

# „Ein Kampf gegen Militarisierung ist ein Kampf gegen Ökonomisierung“



Gespräch mit Karen Spannenkrebs und  
Nadja Rakowitz (vdää\*)

*Das Gesundheitswesen wird zunehmend in militärische  
Logiken eingebunden. Während Teile der Ärzteschaft  
mitziehen, formiert sich zögerlicher Widerstand.*

Hallo Karen, hallo Nadja. Danke, dass ihr Zeit gefunden habt! Könnt ihr uns zunächst einen Überblick über die aktuellen Entwicklungen der zivil-militärischen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen geben? Wie sieht diese aktuell konkret aus?

**Karen Spannenkrebs:** Der Begriff zivil-militärische Zusammenarbeit ist zunächst neutral. Er bezeichnet erst einmal die beidseitige Zusammenarbeit zwischen zivilen Strukturen und dem Militär. Das gab es schon immer. Im aktuellen Kontext geht es vielmehr um eine Unterordnung der zivilen Infrastrukturen in ein Gesamtkonzept von Landesverteidigung. Konkret bedeutet das, dass Staat und Bundeswehr in wachsendem Maße auf zivile Strukturen angewiesen sind – etwa im Gesundheitswesen – und diese strategisch in militärische Planungen integrieren und entsprechend ausrichten wollen. Das findet auf verschiedenen Ebenen statt: Erstmal geht es um einen Wandel im Selbstverständnis, eine Änderung des Mindsets, dass auch im Gesundheitswesen eine Bereitschaft vorhanden sein muss, mit dem Militär zusammenzuarbeiten. Zum anderen erfordert dies konkrete planerische und organisatorische Maßnahmen, um den Zugriff auf zivile Strukturen zu gewährleisten und zu gestalten.

**Nadja Rakowitz:** Wir sind relativ früh darauf aufmerksam geworden, weil sich die Ärztekammern unmittelbar nach dem Verkünden der Zeitenwende mit

Feuer und Flamme dieser militärischen Logik untergeordnet haben. Auf Titelblättern ihrer Mitgliedszeitschriften tauchten plötzlich Panzer auf, der Präsident der Bundesärztekammer sitzt neben einem uniformierten Bundeswehrarzt und so weiter. Das sind Bilder, die gerade die Älteren unter unseren Vorstandsmitgliedern schnell an die 1980er Jahre erinnert haben. Viele Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen waren damals Teil der Friedensbewegung und damit konnte erfolgreich ein Gesundheitssicherstellungsgesetz verhindert werden. Mit dem Gesetz sollen zentrale Befugnisse, Abläufe und Ressourcen im Gesundheitswesen im Krisen- und Kriegsfall festgeschrieben werden, außerdem soll es strategische Patientensteuerung, die Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten für Ernstfallübungen sicherstellen. Wir haben auch dieses Mal früh reagiert. Es ist wirklich erschreckend, dass es im Mainstreamdiskurs oder auf medizinischen Veranstaltungen keinerlei Überlegungen dazu gibt, wie man Diplomatie und Abrüstung stärken könnte oder überhaupt eine Friedenspolitik macht. Sie lassen sich einfach auf das ein, was die Bundeswehr will.

### **Hat diese Entwicklung eine neue Qualität? Wie würdet ihr das im Vergleich zu den Erfahrungen aus den 1980er Jahren einordnen?**

**Karen:** Möglicherweise ist es gerade ein Verdienst der 1980er Jahre, dass die organisierte Ärzteschaft und das Gesundheitswesen lange eine gewisse Distanz zum Militär gewahrt haben. Auch während meines Studiums – und das liegt noch nicht so lange zurück – spielten Themen wie Katastrophenschutz oder eine Zusammenarbeit mit der Bundeswehr überhaupt keine Rolle. Das hat sich über die letzten Jahre radikal geändert. Das ging schon mit der Pandemie los: Da gab es eine zivil-militärische Zusammenarbeit in die andere Richtung. Damals war die Bundeswehr durchaus nützlich, teilweise um Engpässe zu überbrücken – wobei man sich natürlich fragen muss, warum es diese überhaupt gab. Das Interesse an Vorsorge für Krisen-, Katastrophen- und Kriegsszenarien ist seither spürbar gewachsen, wobei die Begriffe zu Beginn häufig vermischt wurden. Inzwischen hantiert man offen mit Begriffen wie Kriegsmedizin und zivile Verteidigung als ein Aspekt der Gesamtverteidigung.

