who.int/publications/i/item/9221134466>
- 30 <https://www.publish.csiro.au/AH/pdf/AH24104>

Die Gründe für das Vorkommen von Gewalt unter Beschäftigten im Gesundheitswesen sind vielschichtig. Die Medizin arbeitet traditionell und in Deutschland besonders in steilen Hierarchien. Das befördert eine »Name-Blame-Shame«-Culture, in der Kritik nach unten delegiert und Fehler vertuscht werden – statt eine »Just Culture« zu fördern, die aus Fehlern lernt. Angst vor Karriereknick, Rotationsabhängigkeit und Abhängigkeitsverhältnisse (OP-Zuteilung, Referenzen) halten Betroffene wie Zeug*innen vom Melden ab (25). Der Mythos der unfehlbaren »Halbgötter in Weiß« trägt dazu bei, Machtasymmetrien zu normalisieren und Grenzüberschreitungen als »rauen Ton« oder »Genie-Launen« abzutun. Fachbeiträge und historische Analysen zeigen, wie dieses Rollenbild bis heute nachwirkt – obwohl es in der jüngeren Generation an Glanz verliert (26). In Daten aus Großbritannien berichten Beschäftigte ausdrücklich von Angst vor Repressalien; nur etwa die Hälfte gibt an, Vorfälle zu melden (27). Das deckt sich mit Befunden aus der Chirurgie, wo eine massive Unterberichterstattung vermutet wird (18).

Warum scheint Gewalt in der Chirurgie besonders häufig zu sein? Trotz des Wandels in den letzten Jahren herrschen in vielen Operationssälen immer noch die traditionell ausgeprägten paternalistischen Machtstrukturen, an deren Spitze unangefochten der Chirurg zu stehen glaubt. Die »Rangordnung« könnte sich auch aus der Tatsache ergeben, dass der Chirurg oft über längere Erfahrung verfügt und der Klinik die meisten Einnahmen verschafft. Laut Persönlichkeitsstudien hätten Chirurgen in aller Regel extrovertierte Charakterzüge und würden über ein stark ausgeprägtes Ego verfügen. Sie würden sich weniger konziliant und verträglich als Mediziner anderer Fachgebiete verhalten (21). Und eine offensichtliche Tatsache ist zu bedenken: Die Chirurgie hat immer noch einen größeren Männeranteil – und Männer sind laut den Studien bekanntlich deutlich häufiger Täter (13).

Was können Kliniken tun, um Gewalt unter Mitarbeitenden zu verhindern? Deutschland hat 2023 das

ILO (International Labour Organization)-Übereinkommen Nr. 190 (»Arbeitswelt ohne Gewalt und Belästigung«) ratifiziert. Es verpflichtet Arbeitgeber zu präventiven, geschlechtergerechten Schutzsystemen (28). Von der WHO gibt es in Zusammenarbeit mit der ILO konkrete Leitlinien für Gewaltprävention im Gesundheitssektor (29). Weiterhin sollten klare Standards sowie eine Nulltoleranz-Politik implementiert werden. Es müssen klare Verhaltensregeln gegen verbale/psychische/physische/sexuelle Gewalt, mit abgestuften, konsequent angewendeten Sanktionen geben. Unverzichtbar sind niedrigschwellige, unabhängige Meldesysteme mit gegebenenfalls anonymen Kanälen, Vertraulichkeit sowie Schutz vor negativen Konsequenzen im Berufsalltag und in der Karriere (29). Auch Führungskräfte trainings oder verbindliche Schulungen zu Grenzverletzungen, Mikroaggressionen und sicherer Interventionen – Programme wie »Operating with Respect« – zeigen Wirksamkeit, wenn die Führung sie mitträgt (30). Hilfreich für eine Verbesserung der Atmosphäre sind z.B. regelmäßige Team-Reflexionen (»Fehler der Woche«), 360-Grad-Feedback, Supervision – mit explizitem Schutz vor Schuldzuweisungen (25). Frauen und Minderheiten sollten gezielt gefördert werden (Mentoring, sichere Karrierewege, familienfreundliche Dienste), denn Ungleichheit erhöht das Risiko für Gewalt. Insgesamt sind konsequentes Monitoring und Transparenz notwendig – sowohl klinikintern als auch landesweit. Repräsentative, landesweite Zahlen nur für innerbetriebliche Gewalt fehlen hierzulande bisher. Es könnten z.B. jährliche (anonyme) Befragungen getrennt nach Täterschaft (Kolleg*in/Vorgesetzter vs. Patient*in/Angehörige) durchgeführt werden. Die WHO/ILO empfehlen genau solche systematischen Erhebungen und Programme (29).

Zusammenfassend ist Gewalt unter Beschäftigten ein strukturelles Problem. Erforderlich sind eine systematische Datenerhebung und konsequente Gegenmaßnahmen. Das erhöht die Sicherheit für Beschäftigte und Patient*innen.

Gewalt in der Psychiatrie und interdisziplinärer Austausch mit der Polizei

Milan Röhricht

Gewalt im Rahmen der medizinischen Versorgung ist kein Alleinstellungsmerkmal der Psychiatrie. Dennoch wird sie aus unterschiedlichen Gründen oft als spezifisches Phänomen dieser Fachrichtung verstanden, von dem sich die anderen medizinischen Disziplinen abzugrenzen versuchen. Die Identifizierung von Gewalt mit behandlungsbedürftigen psychischen Problemen verstärkt die Stigmatisierung von Menschen, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden oder in diese begeben wollen. Die mediale Berichterstattung zu gewalttätigen Attentaten wie zum Beispiel auf dem Magdeburger Weihnachtsmarkt 2024 oder am Hamburger Hauptbahnhof 2025, die von psychisch kranken Menschen verübt wurden, trägt sicherlich ebenfalls hierzu bei. In diesem Klima wurde zuletzt von Teilen der Regierungspartei CDU (u.a. Generalsekretär Carsten Linnemann) die Einführung eines Registers für psychisch kranke Menschen ins Gespräch gebracht.

Zur Einordnung dieser Debatte veröffentlichte die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)* im Juni dieses Jahres ein umfassendes Positionspapier. Hier wird zunächst die wissenschaftliche Datenlage dargelegt: »Die Evidenzlage lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass einige psychische Erkrankungen statistisch gesichert mit einem erhöhten Risiko für gewalttätiges Verhalten verbunden sind« (DGPPN 2025, S. 7). Verglichen mit der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft (ca. ein Drittel der Bevölkerung) ist die tatsächliche Anzahl der Personen, von denen eine Gefahr für andere ausgeht, jedoch sehr klein. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben zudem ein höheres Risiko, selbst Opfer von Kriminalität oder Gewalt zu werden (DGPPN 2025, S. 31).

Milan Röhricht ist Arzt und arbeitet in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus Berlin. Es bestehen keine Interessenskonflikte.

In Bezug auf die Einführung eines Registers psychisch Kranker wird in dem Positionspapier verdeutlicht, dass eine solche Maßnahme zu Stigmatisierung und sozialer Isolation beitragen könnte, in manchen Fällen auch zur Vermeidung psychiatrischer Hilfsangebote. »Register könnten somit indirekt das Risiko für Gewalt erhöhen, anstatt es zu reduzieren« (DGPPN 2025, S. 16). Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz werden sieben Empfehlungen als Maßnahmen zur Gewaltprävention dargelegt. Diese umfassen die **Intensivierung der Behandlungsangebote**, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, mit einem Fokus auf die weitere Ambulantisierung der Behandlung, beispielsweise mit Hilfe eines Globalbudgets (globales Behandlungsbudget für ein Jahr; zur Debatte um die Ambulantisierung vgl. z.B. Röhricht 2025). Darüber hinaus werden die **psychiatrische Eingliederungshilfe** (Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben) sowie die **Verhinderung von Wohnungslosigkeit** als zentrale Maßnahmen zum Schutz vor Marginalisierung und somit als gewaltpräventiv verstanden. Auch die dringend erforderliche **Verbesserung der Versorgung von geflüchteten Menschen** wird hervorgehoben. Das Positionspapier der DGPPN resümiert in Bezug auf die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes: »Daraus resultiert eine eklatante und hochproblematische Versorgungslücke bei einer psychisch erheblich belasteten Personengruppe« (DGPPN 2025, S. 11).

Die reflexhafte medizinische Verortung von Gewalt in der Psychiatrie beruht – neben etwaigen Mechanismen wie der oben angesprochenen Stigmatisierung – auf dem Grundsatz einer Doppel-

funktion der Psychiatrie in unserer Gesellschaft: Auf der einen Seite als helfendes System im medizinischen Sinne, auf der anderen Seite eine ordnungspolitische Funktion mit staatlich legitimierten Eingriffen in die Freiheitsrechte einer Person (siehe Steinert 2021, auch zur aktuellen Auseinandersetzung zur Doppelfunktion). Diese Doppelfunktion ist historisch gewachsen und führt in der heutigen Praxis dazu, dass Menschen, die beispielweise im Rahmen eines Alkohol- oder Drogenrauschs agitiert oder verhaltensauffällig sind, in Deutschland in aller Regel psychiatrisch triagiert werden. Hierdurch wird kein Naturgesetz, sondern vielmehr eine gesellschaftspolitische Entscheidung dargestellt, diese Aufgabe in der Psychiatrie zu verorten. Dies bedeutet wiederum, dass auch andere Szenarien möglich sind. Unter anderem werden die Rückgabe der ordnungspolitischen Funktion an die Polizei (Zinkler & von Peter 2019) oder, wie anderswo praktiziert, die initial internistisch/anästhesiologische Behandlung diskutiert (Röhrich 2025).

Die Doppelfunktion ist innerhalb der Psychiatrie umstritten, sowohl unter Behandler*innen als auch unter Menschen mit psychischen Erkrankungen. Efkenmann und Kolleginnen (2025) resümieren in einer ausführlichen Auseinandersetzung aus Perspektive der Nutzer*innen, Angehörigen und Genesungsbegleiter*innen, »wie divers die rechtliche Doppelfunktion der Psychiatrie [...] in der Praxis erlebt wird und wie unterschiedlich die zugrunde liegenden Konzepte von Sicherheit, Schutz, Selbstbestimmung und Unterstützung individuell verstanden werden.« Als Fazit wird festgehalten: »Unsere Beschäftigung mit der allgemeinen Doppelfunktion der Psychiatrie hat weiterhin gezeigt, dass für Betroffene und Angehörige die grundsätzliche Frage nach der Abschaffung der Doppelfunktion *ja oder nein* weniger zentral sein kann als die Unterschiede im praktischen Umgang mit sich anbahnenden Krisen und akuten Krisensituationen«. Dies betont, dass die Qualität des praktischen Umgangs mit Krisen höher zu bewerten ist als ihre bloße institutionelle Einordnung.

Und in der Realität?

Nach diesen einführenden Gedanken kommen wir also zur aktuellen Realitätsebene und der Versorgung von Menschen mit agitiertem, aggressivem oder sonst von der Norm abweichendem delinquent-auffälligem Verhalten. In jedem Fall muss die Gesellschaft einen Umgang mit solchen Verhaltensweisen festlegen. Als Teil der Exekutive der demokratischen Gewaltenteilung spielt die Polizei dabei eine wesentliche Rolle. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Polizei und Psychiatrie kann durch zwei Schlüsselsituationen zusammengefasst werden: 1. Eine verhaltensauffällige Person im öffentlichen Raum wird von der Polizei in einer psychiatrischen Rettungsstelle vorgestellt. 2. Seitens einer psychiatrischen Einrichtung wird Amtshilfe zur Unterstützung im Umgang mit einer verhaltensauffälligen, akut eigen- oder fremdgefährdenden Person oder zur Umsetzung von Zwangsmaßnahmen hinzugerufen.

Im Dezember 2024 berichtete *Die Zeit* unter dem Titel

»Sechs Schüsse, zwei Wahrheiten« (Blasberg 2024) von einem Polizeieinsatz im August 2022 in Dortmund, bei dem ein junger Mann – Mouhamed Dramé, geflüchtet aus dem Senegal – im Rahmen eines Einsatzes bei akuter Eigengefährdung von der Polizei erschossen wurde. Rund um den Fall und den anschließenden Prozess war von einer »tödlichen Staatsgewalt«, einer »Mordwache« von »Deutsche[n] Polizisten – Mörder[n] und Rassisten« sowie »Polizeigewalt« in unterschiedlichen Bereichen (Zeitungen, begleitende Proteste, Angehörige usw.) die Rede. Solche Narrative beeinflussen die öffentliche Wahrnehmung und können bereits vorher bestehende Vorurteile gegenüber Polizist*innen im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen bekräftigen. Der Artikel in der *Zeit* versucht, dem komplizierteren Kontext des Falls, zumindest oberflächlich, gerecht zu werden. Die Autorin fragt zum Schluss: »Mehr als die Hälfte der zwischen 2010 und 2022 durch die Polizei getöteten Menschen war zuvor psychisch auffällig. Warum, so könnte man ebenfalls fragen, werden Polizisten so schlecht auf den Umgang mit psychisch Kranken vorbereitet? Warum gibt es hierfür kein standardisiertes Vorgehen, keinen spezialisierten Eingreiftrupp?«

Es ist eine gute Frage, die seit einigen Jahren in Berlin angegangen wird. Hier wird von der Polizeiakademie Berlin ein zentral organisiertes, 4-tägiges Seminar zum Umgang mit verhaltensauffälligen Menschen angeboten. Dieses Angebot ist für die Polizist*innen aktuell freiwillig. Das Programm besteht aus verschiedenen Schwerpunkten: Grundlagenwissen zu den unterschiedlichen psychischen Erkrankungen; praktische Übungen zur Deeskalation und Gefahrenabwehr; sowie interdisziplinärer Austausch mit dem Berliner Krisendienst und psychiatrischen Klinikärzt*innen aus unterschiedlichen Berliner Krankenhäusern. Aus der persönlichen Erfahrung als ärztlicher Teilnehmer ist der Austausch wertvoll, insbesondere zum Verständnis der gegenseitigen Perspektive.

Erinnern wir uns an dieser Stelle an die beiden wesentlichen Situationen der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Polizei und Psychiatrie. Im ersten Fall (verhaltensauffällige Person im öffentlichen Raum) ist der Hintergrund häufig, dass eine Person verwirrt, verzweifelt oder sonst hilfsbedürftig wirkt und daher psychiatrische Unterstützung bzw. eine fachliche Einschätzung und Entscheidung als indiziert angesehen wird. Da diese im derzeitigen Versorgungssystem nicht umgehend vor Ort gewährleistet wird, fällt der Polizei die Aufgabe des Transportes bzw. der Weitervermittlung zu. Dieser Grundsatz spiegelt sich in der oft verwendeten Terminologie der Polizei wider, wo deklariert wird: Eine Person wird einer Ärztin »vorgeführt« (wobei medizinisches Personal eher den Begriff »vorgestellt« verwenden würde). Hierin lässt sich eine Entscheidungsneutralität (fehlende Entscheidungskompetenz; »Ich bin kein Arzt« bzw. »Ich bin keine Richterin«) der Polizei in solchen Situationen ablesen.

Eine Störung im öffentlichen Raum wird oftmals von »besorgten Passanten« oder belasteten Nachbar*innen gemeldet, und die Polizei wird mit der Erwartung hinzugerufen, dass sie die Situation löst oder zumindest entzerrt. Bei konkreter Gefahr mag die Situation einfacher

Gegenseitiges Schulen,
kontinuierlicher fachlicher
Austausch und ein vertieftes
gegenseitiges Verständnis sind
somit entscheidend, um in
kritischen Situationen gemeinsam
deeskalierend handeln und somit
Gewalt verhindern zu können.

einzuschätzen sein, aber bei Ruhestörung oder von der Norm abweichendem, jedoch nicht gefährlichem Verhalten gibt es häufig keine eindeutige Lösung. Es ist eine undankbare Position, die letzte Instanz im öffentlichen Raum zu sein. Die Polizei hat nicht die Möglichkeit, eine Situation aus möglicherweise unnachvollziehbaren Gründen »ablehnen« zu können – zum Beispiel von Seiten der Psychiatrie, die eine Person als nicht behandlungsbedürftig einschätzt, oder von Seiten der Gefangenensammelstelle, die eine Person als nicht verwahrfähig einschätzt. Dabei steht die Polizei stets in der Bringschuld. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass für die Polizei in der Position der Weitervermittlung ohne eigene Entscheidungskompetenz (keine Richter:in, kein Arzt) eine schwierige Situation entsteht, wenn die Weitervermittlung seitens der betroffenen Person abgelehnt wird – die Gründe, also zum Beispiel die Einwilligungsfähigkeit, hierfür jedoch erst an anderer Stelle geprüft werden können. Zudem besteht bei konkreter Gefahr oftmals hoher Handlungsdruck.

In der zweiten Situation wird Amtshilfe zur Unterstützung hinzugerufen. Hier ist es beispielsweise eine ärztliche Entscheidung, eine Zwangsmaßnahme (Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation) umzusetzen, die Durchführung obliegt jedoch der Polizei. Diese hat somit erneut die undankbare Aufgabe, die ärztlich angeordnete Gewalt umzusetzen. Hier zeigt sich in den letzten Jahren in der subjektiven Alltagserfahrung des Autors in Berlin eine positive Entwicklung: Die Kolleg*innen der Polizei nehmen sich zunehmend Zeit zum Kontaktaufbau, üben Geduld und versuchen, eine Vermittlerposition einzunehmen und verbal zu deeskalieren. Oftmals kann durch Unterstützung der Polizei somit die Anwendung von formalen Zwangsmaßnahmen tatsächlich reduziert oder sogar umgangen werden. Insgesamt zeigt sich in der Erfahrung des Autors eine verbesserte psychosoziale Erstversorgung seitens der Polizei, welche im psychiatrischen Kontext unmittelbar zur Reduktion von Gewalt führen kann.

Diese Gedanken sollten nicht missverstanden werden: Der unverhältnismäßige Einsatz von Gewalt kommt weiterhin viel zu oft vor. Auch sollte nicht außer Betracht ge-

lassen werden, dass die hauptstädtische Realität wenig repräsentativ ist und dass bereits die Anwesenheit von Polizeibeamt*innen als Repräsentanten der staatlichen Exekutive von vielen psychiatrischen Patient:innen als Gewaltanwendung verstanden wird. Inwiefern die subjektiv erlebten Entwicklungen in Berlin kausal oder korrelativ mit den Schulungen und dem zunehmenden interdisziplinären Austausch zusammenhängen, ist schwer nachzuvollziehen und bisher nicht objektiviert worden; eine positive Auswirkung wäre jedoch naheliegend.

Ein weiterer innovativer Ansatz, um Eskalationen frühzeitig zu verhindern, wäre die Einführung einer »psychiatrischen Notärztin«, die eine präklinische Einschätzung vornehmen kann. Dies würde die Schnittstelle zwischen Polizei und psychiatrischen Diensten stärken und könnte insbesondere in Krisensituationen wie dem kritischen Punkt der Weitervermittlung zu konstruktiveren und weniger gewaltbelasteten Lösungen führen. Das Ziel einer zukunftsfähigen Gesellschaft muss es sein, Gewalt so weit wie möglich zu verhindern. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist neben den genannten Punkten eine deutlich verbesserte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Dazu gehören wie dargestellt eine Umverteilung der Ressourcen zugunsten des ambulanten Sektors, flexible und bedarfsorientierte Hilfsangebote sowie eine gezielte Verbesserung der Versorgung geflüchteter Menschen – etwa durch Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Trotz aller Präventionsbemühungen wird es jedoch immer Menschen geben, die agitiertes, aggressives, von der Norm abweichendes oder delinquent-auffälliges Verhalten zeigen. In solchen Fällen übernimmt die Polizei eine zentrale Aufgabe der Gefahrenabwehr. Um unnötige Eskalationen zu vermeiden, ist dabei eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Polizei und Psychiatrie aus Sicht des Autors unverzichtbar. Gegenseitiges Schulen, kontinuierlicher fachlicher Austausch und ein vertieftes gegenseitiges Verständnis sind somit entscheidend, um in kritischen Situationen gemeinsam deeskalierend handeln und somit Gewalt verhindern zu können.

Literatur

- Blasberg, A. (2024): Sechs Schüsse, zwei Wahrheiten. Die Zeit 54/2024. URL: <https://www.zeit.de/2024/54/mouhamed-drame-todesfall-polizeibeamte-dortmund-gericht>, abgerufen am 03.08.25
- Efkemann et al. (2025): Die Doppelfunktion der Psychiatrie: Unterstützungs- und Schutzauftrag – (k)ein Widerspruch? R&P, 43, S. 78-86
- DGPPN (2025): Positionspapier – Prävention von Gewalttaten, Stand Juni 2025
- Röhrich, M. (2025): Ambulantisierung der Psychiatrie – Erfahrungen aus Triest als mögliche Auflösung eines Laing'schen Knotens der Bettenbehandlung. Sozialpsychiatrische Informationen, 55 (3), S. 23-28
- Steinert, T. (2021): Die Doppelfunktion der Psychiatrie. R&P, 39, S. 28-34
- Zinkler, M. & von Peter, S. (2019): Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. R&P, 37, S. 203-209



Gewalterfahrungen in der Psychiatrie

Wir haben hier zum einen Definitionen und Rechtsgrundlagen zu Gewaltausübung aufgelistet und zum anderen ein paar Erfahrungsberichte aus der Sicht von Ärzt*innen in der Psychiatrie zusammengestellt, die die realen Probleme und die Dilemmata der Beschäftigten in solchen Ausnahmesituationen anschaulich machen.

Fixierung in einer Psychiatrie in Frankreich im Jahr 1953,
Foto: Jean-Philippe Charbonnier.

Übersicht zu den rechtlichen Grundlagen von Fixierungen (»Gurt-/Bettfixierungen«) in der Psychiatrie in Deutschland

Zunächst greifen Fixierungen in das **Grundrecht auf Freiheit der Person** (Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG) ein und unterliegen den besonderen Schutzvorschriften des **Grundgesetzes Art. 104 GG**. Laut Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (Urteil vom 24.07.2018) sind 5- und 7-Punkt-Fixierungen Freiheitsentziehungen und bedürfen grundsätzlich einer richterlichen Entscheidung. Eine Ausnahme stellt dar, wenn diese »nur kurzfristig«, also unter ca. 30 Minuten durchgeführt wird. In Eilfällen (»Gefahr im Verzug«) darf mit der Fixierung begonnen werden, die richterliche Entscheidung ist unverzüglich einzuholen. Zudem ist eine unmittelbare persönliche (i.d.R. 1:1-)Begleitung sicherzustellen; Videoüberwachung allein genügt nicht. Die Länder haben die BVerfG-Vorgaben in ihren **Psychisch-Kranken-Gesetzen** (PsychKGs) umgesetzt. Ein typischer Standard besagt, dass eine richterliche Anordnung bei absehbar >30 Minuten Fixierung notwendig ist. Im Eilfall gibt es Ausnahmen mit nachträglicher gerichtlicher Kontrolle. Außerdem gibt es Pflichten zu Überwachung (oft 1:1), ärztlicher Kontrolle, Dokumentation und Nachbesprechung/Hinweis auf Rechtsbehelfe. Es muss eine akute erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen, die anders nicht abwendbar ist. Details unterscheiden sich je Land – der Überblick der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) zeigt die Regelungen (inkl.

