

Globale Gesundheit dekolonisieren! Globale Sorgeketten und Sorgeextraktivismus während der Pandemie

Wichterich, Christa

2023

<https://doi.org/10.25595/4423>

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wichterich, Christa: *Globale Gesundheit dekolonisieren! Globale Sorgeketten und Sorgeextraktivismus während der Pandemie*, in: *Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft*, Jg. 32 (2023) Nr. 1, 70–86. DOI: <https://doi.org/10.25595/4423>.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v32i1.06>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>

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).

Historische Arbeiten, aber auch Gesundheitswissenschaftler*innen und -praktiker*innen verweisen seit Jahren auf die koloniale und imperiale Kontinuität der Tropenmedizin in Forschung, Ausbildung und Institutionen des globalen Gesundheitswesens (Fofana 2021). Die Tropenmedizin konzentrierte sich zunächst auf die Erforschung von Infektionskrankheiten in den Tropen, um Vertreter*innen der Kolonialmächte vor Ort schützen zu können (Neill 2012, 13ff.). Als Epidemien im 19. Jahrhundert vielen Arbeitskräften in den Kolonien das Leben kosteten und zunehmend auch zu einer Bedrohung in Europa wurden, nahm sie eine monokausale Sicht auf die Entstehung von Epidemien ein und verortete ihren jeweiligen Ursprung in bestimmten tropischen Regionen und bei bestimmten Bevölkerungsgruppen. Versuchsanordnungen an menschlichen Körpern in den Kolonien waren aufgrund dieser kausalen Zuschreibung eine verbreitete Forschungsmethode (Bauche 2017).

Damit fungierte die Tropenmedizin einerseits als Instrument der rassifizierten Konstruktion der Fremden und Anderen in Kolonialregimen, andererseits als Mittel zum Aufbau von stratifizierten und separierenden Gesundheitssysteme in den Kolonien, wodurch die Machtasymmetrien verschärft wurden. Die Kritik am Konzept globaler Gesundheit fordert, die sozialen, ökonomischen, kulturellen, politischen und historischen Ursachen von Krankheiten – anders als die Tropenmedizin das getan hat – bei deren Bekämpfung einzubeziehen (Packard 2016; Bozorgmehr 2010).

Die diversen Missionsgesellschaften aus verschiedenen Ländern Europas bildeten in den Kolonien durch ihre Bildungs- und Gesundheitsangebote mit dem Anspruch von Nächstenliebe und Mitleid eine Vorhut für die Christianisierung und die Verbreitung westlicher Wissens- und Wertesysteme. Im Folgenden werden skizzenhaft übereinstimmende Herrschaftsachsen unterschiedlicher Kolonialregime beleuchtet. Die Kolonialmächte beriefen sich mit ihren Gesundheitsangeboten an die Einheimischen auf die christliche Mission und einen universellen Humanitarismus der westlichen Zivilisation. Die Krankenpflege in den verschiedenen Kolonialregimen, von Sweet und Hawkins (2015) „Colonial Caring“ genannt, setzte westliches bio-medizinisches Wissen und entsprechende Gesundheitspraktiken, wenn auch mit unterschiedlichen Dynamiken, aber doch normativ als universell gültig und konstruierte sie als allen autochthonen Wissens- und Praxissystemen überlegen. Tradierte indigene Kenntnisse und Fähigkeiten wurden marginalisiert bzw. subalternisiert, aber bestanden weiterhin und prägten lokale Praktiken.

Entsprechend diesem herrschaftlich-eurozentristischen Modell wurde eine rassifizierte Trennung zwischen den weißen Kolonialmenschen und den Anderen, den Indigenen, den Unzivilisierten konstruiert. Damit einher ging das christliche Hilfe- und Rettungssyndrom, was die rassifizierte Pathologisierung verschiedener Bevölkerungsgruppen und die Erniedrigung der Kolonisierten zu bloßen Empfänger*innen von Wohltätigkeit und paternalistisch barmherziger Fürsorge festschrieb (Fofana 2021). Dadurch wurde die Überlegenheit der Kolonialmenschen und ihres Wissens stets reproduziert (für (Latein)Amerika Quijano 2000; für Afrika Affun-Adegbulu/Adegbulu 2020; Tilley 2016). Die Hierarchien materialisierten sich im Zuge der

Einführung eines dualen Bildungs- und Gesundheitssystems bzw. eines Apartheitsystems in Bildung und Gesundheit: getrennte Schulen und Krankenhäuser für die Weißen und für die Einheimischen.