**Nadja:** Das hat eine neue Qualität. Die Ärzteschaft in Deutschland ist traditionell sehr konservativ, auch im Vergleich zu anderen Ländern. Aber noch Anfang der 2000er Jahre gab es Ärztetagsbeschlüsse – die natürlich auf Initiative von Linken in den Ärztekammern gemacht wurden – wo man sich

explizit gegen Katastrophenmedizin und Kriegsvorbereitung ausgesprochen hat. Das ist nun vorbei. In den Jahrzehnten zuvor war die Masse der Gesellschaft in Deutschland und Westeuropa gegen Aufrüstung gewesen, weil die beiden Großmächte USA und UdSSR ihren Atomkrieg in Europa austragen wollten. Die Konstellation ist heute eine andere. So eine Positionierung ist beispielsweise im Ukraine-Krieg nicht so einfach.

**Karen:** Wegen der Durchökonomisierung des Gesundheitswesens merken viele Beschäftigte, dass fachfremde Akteur\*innen zunehmend über medizinische Fragen entscheiden und ökonomische Kriterien im Vordergrund stehen. Vor diesem Hintergrund lässt sich zumindest teilweise nachvollziehen, warum die Hinwendung zu Krisen- und Katastrophenszenarien für einige auch attraktiv erscheint: Plötzlich rücken wieder genuin medizinische und versorgungsbezogene Fragen in den Mittelpunkt. Das wird von manchen als eine Art Aufwertung des Gesundheitswesens und der Gesundheitsberufe erlebt.

**Spielt dabei auch eine gewisse Faszination für das Martialische eine Rolle? Wird das Feld der Kriegsmedizin womöglich als attraktiver neuer Spezialisierungsbereich wahrgenommen?**

**Karen:** Natürlich gibt es Leute, auf die es einfach eine große Faszination ausübt, mit Uniformierten zusammen Übungen durchzuführen, zersplitterte Knochen wieder zusammenzuflicken und die dann vielleicht nicht hinterfragen, was sie eigentlich gerade mit vorbereiten. Gerade in den chirurgischen Disziplinen und in den Rettungsdiensten scheint das Thema aktuell besonders gut zu verfangen.

**Nadja:** Insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie hat schnell erklärt: Entsprechende Qualifikationen seien bislang nur unzureichend vorhanden – oft beschränkt auf individuelle Zusatzfortbildungen. Wenn diese Kompetenzen systematisch aufgebaut werden sollen, seien alleine dafür 480 Millionen Euro notwendig. Das erleben wir oft bei der organisierten Ärzteschaft: Man macht mit, wenn es Geld gibt. So kann man es beispielsweise auch gerade bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft beobachten. Ich werde da etwas unruhig, weil es auch in der Nazizeit so war. Die Ärzt\*innen waren zwar die am höchsten organisierte Berufsgruppe im NS, aber ich denke, sie waren nicht alle überzeugte Nazis. Sie haben nicht gleich alles mitgemacht, was die Nazis von

ihnen verlangt haben, aber in dem Moment, als gezahlt wurde, waren sie voll und ganz dabei. Die Ärzteschaft hat lange Zeit gebraucht, bis sie sich damit auseinandergesetzt und das auch zugegeben hat. Dennoch traue ich der deutschen Ärzteschaft bei diesem Thema nicht über den Weg. Erfreuliche Ausnahmen gibt es natürlich immer.