Dokumentations- und Monitoringpflichten) im Wortlaut. So wird zum Beispiel eine Begründung gefordert, dass die akute erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung anders nicht abwendbar ist, d.h. der Gefährdung aufgrund ihres Ausmaßes mit weniger eingreifenden Mitteln nicht begegnet werden kann. Alternative Maßnahmen ohne Zwang (wie deeskalierendes Gespräch, Reizabschirmung, freiwillige Medikamenteneinnahme, kontinuierliche persönliche Überwachung durch Mitarbeitende) sowie mildere Zwangsmaßnahmen (wie Isolierung oder Festhalten) konnten die Gefährdung nicht mindern. Es wird eine ärztliche Anordnung sowie eine umfassende Dokumentation zu Anlass, Gründen, Dauer, Überwachung, eingesetzte mildere Mittel, Verlängerungen, Beendigung und Nachbesprechung gefordert.

Quellen:

<https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html>

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2018/07/rs20180724_2bvr030915.html

<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2018/bvg18-062.html>

<https://www.dgppn.de/schwerpunkte/selbstbestimmung/uebersicht-psychKGs.html>

Kein milderes Mittel (?)

Martin Lange

»... Zur Abwendung der akuten Gefährdung war also kein milderes Mittel wirksam. Wir beantragen hiermit die Genehmigung der 5-Punkt-Fixierung.« Wie oft habe ich in meiner Assistenzzeit zu allen Uhrzeiten solche und ähnliche Sätze ans zuständige Amtsgericht gefaxt? In den meisten Fällen war ich von der Unvermeidbarkeit der Maßnahme sowie der Richtigkeit der Begründung überzeugt. Aber manchmal habe ich mich gefragt, stimmt das wirklich? Haben wir die milderen Mittel ausgeschöpft? Nicht alle Kliniken haben gute, tatsächlich etablierte Konzepte zu Deeskalation und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Ohne diesen Rahmen kann es leider sehr viel leichter zu Momenten der Überforderung kommen.

Die Belastung durch eine Zwangsmaßnahme ist ohne Zweifel für die betroffenen Patient*innen am größten. Einige meiner psychiatrischen

Patient*innen gehören zu den einsamsten Menschen, die ich kenne. Wobei eine notfallmäßige Klinikeinweisung wohl für viele Menschen eine einsame Erfahrung sein kann, insbesondere dann, wenn eine psychische Erkrankung der Grund dafür ist. Aber auch an uns Beschäftigten gehen Situationen, die nicht nach den Regeln der Kunst gelöst werden konnten – weil schlichtweg Personal fehlt, weil wir uns nicht zerteilen können, weil Überlastungsanzeigen kaum Effekt haben – nicht einfach spurlos vorüber.

Wir müssen als Klinik, als alle, die dort tätig sind, mit höchster Priorität dafür sorgen, dass unsere Patient*innen sich bei uns aufgehoben und sicher fühlen. Das ist nach meiner Erfahrung auch das Ziel aller Kolleg*innen. Immer wieder höre ich von Patient*innen und erlebe im Kontakt, dass uns das – erfreulicherweise – auch gelingt. Aber leider habe ich es auch erlebt, dass wir dieses Ziel manchmal verfehlen und die

Frage bleibt, ob es möglich gewesen wäre es zu erreichen, wenn wir mehr gewesen wären. Denn egal, ob unter den milderen Mitteln, die vergeblich ausgeschöpft worden sein müssen, bevor man auf die Fixierung zurückgreifen darf; Gespräche, Aktivitäten oder Medikamente aufgezählt werden – alle davon müssen aktiv kommuniziert oder auch durch non-verbale Anwesenheit des Personals angeboten werden. ALLE brauchen Zeit. *Das mildere Mittel ist letztendlich unsere Arbeitskraft und -zeit.* Diese in kritischen Situationen ausreichend verfügbar zu haben, kann zum Balanceakt werden, wenn mehrere Notfälle gleichzeitig auftreten, denn sie ist auch entscheidend, um das Entstehen solcher Situationen im Vorfeld abzuwenden.

Martin Lange schreibt unter Pseudonym und ist Arzt in Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Name des Autors ist der Redaktion bekannt.

Erfahrungen mit Gewalt in der Psychiatrie

Anne Hofweiler

Die folgenden Erfahrungsberichte stammen aus einer psychiatrischen Klinik mit rund 500 Betten in einer deutschen Großstadt. Ein Großteil der Mitarbeitenden absolviert dort ein Deeskalationstraining, das sie im Umgang mit Belastungssituationen, verbalen Anfeindungen und Bedrohungen seitens der Patient*innen unterstützt. Da viele Patient*innen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung oder unter Einfluss von Drogen nicht in der Lage sind, ihr Handeln zu steuern, kommt es häufig zu herausfordernden Situationen. Leider ist das Deeskalationstraining keine Pflichtveranstaltung. Dabei ist die Schulung überaus hilfreich: Sie vermittelt Strate-

gien für den Umgang mit Patient*innen in akuten Ausnahmesituationen und bereitet zugleich auf die Möglichkeit körperlicher Auseinandersetzungen im Stationsalltag vor.

Die Gewalt, der die Mitarbeitenden zum Teil ausgesetzt sind, ist mitunter beängstigend. Abhängig von der Zahl aggressiver, angespannter oder psychotischer Patient*innen konnten Situationen innerhalb kürzester Zeit eskalieren. Auf den Akutstationen waren auch Patient*innen mit ausgeprägtem Fremdgefährdungspotenzial untergebracht, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung zwar behandlungsbedürftig waren, gleichzeitig aber ein erhebliches Gefährdungspotenzial darstellten.

Wenn deeskalierende Maßnahmen scheiterten, blieb als letzte Option

häufig nur die Fixierung. Immer wieder war dafür auch polizeiliche Unterstützung erforderlich. Es galt, dem Patienten bzw. der Patientin zu helfen, aber auch das Personal und Mitpatient*innen zu schützen. Dies war leider nicht immer möglich. Nicht selten waren Verletzungen von Mitpatient*innen und Personal zu beklagen. Auch eine Selbstgefährdung machte Fixierungen gelegentlich notwendig.

In der betreffenden Klinik wurde großen Wert daraufgelegt, fixierte Patient*innen möglichst schnell medikamentös zu behandeln, um die Maßnahme zeitnah wieder aufheben zu können. Grundsätzlich war das Personal bemüht, die Würde der Betroffenen zu wahren. Dennoch ließ die personelle Besetzung nicht immer zu, die gesetzlich vorgeschriebene

engmaschige Betreuung fixierter Patient*innen konsequent umzusetzen. Dies führte bei Mitarbeitenden zu einem Gefühl von Schuld – gerade mit Blick auf die Frage, ob eine konsequente 1:1-Betreuung die Zeit einer notwendigen Fixierung hätte verkürzen können.

Ein besonders belastendes Ereignis hat sich tief in mein Gedächtnis eingeprägt: Aufgrund massiven Personalmangels musste ein Patient mit Schuldwahn, der einen Suizidversuch unternommen hatte, fixiert werden. Eine 1:1-Begleitung ohne Fixierung wäre wünschenswert gewesen, war aber nicht umsetzbar. Der Patient wurde auf Anordnung des Oberarztes fixiert und anschließend vor dem Stationsstützpunkt platziert, da keine Einzelbetreuung möglich war. Für die Pflegekräfte, aber auch für mich

war dies eine äußerst belastende Situation. Zwar geschah die Fixierung, um Schlimmeres zu verhindern, doch entsprach das Vorgehen nicht den rechtlichen Vorgaben. Der Versuch, die Klinikleitung auf diese Missstände aufmerksam zu machen, blieb ohne Wirkung.

Um dem Anspruch einer 1:1-Betreuung gerecht zu werden, habe ich in Einzelfällen fixierte Patient*innen selbst begleitet. Bereits die Geräuschkulisse und die Atmosphäre einer solchen Situation sind für die Betreuer*in schwer auszuhalten – wie viel unerträglicher muss es erst für den fixierten Patienten oder die fixierte Patientin selbst sein? Kolleg*innen berichteten von Einrichtungen, in denen sogenannte Ruhe- oder Abschirmungsräume genutzt werden, um Fixierungen möglichst zu vermeiden.

Dieses Konzept erscheint sinnvoll und könnte einen wichtigen Beitrag zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen leisten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Gewaltausbrüche in der beschriebenen Klinik überwiegend besonnen gehandhabt wurden. Gewaltanwendung durch das Personal erfolgte – mit Ausnahme des geschilderten Falles – in der Regel verhältnismäßig und mit dem Ziel, Patient*innen, Mitpatient*innen und Mitarbeitende zu schützen.

Anne Hofweiler ist Ärztin in Weiterbildung und schreibt unter einem Pseudonym. Der Name der Autorin ist der Redaktion bekannt.

Alle haben Angst – die Fixierung als Ultima Ratio in der Psychiatrie

Erfahrungsbericht einer Fixierungssituation zweier Assistenzärztinnen aus einer psychiatrischen Klinik in einer deutschen Großstadt

Als Frau B. den karg ausgestatteten Raum sieht, dreht sie sich wütend zu mir um: »Einsperren werden Sie mich hier aber nicht, oder?« »Nein«, meine ich beschwichtigend, »die Tür bleibt offen«. Ich merke den Seitenblick des Pflegers – ob das gut geht? Ich ergänze: »Wir müssen uns aber sicher sein, dass Sie hier niemandem Schaden zufügen.« Bei unserem Gespräch hatte sie mir erzählt, wie unsicher sie sich in ihrer Wohnung fühle, weil der Geheimdienst – in Form ihres Nachbarn – sie abhöre und terrorisiere. Frau B. vermutet eine lebensbedrohliche Verschwörung, ich vermutete eine bisher unbehandelte Psychose. Vorerst ist sie einverstanden, bei uns zu bleiben. Meine Sorge resultiert aus der Erzählung Frau B.s, sie habe überlegt, bei ihrem Nachbarn Feuer zu legen, um die Abhöranlagen zu zerstören.

Eine Stunde später werde ich angerufen, Frau B. sei bei der Essensausgabe in einen Konflikt geraten. Ich eile hinzu, es herrscht Aufregung: »Die Neue hat dem Guido den Pudding aus der Hand geschlagen und gerufen, der is' vergiftet...« Ich versuche, mit Frau B. zu sprechen, die hochangespannt den Blick auf mich richtet: »Ihr gehört doch auch dazu, ich habe genau gehört, was Ihr besprochen habt, überall werden hier Medikamente rein gemischt«. Ich schlage ihr vor, sich in ihr Zimmer zurückzuziehen, doch ein mulmiges Gefühl bleibt zurück: Die therapeutische Beziehung ist durch das Misstrauen geschädigt.

Es wird schwer werden, über Behandlungsoptionen zu sprechen – auch medikamentöse. Noch während wir aufräumen, ertönt ein Schrei, und der Personennotalarm unserer Tele-

fone klingelt: Jemand wurde angegriffen.

Vor der Pflegekanzel von Frau B. steht unsere Pflegeschülerin, Tränen in den Augen. »Ich habe ihr nur etwas zur Beruhigung angeboten, da hat sie mir das aus der Hand geschlagen...« Frau B. schreit, alle würden sie vergiften, und wirft einen Stuhl nach mir. Die per Notknopf alarmierten Kolleg*innen der anderen Stationen eilen hinzu, unser aller Ziel ist, nun Sicherheit wiederherzustellen. Rasch sind die Patient*innen in ihre Zimmer begleitet, ein Teil des Personals steht mitinigem Abstand bereit, während der Rest sich zur Besprechung zurückzieht. Wir verabreden, dass ich mit einem Pfleger auf Frau B. zugehe und ihr unsere Sorge verdeutliche, dass jemand verletzt wird. Gleichzeitig möchte ich ihr zeigen, dass ich ihre Angst davor, vergiftet zu werden,

durchaus nachvollziehen kann, und sie fragen, was wir tun können, damit sie sich bei uns sicherer fühlt.

Wir versuchen ein deeskalatives Gespräch – noch kann die Fixierung als Ultima Ratio abgewendet werden. Andere Kolleg*innen bereiten den noch bereits beruhigende Medikation in verschiedenen Applikationsformen sowie das Fixierbett vor – sollte die krankheitsbedingte Fremdgefährdung anders nicht abzuwenden sein. »Hallo Frau B., wir möchten Ihnen hier Sicherheit geben, aber wir müssen auch sicher sein, dass Sie uns nicht angreifen. Was brauchen Sie denn je...« Frau B. unterbricht mich und wirft, da nichts Anderes mehr da ist, ihre Handtasche. »Mörder! Lasst mich hier raus!« »Das geht leider nicht«, antworte ich ihr so ruhig wie möglich. »Wir machen uns zu große Sorgen, dass Sie draußen etwas tun, das Sie und anderen in große Schwierigkeiten stürzt, und jetzt aktuell habe ich auch Angst vor Ihnen«. Voller Verzweiflung schlägt Frau B. nach uns, ich weiche aus.

Es ist, als sei ein Schalter umgelegt: Nun gibt es einen Ablauf, der Frau B. und Andere schützen soll, und welchen ich zu verantworten und zu überblicken habe: »Frau B., leider werden wir Ihnen nun gegen ihren Willen Medikamente geben, welche Sie zur Ruhe kommen lassen. Sie dürfen Beschwerde einlegen. Für Jetzt ist dies leider nicht mehr abzuwenden, weil wir zu große Angst haben, dass Sie uns verletzen.« Vier Kolleg*innen setzen sie vorsichtig auf das Fixierbett, eine spricht mit ruhiger Stimme und erklärt Frau B., was nun passiert. Ich versuche, in ihrem Blickfeld zu bleiben. Nachdem sie an Händen und Füßen über Gurte gesichert wird, appliziere ich über die Vene Diazepam, ein Pfleger appliziert Haloperidol in den Muskel. Beides kündige ich ihr an, ebenso ihr Recht, dagegen zu klagen. Eine Pflegerin bleibt bei ihr im Zimmer, während wir im Team im Nebenzimmer nachbesprechen, wo Zwang hätte reduziert werden können. Wir sind alle mitgenommen von der Erfahrung, einen Menschen so sehr zu demütigen und zu entmachten. Etwa zehn Minuten später scheint sie ermattet einzudösen. Wir lösen die Fixierung und helfen ihr,

sich in das Bett des reizarmen Zimmers zu legen.

Ich muss nun für Dritte nachvollziehbar dokumentieren, inwiefern hier eine durch eine psychische Erkrankung bedingte Situation akuter Eigen- oder Fremdgefährdung vorlag und eine Zwangsmaßnahme notwendig wurde, um diese abzuwenden. Am Folgetag wird Frau B. von eine*r Ärzt*in des klinikunabhängigen Sozialpsychiatrischen Dienst begutachtet, der eine Empfehlung ausspricht, ob Frau B. gegen ihren Willen in unserer Klinik bleiben muss. Die diesbezügliche Entscheidung trifft aber ein*e Amtsrichter*in, die Frau B. ebenso einen Besuch abstatten wird. Fixierungen länger als 30 Minuten oder Isolierungen in einem reizarmen Raum, die absehbar länger als 18 Stunden dauern, bedürfen einer sofortigen richterlichen Genehmigung.

Später werden wir Frau B. fragen, wie sie die Situation erlebt hat. Wir werden versuchen, alle nachfolgenden therapeutischen Maßnahmen mit ihr abzusprechen, sie aufzuklären, eine Vertrauensperson hinzuzuziehen, die alle Überlegungen und Entscheidungen eng begleiten kann. Und wir werden versuchen, einen Krisenplan zu erarbeiten, in dem Frau B. aufschreibt, was ihr in Situationen höchster Anspannung helfen kann, sich zu regulieren und niemanden anzugreifen.

Das ethische Dilemma der Psychiatrie, die Selbstbestimmung psychisch kranker Menschen im therapeutischen Prozess als zentral zu erachten und ihnen ebendiese Selbstbestimmung im Ausnahmefall abzusprechen, können wir so nicht verringern. Aber wir können das Bewusstsein für diese Konflikte bei allen Beteiligten schärfen und die Verantwortung auf viele Schultern verteilen.

Saskia Vetter und Vanessa Beer schreiben unter Pseudonym und sind Ärztinnen in Weiterbildung zu Psychiatrie und Psychotherapie.

S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2018), <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022>



Staatsgewalt im Krankenhaus

Abschiebungen im Kontext stationärer Behandlung

Robin Maitra und Ulrike Schneck

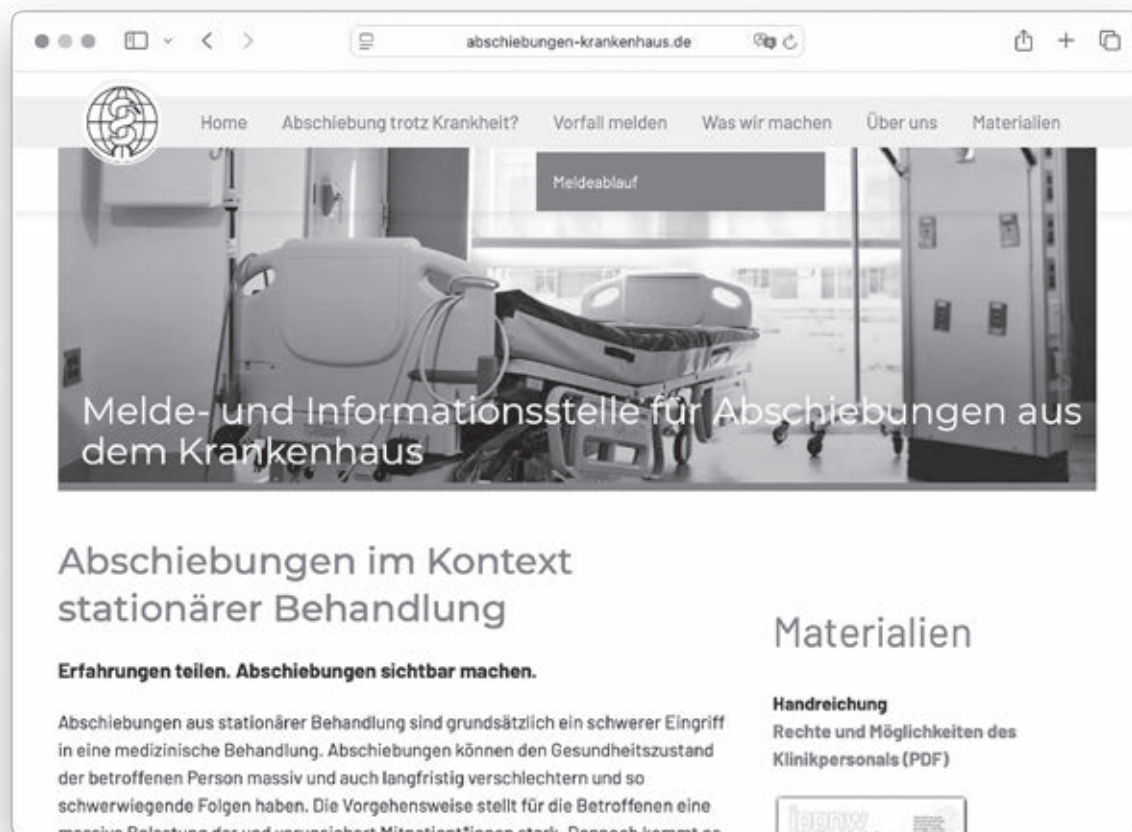
Dieser Text beschäftigt sich mit Abschiebungen aus der stationären Versorgung heraus und stellt die Website »Behandeln statt verwalten« der IPPNW vor, bei der man solche Fälle melden kann. Außerdem stellt sie Infomaterial für Beschäftigte bereit, die über Rechte und Pflichten aufklären. Ein solcher Flyer liegt dieser Ausgabe der Zeitschrift bei.

Menschen werden in Krankenhäusern und Kliniken aufgrund der Schwere ihrer Erkrankungen stationär behandelt und sollten dort einen besonderen Schutz genießen. Sichere Räumlichkeiten und geschützte Therapiebedingungen, vertrauensvolle und gewaltfreie Verhältnisse sind eine unabdingbare Grundvoraussetzung für den Heilungsprozess und die Gesundung erkrankter Menschen.

Ungeachtet dessen kommt es immer wieder zu Abschiebungen von Patient*innen aus stationärer Krankenhausbehandlung. Abschiebungen sind ein schwerer Eingriff in die medizinische Behandlung: Sie stellen für die Betroffenen eine massive Belastung dar und gefährden den Heilungsprozess. Abschiebungen können zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation führen und insbesondere bei kranken oder traumatisierten Menschen schwerwiegende Folgen haben. Zusätzlich zu den Folgen für die Betroffenen selbst belasten Abschiebungen auch Mitpatient*innen und Beschäftigte in den Einrichtungen.

Dies haben verschiedene Ärzteverbände und -organisationen mehrfach bestätigt. Ärztliches Handeln hat sich auch bei Inanspruchnahme durch Behörden an den ethischen und medizinischen Grundsätzen auszurichten, wie sie in den Grundsätzen des Genfer Gelöbnisses und den Berufsordnungen der Ärztekammern sowie in mehreren Beschlüssen des Deutschen Ärztetags niedergelegt sind (siehe dazu etwa Beschlussprotokoll 122. Deutscher Ärztetag Münster 2019, Drucksache Ib – 100). Der Deutsche Ärztetag hat sich eindeutig für den besonderen Schutz im stationären Setting ausgesprochen und sich für das Verbot der Abschiebung aus Krankenhäusern und Kliniken verwandt.

Ärzt*innen haben Rechte und Pflichten, die gerade im Umgang mit Behörden, Justiz und Polizei von besonderer Bedeutung sind. Der Arztberuf ist ein »freier Beruf«, dessen wichtigste Kennzeichnung ist, dass Ärzt*innen in medizinischen Fragen unabhängig sind und ohne Beeinflussung von außen oder von Dritten frei in ihrer Entscheidung sein müssen. Dies gilt (bis auf Amts- und Polizeiarzt*innen) für alle Ärztegruppen, egal ob sie angestellt sind oder nicht. Als Freiberufler*innen sind Ärzt*innen in medizinischen Dingen nicht an Weisungen ihrer nicht-ärztlichen Arbeitgeber*innen oder Behörden gebunden. Diese Unabhängigkeit der Behandlung wie auch die Einhaltung der



Das neue Meldeportal »Behandeln statt verwalten« der IPPNW sammelt Fälle und stellt Informationen und Beratungsangebote bereit.

Schweigepflicht sind ein elementarer Grundsatz im Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Ärzt*innen sind im Rahmen ihrer Berufsausübung gehalten, die Umstände abzuwenden, die zu einer gesundheitlichen Gefährdung ihrer Patient*innen führen können. Diese Grundsätze der ärztlichen Tätigkeit gelten nicht nur im klinischen Alltag, sondern müssen ganz besonders in Krisensituationen wie einer Abschiebung Berücksichtigung finden. Bei einer Abschiebung von Patient*innen aus einer Klinik gelten grundsätzlich besonders strenge Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit der eingesetzten Maßnahmen. Die Verletzung geschützter Räume in der Therapie sowie die für die medizinische Behandlung unabdingbare Vertrauensbeziehung zwischen Patient*innen und Ärzt*innen wird durch die ärztliche Mitwirkung – oder Unterlassung gebotenen Widerstands – bei einer Abschiebemaßnahme verletzt.