Weiß männliche Ärzte, Kranken, schwestern⁶ und biomedizinisches Wissen spielten eine wichtige Rolle für das imperiale Projekt von Eroberung und Unterwerfung, indem sie mit dem Narrativ einer zivilisatorischen Mission koloniale Herrschaft konsolidierten und der zerstörerischen Dynamik der Kolonialisierung eine soziale, sorgende, friedliche Mission an die Seite setzten (Neill 2012, 13ff.). Das ‚Mutterland‘ kehrte mit der Aufklärung über Gesundheit und Hygiene und dem Aufbau medizinischer Versorgung und sanitärer Einrichtungen eine mütterliche, fürsorgliche Seite gegenüber den Enteigneten und Entrechteten hervor (Sweet/Hawkins 2015). Die Ausbildung der Kolonisierten und Wissensvermittlung an die Unwissenden galten als zentrales Element der „white man’s burden“, der „mission civilisatrice“ in den französischen Kolonien und der „ethischen Politik“ der Niederländer in den West-Indies (Hesselink 2015, 147). Gesundheitsversorgung wurde aber auch als Investition betrachtet, die sich in gesunden Arbeitskräften für das Kolonialregime auszahlen sollte (Neill 2012). Bilden und Disziplinieren verschränkten sich dabei ebenso wie Fürsorge und Überwachung. Durch den engen Kontakt mit der lokalen Bevölkerung konnten die weißen Gesundheitsarbeiter*innen als ‚Agent*innen des Regimes‘ im Foucaultschen Sinne Informationen über die Unterlegenen und über Patient*innen sammeln. Diese Informationen dienten dazu, sie zu kontrollieren, zu spalten und zu isolieren, so z.B. in urbanen Siedlungen, in strikt getrennten europäischen/weißen und einheimischen Krankenhäusern (Sweet/Hawkins 2015) oder in nach Geschlecht, Klasse und Herkunft organisierten Stationen in Krankenhäusern (Hesselink 2015).

Pflege als Eroberung und Fürsorge

Wie die Ausführungen oben zeigen, hat der medizinische Kolonialismus die Machtsymmetrien in der medizinischen Wissensproduktion sowie in der Gesundheitsversorgung und -praxis festgeschrieben. Vertieft wurde diese Machtmatrix zudem durch die Rekrutierungspraktiken, um professionelle Pflegekräfte für die Kolonialregime zu gewinnen. Die ersten Krankenpflegerinnen in den Kolonien waren im 19. Jahrhundert Nonnen aus katholischen, protestantischen oder anglikanischen Schwesternschaften (für Südafrika: Searle 1965). Sie waren Ikonen pflegerischer Selbstlosigkeit, der Aufopferungsbereitschaft und des Altruismus außerhalb der Familie. Die medizinische Betreuung von Verwundeten in den Kriegen machte eine gezieltere Rekrutierung und jenseits der laienhaften Versorgung eine erste Professionalisierung der Krankenpflege notwendig. Dabei wurden die Pflegekräfte und ihr Einsatz, wie im Folgenden skizziert wird, nach Geschlecht, Klasse und Hautfarbe differenziert. Das britische Regime rekrutierte Krankenschwestern aus England, um die medizinische Versorgung der Kolonialmenschen vor Ort und die Pflege verwundeter Sol-