**Könnt ihr das einmal konkretisieren: Was bedeutet die Zusammenarbeit zwischen Bundeswehr und Ärzteschaft in der Praxis? Welche Auswirkungen hat sie auf Arztpraxen und Krankenhäuser? Und wie gestaltet sich das konkret im Alltag?**

**Karen:** Wie diese Zusammenarbeit konkret ausgestaltet wird, befindet sich derzeit vor allem auf der strukturellen Ebene in Planung. Dabei werden zivile Akteur\*innen bereits einbezogen – teils auch proaktiv, indem sich Einzelne bereit erklären, etwa in Arbeitsgruppen oder Think Tanks an entsprechenden Konzepten mitzuwirken. Je nach Klinikum und Versorgungsniveau werden konkret verschiedene Rollen zugewiesen. Da geht es von den Maximalversorgern, die etwa im Kriegsfall die Rolle haben, deutsche und verbündete Soldaten zu versorgen bis zu Arztpraxen, die laut „Rahmenplan Zivile Verteidigung in Berlin“ dafür da sein sollen, die Zivilbevölkerung nebenher möglichst gut zu versorgen. Wir befinden uns ja glücklicherweise nicht im Krieg, aber es geht darum, die Strukturen verfügbar zu machen, das heißt, Hierarchien und Befehlsketten aufzubauen, um im Ernstfall die verpflichtende Mobilisierung von Personal und Ressourcen zu ermöglichen.

**Nadja:** Am Berliner Rahmenplan kann man das gut nachvollziehen. Das beginnt bereits bei den Arbeitsverhältnissen: Da wird überlegt, wie viel Personal benötigt wird. Alle, die in Teilzeit arbeiten oder noch einen Nebenjob haben, können zu Vollzeit verpflichtet werden. Wie holt man Personen zurück, die gekündigt haben oder ganz ausgestiegen sind? Auch eine verpflichtende Einbindung wird mitgedacht – eben über ein Gesundheitssicherstellungsgesetz. Im Notfall und wenn man nicht genügend Fachpersonal findet, sollen die Berliner Verwaltungsbeschäftigten in einem Kurzlehrgang zu Hilfspflegekräften umgeschult werden. Es wird darüber hinaus eine Abkehr von der Individualmedizin postuliert. Diese bedeutet, man behandelt die Patient\*in ausschließlich aufgrund ihrer Verletzungen, also ohne Rücksicht auf ihren beruflichen Status, ihren Pass, oder ob sie Geld hat. Eine Abkehr davon bedeutet, dass man die Patient\*innen in Zivile oder Militärs

einteilt, bevor man etwas macht. Genau dagegen wehrt sich nun die Berliner Ärztekammer, da es dem ärztlichen Eid, dem Genfer Gelöbnis, dem den Grundsätzen des Weltärztebunds und anderem widerspricht. Dennoch steht das so schon in den Rahmenplänen: Nicht notfallmäßige Eingriffe werden verschoben oder ganz abgesagt. Es wird nach Kriegsregeln triagiert werden und nicht mehr wie in zivilen Notfällen.

**Karen:** Daran schließen sich relevante, auch ethische Fragen an. Im Berliner „Rahmenplan Zivile Verteidigung“ wird etwa lapidar formuliert, es sei noch offen, ob Soldat\*innen vor der Zivilbevölkerung priorisiert werden. Das ist ein Skandal, denn natürlich wird bereits mitgedacht, Soldat\*innen bevorzugt zu behandeln. Noch wichtiger ist aber die strukturelle Ebene: Wenn die Ressourcen knapp werden und man von vornherein Krankenhäuser für Soldat\*innen reserviert, dann ist es letztendlich egal, nach welchen Kategorien ich triagiere. Es wird Leute geben, die werde ich nicht behandeln können. Wir müssen uns klar machen, was es das im Ernstfall für die Versorgung bedeutet.

**Nadja:** Da ist ein Blick nach Israel nützlich. Seit der Gaza-Krieg begonnen hat und mehr Soldat\*innen in die Gesundheitseinrichtungen gehen, fällt die Zivilbevölkerung hinten runter und die Wartezeiten sind sehr viel länger geworden. Und das ist nur ein Beispiel. Im Grünbuch ZMZ 4.0 wird das auch ganz klar gesagt: Die Bevölkerung ist nicht auf diesen Ernstfall vorbereitet, aber wir müssen sie darauf vorbereiten.