Oft ist das medizinische Personal – Ärzt*innen, Kranken- und Gesundheitspfleger*innen und weiteres Personal mit der Situation überfordert und vor allem nicht über die Rechte informiert, die sie in einer Situation der Abschiebung aus stationärer Behandlung haben. Der Arbeitskreis Flucht und Asyl der IPPNW hat deshalb eine Handreichung entworfen, in dem medizinisches Personal auf die Rechte und Möglichkeiten bei Abschiebungen hingewiesen werden. Die Hinweise sollen in erster Linie dazu beitragen, Abschiebungen aus stationärer Behandlung selbst zu verhindern. Klinikmitarbeiter*innen sollen weiterhin dazu ermutigt werden, auch gegenüber Behörden, Amtspersonen und Polizei für das Wohl der Patient*in-

nen einzutreten. Außerdem soll mit der Handreichung erreicht werden, dass Angehörige der Gesundheitsberufe sich besser zu Wehr setzen können und im Rahmen von Abschiebungen auch selbst besser geschützt sind.

In vier Bundesländern – Berlin, Rheinland-Pfalz, Thüringen und Schleswig-Holstein – wurden Abschiebungen aus stationärer Behandlung bereits grundsätzlich verboten oder stark eingeschränkt. In den meisten Bundesländern existieren hierzu jedoch keine Einschränkungen und es gibt immer wieder Berichte zu Abschiebungen in diesen besonderen Umständen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Abschiebungen aus stationärer Behandlung durchaus vorkommen. Über deren Häufigkeit und auch die Begleitumstände gibt es aber keine Datengrundlage, die für eine Ausweitung des Verbots aber dringend erforderlich wäre.

Die Abschiebung von Mehmet A.

Mehmet A. (Name von der Redaktion geändert), ein türkischer Kurde, dessen Asylgesuch rechtskräftig abgelehnt worden war, geriet unter dem zunehmenden Abschiebedruck der Ausländerbehörde in eine psychische Krise. Mehrere Atteste von seinem Facharzt und dem ihn begleitenden Psychosozialen Zentrum stellten eine schwere depressive Erkrankung auf dem Boden einer PTBS vor dem Hintergrund massiver Gewalterfahrungen durch Polizei und Behörden in der Türkei fest. Er wurde von seinem Facharzt suizidal in eine Klinik eingewiesen. Während des Klinikaufenthaltes nahm die Ausländerbehörde Kontakt

zur Klinikleitung auf und fragte, wann der Patient entlassen werde, da eine Abschiebung auf den Tag der Entlassung terminiert werden solle. Man werde für eine ärztliche Begleitung sorgen. Die Klinikleitung teilte daraufhin der Ausländerbehörde im Vorfeld mit, dass der Patient zur Entlassung anstehe.

Weder der Patient selbst, noch sein Rechtsanwalt oder die Angehörigen, die in der Nähe wohnen, wurden von der Klinik über die geplante Entlassung (und natürlich auch nicht über die gleichzeitig geplante Abschiebung) informiert: Die Ausländerbehörde habe dies untersagt. Mehmet A. wurde um vier Uhr morgens aus der Klinik heraus (angeblich in Begleitung eines Arztes) zum Flughafen gebracht. Die Klinik erlaubte den Zutritt der Polizei in das Krankenzimmer und gestattete es, dass der zu entlassende Patient gegen seinen Willen von der Polizei mitgenommen wurde. Erst kurz vor dem Abflug konnte A. Kontakt zu Angehörigen aufnehmen. Die Abschiebung wurde durchgeführt – A. wurde am Flughafen des Heimatlandes festgenommen und direkt in Haft genommen. Er blieb mehrere Monate lang ohne jede ärztliche Versorgung inhaftiert.

Der IPPNW-Arbeitskreis Flucht und Asyl und die IPPNW-Geschäftsstelle haben deshalb die Website »Behandeln statt verwalten« eingerichtet, auf der Vorfälle gemeldet werden können, bei denen Geflüchtete aus stationärer Behandlung abgeschoben wurden. Um einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen, kann die

Meldung anonymisiert erfolgen – lediglich für Meldende sollen Kontaktdaten angegeben werden. Neben der Meldung selbst wird über die Internetseite auch das Angebot gegeben, weitere Informationen, Beratung oder auch den Kontakt zu Unterstützern zu finden. Die Daten werden geprüft und sollen dann systematisch ausgewertet werden, um das Problem besser einschätzen und in seiner Bedeutung verstehen zu können. Im gesamten Verfahren hat die Sicherheit der Betroffenen absolute Priorität, eine Weitergabe der Daten wird sicher ausgeschlossen.

Um zu einer Verbreitung der Handlungsmöglichkeiten von medizinischem Personal bei Abschiebungen aus stationärer Behandlung oder deren Meldung zu gelangen, ist es von Bedeutung, die Information über die Handreichung und die Meldeseite weit zu streuen. Neben der Verbreitung über die IPPNW und kooperierende Flüchtlingsorganisationen versuchen wir über die Bundes- und Landesärztekammern, für das Thema zu sensibilisieren. Mit einer besseren Datenlage kann es uns gelingen, gesellschaftliche Debatten auch im medizinischen Umfeld anzustoßen und Ärzt*innen und andere Gesundheitsberufe dazu zu bringen, sich nicht an Abschiebungen geflüchteter Menschen zu beteiligen. Wir freuen uns, wenn Sie an dem Projekt mitarbeiten möchten.

Die Meldeseite und den Download der Handreichung finden Sie hier:

www.abschiebungen-krankenhaus.de



Schmerzgriffe als Technik in der polizeilichen Praxis

Zur Verselbständigung und Normalisierung polizeilicher Gewalt

Hannah Espín Grau und Tobias Singelstein

Bereits seit längerer Zeit kommen in (Teilen) der Polizei Techniken der Gewaltanwendung zum Einsatz, die als Schmerzgriffe bezeichnet werden. In der englischsprachigen Debatte werden diese Techniken unter dem Schlagwort »pain compliance« diskutiert, was deutlich macht: Durch Schmerzen soll Gehorsam durchgesetzt werden. Besondere Beachtung haben diese Techniken zuletzt im Zusammenhang mit der Räumung von Sitzblockaden der »Letzten Generation« gefunden, sie werden aber etwa auch bei Personen- oder Fahrzeugkontrollen eingesetzt. Mit den Blockaden wollen die Aktivist*innen auf die drastischen Auswirkungen des Klimawandels aufmerksam machen und einen Politikwechsel erreichen. Wie verschiedene Videoaufnahmen dokumentieren, werden von der Polizei bei den Aktionen immer wieder Schmerzgriffe gegen Klimaaktivist*innen angedroht und auch angewendet, um so die Räumung der Straße durchzusetzen oder diese zu erleichtern. Lars Ritter, einer der betroffenen Aktivist*innen, hat mittlerweile mit Unterstützung der Gesellschaft für Freiheitsrechte vor dem Verwaltungsgericht Berlin Klage gegen eine solche Maßnahme erhoben, um deren Rechtswidrigkeit feststellen zu lassen.

Der folgende Beitrag betrachtet polizeiliche Schmerzgriffe sowohl aus einer rechtlichen, als auch aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive. Rechtlich stellen sich Schmerzgriffe als problematisch dar, da sie vor allem auf eine Willensbeugung der Betroffenen durch (Angst vor) Schmerz abzielen. Die polizeiliche Praxis überformt zudem die rechtlichen Vorgaben zur Anwendung von Schmerzgriffen zugunsten einer effizienten polizeilichen Einsatzdurchführung. Sozialwissenschaftlich bzw. kriminologisch können Schmerzgriffe daher als Normalisierung und Verselbständigung polizeilicher Gewaltpraxen verstanden werden.

Von Nervendruck- und Hebeltechniken

Schmerzgriffe werden von der Polizei angewendet, um bei den Betroffenen ein polizeilich erwünschtes Verhalten zu erreichen. Im Fall der Sitzblockaden werden sie etwa genutzt, um Personen, die das Befolgen eines Platzverweises verweigern, dazu zu bringen, sich aus einer bestimmten Körperhaltung zu lösen und die Straße zu verlassen. Unter den Begriff werden dabei durchaus unterschiedliche Techniken gefasst: einerseits punktuelle Kompressionen einzelner neuronaler Punkte oder Areale im Körper (Nervendrucktechniken), andererseits die Überstreckung bzw. Überbeugung einzelner Gliedmaßen (Hebeltechniken).

Bei den sogenannten Nervendrucktechniken wird ein punktueller neuronaler Reiz gesetzt, der Schmerzen auslöst. Die Schmerzen sind hier »nicht Nebenprodukt der Durchsetzungsmaßnahme, sondern die Durchsetzungsmaßnahme selbst«. (1) Diese führt nicht unmittelbar zu dem polizeilich beabsichtigten Tun (etwa aufzustehen und die Straße zu verlassen). Die

Hannah Espín Grau ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Kriminologie und Strafrecht der Goethe-Universität Frankfurt bei Prof. Dr. Tobias Singelstein und Mitverfasserin der Studie »Gewalt im Amt. Polizeiliche Gewaltanwendung und ihre Aufarbeitung«.

Prof. Dr. Tobias Singelstein ist Professor für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie am Fachbereich Rechtswissenschaft der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt.

Kompression der Nervenstränge muss erst aufhören, damit die betroffene Person frei von Reflexen andere Bewegungen ausführen kann. Auf einer Veranstaltung zum Thema beim diesjährigen Kongress des *Republikanischen Anwalt*innenvereins (RAV)* schilderte Thomas Kunkel als Vertreter der *Vereinigung demokratischer Ärzt*innen (VDÄÄ)* sehr eindrücklich, dass während der akuten Schmerzreizsetzung eigentlich kaum eine Handlung durchführbar sei. Als betroffene Person wolle man nur, dass der Schmerz aufhöre; dies gelänge aber nur, wenn der polizeiliche Griff gelockert werde. Insofern könne durch die Anwendung einer Nervendrucktechnik de facto nur ein Dulden oder Unterlassen herbeigeführt werden.

Bei Hebeltechniken können die betroffenen Personen im Gegensatz dazu den entstehenden Schmerz dadurch vermeiden oder beenden, dass sie mit ihrem Körper in die Richtung nachgeben, in die gehandelt wird. Hier sind die Techniken also nicht nur mittelbar mit dem beabsichtigten Erfolg verbunden. Der Schmerz ist eher ein Nebenprodukt, nicht das eigentliche Ziel der Maßnahme. Derartige Techniken meinte wohl auch die Berliner Polizeipräsidentin Barbara Slowik, die in einem Interview mit der Berliner Morgenpost für die Berliner Polizei in Anspruch nahm, keine Nervendrucktechniken bzw. Schmerzgriffe im engeren Sinn anzuwenden:

»Aber es gibt Griffe, die, wenn sich jemand etwa schwer macht oder fallen lässt beziehungsweise dem vorgegebenen Bewegungs- und Richtungsimpuls nicht folgt, zu Schmerzen führen können [...] Darüber sollen die Kollegen schon aufklären.«

In einem Video von dem Vorfall, der zu einer erheblichen öffentlichen Debatte geführt hatte und nun das Verwaltungsgericht Berlin beschäftigt, wird allerdings deutlich, dass die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Formen von Schmerzgriffen wie auch zu anderen Formen der polizeilichen Durchsetzung von Maßnahmen nicht immer klar und eindeutig ist. Möglicherweise wurden in dem konkreten Fall sowohl Nervendruck- als auch Hebeltechniken angewendet und schließlich wurde das polizeiliche Ziel vor allem durch das Wegtragen erreicht, wobei die Schmerztechniken parallel dazu angewendet wurden. Ähnliches beschrieb zum Beispiel auch eine betroffene Person, die im Rahmen des DFG-Forschungsprojekts KviAPol (*»Körperverletzung im Amt durch Polizeibeamt*innen«*) schilderte, wie die Polizei unterschiedlichste Schmerzgriffe anwendete:

»Als Blockierender in einer gewaltfreien Sitzblockade war ich bereit, mich ohne Widerstand wegtragen zu lassen. Es gab anscheinend Anweisung, nicht zu tragen, so sollten wir BlockiererInnen durch die Anwendung von Schmerzen zum freiwilligen Verlassen bewegt werden. Ich wurde mit einer ganzen Reihe von verschiedenen Methoden bearbeitet (Griff in die Augen, Überdrehen des Kopfes, so dass kein Sprechen mehr möglich ist, Griff in den Kehlkopf, Schmerzpunkte mit einem harten Gegenstand gedrückt an Schlüsselbein, unter dem Ohr und anderen Punkten, Knien auf meinem Rücken, während meine Füße verdreht werden, Quetschen meiner Hoden

mit der Hand, Knien auf meinem Kopf, während mein Gesicht im Schotter liegt).« (Lfdn. 10.160)

Schmerzgriffe im engeren Sinn zielen nicht auf eine unmittelbare körperliche Wirkung, um ein polizeiliches Ziel zu erreichen. Stattdessen sollen sie eine psychische Wirkung entfalten, indem sie den Willen der Betroffenen beugen und diese dazu bringen, das gewünschte Verhalten vorzunehmen. Ähnliches gilt strenggenommen auch für andere polizeiliche Gewaltmittel, wie den Einsatz eines Schlagstocks: Durch den Schlag selbst steht niemand auf, vielmehr dient der entstehende Schmerz (und noch präziser: die Angst vor erneutem Schmerz) dazu, die betreffende Person zu einem Handeln zu zwingen. Anders ist es etwa bei einem einfachen Wegschieben einer Person ohne die intendierte Zufügung von Schmerzen. Während Nervendrucktechniken als Schmerzgriffe im engeren Sinne dabei alleine auf die Willensbeugung durch (Angst vor) Schmerz zielen, dienen die Hebeltechniken eher dazu, andere Formen der Durchsetzung der polizeilichen Maßnahme zu begleiten und zu unterstützen. In welchem Umfang diese Techniken eingesetzt werden, lässt sich nicht bestimmen, da die polizeiliche Praxis in dieser Hinsicht sehr intransparent ist und auch statistisch nicht erfasst wird, wie die Antwort des Hamburgischen Senats auf eine Anfrage der Abgeordneten Christiane Schneider aus dem Jahr 2019 zeigt. Dies gilt nicht nur für Schmerzgriffe, sondern insgesamt für polizeiliche Zwangsanwendungen.

Rechtliche Bewertung

Die rechtliche Zulässigkeit von Schmerzgriffen ist lange kaum thematisiert worden. Mit ihrer im Jahr 2022 erschienenen Dissertation hat Dorothee Mooser diese Lücke gefüllt und die rechtliche Zulässigkeit von Nervendrucktechniken ausführlich untersucht.

Mooser problematisiert erstens, dass bereits zweifelhaft ist, ob es überhaupt eine Rechtsgrundlage für die Anwendung von Nervendrucktechniken durch die Polizei gibt. Wie dargestellt, dient die Anwendung dieser Techniken nicht unmittelbar der Erreichung des polizeilichen Ziels, sondern fügt alleine Schmerzen zu. Nach Mooser handelt es sich damit nicht um unmittelbaren Zwang im Sinne der Verwaltungsgesetze, da solche Maßnahmen die unmittelbare Herbeiführung eines rechtmäßigen polizeilichen Ziels bezwecken müssen. (2) Nervendrucktechniken seien aber gar nicht dazu geeignet, jemanden zur Vornahme einer Handlung zu zwingen. Sie bezweckten erst als sekundäre Folge – möglicherweise sogar erst nach einer erneuten Aufforderung zum Handeln – die Umsetzung des polizeilich erwünschten Verhaltens. Insbesondere gebe es keine Rechtsgrundlage für Konstellationen, in denen durch den Schmerzgriff ein Handeln der Betroffenen (und nicht nur ein Dulden oder Unterlassen) bezweckt werde. (3))

Zweitens ist – selbst wenn man die bestehenden gesetzlichen Regelungen für einschlägig hält – in der Praxis die Verhältnismäßigkeit des Einsatzes von Schmerzgriffen durch die Polizei oftmals fraglich. Dies betrifft zunächst



Polizeikräfte räumen Aktivistinnen und Aktivisten von Ende Gelände im August 2022 mit Schmerzgriffen von den Güterschienen im Hamburger Hafen; Foto: Jannis Große

die Erforderlichkeit. Gerade bei Sitzblockaden stehen in der Regel mildere Mittel wie das Wegtragen zur Verfügung, um die polizeiliche Maßnahme durchzusetzen und die Räumung der Straße zu erreichen. Der Einsatz von Schmerzgriffen in einer solchen Lage wälzt die polizeiliche Verantwortung für die physische Durchsetzung eines polizeilichen Ziels unzulässig auf den Körper der Betroffenen ab. Gerade in diesen Konstellationen können Schmerzgriffe Mooser zufolge zugleich auch eine nicht nur bagatelthafte unmenschliche Behandlung und damit im Einzelfall einen Verstoß gegen das Folterverbot aus Art. 3 EMRK darstellen, insbesondere wenn das Verhalten der Betroffenen die Anwendung von Nervendrucktechnik nicht erforderlich gemacht hat. (4)

Darüber hinaus ist nach Mooser auch die Angemessenheit insbesondere von Nervendrucktechniken zweifelhaft, da deren Effekte aufgrund der Subjektivität von Schmerzempfinden nicht graduierbar seien. Insofern sei es zum Beispiel nicht möglich, zunächst einen milderen Schmerz zuzufügen und diesen erst zu steigern, wenn das Ziel der polizeilichen Maßnahme ansonsten verfehlt würde, oder den Schmerzreiz zu reduzieren, wenn die betroffene Person den polizeilichen Anweisungen bereits nachkomme. (5) Dies schlage sich nicht zuletzt auch in einer uneinheitlichen Anwendungs- und Bewertungspraxis in den verschiedenen Polizeibehörden der Länder nieder, die auf ein fehlendes geteiltes Verständnis der Angemessenheit von Schmerzgriffen verweist. (6)

Drittens kommt im Zusammenhang mit Schmerzgriffen der Androhung des unmittelbaren Zwangs besondere Bedeutung zu. Diese ist einerseits rechtsstaatliche Verfahrensvoraussetzung und daher nur ausnahmsweise

entbehrlich. Andererseits spielt sie eine zwiespältige Rolle, wenn eine Maßnahme – wie bei den Schmerzgriffen – zuvorderst auf die psychische Beugung des Willens der Betroffenen zielt. Namentlich kann die Androhung ebenso der Beugung dienen und daher als eine Vorstufe des eigentlichen Schmerzgriffs verstanden werden. Die Androhung einer extralegalen Gewaltanwendung ist angesichts dessen keine »unglückliche Wortwahl«, wie Möstl behauptet. Vielmehr kann sie als selbständiger Verwaltungsakt selbst rechtswidrig sein und damit eine Bedrohung darstellen.

Wirkungen und Folgen für Betroffene

Polizeiliche Schmerzgriffe führen – wie der Name sagt – primär zu Schmerzen, die individuell sehr unterschiedlich sein können. Im Unterschied zu anderen Gewaltanwendungen wie Schlägen oder Tritten bleiben kaum sichtbare Wunden zurück. Gleichwohl handelt es sich um eingriffssensitive Maßnahmen, die insbesondere längerfristige psychische Folgen haben können.

Die unmittelbare Folge eines Schmerzgriffes – der Schmerz selbst – ist subjektiv und kann auch von der körperlichen Konstitution von Betroffenen abhängig sein. Besondere körperliche Konstitutionen bestimmter Betroffener, wie etwa vorangegangene Frakturen oder Gelenkerkrankungen, können dabei die Schmerzwirkung potenzieren. (7) Diese werden zumeist den diensthabenden Beamt*innen nicht bekannt sein, so dass eine einzelfalladäquate Dosierung der Schmerzwirkung kaum möglich erscheint. Auch über die Frage der Wirkung des Schmerzes hinaus spielt die körperliche Konstitution der

Betroffenen eine Rolle. Ein akuter Schmerzreiz führt zur Ausschüttung von Hormonen, die unter anderem den Blutdruck ansteigen lassen können. Dies kann etwa bei Personen mit Bluthochdruck gefährlich werden. Auch eine Intoxikation von Betroffenen kann das Schmerzempfinden verändern und herabsetzen, so dass eine fortgesetzte oder verstärkte Anwendung von Schmerzgriffen zu Brüchen, Zerrungen und Gewebeverletzungen führen kann. (8) Kunkel beschreibt die Wirkung eines Schmerzgriffs daher als »Kaskade von lokalen und systemischen Reaktionen, die weit von den intendierten Wirkungen entfernt liegen können«. Derartige Konstellationen sind dabei keine in der Diskussion zu vernachlässigenden Sonderfälle. Sie stellen vielmehr genau den Maßstab dar, an dem sich eine rechtsstaatliche polizeiliche Praxis messen lassen muss: Kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit garantiert werden, dass der Person, die von einer polizeilichen Maßnahme betroffen wird, keine Schäden entstehen, die über das absolut notwendige Maß hinausgehen? (9)

Abseits vom momentanen Schmerz können durch einen technisch nicht korrekt durchgeführten Schmerzgriff auch längerfristige Folgen wie »Bewusstlosigkeit und Durchblutungsstörungen bis hin zu anhaltenden Nervenschäden bei der betroffenen Person« auftreten, was in der Polizei teilweise auch bekannt zu sein scheint. (10) Eine befragte Betroffene in der Studie KviAPol beschrieb als Folgen der Anwendung von Schmerzgriffen:

»Im Nachhinein wurde festgestellt, dass mir mehrere Wirbel rausgesprungen sind und ich habe immer noch Probleme mit meinem Handgelenk, welches über mehrere Minuten umgedreht und überdehnt wurde.« (Lfdn. 4.038)

Auf der psychischen Ebene kann das Gefühl, sich in polizeilicher Hand zu befinden und dabei Schmerzen zugefügt zu bekommen, denen man sich nicht entziehen kann, zu Ohnmachtsgefühlen bei den Betroffenen führen. So schilderte ein*e Betroffene*r in einem Freitextfeld der KviAPol-Befragung eine Situation nach Auflösung einer Sitzblockade:

»Ein Polizist griff mir ins Gesicht, sodass seine Hand im Handschuh meine Augen, Nase und Mund bedeckten, und drehte meinen Kopf und Hals weit zur Seite und nach hinten, Ich hatte Tage später noch Schmerzen dabei meinen Nacken und Hals zu bewegen. [...] Die Beamtin und der Beamte, die mich festnahmen, beendeten die Schmerzgriffe auch dann nicht, als sie mich schon aus der Sitzblockade/Kundgebung herausgezerrt hatten. An Brustkorb/Seite und Armen waren später flächige blaue Flecken zu sehen. Beim Abführen zu den weiter wegstehenden Kastenwägen verstärkten sie ihre Schmerzgriffe sogar noch weiter. Auch als ich sie darauf hinwies, dass sie mich doch jetzt festgenommen hatten und sie keinen Widerstand von mir zu erwarten hätten. Stattdessen verstärkte der Polizist oder vielleicht auch beide ihren Griff. [...] Auf meine Frage/Aufforderung, die Griffe zu lockern, sagte der Polizist verächtlich, dass ich vorher nur gegen die Schmerzgriffe verbal protestiert hätte, um Aufmerksamkeit bei den Umstehenden zu erlangen. Für mich entstand der Eindruck, dass er es mir deswegen auf dem weniger

von Umstehenden beachteten Weg zu den Polizeiautos nicht gönnen wollte, schmerzfrei(er) zur Verwahrung in der Wanne zu kommen. [...] Meiner Meinung nach sind sie relativ brutal vorgegangen, weil sie konnten: Wir waren nicht besonders viele und wir waren überwiegend nicht-weiße Personen.« (Lfdn. 4.829)

Aus medizinischer Sicht ist Schmerz ein Stimulus für Angstgefühle und das sogenannte Schmerzgedächtnis kann Vermeidungsverhalten nach sich ziehen. Insofern können polizeiliche Schmerzgriffe auch zu einer Einschüchterung der Betroffenen führen und etwa im Kontext politischer Aktionen eine Abschreckungswirkung entfalten.