daten sicherzustellen, so zum Beispiel während des indischen Aufstands 1849 oder während des Anglo-Burischen Kriegs im südlichen Afrika 1899. Für die französischen Kriege in Afrika wurden dagegen Sanitäter sowie ausschließlich männliche Pflegekräfte und Chirurgen mobilisiert. Die holländische Kolonialmacht aktivierte aus den Niederlanden Frauen aus guten Familien für das heutige Indonesien, die beim Pflege training für junge Indonesier*innen aus oberen Schichten – mehr Männer als Frauen – als Vorbilder dienen sollten (Hesselink 2015). Krankenschwestern des Deutschen Frauenvereins, meist aus bürgerlichen und adligen Schichten, wurden auf Zeit in die „Schutzgebiete“ genannten deutschen Kolonien in Afrika entsendet (Schweig 2012, 9). Begeistert von der deutschen Kolonialpolitik gründete der „Deutschnationale Frauenbund“ Pflegestationen in Sansibar und Ostafrika (Schweig 2012). Die für den Einsatz in den Kolonien trainierten Krankenschwestern wurden mit Anstands- und Benimmregeln sowie moralischer Ertüchtigung auf ihre zivilisatorische Mission vorbereitet (für Südafrika: Dale 2015). Dagegen verboten kulturelle Normen Frauen in der spanischen Kolonie Puerto Rico, überhaupt öffentlich außerhalb der eigenen Familie als Krankenpflegerin tätig zu werden (Conner-ton 2015). Ob die professionelle Krankenpflege nun sozio-kulturell bedingt Frauen oder Männern zugeschrieben wurde – in jedem Fall transportierten die europäischen Kolonialmächte das binäre Geschlechtermodell der männlich-weiblich-Hierarchie. Diese auferlegte normative Universalisierung der Binarität nennt Maria Lugones (2016, 13) die „Kolonialität von Geschlecht“.

Klassistische, rassifizierte und kulturelle Stereotypisierung der Pflege

Grundsätzlich war Krankenpflege in allen europäischen Kolonialmächten mit dienender Weiblichkeit konnotiert und in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung verankert (Bischoff 1992). In England wurde der Beruf mit einer Grundausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts als Möglichkeit für Frauen aus der Mittel- und Oberschicht gesehen, am öffentlichen Leben durch dienende, wohltätige und religiös motivierte Tätigkeiten teilzunehmen⁷ (Wetterer 2002, 295). Die sogenannten „Ladies“ aus der privilegierten Klasse praktizierten in dem als nobel etikettierten Beruf eine scharfe Distinktion gegenüber Frauen aus unteren Schichten und unterstützten das Stigma mangelnder Hygiene, mangelnder Bildung und sexueller Liberalität der einfachen Krankenpfleger*innen. Vom Staat forderten sie die Einführung einer Registrierung, um Krankenpflege berufsständisch zu profilieren und zu schützen. Damit entstand im Krankenhaus zusätzlich zur Hierarchie zwischen Pflegekräften und Ärzt*innen – damals fast ausschließlich Männer – eine weitere Hierarchie innerhalb der Pflege zwischen den mit medizinischem Wissen ausgebildeten Krankenschwestern und den Helfer*innen, die die eher körperlichen Arbeiten und Reinigung übernehmen mussten (van der Linden 2021). Gegenüber dem ärztlichen, akademisierten Berufsbild des Heilens wurde das Berufsbild der institutionell nachgeordneten Krankenpflege sozial stark stratifiziert.

Der Hintergrund dafür ist, dass der Beruf von Krankenpfleger*innen und Hebammen in vielen Kulturen höchst ambivalent konturiert war und ist, nämlich als unreine Arbeit – extrem im brahmanischen Kastensystem Südasiens – und gleichzeitig als ehrenvolle altruistische Tätigkeit (Wetterer 2002). Zudem haftete dem Berufsbild wegen der Pflege von Soldaten, der Nachtschichten und der Ehelosigkeit das Stereotyp liberaler Sexualmoral an, das stets auch mit Klasse, Ethnie und Herkunft verknüpft wurde. Männliche Phantasien sexueller Verfügbarkeit mutierten in eine Zuschreibung von weiblicher Frivolität oder gar Sexarbeit, was je nach Entfernung der Krankenschwestern von der heimatlichen patriarchalen Kontrolle und erst recht durch Migration verstärkt wurde (Nair/Healey 2006, 3; Dale 2015; Walton-Roberts 2012). Der weibliche Körper und die zugeschriebene weibliche (Un)Moral waren und sind zentrale Faktoren für die Diskurse um den Status von Krankenschwestern und dienten auch als Legitimation, um patriarchale Kontrollen über Wohnen und Aufenthalt der Pfleger*innen zu etablieren.