**Das klingt auch gleichzeitig nach Klassenmedizin. Prekarisierte und marginalisierte Bevölkerungsgruppen werden hinten angestellt. Könnte man das als eine Verschärfung des neoliberalen Zugriffs aufs Gesundheitssystem beschreiben?**

**Karen:** Jein. Ich denke, es läuft nochmal nach einer anderen Logik. Die Individualmedizin ist ja schon heute nicht frei von Selektionsmechanismen. Das erste, auf was im Krankenhaus geschaut wird, ist der Krankenversicherungsstatus einer Person. Davon ausgehend erhält diese dann deutlich mehr Versorgung, nur eine mittlere Versorgung oder wirklich nur das Mindeste, wenn sie keine Versicherung hat. Diese Formen selektiver Versorgung sind längst etabliert, und Assistenzärzt\*innen werden im Berufsalltag von den Oberärzt\*innen oder den DRG-Fachkräften auch entsprechend daran herangeführt – etwa durch ökonomische Vorgaben oder Abrechnungslogiken. Das wird jetzt nochmal zunehmen, aber nicht primär

nach einer ökonomischen Logik, sondern einer militärischen: Wer ist jetzt wichtig für unsere Gesamtverteidigung, unsere nationale Sicherheit?

**Nadja:** Wobei die nicht ersetzt wird, sondern es dann eben eine Kriegsökonomie ist. Ein Kampf gegen Militarisierung muss auch einen Kampf gegen eine Ökonomisierung des Gesundheitssystems implizieren. Das ist eine Lehre aus dem Nationalsozialismus: Der Expertenrat Gesundheit und Resilienz, der zur Vorbereitung der zivil-militärischen Zusammenarbeit eingerichtet wurde, stellt selbst fest, dass zwischen dem zivilen Gesundheitssektor und den Sicherheitsbehörden, insbesondere dem Militär in Deutschland, eine bewusste, verfassungsrechtlich und gesellschaftlich akzeptierte Trennung eingerichtet worden war nach 1945 – und diese gelte es nach deren Logik jetzt zu überwinden. Die Lehren aus der Geschichte müssten als nicht mehr zeitgemäß dargestellt werden.

**Ihr habt sehr eindrücklich den aktuellen Stand beschrieben. Welcher Widerstand formiert sich dagegen? Welche Formen von Widerstand erscheinen euch gegen diese Eingriffe beziehungsweise die fortschreitende Militarisierung sinnvoll?**

**Nadja:** Das ist eine schwierige Frage. Innerhalb der organisierten Ärzteschaft gibt es erste Reaktionen, wie die Erklärung gegen den Rahmenplan in Berlin – allerdings mit der Kompromissformel, in Zukunft in solche Planungen einbezogen werden zu wollen, um das Ganze „kritisch begleiten zu können“. Das geht also nicht sonderlich weit. Darüber hinaus gibt es Initiativen wie die der IPPNW, also die Ärzteorganisation zur Verhinderung eines Atomkriegs, die mit Unterschriftensammlungen und öffentlichen Stellungnahmen gegen die Militarisierung im Gesundheitswesen arbeiten. Aber eigentlich muss man die Debatte stärker in die Beschäftigtenstrukturen, in die Gewerkschaften hineinbringen. ver.di als Bundesorganisation hat im Moment noch kein wirkliches Interesse, aber auf regionaler und lokaler Ebene gibt es viele ver.di-Aktivist\*innen, die den Kampf gegen die Militarisierung aufgenommen haben, Veranstaltungen organisieren, Aktionen initiieren und so weiter.

Insgesamt sehe ich aber, dass ein kritisches Bewusstsein noch nicht bei den Belegschaften angekommen ist, auch nicht als Bewusstsein, dass da etwas auf sie zukommen wird, zu dem sie sich verhalten werden müssen. Denn sie werden gezwungen werden, sich politisch zu positionieren. Und wenn sie es

nicht tun, ist das auch eine Positionierung. Wir als vdää\* versuchen, das Material und die Argumente dafür zu liefern, dass die Auseinandersetzung an Fahrt aufnimmt. Dazu machen wir auch viele Veröffentlichungen und Veranstaltungen. Aber es benötigt noch mehr Organisierung in den Betrieben.