Schmerzgriffe als verselbständigte Gewaltpraxis

Die Etablierung von Schmerzgriffen als Gewalttechnik in der polizeilichen Praxis ist ein anschauliches Beispiel sowohl für eine Verselbständigung und Entgrenzung der Polizei wie auch für eine Tendenz der Normalisierung von Gewalt in der Polizei.

Die Polizei wird als Institution mit Gewaltbefugnis durch das Gesetz mit unterschiedlichen Gewaltmitteln ausgestattet. Das Recht macht dabei jedoch aufgrund seiner Funktion als abstrakter und ausfüllungsbedürftiger Regelungsrahmen nur eingeschränkte Vorgaben. Die Polizei hat daher nicht nur eine exekutive, sondern – wie schon Walter Benjamin problematisierte – auch eine quasi-legislative Funktion. Sie selbst bestimmt durch ihre Rechtsauslegung und Praxis (mit), wie weit ihre Gewaltkompetenz reicht; die Gewaltanwendung ist allenfalls im Nachgang durch die Judikative überprüfbar. Diese quasi-legislative Funktion gilt zunächst für den konkreten Einsatzmoment, kann sich aber auch längerfristig in der Etablierung neuer Formen und Techniken der Gewaltanwendung niederschlagen. Eine solche Etablierung durch und in der Polizei orientiert sich nicht alleine an rechtlichen Maßstäben, sondern ebenso an polizeilichen Erwägungen zur Effizienz und Praktikabilität bestimmter Vorgehensweisen. In einem polizeilichen Maßstab geht es bei der Bewertung von Gewaltanwendungen neben Fragen der Legalität und Legitimität stets auch um die praktischen Anforderungen des Einsatzalltags. (11)

Die Anwendung von Schmerzgriffen durch die Polizei ist auf gesetzlicher Ebene nicht ausdrücklich geregelt. Wie bereits gezeigt, lassen sich die Techniken auch nicht bzw. nur eingeschränkt unter die bestehenden Regelungen über die Anwendung unmittelbaren Zwangs fassen. Man kann also sagen, dass diese gesetzlichen Vorgaben durch die Etablierung von Schmerzgriffen durch die polizeiliche Praxis nicht nur weiter konkretisiert und ausgelegt, sondern teilweise auch überformt werden. In einem dokumentierten Fall lehnte es etwa ein Polizeibeamter ab, eine*n Demonstrant*in von der Straße zu tragen und begründete dies damit, er »habe Rücken«. Die betroffene Person durch eine (für die Polizei) weniger energieintensive Maßnahme wie einen Schmerzgriff dazu zu bewegen, die Straße zu räumen, stellt sich hier für die

Polizei als effizient und damit als vorzugswürdiges Vorgehen dar. Auch Überlegungen zum personellen Aufwand können eine Rolle spielen: So kann es notwendig sein, mehr Personal zur Durchsetzung einer polizeilichen Maßnahme ohne Schmerzgriffe heranzuziehen – dies kann sich jedoch aus Perspektive der Polizei als nicht praktikabel darstellen. Solche Praktikabilitätsabwägungen können auf diese Weise das polizeiliche Verständnis der eigenen Gewaltkompetenz prägen und damit eine verselbständigte polizeiliche Gewaltpraxis befördern.

Die damit beschriebene Überformung gesetzlicher Anforderungen wird dadurch begleitet, dass diese Techniken nicht nur in der Praxis der Polizei, sondern auch in der Ausbildung und in Form untergesetzlicher Normierungen schrittweise etabliert und normalisiert werden. (12) Sie finden sich in Dienstvorschriften, polizeilichen Lehrplänen und Einsatzvorgaben, die von der Organisation selbst entwickelt werden und sich an den Anforderungen der Praxis orientieren. Über diese untergesetzlichen Normierungen von Schmerzgriffen, anhand derer die Etablierung dieser Praxis nachvollzogen werden könnte, ist allerdings wenig bekannt. So sind weder konkrete Inhalte der Einsatzlehre noch die entsprechenden Dienstvorschriften für die Öffentlichkeit zugänglich und transparent, weswegen die Organisation »Frag den Staat« eine IFG-Klage erhoben hat.

Normalisierung von Gewalt in der Polizei

Schmerzgriffe bringen darüber hinaus ein besonderes Potential für die Normalisierung von Gewalt in der polizeilichen Praxis mit sich. Erstens sind sie aus Sicht der Polizei, wie schon beschrieben, äußerst praktikable und effektive Techniken zur Arbeitsbewältigung. (13) Das wurde etwa auch in Interviews mit Polizeibeamt*innen im Rahmen der Studie KviAPol deutlich:

»Man muss das erlebt haben. Der Mann saß im Auto, war betrunken, hat sich geweigert, aus dem Auto auszu steigen, also was passiert? Man nimmt den linken Arm und drückt mit dem Daumen hier rein, das ist ein Schmerzpunkt, dadurch geht die Hand auf. Die Hand wird nach außen gebogen über die B-Säule, das erklärt das Hämatom. Dann fällt der nach unten und fällt hier auf die Quertraverse und mit der rechten Gesichtshälfte auf den Asphalt. Somit erklären sich diese Verletzungen ganz einfach. Der Mann ist mehrfach aufgefordert worden, das Fahrzeug zu verlassen, das hat er nicht gemacht, sondern [er] wollte betrunken in seinem Fahrzeug weiter sitzen bleiben. Also hat der Polizeibeamte reingegriffen, hat den Schlüssel abgedreht, hat ihm den Arm nach hinten gebogen, um ihn so aus dem Fahrzeug zu bugsieren. Verfahren eingestellt.« (Interne Ermittlungen/C2.3: 79)14)

Die Anwendung eines Schmerzgriffes wird hier als überpersönlicher Automatismus dargestellt (»also was passiert? [...] Man [...] drückt mit dem Daumen hier rein, das ist ein Schmerzpunkt [...]«). Sie wird als sehr wirksam und universell einsetzbar verstanden. Schmerzgriffe gelten angesichts dessen in der Polizei als »sauberer Zugriff« (15); sie hinterlassen keine Spuren und schonen institutionelle Ressourcen.

Schmerzgriffe bringen darüber hinaus ein besonderes Potential für die Normalisierung von Gewalt in der polizeilichen Praxis mit sich.

Zweitens wird die Zufügung von Schmerzen in der Polizei offenbar als wenig eingriffsintensive Maßnahme verstanden, weil sie nicht mit körperlichen Verletzungsfolgen verbunden ist. So wurde in anderen Interviews der Studie KviAPol die Artikulation von Schmerz durch Betroffene (etwa bei verkanteten Handschellen) als »Gejammer« beschrieben:

»[...] Das tut weh, die Hände werden dick, tun weh, das ist aber ganz normal, da passiert aber nichts.« (Vollzug/C3.7: 60) (16)

Bei einem solchen Verständnis liegt polizeilicherseits die Annahme nahe, Schmerzgriffe seien nicht mit sonstigen Formen unmittelbaren Zwangs zu vergleichen, sondern auf einer darunter liegenden Stufe angesiedelt, weil sie »nur« Schmerzen erzeugen, aber keine »echten« Verletzungen herbeiführen würden. So weist Mooser darauf hin, dass in einzelnen Landespolizeien für die Frage der Verhältnismäßigkeit auf die Folgen einer Nervendrucktechnik abgestellt werde, nicht aber auf die Schmerzen an sich. (17)

Derartige Annahmen stehen einerseits im Widerspruch zu den oben beschriebenen Wirkungen und Folgen der Schmerzzufügung für die Betroffenen. Die Polizei setzt sich hiermit über die Perspektive der Betroffenen hinweg und stellt ihre eigenen Interessen an einer raschen und effektiven Durchführung von Maßnahmen in den Vordergrund. Andererseits können sie zu einer Normalisierung (18) und unreflektierten Anwendung von Schmerzgriffen als Gewalttechniken führen, die die bestehenden rechtlichen Vorgaben überformt und in der Praxis in Frage stellt: Das verfassungsrechtliche Verhältnismäßigkeitsprinzip macht polizeiliche Gewalt zur ultima ratio. Sofern andere Mittel zur Erreichung eines legalen Zwecks ergreifbar sind, müssen diese stets vorrangig angewendet werden. Wer aber die Zufügung von Schmerzen als besonders leichten Eingriff versteht, wird bei der Suche nach milde-

ren Mitteln selten fündig werden. Dies zeigt sich etwa in der Auffassung des Innenministeriums von Mecklenburg-Vorpommern in Moosers Studie:

»Die Anwendung [von Schmerzgriffen] sei bei einigen Beamten schon in einen Automatismus übergegangen, so dass diese Techniken immer eine der ersten Maßnahmen im Einsatz darstellen würden.« (19)

Wohin diese Normalisierung bei einzelnen Beamt*innen führen kann, zeigt eindrücklich das bereits eingangs erwähnte Video von einer Sitzblockade von Klimaaktivist*innen in Berlin. Der Polizeibeamte droht dort einen Schmerzgriff mit massiven Folgen an: »Sie werden die nächsten Tage, nicht nur heute [...] werden Sie Schmerzen beim Kauen haben und beim Schlucken«. Dass derart gravierende Folgen von dem Beamten in der vorliegenden Situation als verhältnismäßig betrachtet werden, zeugt einerseits davon, dass Schmerzen offenbar als wenig gravierend und eingriffsintensiv betrachtet werden. Andererseits erscheint die Androhung nicht alleine als Erfüllung der Verfahrensvoraussetzung für die Anwendung unmittelbaren Zwangs. Vielmehr mutet sie angesichts des Auftretens des Beamten und des Duktus der Androhung als eigene Maßnahme an, als Bedrohung, die nicht (nur) über eine bevorstehende Maßnahme informiert, sondern per se den Willen des Betroffenen beugen soll.

Fazit

Unter den Begriff der Schmerzgriffe werden verschiedene Techniken gefasst, die in der polizeilichen Praxis zunehmend zur Anwendung kommen. Sie zielen (primär) auf eine psychische Wirkung, indem sie den Willen der Betroffenen beugen und abschrecken sollen. Sie sind damit Sinnbild einer sich als gewalttätig begreifenden Gesellschaft, die eine staatliche Institution mit dem Erhalt der bestehenden Ordnung mittels Gewalt beauftragt. Für die Betroffenen haben Schmerzgriffe gravierende Folgen. Die rechtliche Zulässigkeit von Schmerzgriffen als besonderer Form des unmittelbaren Zwangs ist umstritten und bislang nicht geklärt.

Schmerzgriffe können als Entgrenzung polizeilicher Gewaltpraxis verstanden werden. Zugleich wohnt ihnen eine Tendenz zur Normalisierung von Gewaltanwendung inne. Erstens werden Schmerzgriffe von Polizeibeamt*innen trotz der erheblichen Folgen für die Betroffenen als eher mildes Mittel eingeschätzt, weil sie selten sichtbare physische Verletzungen hinterlassen. Schmerzen erscheinen als normal und unter Umständen sogar als notwendiger Bestandteil des Polizierens. Ähnlich wie beim Taser, der trotz seines tödlichen Potenzials als eher eingriffsarmes Instrument eingeschätzt wird, kann eine solche polizeiliche Betrachtungsweise dazu führen, dass diese Techniken entsprechend ausgedehnt, angedroht und angewendet werden. Zweitens perpetuieren Schmerzgriffe den Anspruch auf absolute Autorität der Polizei, indem es jedenfalls bei den Nervendrucktechniken einzig um die Beugung des Willens der Betroffenen geht. Ein solches polizeiliches Vorgehen duldet keine Rückfrage, keine Verhandlung und kein Opponieren mehr. Der Schmerzgriff

bricht jeden Widerspruch und reduziert eine mündige Person auf ihren verletzbaren Körper zugunsten eines effizient durchführbaren Einsatzes.

Diese Entgrenzung zumindest nachträglich juristisch wieder einzuhegen, wird nun die Aufgabe der Verwaltungsgerichte und möglicherweise auch des Bundesverfassungsgerichts sein.

Der Text ist zuerst erschienen in: Verfassungsblog.de, 20. Juli 2023, unter Creative Commons Licence CC BY-SA, <https://verfassungsblog.de/schmerzgriffe-als-technik-in-der-polizeilichen-praxis/> – Hier finden sich zusätzlich einige interessante Links zum Text.

Wir danken der Redaktion für die Erlaubnis des Nachdrucks.

Anmerkungen

- 1 Mooser, Nervendrucktechniken im Polizeieinsatz, S. 209, Baden-Baden 2022
- 2 Anders als das Zwangsgeld soll sogenannter unmittelbarer Zwang primär nicht den Willen der Adressat*innen beugen und eine psychische Wirkung erzielen, sondern ähnlich wie die Ersatzvornahme unmittelbar zum polizeilich beabsichtigten Erfolg führen.
- 3 Vgl. Mooser 2022, S. 92
- 4 Ebd., S. 120 und 182
- 5 Ebd., S. 200f.
- 6 Ebd., S. 52ff. Vgl. für den US-amerikanischen Kontext Terrill und Paoline III, Examining Less Lethal Force Policy and the Force Continuum: Results From a National Use-of-Force Study. *Police Quarterly* 16/1, 2013, S. 38-65
- 7 VG Hamburg, 5 K 1971/11 Urteil vom 22.1.15
- 8 Kaminski und Martin, An analysis of police officer satisfaction with defense and control tactics, S. 135. *Policing*, 23/2, 2000.
- 9 Ähnliche Probleme ergeben sich beim Einsatz von Distanzelektroimpulsgeräten (Taser), deren Einsatz in den meisten Fällen die betroffene Person nur kurzzeitig außer Gefecht setzt, die jedoch bei Personen mit Intoxikationen, Herzvorerkrankungen oder Schwangerschaften auch deutlich gravierendere Folgen haben können. Auch in Deutschland kam es im Zusammenhang mit der Verwendung von Tasern bereits zu Todesfällen.
- 10 Mooser 2022, S. 52
- 11 Vgl. Abdul Rahman et al., Gewalt im Amt, S. 209ff. Frankfurt/New York 2023
- 12 Vgl. auch Kaminski und Martin 2000, S. 134
- 13 Seigel beschreibt die Polizei als »violence workers«: »Police realize — they make real — the core of the power of the state. [...] It is simply about what their labor rests upon and therefore conveys into the material world. [...] It takes work to represent and distribute state violence.« (Seigel, *Violence Work*, S. 10f. Durham, 2018)
- 14 Abdul-Rahman et al. 2023, S. 243
- 15 Mooser 2022, S. 51
- 16 Abdul-Rahman et al. 2023, S. 242
- 17 Mooser 2022, S. 55
- 18 Dass polizeiliche Gewaltanwendungen (und spezifisch Schmerzgriffe) auch von der weißen Dominanzgesellschaft normalisiert werden, zeigt sich etwa in einem Video vom Tigerentendclub, in dem den Kindern von zwei Polizeibeamt*innen die Anwendung eines Schmerzgriffs demonstriert wird.
- 19 Mooser 2022, S. 50

Einsatz von Schmerzgriffen bei friedlichen Demonstrationen rechtswidrig

Juristische Einordnung der Anwendung von Schmerzgriffen an Klima-Aktivist Lars Ritter

Am 20.04.2023 nahm der Aktivist Lars Ritter in Berlin an einer friedlichen Straßenblockade der »Letzten Generation« teil, in der er sich für gerechtere und stärkere Klimapolitik einsetzte. Im Zuge der Aktion kam es zu einem Polizeieinsatz, der den Zweck verfolgte, die Sitzblockade aufzulösen. Ein Polizeibeamter wendete bei Lars Ritter Schmerzgriffe an, um so die Auflösung zu erzwingen, statt – wie häufig und üblich – ihn von der Blockade wegzutragen. Dabei zog er Lars Ritter »am Kiefer in den Stand, verdrehte ihm den Arm und zerrte ihn anschließend mit Unterstützung eines Kollegen an den umgeklappten Handgelenken von der Straße.«¹

Dass dieser Eingriff in die körperliche Unversehrtheit physische und psychische Folgen haben kann, wird auch

durch Lars Ritters Äußerung klar: »Das brutale Vorgehen der Polizei hat mich zutiefst verstört. Schon beim Anblick eines Polizisten fange ich an zu zittern.«

Nun kam das Verwaltungsgericht Berlin im März 2025 zum Urteil, dass in diesem Fall der Einsatz von Schmerzgriffen unverhältnismäßig und somit unzulässig war. Damit steht für Joschka Selinger, Jurist von der *Gesellschaft für Freiheitsrechte (GFF)*, fest, dass der Einsatz von Schmerzgriffen bei friedlichen Demonstrationen rechtswidrig ist.²

Darüber hinaus ordnen Sarah Ahmad und Prof. Dr. Jochen von Bernstorff vom Lehrstuhl für Staatsrecht, Völkerrecht, Verfassungslehre und Menschenrechte der Eberhard-Karls-Universität Tübingen das Anwenden von Schmerzgriffen durch die Polizei wie folgt ein: »Polizeili-



Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Polizei. Hier in Frankreich im Jahr 1954, Foto: Jean-Philippe Charbonnier.



»Armut und Ausgrenzung machen krank«

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

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

Kontakt:

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

Spendenkonto:

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

che Schmerzgriffe bei einer Sitzblockade gegenüber sich absolut passiv verhaltenen Demonstrierenden verletzen deren Menschenrechte. Sie verstoßen nicht nur gegen das **Verbot erniedrigender Behandlung** aus Art. 3 [Verbot der Folter, Anm. d.Red.] der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), wie es der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in ständiger Rechtsprechung versteht, sondern auch gegen die **Menschenwürde**, die zu achten und zu schützen nach Art. 1 Abs. 1 S. 1 Grundgesetz (GG) Aufgabe aller staatlichen Gewalt ist.

Entgegen der teilweise von den Bundesländern vertretenen Position finden die Schmerzgriffe schon in den polizeirechtlichen Vorschriften über den unmittelbaren Zwang keine Rechtsgrundlage, denn die bei Sitzblockaden intendierte Wirkung, die Straße zu räumen, wird nur mittelbar und gerade nicht unmittelbar durch die Zufügung von Schmerzen erreicht.«³

Anmerkungen

- 1 <https://freiheitsrechte.org/themen/demokratie/schmerzgriffe-berlin>, aufgerufen am 18.08.2025
- 2 <https://www.tagesspiegel.de/berlin/polizeihandeln-gericht-schmerzgriff-bei-klimaaktivist-rechtswidrig-13399396.html>, aufgerufen am 18.08.2025
- 3 Sarah Ahmad / Jochen von Bernstorff 2024: Schmerzgriffe und Menschenrechte, <https://verfassungsblog.de/schmerzgriffe-polizei-menschenrechte/>, zuletzt aufgerufen am 18.08.2025

Der Text ist zuerst erschienen auf der Internetseite der Gesellschaft für Freiheitsrechte: <https://freiheitsrechte.org/themen/demokratie/schmerzgriffe-ansbach>

Wir bedanken uns für die Erlaubnis des Nachdrucks.

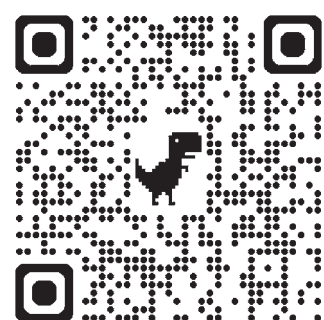
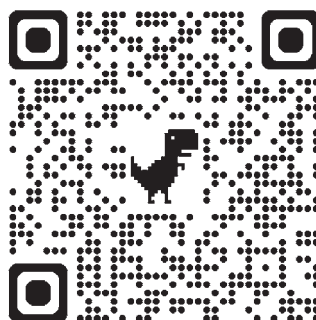
Empfehlungen zum Weiterlesen auf »Verfassungsblog.de«

Eric von Dömming: Versteckte Gewalt. Zur Polizei, Schmerzgriffen und moderner Empfindsamkeit

Schmerzgriffe verringern die Sichtbarkeit polizeilicher Gewalt. Diese ist dadurch schwerer in ihrer gesamten Tragweite zu erkennen. Für eine zunehmend gewaltsensible Gesellschaft ist das leichter zu ertragen – eine Tendenz, die sich nicht nur bei Schmerzgriffen beobachten lässt, sondern insgesamt bei staatlichem Gewalthandeln. Eric von Dömming diskutiert in diesem Text das Verhältnis von moderner bürgerlicher Gesellschaft zu diesen Formen von versteckter Gewalt mit den Mitteln der Theorie von Michel Foucault.

Sarah Ahmad / Jochen von Bernstorff: Schmerzgriffe und Menschenrechte

In diesem Text werden die juristischen Aspekte von polizeilichen Schmerzgriffen bei einer Sitzblockade gegenüber sich absolut passiv verhaltenen Demonstrierenden diskutiert. Sie verstoßen nicht nur gegen das Verbot erniedrigender Behandlung der Europäischen Menschenrechtskonvention, wie es der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in ständiger Rechtsprechung versteht, sondern auch gegen die Menschenwürde, die zu achten und zu schützen nach dem Grundgesetz aller staatlichen Gewalt ist.



Die Frauengesundheitsbewegung ...

... zwischen Selbsthilfe, Widerstand und Gerechtigkeit

Franziska Max

Die westdeutsche Frauengesundheitsbewegung ist eine soziale Bewegung, die in den 1970er-Jahren entstand. Inspiriert vom *Women's Health Movement* aus den USA – das seinerseits durch die Bürgerrechtsbewegung, gesellschaftliche Umbrüche und eine starke Selbsthilfebewegung geprägt war – entstanden auch in Deutschland, getragen vom Schwung des sogenannten *Zweite-Welle-Feminismus*, immer mehr Gruppen, die sich mit dem Thema Frauengesundheit auseinandersetzten.

Ihre Betätigungsfelder waren vielfältig: Während die »Rote Zora«, eine militante feministische Gruppe, 1977 einen Sprengstoffanschlag auf die Bundesärztekammer verübte, um deren misogynen Politik zu kritisieren, gab es zugleich große Demonstrationen und Kampagnen zur Streichung des § 218 und damit zur Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen. Darüber hinaus gründeten sich in ganz West-Deutschland Selbsthilfegruppen und (feministische) Frauengesundheitszentren. Letztere waren Beratungsstellen, die von Aktivistinnen gestaltet wurden, deren Angebote jedoch allen Frauen offenstanden.

So auch das Feministische Frauengesundheitszentrum in Frankfurt am Main, das 1978, nach Berlin, als zweites FFGZ in Deutschland gegründet wurde. Im FFGZ Frankfurt gab es acht Teilbereiche, die eng und interdisziplinär zusammenarbeiteten: Frauen gegen den § 218, Gesundheit und Verhütung, Beratung für misshandelte Frauen, Geburtsvorbereitung, Psychologische Beratung und Therapie, Beratung für Frauen die sexuellen Missbrauch erfahren haben, Kritik an Gen- und Reproduktionstechnologien, Frau und Beruf.

