

Globale Gesundheit dekolonisieren! Globale Sorgeketten und Sorgeextraktivismus während der Pandemie

CHRISTA WICHTERICH

Die SARS-Covid-19 Pandemie legte neben der kapitalistischen auch die koloniale Matrix von Macht (Mignolo 2011) im globalen Gesundheitssystem offen. Verschiedene zivilgesellschaftliche Bewegungen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene kritisierten in den sozialen Medien oder auf den Straßen die Herrschaftsstrukturen in den Gesundheitssystemen. Die Proteste reichten während der Pandemie vom Singen und Klatschen zur Unterstützung des völlig überlasteten Gesundheitspersonals bis hin zu den kritischen Analysen der transnationalen Bewegung #Decolonise #GlobalHealth.¹ Die online-Bewegung nutzte die eklatante Impfungerechtigkeit, um die schon lange artikulierte Kritik an post-kolonialen Machtverhältnissen in Forschung, Wissenstransfer und den Institutionen des globalen Gesundheitswesens zuzuspitzen. Die Entwicklung, die Lieferketten und Verteilung des Impfstoffs legen zum einen die kolonialen Langzeitdynamiken und zum anderen die handels- und patentpolitische Übersetzung dieser Machtasymmetrien auf dem Kapitalmarkt offen (Lawrence 2020). Besonders die klinischen Tests der Covid-19-Impfstoffe zeigen erneut, wie z.B. Afrika als Rohmaterial für westliche Forschung genutzt wird, die wissenschaftlichen Erfolge aber nicht geteilt werden (Tilley 2020).

People's Vaccine Alliance², unterstützt von der internationalen People's Health Movement³, will die Impf-Apartheid beenden, klagt die öffentliche Finanzierung privatwirtschaftlicher Entwicklung und Produktion ebenso an wie die Verschwendung von Impfstoff in westlichen Ländern und die Steuerflucht der großen Pharmakonzerne. Sie weist naturalisierende Narrative zurück, dass Afrikaner*innen impfskeptisch und unfähig zum Aufbau von Forschungs- und Produktionskapazitäten seien. Sie fordert, nicht nur Patentrechte, sprich: private Rechte an geistigem Eigentum außer Kraft zu setzen, sondern will insgesamt verhindern, dass die Privatwirtschaft und industrielle Marktprinzipien eine vollständige Kontrolle über Gesundheitssysteme übernehmen.⁴ Die Forderung nach Impfgerechtigkeit als Ausdruck globaler Solidarität, die Gesundheit nicht nur als individuelles und nationales, sondern als globales Gemeinschaftsgut betrachtet, zielt auf einen Rückbau dieser post-kolonialen und kapitalistischen Strukturen (Büyüm et al. 2020; Khan et al. 2021).

Als ein Muster für globale Ungleichheiten, in denen sich koloniale Machtstrukturen fortsetzen, kritisiert #Decolonise #GlobalHealth die ungleichen Ströme von Gesundheitspersonal zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Ländern. Die Zahl des ausgebildeten medizinischen und pflegerischen Personals, das vom Globalen Süden in den Globalen Norden⁵ migriert, liegt ungleich höher als die Zahl von Expert*innen aus wohlhabenden Ländern, die in ärmeren Ländern den Ausbau theoretischer und praktischer Gesundheitskapazitäten unterstützen (Kwete et al. 2022).

Der folgende Beitrag greift die Kritik der #Decolonise #GlobalHealth-Bewegung auf und rückt die Krankenpflege als einen neuralgischen Kern der Gesundheitsversorgung sowie Krankenpfleger*innen als zentrale Gesundheitsakteur*innen ins Zentrum der Analyse. Leitende Fragestellungen sind, wie sich die Kolonialität der Macht in zwei historischen Phasen der Organisierung von Krankenpflege manifestiert hat und wie die strukturellen, diskursiven und subjektiven Dimensionen der Kolonialität in der professionellen Krankenpflege historisch und aktuell verflochten sind.

Zunächst werden im Rahmen einer qualitativen Literaturstudie, anknüpfend an die kritische Literatur zu Tropenmedizin und an die historische Forschung zu „Colonial Caring“ (Sweet/Hawkings 2015), der Aufbau und die Professionalisierung der Krankenpflege in den Kolonialregimen des 19. Jahrhunderts in seinen Grundlinien nachgezeichnet (Quijano 2000). Dabei steht aus einer intersektionalen Perspektive die vergeschlechtlichte und rassifizierte Prägung des Pflegeberufs im Rahmen kolonialer Herrschaft im Zentrum. Im zweiten Teil wird untersucht, wie koloniale Macht aktuell in Global Care Chains fortwirkt, die auf post-kolonialen globalen Ungleichheiten basieren. Dazu wird über die Gestalt der Krankenpfleger*in die historische Forschung zum Aufbau transnationaler Gesundheitsversorgung durch Kolonialmächte mit empirischen Studien über transnationale Sorgeketten verknüpft. Es soll gezeigt werden, wie sexistische, rassistische und neokoloniale Hierarchien die transnationale Ökonomisierung von Care und Pflege auf kapitalistischen Märkten befördern.

In der aktuell breiten Literatur über Global Care Chains finden deren koloniale Wurzeln und ihre koloniale Logik wenig Beachtung. Dieser Beitrag arbeitet ausgehend von einer Analyse filipino*-amerikanischer Sorgeketten (Choy 2003) mit einer aktuellen Zeit- und Raumdiagnose die Kolonialität der Macht in Global Nursing Chains heraus. Dabei knüpft er auch an die Kolonialität von Migration durch rassistische Diskriminierung im Geflecht von Migrations- und Visumpolitiken, Export und Import von Arbeitskräften, kapitalistischen Märkten und prekären Beschäftigungsformen an (Gutiérrez Rodríguez 2018). Im Anschluss daran verbindet diese Studie feministische politische Ökonomie mit sozio-kultureller Ökonomie (Sum/Jessop 2013) und mit Kategorien von (De)Kolonisierungstheorien. Ziel ist, herrschaftliche Strukturen in der Krankenpflege sichtbar zu machen, um sie abschließend als Anknüpfungspunkte zur Zusammenführung verschiedener Protestbewegungen im Gesundheitssektor nutzen zu können.

Die Kolonialität globaler Gesundheit

Das Konzept globaler (früher: internationaler) Gesundheit, das institutionell in der Weltgesundheitsorganisation WHO verortet ist, wird als interdisziplinäres Arbeitsfeld verstanden, das global relevante Gesundheitsthemen abdeckt und ausgehend von Gesundheit als Menschenrecht normativ globale Chancengleichheit medizinischer Versorgung als Ziel setzt (Koplan et al. 2009; Bozorgmehr 2010).