**Karen:** Positiv formuliert: Wir arbeiten bereits daran. Im Moment liegt unser Fokus vor allem auf Aufklärung – innerhalb des Gesundheitswesens, aber auch darüber hinaus. In einem Arbeitskreis diskutieren wir monatlich unterschiedliche Themen, holen Inputs ein, tauschen Argumente aus und schärfen unsere Positionen. Entscheidend ist jedoch, die Auseinandersetzung in die Strukturen des Gesundheitswesens selbst zu tragen: Beschäftigte aufzuklären und sie dazu zu befähigen, sich gegen eine zivil-militärische Zusammenarbeit zu positionieren. Und das gilt perspektivisch auch über das Gesundheitswesen hinaus, denn die zivil-militärische Zusammenarbeit betrifft ja viele gesellschaftliche Bereiche.

Die Rolle des Gesundheitswesens ist aber nicht zu unterschätzen, denn ohne ist es nicht möglich, einen Krieg zu führen. Das Gesundheitswesen ist ein elementarer Baustein der Gesamtverteidigungsstrategie. Vielleicht sollte uns das auch ein wenig Hoffnung geben: Wenn sich Beschäftigte im Gesundheitswesen dieser Bedeutung bewusst werden, kann das eine Grundlage dafür sein, sich aktiv zu positionieren und Einfluss zu nehmen.

**Habt ihr Ideen oder Strategien, wie sich dieses Bewusstsein in die Belegschaften und in die Ausbildung junger Mediziner\*innen tragen lässt?**

**Karen:** Entscheidend ist, in die Breite zu gehen – das kann keine einzelne Organisation allein leisten, schon gar nicht der vdää\*. Es gibt bereits Ansätze: etwa Gruppen kritischer Medizinstudierender, die politisch zwar heterogen sind, sich dem Thema aber zunehmend widmen und eigene Veranstaltungen organisieren. Auch im Ausbildungsbereich tut sich etwas: In Hamburg haben sich beispielsweise Auszubildende im Gesundheitswesen gezielt gegen die Militarisierung organisiert. Letztendlich bräuchte es aber die Gewerkschaften, um das Thema in die Breite zu tragen. Auch wenn die von der Basis dazu bewegt werden müssen, damit sich etwas tut.

**Nadja:** Nur der Marburger Bund, die Ärztegewerkschaft, ist für uns diesbezüglich kein Adressat. Die sind Feuer und Flamme für die

Militarisierung und verschicken in ihren Newslettern Bundeswehrwerbung. Insofern richtet sich der Blick umso stärker auf jüngere Generationen.

### **Die junge Generation steht mit der Einführung des neuen Wehrdienstes ja besonders unter Druck...**

**Karen:** Ich erlebe schon, dass gerade jüngere Leute aktiv werden und gegen die Wehrpflicht protestieren. Einige von ihnen kommen dann auch über Ausbildungen im Gesundheitsbereich – etwa in Pflege oder Therapie – mit diesen Fragen in Berührung und greifen sie dort wieder auf. In dieser Generation passiert derzeit viel. Wichtig ist aber ebenso, auch diejenigen einzubeziehen, die schon im Gesundheitswesen arbeiten und vielleicht schon Oberärzt\*innen oder Betriebsräte sind.

**Nadja:** Es geht ja auch nicht nur darum, selbst eingezogen oder verletzt werden zu können, sondern auch darum, niemand anderen zu verletzen oder umzubringen. Krieg heißt: Du bringst andere um, für Ziele, die andere für dich formulieren – und auf der Gegenseite gilt dasselbe. Auch hier gibt es einen Klassenaspekt. Es sind nicht die Kinder der Reichen, sondern Menschen aus den unteren Schichten werden rekrutiert. Mir erzählen Leute von der DIDF (Föderation demokratischer Arbeitervereine, Anm. Red.), dass es für migrantische Jugendliche, die am Jobmarkt in Deutschland immer noch diskriminiert werden und die die schlechteren Jobs kriegen, einfach attraktiv ist, 2.600 Euro bei der Bundeswehr zu erhalten. Sie kriegen einen Job bei der Bundeswehr und müssen dann ihren Kopf für eine Gesellschaft hinhalten, die sie im zivilen Leben diskriminiert. Was für ein Scheiß! Naja, und dafür erhält man dann vielleicht eine Vorzugsbehandlung im Krankenhaus – ein schlechter Kompromiss.