Franziska Max arbeitet als Studienkoordinatorin für den Masterstudiengang Sozialethik im Gesundheitswesen an der Goethe Universität in Frankfurt. Sie interessiert sich für Gesundheit als Menschenrecht, Zugänge zum Gesundheitswesen, Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, sowie Public-Health-Ethik. Im Rahmen ihrer Abschlussarbeit hat sie sich mit der Frauengesundheitsbewegung und ihren Gerechtigkeitskonzeptionen auseinandergesetzt und dafür unter anderem Interviews mit den Gründungsmitgliedern des FFGZ in Frankfurt geführt.

»Ein Zentrum, in dem Frauen nach dem Prinzip der Selbsthilfe versuchten, verschüttetes Wissen und Kräfte wiederzuentdecken und die Selbstbestimmung über sich und ihren Körper zu erlangen.«

Einleitung S. 11, Dokumentation 10 Jahre FFGZ 1978-1988

Das Feministische Frauengesundheitszentrum in Frankfurt verstand sich als explizit politisch und grenzte sich damit von Zentren in anderen Städten ab, in denen alternative Heilmethoden im Fokus standen. In Frankfurt und auch in anderen Städten wurden die Selbstuntersuchungsgruppen als zentral und prägend für die Bewegung beschrieben. Die vaginale Selbstuntersuchung mit Spekulum und Spiegel wurden inspiriert durch Frauen aus den USA, welche die ersten Selbstuntersuchungen dieser Art in Deutschland präsentierten, und waren der Versuch, Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen – ein Protest gegen ein männlich dominiertes Gesundheitssystem und Ausdruck des Anspruchs auf Selbstbestimmung.

Auch das Thema Gewalt spielte eine große Rolle: Sexuelle Gewalt, Misshandlung und Missbrauch wurden offen thematisiert, und Beratungsange-

bote wurden geschaffen – mit starkem Gegenwind, wie Frauen aus der Gründungszeit des FFGZ berichten. Die Frauen im FFGZ schufen eine feministische Beratungseinrichtung, welche die Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung anerkannte, in der die Frauen mit ihren Problemen im Mittelpunkt standen, nicht – wie im Justizsystem – der Täter, und in der sie in ihrer Subjekthaftigkeit bestätigt wurden. Außerdem hatten die Frauen die Möglichkeit, über Gesprächsinhalte und Handlungsstrategien zu bestimmen. Ausgehend vom Selbsthilfegedanken der Frauenbewegung sollte das Beratungsangebot Frauen ermutigen, die ihnen durch die Vergewaltigung, die Misshandlung oder den Missbrauch genommene Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit für ihr Leben wiederzugewinnen.

Insgesamt war (und ist) es Ziel der Frauenbewegung, ein Bewusstsein zu schaffen und Öffentlichkeit dafür herzustellen, dass Gewalt gegen Frauen ein strukturelles Problem ist und aus dem – damals *noch* stärkeren – Gedanken des Privaten gelöst werden muss. Zeitgleich mit den ersten Beratungsangeboten gründeten sich auch die ersten (autonomen) Frauenhäuser, die als Schutzraum dienen sollten und auch heute noch von großer Wichtigkeit sind.

Für von Misshandlung und Missbrauch Betroffene bot das FFGZ praktische Informationen über finanzielle Möglichkeiten nach der Trennung, juristische Informationen und vermittelte zu Frauenhäusern, Ärztinnen, Psychologinnen und sozialen Einrichtungen. Neben den Angeboten für vergewaltigte und misshandelte Frauen gab es auch Beratungsangebote und Selbsthilfegruppen für Betroffene von Missbrauch und deren Angehörige. Zentrumsintern wurde Supervision für die Mitarbeiterinnen, die zu den Themen berieten, eingerichtet, und es wurden Fortbildungen für Fachkräfte und Informationsveranstaltungen angeboten (Dokumentation 10 Jahre FFGZ 1978-1988).

Frauengesundheit als Gerechtigkeitsthema

Das Thema Frauengesundheit und die Kämpfe der Frauengesundheitsbewegung lassen sich als fortdauernder Einsatz für Gerechtigkeit verstehen. Sämtliche Akteurinnen der Bewegung einte die Forderung nach Selbstbestimmung, der Einsatz gegen patriarchale Gewalt, die Kritik an einer profitorientierten Pharmaindustrie und die Infragestellung der Machtasymmetrien zwischen Ärzteschaft und Patientinnen.

Um diese oft impliziten Forderungen explizit zu beschreiben, eignet sich die Gerechtigkeitstheorie der US-amerikanischen Philosophin Iris Marion Young. Young, selbst geprägt durch die feministische Bewegung der 1960er-Jahre, entwickelte in ihrem Buch *Justice and the Politics of Difference* ein Konzept, das nicht die Gleichmachung, sondern den Respekt vor der Differenz von Gruppen – in diesem Fall Frauen – betont. Sie setzt sich für eine Erweiterung des Gerechtigkeitsbegriffs um den Aspekt der »kulturellen Gerechtigkeit« ein, da der Fokus

herkömmlicher Verteilungsgerechtigkeit zu sehr auf der Verteilung materieller Güter zwischen isolierten Individuen liege.

Tatsächlich aber – und dies zeigt sich besonders im Zusammenhang mit Frauengesundheit – geht es bei Gerechtigkeit auch um immaterielle Güter wie Macht, Rechte, Selbstachtung und kulturelle Repräsentanz – Güter, die prozesshaft, strukturell und relational, also in sozialen Beziehungen, entstehen.

Young schlägt vor, Gerechtigkeit als Abwesenheit von Herrschaft und Unterdrückung zu verstehen. Um nicht unterdrückt zu sein, müsse eine Person frei sein von den fünf von ihr benannten »Gesichtern der Unterdrückung«: Ausbeutung, Marginalisierung, Machtlosigkeit, kultureller Imperialismus und Gewalt.

Vor allem die Aspekte Ausbeutung, kultureller Imperialismus und Gewalt spielen im Kontext der Frauengesundheit eine zentrale Rolle.

Die Ausbeutung von Frauen bezieht sich auf die (oft nicht oder nur schlecht bezahlte) Sorgearbeit – ein Thema, das die Frauengesundheitsbewegung sowohl praktisch als auch theoretisch aufgriff: einerseits durch antikapitalistische und feministische Kritik an der Doppelbelastung von Frauen, andererseits durch konkrete Initiativen wie etwa die Gruppe »Frau und Beruf« im FFGZ Frankfurt, in der Probleme wie ungleiche Bezahlung, Sexismus im Arbeitsalltag und Überlastung thematisiert wurden.

Kultureller Imperialismus beschreibt die Unsichtbarmachung und Stereotypisierung marginalisierter Gruppen – ebenso ein zentrales Thema der Bewegung. Frauen aus dem FFGZ Frankfurt betonten dies in Interviews immer wieder. »Wir haben eigentlich gegen die Unterdrückung durch Nichtsichtbarkeit gekämpft. Also diese Frage von Frauengesundheit überhaupt – also dieses Nicht-Repräsentiertsein«. berichtete etwa Karin Kraus, eine Mitgründerin des FFGZ. Es ging um Deutungshoheit über den weiblichen Körper, um Selbstbestimmung und Sichtbarkeit.

Auch das Thema Gewalt ist – damals wie heute – für die feministische Bewegung von zentraler Bedeutung. Belästigung im Alltag, Gewalt im Kontext Gynäkologie und Geburtshilfe, häusliche Gewalt und sexualisierte Gewalt haben unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen.

Dabei zeichnet sich Gewalt im Sinne Youngs dadurch aus, dass sie strukturelle und systematische Komponenten hat. Neben der direkten Gewalt besteht auch das alltägliche Bewusstsein aller Mitglieder unterdrückter Gruppen, in dem Fall Frauen, darum dass sie allein aufgrund ihres Frauseins potenziell Opfer von Gewalt sein können. Diese Gewalt ist zumeist willkürlich und sie wird sozial toleriert und symbolisch reproduziert.

Die Frauengesundheitsbewegung begegnete diesen Formen von Gewalt neben den genannten Angeboten mit verschiedensten Aktionen – dazu gehörten auch direkte Aktionen der Roten Zora gegen Vergewaltiger und übergreifende Gynäkologen, sowie große Demonstrationen am 8. März und seit 1981 am Tag gegen patriarchale Gewalt am 25. November.



Frauendemo 70er Jahre: »Für die Selbstbestimmung der Frau«, Foto: SPÖ-Frauen.

Ausblick

Die Frauengesundheitsbewegung existiert weiter – in ihrem Protest, in ihren Institutionen und in ihren Themen. Feministischer Widerstand, insbesondere gegen patriarchale Gewalt und für die Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen sowie das Recht auf körperliche Selbstbestimmung, hat in den letzten 50 Jahren nicht an Relevanz verloren. Im Gegenteil: Der momentane (globale) Backlash gegen sexuelle und reproduktive Rechte macht die Kämpfe aktuell und notwendig.

Zwar existieren viele der damaligen Frauengesundheitszentren heute nicht mehr in ihrer ursprünglichen Form. Durch den Wegfall der Zentren – insbesondere als politische Akteurinnen, in ihrer Radikalität und in der Vielfältigkeit der Angebote an einem Ort – bleibt eine Leerstelle.

Jedoch haben andere Organisationen wie Pro Familia, Wildwasser e.V. oder der Frauennotruf Funktionen übernommen. Und auch die Gendermedizin versucht, die bislang am männlichen Körper und an männlicher Sozialisation orientierte Medizin aufzubrechen – etwa durch Kritik an einer unzureichenden Arzneimittelforschung für Frauen.

So hinterlassen die Zentren auf der Ebene der kulturellen Gerechtigkeit ein wertvolles Erbe, auch wenn die Gründungsmitglieder von damals ihre Arbeit durchaus kritisch dahingehend betrachten, dass trotz des politischen Anspruchs die Gruppenzusammensetzung und auch die Angebote hauptsächlich von und für weiße, heterosexuelle Frauen der Mittelschicht waren.

Aus heutiger Sicht – auch mit dem Wissen um gewonnene Kämpfe bezüglich kultureller Gerechtigkeit, Selbsterfahrung und Sichtbarkeit – muss Frauengesundheit, so Gründungsmitglied Beate Herzog, struktureller und deutlich intersektionaler gedacht werden.

Inhaltlich haben sich ebenfalls einige Diskurse weiterentwickelt. Das Ausmaß der Binarität zwischen Männern und Frauen wird heute zunehmend hinterfragt – auch von feministischer Seite. Trans-, intergeschlechtliche und nicht-binäre Menschen werden zunehmend in Fragen der Frauengesundheit mitgedacht. Zudem wird die Gruppe »der Frauen« heute differenzierter betrachtet, unter Berücksichtigung weiterer Faktoren wie Klassenzugehörigkeit und Diskriminierungsformen, wie Rassismus oder Ableismus, die unterschiedliche Erfahrungen und Bedarfe hervorrufen – gerade auch im Kontext von Gesundheit.

Trotzdem – viele der zentralen Themen sind geblieben: Gewalt, kultureller Imperialismus und Ausbeutung bleiben Formen von Unterdrückung, die es damals wie heute mit vereinten Kräften und auf allen Ebenen zu bekämpfen gilt.

Quellen

S. Boehm: Die Frauengesundheitsbewegung: Kritik als Politikum, transcript Verlag 2024

FFGZ: Dokumentation 10 Jahre Feministisches Frauengesundheitszentrum Frankfurt 1978-1988, 1988

I.M. Young: Justice and the politics of difference, Princeton Univ. Press 1990.

Gewalt durch Ärzt*innen

Zwangssterilisation an Menschen mit Behinderung historisch und heute

Hanna Marla Frentz

Zwangssterilisationen werden seit Jahrhunderten als Instrument rassistischer und eugenischer Politiken durchgeführt. Ärzt*innen spielten und spielen bis heute eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieser gewaltvollen Praxis. Dieser Artikel legt den Fokus auf Zwangssterilisationen und reproduktive Rechte von Menschen mit Behinderung in Deutschland.

Im deutschsprachigen Raum fanden Zwangssterilisationen ihren grausamen Höhepunkt während der Zeit des Nationalsozialismus. Ab dem 1. Januar 1934 trat das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« in Kraft, auf dessen Grundlage bis 1945 ca. 400.000 Menschen zwangssterilisiert wurden. Dies entsprach ganz dem Sinne der menschenverachtenden nationalsozialistischen Ideologie und betraf besonders Menschen mit psychischen Erkrankungen, erblich neurologischen Erkrankungen und Behinderungen.

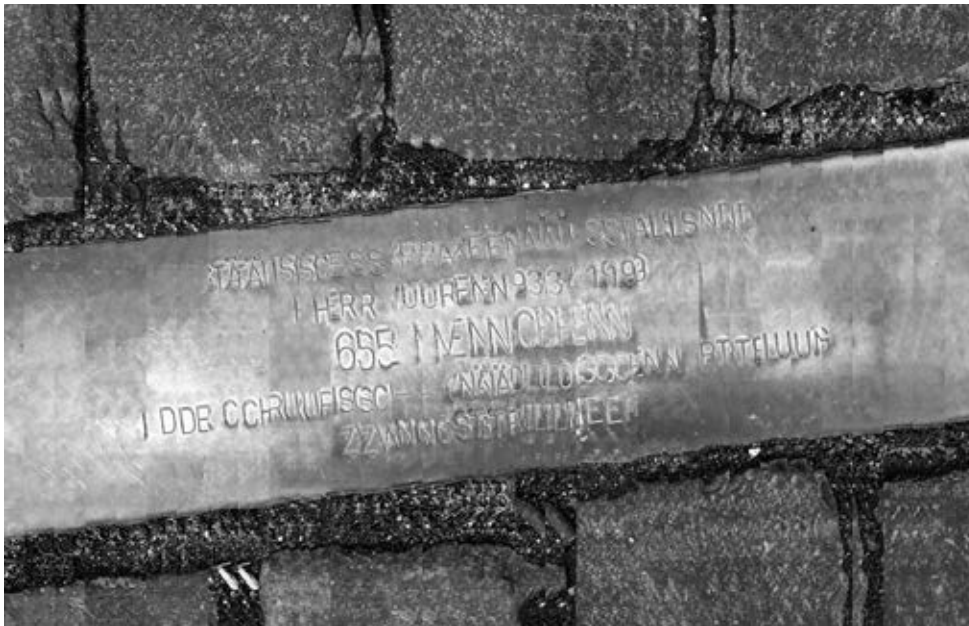
In einer Rundfunkansprache vom 26. Juli 1933 begründet der Mediziner Arthur Gütt die Notwendigkeit dieses Gesetzes aus Perspektive der damals vorherrschenden Eugenik:

»Es ist aber nicht nur der Rückgang in der Volkszahl, der zu den schwersten Bedenken Anlass gibt, sondern im gleichen Maße die mehr und mehr in Erscheinung tretende Verschlechterung des Erbgutes unseres Volkes, die dauernde Zunahme der Menschen mit geistig und körperlich krankhaften Erbanlagen, die aus Gründen der Vererbung minderwertig und asozial, also völlig unbrauchbar für das Leben sind. (...) Da die Unfruchtbarmachung das einzig sichere Mittel ist, um die weitere Vererbung von Geisteskrankheiten und schweren Erbleiden zu verhüten, muss sie darum als eine Tat der Nächstenliebe und Vorsorge für die kommende Generation angesehen werden.« (1)

Untermauert wurde das eugenische durch ein finanzielles Argument: Erbkrankte Menschen würden immense Kosten für die Allgemeinheit verursachen und somit sei die Sterilisation tausender Menschen – im Sinne der NS-Ideologie – auch ökonomisch für das »deutsche Volk« zweckmäßig. Die Durchführung des Gesetzes oblag der Abteilung für Erbgesundheitspflege, die an die Gesundheitsämter angegliedert war. Erbgesundheitsgerichte, bestehend aus einem Richter und zwei Ärzten, entschieden über das Schicksal der zu sterilisierenden Personen. Ärzte spielten eine Schlüsselrolle in der Umsetzung der Zwangssterilisationen. Als »Sozialarzt« sollten sie entscheiden, »welche Personen erbgesund oder erbkrank, leistungsfähig oder nicht leistungsfähig, bevölkerungspolitisch wichtig oder unwichtig sind.« (2)

Gisela Bock führt in ihrem Buch »Zwangssterilisation im Nationalsozialismus« auf, dass »an fünf Punkten des Sterilisationsprozesses Ärzte entscheidende Aufgaben (hatten): Alle Ärzte waren zur Anzeige ihrer »erbkranken« Patienten verpflichtet; Kreis- bzw. Amtsärzte, Krankenhaus- und Anstaltsärzte,

Hanna Marla Frentz ist Assistenzärztin in einer Kinderklinik und lebt in Göttingen.



Stolperstein mit der Aufschrift »Städtisches Krankenhaus Stralsund. Hier wurden 1934–1939 652 Menschen in der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung zwangssterilisiert.«

Gerichtsärzte, Sanitätsoffiziere der Wehrmacht, ab 1936 auch Konzentrationslager-Ärzte waren antragsberechtigt; zwei Ärzte fällten zusammen mit dem Vorsitzenden Richter das Urteil im Gericht; Ärzte wurden als Zusatzgutachter bestellt; bestimmte Krankenhäuser und Operateure waren zum Eingriff ermächtigt.« (2)

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen Gesundheitsämtern und Amtsärzten in der Zeit des Nationalsozialismus deutlich an Bedeutung und Macht gewann, um die eugenischen Politiken umzusetzen. Dass Ärzt*innen nicht nur rein ausführendes Organ waren, sondern maßgeblich an der Gestaltung und Verbreitung eugenischer Überzeugungen beteiligt waren, zeigt sich zum einen an dem hohen Organisationsgrad von Ärzt*innen in der NSDAP (keine andere Berufsgruppe hatte eine so hohe Organisationsrate) sowie an den zigfach festgehaltenen Begrüßungen der neuen Rolle des Arztes als »Erbarzt«. (2)

Kontinuitäten in die Gegenwart

Zwangssterilisationen waren leider bei weitem keine nur nationalsozialistische Praktik. Viele andere Staaten wie die USA, Schweden, Großbritannien, Dänemark und die Schweiz haben ihre eigene dunkle Geschichte von Zwangssterilisationen aus eugenischen, rassistischen oder auch sozialdarwinistischen Gründen, die teilweise bis ins 21. Jahrhundert reichen.

Auch in der BRD wurde das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« erst 1974 aufgehoben. Ableistische und eugenische Narrative sind bis heute fest in der Gesellschaft verankert. Zum Beispiel können oder sollen Behindertsein (oder besser gesagt: werden) und Sexualität bzw. Elternschaft nicht zusammengedacht werden.

Aktuell sind Zwangssterilisationen an Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen in 12 europäischen Ländern legal (3). In Deutschland sind Sterilisationen bei Menschen mit Behinderung prinzipiell ver-

bieten, jedoch unter gewissen Umständen möglich und rechtlich zugelassen, festgehalten im §1830 BGB:

Die Einwilligung eines Sterilisationsbetreuers in eine Sterilisation des Betreuten, in die dieser nicht selbst einwilligen kann, ist nur zulässig, wenn

1. *die Sterilisation dem natürlichen Willen des Betreuten entspricht,*
2. *der Betreute auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird,*
3. *anzunehmen ist, dass es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde,*
4. *infolge dieser Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren zu erwarten wäre, die nicht auf zumutbare Weise abgewendet werden könnte, und*
5. *die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann.*

Insbesondere Frauen mit Lernschwierigkeiten, die in Einrichtungen leben, sind häufiger sterilisiert, unabhängig von ihrer sexuellen Aktivität. Hier sind es bis zu 17 % (4). In der Allgemeinbevölkerung nutzen lediglich 2 % die Sterilisation als Verhütungsmethode. (5)

Im Policy Paper »Reproduktive Rechte im Kontext von Behinderung« vom 05.05.2025 fordert der *Deutsche Juristinnenbund* die Streichung des § 1830 BGB und die Einrichtung eines Systems zur unterstützten Entscheidungsfindung. (4) Ganz im Sinne der Reproduktiven Gerechtigkeit sollte Menschen mit Behinderungen eine Elternschaft nicht pauschal abgesprochen werden. Stattdessen sollten gesellschaftliche Rahmen geschaffen werden, in denen Menschen mit allen möglichen Bedingungen Eltern sein können. Es gilt, sich ins Gedächtnis zu rufen, dass Menschen nicht behindert sind, sondern durch die Gesellschaft behindert werden. »Reproduktive



Immer mal wieder berichten unsere Medien zur Gesundheitspolitik der Trump-Regierung. Meist geht es dabei um spektakuläre Ereignisse wie den Austritt der USA aus der WHO oder das Streichen von Fördergeldern für die Entwicklung von mRNA-Impfstoffen. Die Steuerpolitik wird für die unteren Einkommensgruppen scharfe Einschnitte bedeuten, die sich auf die Krankenversicherung auswirken werden. Was bedeutet dies konkret für die Bevölkerung der USA? Gibt es Gegenwehr? Darüber wollen wir diskutieren mit Eckardt Johanning, Arbeits- und Umweltmediziner aus New York.

Zuvor wollen wir das Trump-Regime politisch einschätzen. Ist autoritär eine hinreichende Beschreibung? Welche relevanten gesellschaftlichen Kräfte stützen es? Dazu haben wir Margit Mayer eingeladen, emeritierte Professorin für Politikwissenschaft an der FU Berlin und langjähriges Mitglied der PROKLA-Redaktion.

Den Einladungslink bekommt ihr bei: **solid.g-wesen@posteo.de**

Im Anschluss an diese Veranstaltung findet ab 20 Uhr die Jahreshauptversammlung des Vereins Solidarisches Gesundheitswesen statt. Gäste sind gern gesehen.

Selbstbestimmung muss als Vermögen verstanden werden, das maßgeblich durch seinen gesellschaftlichen Kontext bedingt ist.« (5)

Ärzt*innen sind nicht nur angehalten, Leid zu verhindern. Ihnen kommt die verantwortungsvolle Aufgabe zu, Menschen zu Entscheidungen zu befähigen. Im §1830 ist die Bedeutung des natürlichen Willens der Betroffenen festgehalten. Die Formulierung »natürlich« erscheint paradox, da der Wille immer äußeren Einflüssen unterliegt, u.a. der Meinung der Eltern, der Betreuenden, aber insbesondere auch der Ärzt*innen. Es liegt in der Hand der Ärzt*innen, gute Aufklärungsgespräche zu führen und sich das Feedback einzuholen, dass das Gesagte auch verstanden wurde. Allzu häufig wird eine Aufklärung heruntergerattert mit Worten, die auch

Menschen ohne Lernschwierigkeiten kaum verstehen können.