Angelsächsische Krankenschwestern waren meist in die Kolonien aufgebrochen, um die dort lebenden Weißen, Soldaten, Siedler*innen und Verwaltungspersonal medizinisch zu versorgen. Die Ladies bevorzugten die Pflege weißer Patient*innen und wollten nicht auf Stationen für Einheimische arbeiten.⁸ Das sollten einheimische Pflegekräfte übernehmen, die ab Mitte des 19. Jahrhunderts von den qualifizierten Ladies in Trainingsstationen an Krankenhäusern und in Missionsschulen ausgebildet wurden. Auf Basis von Segregierung wurden den weißen sowie den einheimischen Krankenschwestern „historische soziale Identitäten“ mit spezifischen Rollen an spezifischen geopolitischen Orten und in kolonialen Ordnungen zugeschrieben (Quijano 2000, 534).

Im Zuge solch eurozentristischer Distinktionsmechanismen, in die klassenbasierte und rassistische Hierarchien eingeschrieben waren, besetzten die Ladies im Dienst des britischen Imperialismus alle Führungspositionen der Pflege im Queen Alexandra's Imperial Military Nursing Service (QAIMNS). Diese Pflegeelite diskriminierte auf dem indischen Subkontinent mit dem Anspruch moralischer und professioneller Überlegenheit⁹ die angelernten indischen Krankenschwestern, aber auch weiße Kolleginnen aus unteren sozialen Klassen (Nair/Healey 2006). Sie wurden eine Speerspitze der kolonialen Disziplinierung und kontrollierten die Zugänge zum professionalisierten Pflegeberuf durch rassistische und klassenspezifische Diskriminierungs- und Selektionspraktiken. In Indien wurden bevorzugt christianisierte Missionsschüler*innen im südindischen Kerala als Pflegehelfer*innen ausgebildet. Sie bilden bis heute die Mehrheit der Krankenpfleger*innen in Indien und der ins Ausland migrierten indischen Pflegekräfte. In Südafrika war eine universitäre Pflegeausbildung zunächst Weißen vorbehalten; erst 1985 schloss der erste schwarze Krankenpfleger die akademisierte Ausbildung mit einem Bachelor ab.

Um den Stereotypen von Unreinheit und sexueller Freizügigkeit entgegenzuwirken, adelten christliche Missionen die Krankenpflege durch Konzepte von Disziplin und Sorgeethos, Selbstaufopferung und nonnenhafter Entsexualisierung. Das äußere

Symbol dafür waren die weiße Uniform und die Haube der ‚Schwestern‘, die zudem darauf abzielten, eine kollektive professionelle Identität aufzubauen (Nair/Healey 2006, 4). Sie ist prototypisch für die Verschränkung von politischer und sozio-kultureller Ökonomie, für Mechanismen von Aufwertung und Abwertung.

Mit dem Ziel, die ‚Würde‘ und Professionalität zu sichern, wurden sehr früh berufsständische (nicht gewerkschaftliche) Organisationen von Krankenschwestern in den Ländern der Kolonialmächte und den Kolonien gegründet: 1896 als erste die *American Nurses Association* (ANA) in den USA, 1899 der *International Council of Nurses*, 1908 die *Trained Nurses Association of India* (TNAI); Südafrika, wo Krankenschwestern aus England, Australien, Neuseeland und Kanada in den Garnisonencamps aufeinandertrafen, führte als erstes Land 1919 die Registrierung von Krankenschwestern ein (Dale 2015). In diesen Organisationen materialisierte sich das Interesse kolonialer Institutionen an professioneller Krankenpflege und das Interesse der Pflegeelite an sozialer Distinktion und Herstellung einer geachteten beruflichen Identität.