Unsere Aufgabe ist es, zu zeigen, dass es eine Illusion ist, einen Krieg zu führen, geschweige denn „gewinnen“ zu können und gleichzeitig eine verlässliche Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten. Wir erleben aktuell, dass in Kriegen Gesundheitseinrichtungen und medizinisches Personal gezielt angegriffen werden. Das passiert ganz massiv in Gaza, aber auch in der Ukraine, im Iran oder in Libanon. Das sind eklatante Verstöße gegen die Genfer Konvention und gegen Völkerrecht. Aber die scheinen im Moment ja einfach ausgehebelt. Wir müssen auch betonen, dass Menschen, selbst wenn sie körperlich unversehrt aus einem Krieg kommen, erhebliche psychische

Folgen davontragen werden. Auch das gehört zur Verantwortung von Beschäftigten im Gesundheitswesen.

## **Orientiert ihr euch auch an widerständigen Bewegungen außerhalb Deutschlands?**

**Nadja:** Ja, denn wir können diese Auseinandersetzungen nicht alleine in Deutschland führen, sondern müssen die Arbeit internationalisieren. Wir versuchen deshalb auf Ebene des Gesundheitswesens uns mit Kolleg\*innen in Belgien, Griechenland und anderen Ländern zu vernetzen. Am 20. Juni 2026 findet eine Konferenz zum europäischen Widerstand gegen den Krieg in London statt. Denn auch unsere Gegner agieren längst auf europäischer Ebene. In Fachzeitschriften wie *The Lancet* finden sich zum Beispiel Vorschläge für eine europäische Gesundheitsarchitektur, die sich explizit an militärischen Strukturen orientiert – etwa am US-Verteidigungsministerium. Dabei geht es um die europäische Koordinierung im Kriegsfall: Wie werden Verwundete und Soldaten grenzüberschreitend verteilt? Wie funktionieren Kommunikations- und Versorgungsstrukturen zwischen verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen, insbesondere in Grenzregionen? Wenn sich diese Entwicklungen europäisieren, muss auch der Widerstand international ausgerichtet sein.

\*\*

Karen Spannenkrebs ist Ärztin in Weiterbildung und Co-Vorsitzende des [Vereins demokratischer Ärzt\\*innen \(vdää\\*\)](#). Nadja Rakowitz ist Politologin und Medizinsoziologin und arbeitet in der Geschäftsstelle des vdää\*. Dieser versteht sich als kritische Alternative zu klassischen Ärzteverbänden und stärkt politisches Engagement, Vernetzung und gesellschaftskritische Perspektiven im Gesundheitswesen.

Das Gespräch führten Johanna Bröse und Sascha Kellermann.

## **Literatur zur Vertiefung**

Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*). Gegen die Militarisierung im Gesundheitswesen. Maintal. Broschüre, [3. Auflage, März 2026](#).

Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*), Solidarisches Gesundheitswesen e.V. (Hg.). Medizin in der Krise. Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin, [Nr. 2/2025](#).

Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*), Solidarisches Gesundheitswesen e.V. (Hg.). Krieg und Militarisierung des Gesundheitswesens. Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin, [Nr. 2/2024](#).

**Zitathinweis:** Johanna Bröse und Sascha Kellermann: „Ein Kampf gegen Militarisierung ist ein Kampf gegen Ökonomisierung“. Erschienen in: Zivil-Militärische Zusammenarbeit. 79/ 2026. URL: <https://kritisch-lesen.de/s/8qB3R>.

## Lizenzhinweise

Copyright © 2010 - 2026 kritisch-lesen.de Redaktion - Einige Rechte vorbehalten

Die Inhalte dieser Website bzw. Dokuments stehen unter der [Creative Commons Namensnennung-NichtKommerziell-KeineBearbeitung 3.0 Deutschland Lizenz](#). Über diese Lizenz hinausgehende Erlaubnisse können Sie über unsere [Kontaktseite](#) erhalten.

Sämtliche Bilder sind, soweit nicht anders angegeben, von dieser Lizenzierung ausgeschlossen! Dies betrifft insbesondere die Abbildungen der Bücher und die Ausgabenbilder.