Sterilisation ist nicht die einzige Maßnahme, die in diesem Diskurs eine Rolle spielt. Auch wird bei Menschen mit Behinderungen beispielsweise häufiger die 3-Monats-Spritze als Verhütungsmethode angewandt als bei Frauen ohne Behinderung, ebenfalls ungeachtet ihrer sexuellen Aktivität. Die Angst, dass eine behinderte Frau Mutter werden könnte, ist so groß, dass die Risiken einer Hormonbehandlung ungeachtet der Indikation in Kauf genommen werden. Dabei gibt es Angebote und Ideen, auf die Ärzt*innen hinweisen sollten, zum Beispiel das Konzept der begleiteten Elternschaft. Hier können Eltern mit Behinderungen gemeinsam mit ihren Kindern und Partner*innen in Wohnprojekten leben, wo sie indi-

viduell nach ihrem Bedarf unterstützt werden. (6)

Letztendlich sind es immer noch neben eugenischen Denkmustern ökonomische Faktoren, die Zwangsverhütungen oder Sterilisationen begünstigen, da es die finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen braucht, um Projekte wie das begleitete Wohnen zu ermöglichen. Es ist unsere Aufgabe als Ärzt*innen, uns nicht von diesen gesellschaftlichen Ängsten und Engpässen fehlleiten zu lassen, sondern unseren Patient*innen zu helfen, ihre Rechte zu verwirklichen. Dazu braucht es sicher eine Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, für die wir auch als Ärzt*innen kämpfen müssen. Es gilt wie so oft: Gesundheit braucht Politik.

Quellen

(1) Ministerialrat Arthur Gütt über Zwangssterilisation, 26.7.1933, SWR2 Archivradio: <https://www.swr.de/swrkultur/wissen/archivradio/ministerialrat-arthur-guett-ueber-zwangssterilisation-100.html>

(2) Gisela Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik, Erstausgabe 1986, MV-Wissenschaft, Münster 2010

(3) ARTE Dokumentation: »Zwangssterilisation wegen Behinderung: das Ende der Verbrechen?«, Frankreich, 2023: <https://www.arte.tv/de/videos/113043-079-A/zwangssterilisation-wegen-behinderung-das-ende-der-verbrechen/>

(4) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland, 2012: <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/94204/3bf4ebb02f108a31d5906d75dd9af8cf/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-kurzfassung-data.pdf>

(5) Deutscher Juristinnenbund e.V.: Reproduktive Rechte im Kontext von Behinderung, Policy Paper, Berlin 2025: https://www.djb.de/fileadmin/user_upload/presse/stellungnahmen/st25-16_Reproduktive_Rechte_Behinderung.pdf

(6) ARTE-Dokumentation: »Kein Recht, Mutter zu sein?«, Deutschland 2025, <https://www.arte.tv/de/videos/120880-005-A/re-kein-recht-mutter-zu-sein/>

Krankenhäuser für den Krieg

Andreas Umgelter

Bei der Ertüchtigung Berlins für den Krieg gerät auch das Krankenhauswesen ins Fadenkreuz. Eine Arbeitsgruppe aus Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Berliner Krankenhausesgesellschaft, Krankenhausbetreibern und Bundeswehr hat sich daran gemacht, dafür Eckpunkte festzulegen. Am 27.07. dieses Jahres wurde ein »Rahmenplan für die Zivile Verteidigung im Bereich der Berliner Krankenhäuser ZVKH 1.0« verabschiedet. Eine Presseerklärung¹ teilte mit, sechs Szenarien würden hierin bearbeitet. Sie reichen vom Massenansturm Schwerstverletzter bei erhaltener Infrastruktur – etwa als Unterstützungsaufgabe für andere kriegführende Staaten – bis zum Häuserkampf in Berlin und zur Evakuierung der Stadt.

Andreas Henne, mittlerweile Kommandant der sogenannten »Heimatschutzdivision«, die im Berliner Wedding stationiert ist, gibt das Motto vor: »Die Gesamte Gesellschaft sollte verteidigungswillig sein. Wir sind nicht mehr im Frieden, aber auch noch nicht im Krieg. Wenn man in der Realität ankommen will, muss man die Szenarien bis zum Ende denken«. So auf einer Veranstaltung im Unfallkrankenhaus Berlin im letzten Jahr unter dem Titel »KRITIS Krankenhaus: Krise, Krieg und Terror«, in der bereits die Umlackierung der zivilen Vorbereitung auf unabwendbare Katastrophen zur Indienstnahme ziviler Kapazitäten für den Kriegsdienst propagandistisch vorangetrieben wurde.

Zivile Verteidigung ist laut ZVKH zwar primär allgemeine Krisen- und Notfallvorsorge, berücksichtige aber auch spezifische sicherheitspolitische Themen und – »als Ultima Ratio« – den »Einsatz militärischer Kräfte«. Wohin das Zu-Ende-Denken der Szenarien führt, wird deutlich, wenn ZVKH die Kapazitäten des Berliner Bestattungswesens rühmt: Auch für einen »Massenanfall von Verstorbenen« sei man so gut gerüstet, dass die Verwendung »anonymer Massengräber« vermutlich nicht notwendig sei. Das gesamte Papier ist durch eine bizarre Nebeneinanderstellung aus Horrorszenarien und absurd anmutenden Bewältigungsstrategien gekennzeichnet, so wenn z.B. die gesamte zivile Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen werden soll, um Krankenhauskapazitäten für die Versorgung der Kriegsverletzten freizubekommen.

Man kann aber doch nicht ganz verleugnen, wie unzureichend die Mittel angesichts der imaginierten Herausforderung sein werden. Und so wird die Frage nach der »Triagierung bzw. der Priorisierung von militärischen (sic) Personal im Verhältnis zu Zivilisten« aufgeworfen und zur späteren Bearbeitung vorgeschlagen. Abgesehen davon, dass im Fall eines umfassenden Feldkrieges unter Beteiligung Deutschlands und seiner Verbündeten die hierfür notwendigen Steu-

erungs- und Transportmechanismen vermutlich versagen würden und man als Ärztin oder Arzt versuchen müsste, sich der nächsterreichbaren Opfer anzunehmen, lohnt die Frage, inwieweit es hier eigentlich Klärungsbedarf geben könnte.

So fordert die *1. Genfer Konvention* unmissverständlich, dass auch im Kriege allen Verwundeten und Kranken zu helfen sei, und zwar unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer Rasse, Nationalität, Religion, politischen Überzeugungen oder ähnlichen Maßstäben (Art 12). In seinem Kommentar hierzu bekräftigt das *Internationale Komitee des Roten Kreuzes*, dass nur medizinische Notwendigkeit als Priorisierungskriterium erlaubt sei. Die *4. Genfer Konvention* unterstreicht die Schutzwürdigkeit von Zivilisten. Spezifisch für die ärztlichen Berufe stellen die *Genfer Erklärung des Weltärztebundes* und die Regularien des Weltärztebundes für Zeiten militärischer Konflikte die Gültigkeit ärztlicher Ethik auch im Kriegsfall fest und sie lehnen eine Diskriminierung nach Parteizugehörigkeit oder eine Benachteiligung ziviler Personen ab. Die *Maltaer Erklärung des Weltärztebundes* sieht auch im Fall konfligierender Loyalitäten ein prinzipielles Überwiegen der Verpflichtung ärztlichen Handelns gegenüber der individuellen Patientin – ohne Ansehen der Person.

Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit etc. hingegen will »prüfen, ob ... eine gesamtstädtische Empfehlung hinsichtlich der Umstellung von Individual- auf Katastrophenmedizin« (also im Kontext des Sterbenlassens Schwerstverletzter) durch den Gesundheitssenat ausgesprochen werden könne. Inwieweit solche Überlegungen auch gegen den grundgesetzlichen Schutz der Menschenwürde und die vorerwähnten Regularien verstoßen, wird nicht einmal diskutiert.

Die aus den Trümmern des letzten großen heimischen Krieges geborene Rechtsordnung dieser Republik wird bereits im Konzept für den Nächsten geschleift. Zur »Sensibilisierung der Beschäftigten der Krankenhäuser für das Themengebiet Zivile Verteidigung« und die angesprochenen Barbareien ist eine Veranstaltungsserie in Berliner Krankenhäusern geplant. Der Rahmenplan ZVKH hingegen ist nicht öffentlich verfügbar.

Andreas Umgelter ist Internist und klinischer Notfallmediziner. Er ist aktiv in der FrAktion Gesundheit in der Berliner Ärztekammer und in der Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Medizin und Pflege der Partei die Linke. Er leitet die Notfallversorgung eines Berliner Krankenhauses.

Anmerkung

1 https://www.berlin.de/sen/wgp/_assets/pressestelle/2025/juli/faktenblatt-zum-rahmenplan-zivile-verteidigung-berlin.pdf

Wir verlassen den Raum, unser Protest bleibt

Am 21.07.2025 fand am Campus Mitte der Charité eine Veranstaltung unter dem Motto »Zivile Verteidigung der Berliner Krankenhäuser« statt. Veranstalter waren der Berliner Senat, die Bundeswehr und die Berliner Krankenhausgesellschaft. Eine Gruppe junger Mediziner*innen kaperten die Veranstaltung und verlasen die folgende Protestnote.

Wir unterbrechen die Veranstaltung an dieser Stelle, um kritisch auf das zu blicken, was hier heute passiert. Denn die fortschreitende Verzahnung zwischen Gesundheitswesen und Bundeswehr, ist gefährlich, ist Teil der Kriegslogik.

Ihr glaubt vielleicht, eine Zusammenarbeit mit der Bundeswehr kann im schlimmsten Fall – dem Kriegsfall – helfen, mehr Menschen zu retten. Ihr denkt vielleicht, was Ihr heute hier macht, ist reine Notfallprävention. Ihr irrt Euch. Jede Vorbereitung, die von der Möglichkeit des kommenden Krieges ausgeht, bereitet ihn bereits logistisch vor, normalisiert ihn und erhöht unsere Bereitschaft, ihn auch zu führen. Wenn wir beginnen, den Krieg einzuplanen, uns für ihn zu wappnen – dann haben wir ihn schon akzeptiert.

Veranstaltungen wie diese heute dienen also nicht einer »krisenfesteren Gesundheitsinfrastruktur«, nein, sie arbeiten genau auf diese Krisen, diesen Krieg zu, sie macht diesen Krieg denkbarer, sagbarer, führbarer. Einen Krieg, der mit modernen Massenvernichtungs- und Atomwaffen geführt werden würde. Ein Krieg, sol-

chen Ausmaßen, dass Ihr, das wir seinen Opfern nicht helfen können.

Wir, als Mitarbeitende des Gesundheitssystems, als Patient*innen, als Angehörige verweigern uns einer Zusammenarbeit mit Kriegsakteur*innen.

Hört auf, unter dem Deckmantel der Prävention den nächsten Krieg vorzubereiten! Lasst uns mit politischem und sozialem Widerstand gegen eine Ausbreitung des globalen Kriegsgeschehens arbeiten! Wir fordern, mit bestehenden Ressourcen eine solidarische und gesamtgesellschaftliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten!

Wir haben gesagt, was gesagt werden musste. Wir verlassen den Raum, unser Protest bleibt.

Quelle: Soziale Politik & Demokratie, Nr. 533, <https://sopode.info/2025/08/18/kriegsvorbereitung-im-gesundheitswesen-ruft-bei-beschaeftigten-entsetzen-und-protest-hervor/>

You die like the rest of us

Karen Spannenkrebs

Der Mord am CEO eines US-Krankenversicherers im Dezember 2024 löste nicht nur in den USA, sondern weltweit Solidaritätsbekundungen aus – mit dem Täter. Die Tat und ihre Ikonisierung rücken die gesundheitlichen Ungleichheiten in den USA ins Schlaglicht und werfen interessante Fragen darüber auf, was eigentlich Gewalt ist.

Es ist von Anfang an eine gute Story: Brian Thompson, Multimillionär und CEO von *UnitedHealthcare*, einem der größten Krankenversicherungsunternehmen der USA, wird am Morgen des 4. Dezember 2024 auf offener Straße vor dem New Yorker Hilton Hotel erschossen. Auf den Patronenhülsen, die am Tatort gefunden wurden, steht: »deny«, »depose« und »delay«. Diese Wörter erinnern an den Slogan »deny«, »defend«, »delay«, der die Taktik großer amerikanischer Krankenversicherungsunternehmen beschreibt, Ansprüche Versicherter zu verleugnen, juristisch gegen sie vorzugehen und sie zu verzögern. Der Täter, der Tage später in einer McDonalds-Filiale in Pennsylvania gefasst wird, ist jung, gutaussehend und gebildet. Luigi Mangiones Konterfei, aber auch Bilder von ihm mit nacktem Oberkörper verbreiten sich rasant im Internet und finden sich auf Kappen, Tassen und T-Shirts wieder, etwa gemeinsam mit dem Slogan: »Make CEOs afraid again«. Die Rezeption des Mordes, vor allem im Internet, wirkt rauschhaft: Das Internet ist voll von Kommentaren, Memes, Videos und Posts wie z.B. etwa schlechte Rezensionen der McDonalds-Filiale, in der Mangione gefasst wurde. Viele bringen ihre Solidarität mit Mangione zum Ausdruck, andere teilen ihre eigenen Leidensgeschichten mit Versicherungsunternehmen oder versuchen eifrig und mit viel Recherchearbeit, Mangiones Hintergründe aufzudecken.

»This location has rats in the kitchen that will make you sick and your insurance isn't going to cover it.«

»The staff accused me of assassinating a CEO. Incredibly unprofessional and class-traitor staff.«

(Online Bewertungen der McDonalds-Filiale, in der ein Mitarbeiter Luigi Mangione nach seiner Tat erkannte und die Polizei informierte)¹

Was genau steckt hinter der Ikonisierung? So etwas wie ein primitives, vages Klassenbewusstsein? Eine ansonsten gut unterdrückte Wut auf die Zustände, unter denen die Menschen in den USA leben müssen? Eine große, kindliche Freude an – gewalttätigen – Heldengeschichten? Robin Hood Romantik?

Es ist verlockend, in all die Social Media profile, Good reads Listen und Co, die von Mangione online verfügbar sind², abzutauchen, um dort nach der Bedeutung seiner Tat zu suchen. Doch auf analytischer Ebene ist bei Mangione nichts zu holen. Er schwadroniert auf X über Unsterblichkeit, teilt Beiträge von Peter Thiel oder Elon Musk und gibt absurde und sexistische Tipps,

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



Heiligenbild aus dem Porträt Luigis sowieso Graffiti mit den Worten »Delay, Deny, Defend« (Verzögern, Ablehnen, Verteidigen), einem in der US-amerikanischen Versicherungsbranche bekannten Ausdruck, der auf die Bemühungen von Versicherungsgesellschaften anspielt, die Zahlung von Versicherungsleistungen zu vermeiden. Die Worte »delay«, »deny«, und »depose« waren auf den drei Kugeln des Mordes graviert.

um die Geburtenrate in Japan wieder zu erhöhen (das Verbot von Masturbatoren scheint ihm sehr wichtig zur Lösung dieses Problems)⁴. Er zitiert: »Violence never solved anything is a statement uttered by cowards and predators«, und erzählt irgendwas vom Gesetz des Dschungels⁵. Seine politische Positionierung scheint wirr. Bezieht man sich auf seinen Goodreads Account, beschäftigt ihn eine krude und für frustrierte Männer seiner Generation vielleicht gar nicht so untypische Mischung aus Selbsthilferatgebern, Kryptowährungen, libertären Spinnereien und verschwörungstheoretischer Systemkritik⁶. Als Held der Linken scheint der Absolvent einer Eliteuni, ein Sohn aus gutem Hause, wenig passend.

Aber vielleicht ist er als Person gar nicht so wichtig: Er wird schließlich nicht für seine brillanten Analysen gefeiert, sondern für seine kaltblütige Tat. Unabhängig von seinem tatsächlichen Motiv scheint sich ein unterschwellig offensichtlich vorhandener Wunsch zu projizieren, handlungsmächtig zu werden, sich zu wehren, die da oben irgendwie zu erreichen – und sei es mit einer Kugel. Unser moralischer Grundkonsens sagt eindeutig, dass es verwerflich ist, Gewalt gegenüber einem anderen Menschen anzuwenden, also auch einen Menschen auf offener Straße zu erschießen. Aber ist die begeisterte Rezeption des Mordes vielleicht so zu deuten, dass es zumindest ein moralisches Gespür dafür gibt, dass das, was ein inhumanes Versicherungssystem mit den Menschen macht, ebenfalls Gewalt ist?

Die Zustände in den USA zeigen, wie ein System aussieht, in dem Gesundheit vom Recht zur Ware wird. Die erschreckende Realität ist kein Geheimnis, das Ausmaß ist dennoch immer wieder erschreckend. 7,5% der US-Amerikaner*innen sind gar nicht krankenversichert, ein Großteil der übrigen besitzt private Krankenversicherungen⁷. Doch der »freie Markt« sorgt dafür, dass die privaten Krankenversicherungstarife sehr teuer sind und schlechte Leistungen bieten. Das heißt ganz konkret, dass Menschen selbst mit Krankenversicherung nicht einfach so zur Ärztin oder ins Krankenhaus gehen können, dass sie hohe Out-of-Pocket Ausgaben haben und bei größeren Eingriffen einen großen Eigenanteil leisten müssen. 2023 gaben 11% der erwachsenen US-Amerikaner*innen an, dass sie aufgrund der Kosten auf eine Behandlung verzichtet haben⁸. Der Anteil der Personen mit einem Eintrag bei der Kreditauskunft, gegen die für medizinische Schulden ein Inkassoverfahren lief, betrug 5%.⁹

Krankenversicherungen wie United Healthcare lehnen die Übernahme der Leistungen, die eigentlich Teil des Tarifs sind, oft einfach ab und verzögern die Zahlung durch Rechtsstreits. Damit nutzen sie das enorme Machtungleichgewicht zwischen riesigen Konzernen und Einzelpersonen, die mit einer Privatinsolvenz und dem Abrutschen in die Verelendung rechnen müssen, unter heilbaren Krankheiten leiden oder gar einen vermeidbaren Tod sterben, während die Versicherungsgesellschaft auf Zeit spielt.

Die Diskrepanz zwischen der hoch technisierten, ressourcenaufwendigen Medizin und dem Leben der Armen, die täglich für die vielen geleisteten Arbeitsstunden in prekären Jobs, ihre schlechte Ernährung und die mangelhafte Gesundheitsversorgung mit ihrer Lebenserwartung zahlen, ist offenkundig. Wenn eine Blinddarmentzündung oder eine Geburt noch im 21. Jahrhundert zumal in einem hochentwickelten Land wie den USA eine Gefahr sowohl für das Leben als auch die finanzielle Existenz eines großen Bevölkerungsanteils darstellt, ist das nichts anderes als strukturelle Gewalt. Und das scheinen Menschen aus verschiedenen politischen Spektrum verstanden zu haben: Der rechtskonservative Youtuber Ben Shapiro veröffentlichte ein Video mit dem Titel: »The EVIL revolutionary Left cheers Murder«. Darunter schrieb ein Nutzer: »Ich kaufe dir diesen ›Links gegen Rechts‹-Mist nicht mehr ab, Ben. Ich will Gesundheitsversorgung für meine Familie.« Der Kommentar erhielt 30.000 Likes. Es ist eine Erzählung von oben und unten, Macht und Ohnmacht und Ermächtigung, die offensichtlich bei vielen räsontiert. In einem Song des Musikers Moonwalker heißt es: »When I was a kid, we didn't murder CEOs, they just gave us each a penny and we did what we were told. They don't care how many people they watch work themselves to death. The only thing they're scared of is a bullet in the chest«.

Dennoch: Mangione ist kein linker Rebell, schon gar kein Revolutionär. Er war nirgendwo organisiert; in seinen letzten Monaten in Freiheit bereitete er komplett isoliert (nach allen bisherigen Erkenntnissen) alleine seine Tat vor, die er mit einer Waffe aus dem 3 D-Drucker ausführte. Letztendlich handelte er aus einer Stellung der Machtlosigkeit, seine psychologischen Beweggründe lassen sich nur erahnen. Wäre es anders, hätten wir es vielleicht mit linkem militanten Kampf, aber immer noch mit Mord zu tun.

Vielleicht fällt es den Massen in den Social Media leichter, einen narzisstisch anmutenden Helden zu feiern, der in seiner wirren Ideologie letztendlich auch keine wirklichen Erklärungen bietet und auch keine gesellschaftlichen Lösungen für eine fortschrittliche Krankenversorgung und -versicherung, der überhaupt keinen Plan hat von einer besseren Gesellschaft und der einen deshalb auch nicht wirklich vor die Frage stellt, sich selbst zu beteiligen. Dies ist aber auch Ausdruck davon, wie wenig Macht zur Veränderung wir zur Verfügung haben und wie sehr das viele Menschen zu spüren scheinen.

Die Welten der Superreichen, der CEOs und der Menschen, die unter ihnen arbeiten und unter ihren Entscheidungen leiden, sind streng voneinander getrennt. Die Überzeugung, von der Macht und den Mächtigen abgeschnitten zu sein, sie nicht zu erreichen, nicht durch Wahlen, nicht durch Proteste, nicht durch Kritik, ist real. Die Gewalttätigkeit, die in dieser Ohnmacht steckt, ist das soziologisch und politisch bemerkenswerte Charakteristikum unserer Zeit.

Die drei Kugeln auf den CEO bewiesen allerdings, dass man doch noch in derselben Welt lebt, an dieselbe grundsätzliche Sterblichkeit gebunden ist. Allein das scheint Menschen begeistert zu haben. Es bleibt eine Ge-

sellschaft, in der immer häufiger und brutaler Gewalt als vermeintliche »Lösung« eines Problems gewählt wird, das grundsätzlich anders beschrieben, anders begriffen und anders angegangen werden müsste. Seien es die Morde an demokratischen Abgeordneten, der jüngst ebenfalls viral gegangene Mord am rechtsextremen Podcaster Charlie Kirk, oder das Handeln der US-Regierung.

Anmerkung

- 1 <https://www.washingtontimes.com/news/2024/dec/9/altoona-pennsylvania-mcdonald-reviews-go-negative/>
- 2 Fabian Lehr: San Luigi Mangione: Held unserer Klasse?
- 3 <https://defenderofbasic.github.io/luigi-mangione-storyline/books/goodreads-read.html>
- 4 <https://x.com/PepMangione>
- 5 https://www.reddit.com/r/Fauxmoi/comments/1hal2yx/all_of_luigi_mangiones_now_private_goodreads/
- 6 <https://defenderofbasic.github.io/luigi-mangione-storyline/books/goodreads-read.html>
- 7 <https://www.handelszeitung.ch/insurance/anzahl-der-nichtversicherten-geht-in-den-usa-deutlich-zuruck-722206>
- 8 <https://www.commonwealthfund.org/datacenter/adults-who-went-without-care-because-cost>
- 9 <https://www.commonwealthfund.org/datacenter/people-medical-debt-collections>

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa* 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 vdäa*: kontakt@vdaae.de

Sudans Weltkrieg

Handfeste Interessen aus dem In- und Ausland befeuern den sudanesischen Bürgerkrieg

Joshua Craze

Am 15. April jährte sich zum zweiten Mal der Beginn des Bürgerkriegs im Sudan, der Zehntausende Tote und Millionen Vertriebene gefordert hat. Zwei Tage nach Kriegsausbruch veröffentlichte ich auf dem Blog *Sidecar* einen Essay mit dem Titel »Gunshots in Khartoum«, in dem ich versuchte, die ersten Konturen des Konflikts zu umreißen. Der Konflikt entbrannte zunächst zwischen der sudanesischen Armee und den Rapid Support Forces (RSF), einer paramilitärischen Organisation, die während der Herrschaft des Diktators Omar al-Bashir (1989–2019) gegründet worden war.