Global Care Chains

Nach der Phase der Organisierung von Krankenpflege durch Migration aus den kolonialen ‚Mutterländern‘ in die Kolonien des 19. Jahrhunderts, stellt die internationale Arbeitsteilung im Pflegebereich entlang sogenannter Global Care Chains (Sorgeketten) eine neue Phase der Transnationalisierung von Krankenpflege dar. In einem Zeiteinsatz wird im Folgenden schlaglichtartig beleuchtet, wie im Kontext post-kolonialer globaler Ungleichheiten, transnationaler Arbeitsmärkte und schließlich der neoliberalen Globalisierung, Krankenpflege über nationale und kontinentale Grenzen hinweg organisiert wird (Yeates 2010). Der analytische Begriff der globalen Sorgeketten bezeichnet transnationale Achsen in der medizinischen Versorgung und sozialen Reproduktion. Sorgeketten sind geprägt von Hierarchieverhältnissen, die in der Kontinuität des medizinischen Kolonialismus durch Wissensvermittlung, Ausbildung und hierarchische und assimilierende Einbindung einheimischer Arbeitskräfte in die Gesundheitssysteme stehen. Die migrantischen Arbeitskräfte der Sorgeketten sind dabei längst unentbehrlich für das Funktionieren der medizinischen Versorgung und sozialen Reproduktion in den Ländern der ehemaligen Kolonialmächte geworden.

Catherine Ceniza Choy (2003) hat zeit- und raumdiagnostisch nachgezeichnet, wie die US-amerikanische Kolonialmacht von den Philippinen aus ein „Empire of Care“ als Teil der „Kultur des US-Imperialismus“ aufgebaut hat und „eine rassifizierte Hierarchie mit den Amerikaner*innen oben und den Filipinas* unten“¹⁰ schuf (Choy 2003, 5). Die Geschichte filipino-amerikanischer Sorgeketten begann mit der vorgeblich wohlgemeinten, zivilisatorischen „Assimilierung“ durch Krankenpflegeausbildung mit einem bis heute stark nord-amerikanisierten Curriculum und führte zu transkontinentaler Migration in US-amerikanische Krankenhäuser (Choy 2003,

25). Seit den 1950er-Jahren kamen junge philippinische Krankenpfleger*innen im Rahmen eines temporären „Austauschbesuchsprogramms“ in die USA, wo sie lediglich ein kleines Stipendium erhielten. Dies war Teil des transnationalen Ökonomisierungsprozesses des Pflegeberufs, für die sexistische, rassistische und klassenbasierte Diskriminierung ein Mechanismus der Marktintegration bei gleichzeitiger Abwertung, sprich: Verbilligung der Arbeitskraft ist. Seit den 1980er-Jahren rekrutierten US-amerikanische Krankenhäuser dann gezielt Pflegekräfte aus den Philippinen, die permanent in den USA bleiben sollten. Beim Einbezug in die Hierarchien des Gesundheitssystems wurden sie jedoch einer Rassifizierung unterworfen, indem sie in untergeordnete, geringbewertete Positionen manövriert wurden.

In Westdeutschland wurden Krankenpfleger*innen aus dem Globalen Süden im Rahmen des Gastarbeiter*innenmodells temporär beschäftigt. Angesichts eines Pflegenotstands in Krankenhäusern schloss die Bundesrepublik 1963 ein Anwerbeabkommen mit Süd-Korea ab und rekrutierte 10.000 hochqualifizierte Krankenpfleger*innen im Rahmen Technischer Entwicklungshilfe. Eine Dequalifizierung und Abwertung ihrer Arbeit und damit eine rassifizierte Integration fanden dadurch statt, dass ihre Abschlüsse nicht anerkannt wurden und sie in der Krankenhaus-hierarchie nicht entsprechend ihrer Ausbildung eingestuft und entlohnt wurden. Sie waren zudem keine freien Arbeitskräfte auf dem Gesundheitsmarkt, sondern von jährlich zu erneuernden Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigungen abhängig. Als die Personalsituation sich 1977 entspannte, sollten die migrantischen Pflegekräfte zurückkehren. Die Südkoreaner*innen empörten sich: „Wir sind doch keine Waren, die man zurückschickt“, sahen ihre Arbeit selbstbewusst als „umgekehrte Entwicklungshilfe“ und fanden Wege zu bleiben (Koreaverband u.a. 2016, 13, 16).