Vom Kampf um den Palast zum Krieg im ganzen Land

In den ersten Wochen des Krieges eroberten die RSF einen Großteil der sudanesischen Hauptstadt Khartum, darunter auch den Präsidentenpalast. Der Palast wurde 1825 während der türkisch-ägyptischen Kolonialisierung des Sudan erbaut und war Sitz eines imperialen Regimes, das darauf aus war, den Rest des Landes zu versklaven und auszuplündern. Der letzte Gouverneur des türkisch-ägyptischen Sudan (1820–1885), Charles Gordon, wurde 1885 auf den Stufen des Palastes von mahdistischen Aufständischen getötet. Nachfolgende Regime behielten sowohl die ausbeuterischen Tendenzen der türkisch-ägyptischen Kolonialisten als auch deren Obsession für den Präsidentenpalast bei. Nachdem die Mahdisten ihn zerstört hatten, baute die britische Kolonialmacht ihn während ihrer Herrschaft im Sudan (1898–1955) wieder auf. Nach der Unabhängigkeit des Sudan 1956 wurde er zum »Republikanischen Palast« und dann – wenn auch nur für kurze Zeit – während

der Herrschaft von Jafaar Nimeiri (1969–1985) zum »Volkspalast«. Bashir, der 1989 durch einen Staatsstreich an die Macht kam, ordnete den Bau eines neuen Palastes neben dem alten an, der von China finanziert und gebaut wurde. Er konnte sich jedoch nicht lange in seiner neuen Residenz halten. Eine Welle von Protesten in den Jahren 2018 und 2019, ausgelöst durch Kürzungen von Subventionen für Getreide und Treibstoff, beendete sein Regime.

Im Jahr 2019 wurde eine Übergangsregierung gebildet, in der zivile Politiker*innen widerwillig die Macht mit den führenden Köpfen der sudanesischen Sicherheitsdienste teilten: Abdul Fattah al-Burhan, der Chef der Sudanesischen Streitkräfte (SAF), wurde zum Vorsitzenden eines »Souveränen Rates« ernannt, während Mohamed Hamdan Daglo (auch bekannt als Hemedti), der Anführer der RSF, sein Stellvertreter wurde. Die beiden Männer schmiedeten bald einen Plan, die zivilen Kräfte zu entmachten.

Im Oktober 2021 lief ich durch eine Potemkinsche Protestkundgebung vor dem Palast, die von den Sicherheitsdiensten inszeniert worden war und als Rechtfertigung für den Staatsstreich noch im selben Monat dienen sollte. Bashir hatte seine Sicherheitsdienste ausgebaut, um sein Regime vor einem Putsch zu schützen und sicherzustellen, dass keine einzelne Institution stark genug war, die Macht zu übernehmen – jede hatte ihr eigenes Wirtschaftsimperium, einschließlich Bauunternehmen, Immobilien und Banken.

Vielleicht war es unvermeidlich, dass sich die beiden mächtigsten Köpfe der Hydra, die RSF und die SAF, gegeneinander wandten und um die Kontrolle über die Hauptstadt kämpften. Nach fast zwei Jahren des Konflikts eroberten die SAF am 21. März 2025 schließlich den Präsidentenpalast zurück und vertrieben die RSF fast vollständig aus Khartum. Jubelnde Militärs posierten vor dem zerstörten Palast, dessen Wände mit Einschusslöchern übersät waren. Vor zwei Wochen fragte mich ein europäischer Diplomat erwartungsvoll: »Heißt das, der Krieg ist vorbei?«

Joshua Craze arbeitet und publiziert seit 2010 über den Sudan.

Der Palast steht nun ebenso leer wie die sudanesishe Souveränität verloren ist. Was als Kampf um die Kontrolle über den Staat begann, hat sich zu einem Krieg entwickelt, dessen Ende nicht absehbar ist. Sowohl die RSF als auch die SAF waren ursprünglich schwache militärische Akteure ohne breite gesellschaftliche Basis. Sie führten den Krieg nach dem Vorbild ihres Mentors Bashir, der ethnische Gruppen gegeneinander ausspielte und die Aufstandsbekämpfung an Milizen auslagerte. Sowohl die RSF als auch die SAF haben unberechenbare Koalitionen aus lokalen Selbstverteidigungskräften und Söldnern gebildet. Die durch diese Strategie ausgelöste lokale Dynamik hat sich vom Kampf um den sudanesischen Staat abgekoppelt. Für die jungen Männer der Hamar und Misseriya, die in der südsudanesischen Region Kordofan kämpfen, sind die Kämpfe um Land und Ressourcen zu einer Frage von Leben und Tod geworden. Das hat Wunden hinterlassen, die auch ein landesweiter Waffenstillstand nicht heilen könnte, wenn er denn jemals zustande käme. Der Kampf um die Kontrolle über den Palast hat Hunderte von Kriegen im ganzen Land entfacht.

Die internationalen Geldgeber des Krieges

Die Fragmentierung des Konflikts im Sudan wird von regionalen Akteuren finanziert, für die Kordofan keine Heimat, sondern eine Geschäftsgelegenheit ist. Wichtigster Geldgeber der RSF sind die Vereinigten Arabischen Emirate (VAE), die mit dem Erwerb eines Hafens am Roten Meer die Kontrolle über fruchtbares Ackerland und ihre Vormachtstellung im lukrativen Goldhandel im Sudan ausbauen wollen. Hinter der sudanesischen Armee steht ihr langjähriger Verbündeter Ägypten, begleitet von einer bunt zusammengewürfelten Gruppe aus Katar, der Türkei und Saudi-Arabien. Internationale diplomatische Bemühungen, den Bürgerkrieg im Sudan zu beenden, gründen auf der Annahme, dass die beteiligten Nationen einen stabilen, souveränen Sudan mit einer einzigen Regierung befürworten würden. Dies ist jedoch nicht zwangsläufig der Fall. Für diejenigen, die die Konfliktparteien im Sudan mit Waffen beliefern, kann ein Krieg ebenso lukrativ sein wie Frieden, zumal sich ein zersplitterter und zerrissener Sudan leichter beeinflussen lässt. Die Souveränität kehrt möglicherweise nicht in den Palast zurück.

Zunächst schien ein schneller Sieg der RSF fast möglich. Um einen Rebellenaufstand zu bekämpfen, hatte Bashir die paramilitärische Organisation aus arabisch orientierten Gruppen in Darfur im Westen des Sudan gegründet, die größtenteils aus den nicht-arabischen Volksgruppen der Region stammten, wie den Fur, Masalit und Zaghawa.

Der Vormarsch der RSF

Zu Beginn des aktuellen Krieges konnten die RSF dank ihrer zahlenmäßigen Überlegenheit schnell die Kontrolle über Darfur übernehmen, das zu ihrer Hochburg wurde, abgesehen von der Stadt Al-Faschir, wo sie auf den Widerstand der Zaghawa stießen. In Kordofan schmiedete die RSF Allianzen mit lokalen Milizen und bot ihnen die Teil-

habe am Gewaltmonopol an. Die sudanesishe Armee war bald auf einige umkämpfte Garnisonsstädte reduziert. Am Ende des ersten Kriegsjahres nutzten die RSF ihre Stärke, um tief in den zentralen Sudan vorzudringen, weit weg von ihrem Kerngebiet in Darfur, und eroberten zwei wichtige Städte südlich von Khartum: Wad Madani, die Hauptstadt des Bundesstaates al-Dschasira, einer der Kornkammern des Sudan, und Sinja im Bundesstaat Sennar. Diese Verluste bedeuteten eine Demütigung für die Armee, die vor dem Vormarsch der RSF zusammengeschmolzen war.

Die Paramilitärs erwiesen sich gegenüber der SAF als überlegen. Sie waren bereits durch ihre Einsätze in Darfur und im Jemen kampferprobt, wo die RSF als Söldnertruppe für die VAE und Saudi-Arabien im Krieg gegen die Huthis gedient hatten. Ihr Vormarsch in den Zentralsudan wurde durch Waffenlieferungen aus den Emiraten – darunter Panzerabwehrraketen – und von der Wagner-Gruppe unterstützt, die ein Auge auf die von den RSF kontrollierten Goldminen im Süden Darfurs geworfen hat. Tatsächlich ist der Erfolg der RSF aber auf das Versagen der sudanesischen Armee zurückzuführen. Trotz ihrer überwältigenden Luftüberlegenheit hatte die Armee im ersten Kriegsjahr nur wenige Soldaten, die bereit waren, für ein verknöchertes Offizierskorps zu sterben, das sich nach Port Sudan am Roten Meer zurückgezogen hatte. Dort hatte die Armee ihre neue Hauptstadt eingerichtet. Absurderweise erkannten die Vereinten Nationen die SAF als legitime Regierung des Sudan an, was es dieser ermöglichte, humanitäre Konvois in das von den RSF kontrollierte Gebiet zu blockieren. Trotzdem war ihre Kontrolle über weite Teile des Landes bis Juni 2024 nur noch nominell.

Doch selbst auf dem Höhepunkt ihres Erfolgs sahen sich die RSF mit Herausforderungen konfrontiert, die Hemedti nicht lösen konnte. Als ehemaliger Kamelschmuggler und Möbelhändler aus dem Awlad-Mansour-Zweig der Maharia Riziegat, einer arabischen Volksgruppe in Darfur, galt Hemedti seinen Rivalen in Khartum lange als ungebildeter Eindringling aus der Peripherie. Seit Beginn des Krieges musste er mehrere, manchmal widersprüchliche Rollen gleichzeitig spielen: nicht nur den Anführer einer Kriegsmaschinerie, sondern auch den CEO eines transnationalen Wirtschaftsimperiums mit einem Interesse an Gold und Waffen. Bei den RSF handelt es sich nicht um eine stehende Armee, sondern um eine Reihe von Milizen, die sich größtenteils aus Kriegsmobilisierungen, den sogenannten »Faza'a«, rekrutieren, die von den traditionellen Autoritäten der arabischen Volksgruppen in Darfur organisiert werden. Die RSF nutzten diese Milizen in Khartum, aber die Instrumentalisierung war wechselseitig: Die Gemeinschaften in Darfur nutzten die Ressourcen der RSF auch für ihre eigenen lokalen Kämpfe. In El Geneina, West-Darfur, führten arabische Milizen ethnische Säuberungen gegen die Masalit durch und zwangen die Überlebenden über die Grenze in den Tschad, was die US-Regierung als Völkermord bezeichnete.

Hemedtis politische Ziele stehen oft im Widerspruch zu den Zugeständnissen, die er machen muss, um die Koalition der arabischen Milizen zusammenzuhalten, die seine Militärmacht bilden. Die ethnische Säuberung der Masa-

lit war ein militärischer Erfolg für die Milizen, aber eine politische Katastrophe für Hemedti. Die internationale Verurteilung erwies sich dabei als weniger problematisch als die Auswirkungen in Darfur selbst. Die Tatsache, dass die RSF zu einem Instrument der arabischen Vorherrschaft geworden waren, untergrub Hemedtis Aussichten, sich als revolutionärer Führer zu positionieren, der die unterdrückten Randgebiete des Sudan vereinen könnte – eine Idee, mit der er geliebäugelt hatte, als er nach dem Sturz Bashirs politische Verbündete suchte.

Aus Angst, bald das Schicksal der Masalit zu teilen, schlossen sich viele nicht-arabische Gemeinschaften in Darfur, darunter die Zaghawa, den SAF an, obwohl sie mehr als zwei Jahrzehnte lang gegen den sudanesischen Staat gekämpft hatten. Tschadische Zaghawa überquerten die offizielle Grenze zwischen den beiden Ländern nach Nord-Darfur und beteiligen sich nun an der Verteidigung von Al-Faschir, das – jedenfalls bis Mitte Mai – noch nicht gefallen ist. Die Stadt ist zu einem Sumpf für die Rebellen geworden, der Menschen und Ressourcen verschlingt und sie zwingt, ihre Aufmerksamkeit von Khartum und dem Zentralsudan abzuwenden. Für die Bevölkerung in Nord-Darfur sind die Paramilitärs ein Fluch: Unter der Belagerung durch die RSF verschlechterten sich die humanitären Bedingungen im Vertriebenenlager Zamzam in der Nähe von Al-Faschir so sehr, dass eine Hungersnot ausbrach. Am 13. April stürmten die RSF das Lager, töteten Hunderte Zivilist*innen und zwangen fast eine halbe Million Menschen zur Flucht.

Freigegeben zur Plünderung

Hemedtis Kriegsmaschinerie basiert auf kontinuierlicher Expansion. Da die RSF ihren Rekruten keinen Lohn zahlen, sondern ihnen Raub und Plünderung als Einnahmequelle anbieten, lösen sich ihre Truppen meist auf, wenn sie keine neuen Ziele finden. In jeder Stadt, die sie erobern, gehen die RSF nach dem gleichen Schema vor: staatliche Institutionen demontieren, Lebensgrundlagen plündern, ziviles Eigentum zerstören. Ihre Angriffe wirken wie ein mächtiger Motor einer primitiven Akkumulation, die landwirtschaftliche Nutzflächen zerstört, Millionen von Menschen vertrieben und Vermögen von den Ärmsten im Sudan zu einer Klasse von Milizenführern verschoben hat, die vom Kapital aus den VAE unterstützt werden. Obwohl die sudanesishe Regierung behauptet, in den von ihr kontrollierten Gebieten zivile Verwaltungen eingerichtet zu haben, kommt es immer wieder zu Zusammenstößen mit der lokalen Bevölkerung. Als ihre Vorstöße auf dem Schlachtfeld ins Stocken gerieten, wandte sich die RSF der Ausbeutung derjenigen zu, die sie kontrolliert: Entführungen sind in den paramilitärisch kontrollierten Gebieten an der Tagesordnung.

Natürlich sehen die RSF die Situation anders. Die jungen Milizionäre, die sich fröhlich dabei filmen, wie sie gestohlene Bleche von Khartum nach Darfur transportieren, sprechen vom »Sturz des Staates von 1956«. Der sudanesishe Staat war von Anfang an geprägt von einem Spannungsverhältnis zwischen Zentrum und Peripherie, da die nördlichen Flusstädte rund um die Hauptstadt das Hinterland des Sudan als Arbeitskräfte- und Rohstoffreservoir ausbeuteten. Den jungen Kämpfern zufolge, die von der Kriegsbeute profitieren, geben die RSF Darfur lediglich das zurück, was dieser Region gestohlen wurde. Diese Darstellung entspricht jedoch nicht der Realität. Auch die Städte Darfurs, wie Nyala und Zalingei, wurden von den RSF geplündert. Die Paramilitärs haben die räuberische politische Ökonomie des Bashir-Regimes ausgeweitet. Während Bashir die Peripherie ausbeutete, um das Zentrum zu bereichern, verwandelten die RSF das ganze Land in eine zu plündernde Peripherie.

Die Vorgehensweise der RSF hat sich letztendlich als ihr Verhängnis erwiesen. Der Einsatz sexueller Gewalt als Kriegswaffe und Massenhinrichtungen waren ein gefundenes Fressen für die SAF, die unter dem Vorwand einer drohenden Invasion aus dem Westen eigene Milizen aufstellten. Im Oktober 2024 begann sich das Blatt zugunsten der sudanesischen Armee zu wenden. Nachdem sie das Überlaufen Abu Aqla Keikals, eines führenden RSF-Kommandanten, erkaufte, eroberte sie Wad Madani zurück und konnte bis Ende 2024 fast alle Eroberungen der paramilitärischen Gruppe im Zentrum des Sudan zurückgewinnen. Die RSF haben auch Khartum verloren und sind weitgehend nach Darfur und Kordofan zurückgedrängt.

Das Wiederstärken der Armee

Das Wiedererstärken der sudanesischen Armee ist teilweise auf die erfolgreiche Beschaffung ausländischer Unterstützung zurückzuführen. Katar, das seinen Rivalen, die Vereinigten Arabischen Emirate, ausbremsen will, finanzierte den Kauf chinesischer und russischer Kampfflugzeuge, während der ägyptische Militärsicherheitsdienst die gezielten Einsätze von kürzlich aus dem Iran und der Türkei gelieferten Drohnen leitete. Die Bedeutung der neuen Ausrüstung sollte jedoch nicht überschätzt werden. Der Erfolg der SAF beruht vor allem darauf, dass sie es Bashir gleichtaten, indem sie die Kämpfe an Milizen auslagerten und sich gleichzeitig wieder dem islamistischen politischen Block zuwandten, der die ersten Jahre der Diktatur gestützt hatte. Bashirs islamistische Anhänger*innen waren durch die Revolution von 2019 entmachteter worden; »der Krieg«, erklärte mir letztes Jahr ein ehemaliges Mitglied seines Geheimdienstes, »gibt uns eine zweite Chance«. Der Konflikt gab den islamistischen Kräften die Möglichkeit, ihre Streitkräfte wiederaufzubauen und in höhere Ränge der SAF aufzusteigen. Islamistische Gruppen wie das Bataillon Al-bara Bin Malik kämpfen an der Seite der »Mustanferen« (des »Volkswiderstands«): Gruppen, die zu den Waffen gegriffen haben, die ihnen von der Armee angeboten wurden. Burhan hat eine Streitmacht aufgebaut, aber nur indem er Macht an seine Koalitionspartner

abtrat. Der Sieg auf dem Schlachtfeld wurde mit einer weiteren Spaltung bezahlt, die den Wiederaufbau des Landes und einen dauerhaften Frieden schwieriger denn je macht. Im Bundesstaat al-Dschasira sagte mir ein Freund: »Früher haben wir nicht gefragt [...]. Aber jetzt fragen wir Fremde als Erstes, aus welchem Dorf sie kommen.« Die Volksgruppen haben sich nach innen gekehrt, und der nationale Zusammenhalt ist entsprechend geschwächt.

Die letzten zwei Jahre des Krieges haben das Land verwüstet. Schätzungen zufolge sind über 150.000 Menschen ums Leben gekommen. Der Sudan befindet sich in der schlimmsten humanitären Krise der Welt. Es ist auch die weltweit schlimmste Vertreibungskrise: 13 Millionen Menschen sind aus ihrer Heimat geflohen. Fast zwei Drittel der Bevölkerung benötigen dringend humanitäre Hilfe, darunter 16 Millionen Kinder. Im Dezember 2024 prognostizierte das Famine Review Committee der Integrated Phase Classification – der weltweit führende Index zur Messung von Ernährungsunsicherheit – eine Hungersnot in Nord-Darfur und Süd-Kordofan. Die humanitären Hilfsmaßnahmen für 2025 sind jedoch zu weniger als zehn Prozent finanziert. Donald Trumps Kürzungen der Auslandshilfe haben diese unerträgliche Situation noch verschlimmert: 75 Prozent der Notfallstationen – Einrichtungen, die von sudanesischen Aktivist*innen aufgebaut wurden, um im ganzen Land Lebensmittel und medizinische Versorgung bereitzustellen – mussten schließen, nachdem ihnen das Geld ausgegangen war. Das Gesundheitssystem des Sudan ist vollständig zusammengebrochen. Ein Großteil von Khartoum gleicht ein Friedhof. Die Kriegsparteien herrschen über Ruinen.

Die Profiteure des Krieges im In- und Ausland

Nach einer Reihe von Niederlagen und in einer zunehmend paranoiden Atmosphäre, die durch das Überlaufen Keikals entstanden war, versuchten die RSF Ende Februar mit einer Konferenz in Nairobi das Blatt zu wenden. Dort wurde eine politische Charta verkündet, die zur Bildung einer Parallelregierung führen sollte. Lokale Führer aus Darfur reisten mit gefälschten tschadischen Pässen an und drängten sich in den Hotels der kenianischen Hauptstadt, wo sie sich mit Rebellenführern von Gruppen trafen, die beschlossen haben, die RSF zu stützen.

Kenia selbst erhielt von den VAE eine beträchtliche Summe für die Ausrichtung der Konferenz. Die Nähe zu Hemedti ist Teil einer regionalen Neuausrichtung rund um die RSF, bei der Gelder aus den Emiraten auch in den Südsudan, den Tschad, nach Äthiopien und Uganda fließen. Keines dieser Länder hat sich offiziell als Unterstützer der RSF geoutet, ebenso wie die VAE selbst bestreiten, die paramilitärische Gruppe zu finanzieren. Die Petrodollars der Emirate schmieren die Räder der Geschäftsnetzwerke: Jedes Land in ihrem Einflussbereich profitiert vom Gold, das den Sudan verlässt und fast ausschließlich in die Emirate fließt.

Am 15. April proklamierten die RSF eine »Regierung des Friedens und der Einheit«, während ihre Truppen



das Lager Zamzam dem Erdboden gleichmachten. Auch die SAF werden ihre eigene Regierung bilden. Manche befürchten, dass nur etwas mehr als ein Jahrzehnt nach der Abspaltung des Südens nun eine zweite Teilung des Sudan bevorstehe. In Wirklichkeit ist das Land bereits geteilt, und die Bildung einer RSF-Regierung ist eine reine PR-Maßnahme; ihre Gebiete werden weiterhin von Milizen kontrolliert, die von regionalen Akteuren unterstützt werden, welche wiederum von der weiteren Integration des Sudan in die globalen Rohstoffmärkte profitieren.

Trotz der Konflikte auf dem Schlachtfeld gibt es viele Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Kriegsparteien. Beide sind Überbleibsel des Bashir-Regimes – auch wenn die Armee eine viel längere Geschichte hat –, und beide sind auf Unterstützung von außen angewiesen. Beide haben die soziale Spaltung des Landes verschärft, um ihre Macht zu festigen. Beide haben Hunger als Kampfmittel eingesetzt und den Zugang zu humanitärer Hilfe eingeschränkt.

Die beiden Kriegsparteien verbindet jedoch noch mehr. Die Geschäfte laufen besser denn je. Beide exportieren Gold in die Emirate. Allein die offiziellen jährlichen Exporte – das meiste Gold wird geschmuggelt – haben sich seit Kriegsbeginn verdoppelt. Auch der Export von Vieh in die Golfstaaten hat stark zugenommen (von 2 auf 4,7 Millionen Stück Vieh zwischen 2022 und 2023). Der Großteil des sudanesischen Viehbestands stammt aus Darfur, wird aber über Port Sudan exportiert. Bei diesem Ausverkauf der Vermögenswerte des Landes arbeiten beide Seiten zusammen.

Die Kriegsparteien verbindet auch ihre gemeinsame Rolle bei der Spaltung des Landes. Sowohl die von den RSF als auch die von der Armee kontrollierten Gebiete

sind intern gespalten. Ein »geeintes« Darfur unter der Herrschaft der RSF wäre Schauplatz von Zusammenstößen zwischen Paramilitärs und nicht-arabischen Rebellen-Gruppen, die oftmals von der sudanesischen Armee unterstützt werden. Diese würde Darfur nur allzu gern wieder in Flammen aufgehen lassen, wenn sie sich dadurch das Zentrum des Landes sichern könnte. Dabei würde es auch zu Zusammenstößen zwischen denjenigen kommen, die der RSF eigentlich loyal verbunden sind. Arabische Gruppen in Darfur haben die Unterstützung der RSF genutzt, um in Streitigkeiten mit anderen Gemeinschaften, die auf klimabedingte Migrationsbewegungen in den 1970er Jahren zurückgehen, Gebietsansprüche geltend zu machen. Auch innerhalb der RSF kam es zu ethnischen Spannungen im Zusammenhang mit politischen Ämtern. Hemedti befindet sich nun in der gleichen Lage wie Bashir und muss ständig zwischen den rivalisierenden Milizen vermitteln, von denen seine Macht abhängt. Die Ausrufung einer Parallelregierung wird diese grundlegenden Dynamiken nicht auflösen können.

Auch die bunt zusammengewürfelte Koalition der SAF ist stark zerstritten und droht sich zu spalten. Die islamistischen Kräfte sind eher daran interessiert, eine Machtbasis im Zentrum des Sudan aufzubauen, als in Darfur und Kordofan Krieg zu führen. Einige Offiziere um Burhan stehen ihnen ablehnend gegenüber, ebenso einige Verbündete der Armee, darunter Ägypten. Die islamistischen Kräfte könnten einen Staatsstreich anstreben. Wer auch immer an der Spitze einer von den SAF geführten Regierung steht, wird sich mit den Monstern auseinandersetzen müssen, die sie entfesselt haben: Die Armee hat Milizenführer gestärkt, die nur vorgeblich loyal gegenüber Khartum sind und ihre Volksgruppen bereits in Konflikt mit ihren Nachbarn gebracht haben.

Die diplomatischen Bemühungen der sogenannten internationalen Gemeinschaft waren lächerlich. Ein Jahr lang versuchten die USA, beide Seiten im saudischen Dschidda an einen Tisch zu bringen, um einen Waffenstillstand zu vereinbaren, während die SAF entschlossen waren, den Krieg auf dem Schlachtfeld zu gewinnen. Im August 2024 erschienen sie gar nicht erst zu den Friedensgesprächen in Genf. Stattdessen kauften sie mit Geld aus Katar chinesische Kampfflugzeuge. Die Diplomatie konzentrierte sich darauf, einen Waffenstillstand zu erreichen und dann zu dem internationalen Plan zurückzukehren, der bereits nach dem Sturz Bashirs versucht wurde – und gescheitert war: eine Übergangsregierung, die Integration der RSF in die Armee und Wahlen. Ein solcher Ansatz klingt wie eine Fantasie aus den 1990er Jahren, als die Bücherregale der Politolog*innen voll waren mit Titeln wie »How to Build a State«.

Das Kriegsregime als Enklaven-Kapitalismus

Diese Ära ist vorbei. Der sudanesischer Bürgerkrieg ist zu lokal und gleichzeitig zu international, um durch einen diplomatischen Prozess gelöst zu werden, der sich auf die beiden Kriegsparteien konzentriert, die nur einen schwachen Einfluss auf die von ihnen rekrutierten Milizen ha-

ben und deren Geschäfte durch den Krieg florieren. Die Kräfte, die den Sudan spalten, sind struktureller Natur und finden Parallelen in anderen Teilen der Region: Der Zusammenbruch staatlicher Strukturen, von Söldnern unterstützte militärische Kräfte und die Fragmentierung des politischen Systems sind auch Merkmale der Konflikte im Jemen, in der Zentralafrikanischen Republik und in Somalia. Es erscheint immer weniger wahrscheinlich, dass die Fragmente wieder zusammengeführt werden können. Zumindest am Horn von Afrika scheint die Ära des Nationalstaates zu Ende zu gehen, und die Konturen eines neuen 19. Jahrhunderts zeichnen sich ab, in dem die Souveränität zerfallenen, von externen Interessen kontrollierten und durch lokale Dynamiken fragmentierten Ländern weicht.

Wenn sich, wie Hardt und Mezzadra annehmen, ein globales Kriegsregime herausbilden sollte, wird es nicht wie im Kalten Krieg zwei Pole haben, sondern vielfältige Koordinaten. Im Sudan finanzieren die Vereinigten Arabischen Emirate die RSF, kaufen aber auch Gold von der Armee und unterstützen einige der mit ihr verbündeten islamistischen Kräfte. Die Türkei verkauft Drohnen an Burhan, aber Ankara hat kürzlich auch Saddam Haftar, den Sohn des Generals, der Ostlibyen kontrolliert und die RSF mit Waffen und Treibstoff versorgt, zu einem offiziellen Besuch empfangen. Hier gibt es keine geopolitische Logik der Bündnisbildung: Jedes Land funktioniert wie eine Aktiengesellschaft und strebt nach Profit, wo immer er zu machen ist, auch wenn die politischen Konsequenzen damit unvereinbar sind. Die Trump'sche Dealpolitik ist seit langem das Markenzeichen der Mittelmächte, deren Reihen die USA offenbar beitreten wollen.

In einem solchen von Geschäftsinteressen geprägten globalen Kriegsregime ist der Raum für Widerstand fragmentiert. Die sudanesischen Widerstandskomitees – horizontal organisierte lokale Aktivist*innen, die Bashir stürzten – sind sowohl von der Armee als auch von paramilitärischen Einheiten ins Visier genommen worden. Einige haben zu den Waffen gegriffen und kämpfen nun an der Seite der islamistischen Kräfte, die sie zuvor von der Macht verdrängt hatten. Andere richteten Notfallzentren ein, die in Ermangelung staatlicher Unterstützung und internationaler humanitärer Organisationen heldenhaft im ganzen Land Gesundheitsversorgung und Nahrungsmittel bereitstellen. Bei genauerem Hinsehen lässt sich inmitten der Trümmer ein regelrechtes nationales Netzwerk von selbstorganisierten Hilfsgruppen erkennen. Ihr Überleben ist ungewiss. Die Kräfte, die den Sudan zerreißen, haben wenig Interesse daran, den Krieg zu beenden, der eine Art Enklaven-Kapitalismus hervorgebracht hat, der das Horn von Afrika in den kommenden Jahrzehnten prägen dürfte.

Der Text heißt im Original: »Sudan's World War«, er wurde zuerst von der »New Left Review« publiziert. Die Übersetzung wurde von Camilla Elle und Conny Gritzner für Gegensatz Translation Collective gemacht. Auf Deutsch wurde der Text zuerst veröffentlicht bei Rosalux International – Krieg / Frieden – Nordafrika am 26.05.2025. Wir danken für die Genehmigung des Nachdrucks.

Klima in der Krise

Jan Wintgens über die Weltgesundheitsversammlung

Die Meinungsverschiedenheiten über den Klimaaktionsplan legten auf der 78. Weltgesundheitsversammlung tiefere Gräben in der globalen Klima- und Gesundheitszusammenarbeit offen. Jan Wintgens hat darüber im *peoples dispatch* auf Englisch berichtet und wir haben den Text übersetzt.

Ein Thunfischsandwich in den Händen des WHO-Chefwissenschaftlers Jeremy Farrar kann uns mehr über die Grenzen der globalen Zusammenarbeit im Bereich Klima und Gesundheit sagen als viele offizielle Erklärungen zu dem Thema. Auf der 78. *Weltgesundheitsversammlung* (World Health Assembly, WHA) im Jahr 2025 rangen die WHO-Mitgliedsstaaten darum, sich auf eine Konsensposition zu ihrem Entwurf des *Globalen Aktionsplans* (Global Action Plan, GAP) zu Klimawandel und Gesundheit zu einigen. Die Verhandlungen sind ein Einblick in den Komplikationen der internationalen Zusammenarbeit, zu den verwickelten Problemen der Polykrise und zum Scheitern des Isolationsismus als möglicher Lösungsansatz.

Vor einem Jahr forderte die 77. WHA den Generaldirektor auf, »einen ergebnis und fähigkeitsorientierten, bedarfsgerechten globalen WHO-Aktionsplan zu Klimawandel und Gesundheit zu entwickeln«. Auf der Grundlage dieses Beschlusses wurden Entwürfe erstellt und zwischen den Mitgliedstaaten verhandelt, um zu einem Konsenspapier zu gelangen, das von der WHA diskutiert und verabschiedet werden sollte. Die Verhandlungen über den GAP gingen über die offiziell für die Debatte eingeplante Zeit hinaus, und selbst zwischen den Sitzungen verhandelten die Länder weiter. Die Zeit wurde knapp. Ziel der Versammlung war es, einen Konsens zu erreichen, doch als die Frist näher rückte, stand der Entwurf nicht nur zur Abstimmung an – es wurde sogar bezweifelt, dass er die für eine Verabschiedung erforderliche Zweidrittelmehrheit erreichen würde. Als die eigentliche Debatte stattfand, war immer noch kein Konsens erreicht. Unter diesen Bedingungen machten die Erklärungen der WHO-Mitgliedsstaaten während der Debatte deutlich, wo die Bruchlinien lagen.

Wie sich die größten Umweltverschmutzer der Verantwortung entziehen

Die prominenteste Stimme gegen die Umsetzung des Entwurfs kam aus Saudi-Arabien und der Östlichen Mittelmeerregion (*Eastern Mediterranean Region*, EMRO), in diesem Jahr angeführt von Ägypten. Während es für

einen großen Ölstaat wie Saudi-Arabien offensichtliche Gründe gibt, jegliche Politik zum Thema Klimawandel zu verzögern, ging ihre Erklärung in eine andere Richtung: »Jede Art von globalem Plan muss mit den Grundsätzen der UNFCCC und des Pariser Abkommens übereinstimmen: den Grundsätzen der Gerechtigkeit und der gemeinsamen, aber geteilten und differenzierten Verantwortung. [...] Wir fordern daher, die Verabschiedung dieses Plans zu verschieben.« Saudi-Arabien eröffnet hier das Thema der *Gemeinsamen, aber differenzierten Verantwortung* (Common But Differentiated Responsibilities, CBDR) oder wie sie es ausdrücken: »Man kann von den Entwicklungsländern nicht verlangen, dass sie den Preis für die Transformation zahlen, wenn sie selbst nicht für die Probleme verantwortlich sind.«

CBDR ist ein Grundsatz des Pariser Abkommens, mit dem anerkannt wird, dass Industrie- und Entwicklungsländer unterschiedliche Verpflichtungen im Umgang mit dem Klimawandel haben, die auf Unterschieden sowohl bei ihren historischen Emissionen als auch bei ihren Kapazitäten beruhen. Er geht auf das UNFCCC (United Nations Framework Convention on Climate Change) (1992) zurück und entwickelte sich aus dem Begriff des »*common concern*« (gemeinsamen Interesses) im Abkommen zur Einsetzung einer *Interamerikanischen Kommission für tropischen Thunfisch* von 1949. Trotz der Fischereibeschränkungen liegt der Thunfisch immer noch auf dem Teller im schicken Gebäude des Genfer Hochschulinstituts, wo eine Nebenveranstaltung der WHA zum Thema Multilateralismus ausgerichtet wurde, und so kam der Sandwich in die Hände von Jeremy Farrar. Das CBDR-Prinzip wurde im Pariser Abkommen so angepasst, dass es ein Gleichgewicht zwischen Gerechtigkeit und universeller Beteiligung herstellt und flexible nationale Verpflichtungen zulässt, wobei die wohlhabenderen Nationen die Führung bei

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



Foto der 78. Weltgesundheitsversammlung. Foto: WHO / Pierre Albouy

Eindämmung und Finanzierung übernehmen müssen.

Die wohlhabenden Länder entschieden sich jedoch, bei den WHA-Verhandlungen nicht etwa diese Führungspositionen im Bereich Eindämmung zu übernehmen, sondern eher gegen das Prinzip der Gerechtigkeit (engl. equity) zu handeln. Das Vereinigte Königreich und Deutschland forderten die Streichung jener Absätze, die die CBDR-Prinzipien enthielten. Begründet wurde es damit, dass diese Prinzipien bereits durch die UNFCCC-Vorschriften abgedeckt sein. Auch Australien und Japan teilten diese Ansicht, es war der Hauptstreitpunkt bei den Verhandlungen.

Es geht hierbei um Geld, um Schuld, Verantwortung und um die Verteidigung kolonialer Privilegien. Länder mit kolonialer Geschichte haben auch eine Geschichte voller Treibhausemissionen, die die Atmosphäre verschmutzen und so den Klimawandel weiter vorantreiben. Von der extraktivistischen Industrie angetrieben, verwenden sie die Energie aus fossilen Brennstoffen, um sich einen unnachhaltigen Lebensstandard zu halten. Gleichzeitig schaffen sie unterentwickelte und

rückständige Volkswirtschaften im globalen Süden. Dadurch, dass sie ihre alten Kolonien verschuldet halten, halten sie sich die Möglichkeit offen, weiterhin Extraktivismus zu fördern – selbst bei ihrem eigenen Übergang zu einer, wie behauptet wird, grünen Zukunft. Dabei wissen sie, dass die Klimakrise sie als letzte treffen wird, weil sie ohnehin mehr Ressourcen für die Eindämmung und Anpassung haben. Diese Staaten verteidigen somit vor allem ihre eigene »Lebensweise«.

Der globale Norden ist auf dem besten Weg, alles niederzubrennen

Innerhalb der Vereinten Nationen – etwa in der Klimarahmenkonvention (UNFCCC) oder der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – sprechen Großbritannien und Deutschland in einer Weise, die institutionelle Gräben vertieft. Anstatt globale Krisen in ihren systemischen Zusammenhängen zu denken, werden Themen künstlich voneinander getrennt. Die Übertragung dieses fragmentierten Ansatzes auf übergreifende Themen wie Klimaschutz und Finanzierung birgt die Gefahr, den Multilateralis-

mus zu untergraben. Die Erklärungen beider Länder zeigen, dass sie sich weigern, eine Verbindung zwischen der Gesundheit der Menschen und der Gesundheit des Planeten herzustellen. Innerhalb dieser Art von Verhandlungssprache können wir den isolationistischen Ansatz des globalen Nordens beobachten. Am sichtbarsten wurde er in der »America First«-Politik der USA, die sich mittlerweile ganz von der WHO verabschiedet haben. Doch auch Europa bewegt sich in dieselbe Richtung – wenn auch leiser. Dabei ist offensichtlich, dass die Klimakrise weder vor nationalen Grenzen haltmacht, noch bestehende Nahrungs- und Gesundheitssysteme verschont. Sie bedroht zudem das globale Finanzsystem, das auf Schulden basiert und in internationalen Verhandlungen regelmäßig als Druckmittel eingesetzt wird.

Ein besonders eklatantes Beispiel für institutionelles Wegsehen ist die Frage der Klimaflüchtlinge: Mit Ausnahme des UNHCR fühlt sich keine UN-Organisation zuständig. Dabei haben Migration und ihre politische Instrumentalisierung bereits in Großbritannien während des Brexit-Votums wie auch im deutschen Wahlkampf als Brandbeschleuniger

für Fremdenfeindlichkeit gewirkt. Die Weigerung, Klimawandel, Migration und gesellschaftliche Spannungen zu sammengedacht zu behandeln, ist Ausdruck eben jener Isolation.

Vor allem aber fehlt der politische Wille, an den Wurzeln anzusetzen: Fossile Energien, Extraktivismus und das Wachstumsdogma bleiben unangetastet. Der Globale Norden will keine Veränderung – und steuert so auf eine Zukunft zu, in der buchstäblich alles verbrannt wird.

Im vergangenen Jahr erhielt der WHO-Generaldirektor den Auftrag, den Global Action Plan (GAP) so zu formulieren, dass er »kohärent mit dem Text der Klimarahmenkonvention der Vereinten Nationen und dem Pariser Abkommen« ist. Das Pariser Abkommen will die Erwärmung auf 1,5°C über dem vorindustriellen Niveau begrenzen, möglichst deutlich unter 2°C. Doch bereits 2024 lag die globale Durchschnittstemperatur 1,6°C über vorindustriellem Niveau – mit erheblicher zusätzlicher Erwärmung, die bereits festgeschrieben ist. Und das IPCC warnt: »Je mehr emittiert wird, desto weniger kann die Natur helfen.« Wir müssen daher für eine Zukunft mit mindestens 3,5°C Erwärmung planen.

Bei einer Erwärmung in dieser Größenordnung werden die Gebiete, in denen derzeit 1-3 Milliarden Menschen leben, wahrscheinlich unbewohnbar werden. Die Frage lautet: Wohin werden sie dann gehen? Sollten sie sich nach Europa wenden – das sich derzeit gegen mehr Gerechtigkeit bei WHO-Entscheidungen stellt –, wird der Kontinent wohl an seiner Politik festhalten, Migranten fernzuhalten, um den eigenen Lebensstandard, den »europäischen way of life«, zu wahren. Schon jetzt zeigt sich dies in den berüchtigten Pushbacks an der EU-Außengrenze unter Federführung von Frontex. Boote sinken, Menschen sterben. Jens Spahn, Fraktionschef der CDU, hat bereits »körperliche Gewalt« als Antwort auf Migration gefordert. Angesichts der prognostizierten Dimension künftiger Migration dürfte auch die Gewalt gegen Klimaflüchtlinge zunehmen. Vielleicht erklärt dies auch den dramatischen Anstieg der Militärausgaben in Europa, wo Programme wie »ReArm Europe« gezielt auf die Sicherung der Außengrenzen durch physische Barrieren und moderne Überwachungstechnologien setzen.

Schuldenerlass für Klimagerechtigkeit

Auf die Frage nach den Erwärmungsszenarien räumte WHO-Chef-Wissenschaftler Farrar selbst ein, dass Szenarien von mehr als drei Grad wahrscheinlich seien – und dass sein Team die WHO bereits auf die kommenden

Veränderungen vorbereite. Doch die Grenzen jeder UN-Organisation sind durch die Entscheidungen der Mitgliedstaaten gesetzt.

Die Entscheidung über den Entwurf des Global Action Plan wurde zur Abstimmung gebracht: null Gegenstimmen, 19 Enthaltungen, 109 Stimmen dafür. War also alles nur ein Bluff? Nein. Die unterschiedlichen Positionen mussten Gehör finden, und durch ihre Enthaltungen können die EMRO-Mitgliedstaaten nun ihren Widerstand gegen den Ausschluss des CBDR-Prinzips weiterentwickeln. Ist es gut, dass der Plan am Ende angenommen wurde? Ja – denn er verschafft der WHO die finanziellen Mittel und das Mandat zum Handeln. Gleichzeitig zeigt das Fehlen von Konsens, wo zivilgesellschaftlicher Druck ansetzen kann, um weiterreichendes Handeln einzufordern.

Ein entscheidender Hebel liegt in den besagten Schulden. Sie können, noch während CBDR angegriffen wird, erst unser Anfang sein. Schulden zwingen Regierungen und Kleinbauern oft, Land an ausländische Investoren zu verkaufen oder zu verpachten. Die Folge sind großflächige Landnahmen – nicht nur für fossile Brennstoffe, sondern auch für die »grüne« Zukunftsvision des Westens, die Ernährungssicherheit und CO₂-Kompensation einschließt. Der Internationale Währungsfonds unterstützt diesen finanziellen Druck, der die Ausbeutung natürlicher Ressourcen – Wälder, Mineralien, Wasser – für kurzfristige Einnahmen fördert und damit Umwelt und Lebensgrundlagen untergräbt.

Diese Schulden müssen gestrichen werden. Auch Deutschland hat in der Vergangenheit von einem solchen Schuldenerlass profitiert: Nach dem Zweiten Weltkrieg, den das Land mit all seinen Gräueltaten – einschließlich des Holocaust – entfesselt hatte, wurden im Londoner Schuldenabkommen von 1953 rund 50 Prozent der westdeutschen Auslandsschulden erlassen. Das trug maßgeblich zum wirtschaftlichen Wiederaufbau und zum »Wirtschaftswunder« bei.

Heute braucht es ähnliche »Wunder«. Angesichts einer Welt, die sich um mehr als drei Grad erwärmt, könnte ein Schuldenerlass den betroffenen Regionen die Freiheit geben, mit der notwendigen Transformation und Vorbereitung zu beginnen. Er würde ein Stück Gerechtigkeit schaffen – und langfristig allen zugutekommen.

Text aus dem Englischen übersetzt von Colette Gras und Manuel Funk. (Original: peoples dispatch 17.07.2025, <https://peoplesdispatch.org/2025/07/17/a-climate-of-crisis-at-the-world-health-assembly/>)

Heute braucht es ähnliche »Wunder«. Angesichts einer Welt, die sich um mehr als drei Grad erwärmt, könnte ein Schuldenerlass den betroffenen Regionen die Freiheit geben, mit der notwendigen Transformation und Vorbereitung zu beginnen. Er würde ein Stück Gerechtigkeit schaffen – und langfristig allen zugutekommen.

Gesundheit im Verteilungskampf. Wie entsteht gesellschaftlicher Fortschritt?

7.-9. November im Zentralwerk, Dresden

Programm

Freitag

15 – 17:30 **2 Basisworkshops**

- Kritische Medizin, vdäa* und seine historischen Bezüge (mit Bernhard Winter und NN)
- Grundstrukturen des Gesundheitswesens (mit Chrissi Bachelier und Michael Janßen)

18:00 **Abendessen**

19:30 **Vortrag Raul Zelik: Wie kommt es zu gesellschaftlichem Fortschritt?**

Samstag Vormittag

Panel 1: Austerität – gesellschaftliche Ungleichheit – Gesundheit

- Ben Wachtler (Arzt und Public Health-Wissenschaftler mit Forschungsschwerpunkt zu gesundheitlicher Ungleichheit): Austerität und Gesundheit – Aktuelle Entwicklungen aus einer Public-Health-Perspektive
- Niels Michalski (wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut): 35 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands

Panel 2: Kämpfe für ein anderes Gesundheitssystem im und über den Kapitalismus hinaus

- Sophie Blancke (Médecins pour le Peuple, Belgien, und Mitglied der Partei der Arbeit, PT): Linke Perspektiven in der täglichen Praxis – vom Umgang mit Widersprüchen bei den Médecins pour le Peuple und in der PT
- Debora Darabi (Politische Bildnerin und Ärztin): Was ist Gesundheit für den Kapitalismus?

13 – 14:00 **Mittagessen**

Nachmittags

Workshop Slots + Freie Slots für Initiativen

- Workshop 1 Kämpfe im Gesundheitswesen in USA in Zeiten von Trumps Regierung mit Eckardt Johanning (vdäa* Mitglied aus New York) und Margit Mayer (Berlin)
- Workshop 2 Militarisierung des Gesundheitswesens und unser Widerstand dagegen Michael Quetting (Saarbrücken), Karen Spannenkrebs und Annebirth Steinmann (beide vdäa* Hamburg)
- Workshop 3 Aufstand der Töchter-Streikbewegung bei der Charité Facility Management mit CFM-Kolleg*innen und Tim Graumann (angefragt)
- Workshop 4 Reality Check der Poliklinik Bewegung und assoziierte Kämpfe gegen Abbau von Sozialstrukturen Abbau/Ausbau von Care Strukturen
- Workshop 5 Gesundheitsversorgung für vulnerable Gruppen in Zukunft mit Nina Pritzens (akzept e.V., Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik)
- Workshop 6 Digitalisierung und soziale Determinierung

18:00 **Abendessen**

Abends Kein Programm. Zeit für Austausch, Bar, Zusammenkommen!

Sonntag Vormittag

- Aktuelle Gesundheitspolitik
- Jahreshauptversammlung mit Vorstandswahlen
- Diskussion über vdäa* Programmatik zum Thema Militarisierung
- Mittagessen

14:00 **Ende des Forums**

Anmeldung hier: <https://www.vdaae.de/forum/>

Wie immer gibt es eine Bettenbörse und auch Kinderbetreuung.



verein
demokratischer
ärzt*innen