In den 1970er-Jahren waren die Philippinen der erste „labour brokerage“ Staat, der die Kommodifizierung und den Export von Krankenpflegekräften dezidiert als Entwicklungsstrategie betrieb (Rodriguez 2008, 794). Ihnen folgten viele Staaten, die Pflegefachkräfte günstig auf den internationalen Gesundheitsmärkten anboten, um Devisen durch Rücküberweisungen zu erwirtschaften sowie Armut und Unterbeschäftigung im eigenen Land zu reduzieren. In Trainingskursen wurden sie auf den Dienst in Übersee als anpassungswillige, hart arbeitende Arbeitskräfte vorbereitet, auf die Loyalität gegenüber der Familie und Nation sowie auf moralische Untadeligkeit eingeschworen (Rodriguez/Schwenken 2013; Dinkelaker 2018). Die Migration konfigurierte eine neue Phase der Ökonomisierung von Care-Arbeit auf transnationalen Märkten und der Kommodifizierung der Pfleger*innen losgelöst aus ihren Herkunftsfamilien und -kulturen. Die Finanzialisierung ihrer Ausbildung und der Vermittlung durch staatliche Institutionen oder private Agenturen sowie die realen Migrationskosten führte zu einer Verschuldung der migrantischen Fachkräfte, die sie wiederum zwang (und zwingt), sich häufig auf ausbeuterische Beschäftigungsformen einzulassen. Die Migration beförderte die Pflegekräfte aus dem patriarchalen Kontrollregime ihres Herkunftslands in das kapitalistische Regulationsregime der Gesundheitsarbeitsmärkte der OECD-Länder. In den Herkunftsländern galten sie

dank ihrer Rücküberweisungen als Patriot*innen und Held*innen der Nation, die Ehre und Devisen brachten (Schwenken 2008).

Obwohl die migrantischen Pflegekräfte im Globalen Norden das Narrativ begleiten, in ihrem Umgang mit Kranken besonders fürsorglich und liebevoll zu sein, bestimmen weiterhin rassifizierte Abwertungsmechanismen ihre Integration in den Arbeitsmarkt. So werden in Deutschland migrantische Gesundheitsfachkräfte trotz guter Ausbildung zu Beginn oft wegen mangelnder Sprachkenntnisse nur als Pflegehelfer*innen oder Praktikant*innen beschäftigt (Knize/Schreyer 2017). Die Verknüpfung von rassistischer, klassenbezogener und vergeschlechtlicher Diskriminierung wirkt als Mittel der Lohnsenkung auf dem Markt und schafft einen Pool preisgünstiger, transnational verfügbarer Fachkräfte im Gesundheitssektor. Paradigmatisch für die Ambivalenzen in post-kolonialen Strukturen stehen das Verhältnis von geographischer Mobilität und sozialer Immobilität (Bélanger/Silvey 2020) und das Paradox von professionellem Abstieg im Zielland bei gleichzeitigem Einkommensaufstieg im Herkunftsland (Parrenas 2001).

Mit der Verschränkung der politisch-strukturellen und sozio-kulturellen Ökonomie in den globalen Sorgketten wird die komplexe Machtmatrix des Kolonialismus tief eingeschrieben in die globalen kapitalistischen Marktstrukturen. Die transnationalen Sorgketten bilden ein Muster kapitalistischer Globalisierung, das auf deren struktureller postkolonialer Rücksichtslosigkeit basiert (Aulenbacher/Riegraf/Völcker 2015). Care Chains sind immer auch Care Drain und Brain Drain (Lutz 2016, 264). Der Sorgeextraktivismus (Wichterich 2022) als neuer transnationaler Modus sozialer Reproduktion bedeutet die postkoloniale Enteignung und Aneignung von Ressourcen und Sorgkapazitäten. Dadurch reißt er Versorgungslücken in den Herkunftsfamilien und Gesellschaften auf und zerstört, so Isaaksen, Devi und Hochschild (2008), die sozialen Commons, das soziale Kapital von Gemeinschaften im Globalen Süden.

Professionalisierung und Wirtschaftlichkeit

Ohne Rücksicht auf diese Wirkungen am anderen Ende der Sorgketten versuchen neoliberale Wohlfahrtsstaaten im Globalen Norden, die im öffentlichen Sektor einen Sparkurs fahren, Pflegenotstände und Krisen sozialer Reproduktion im Gesundheitswesen durch Arbeitskräfteimport mit möglichst geringen Kosten zu managen (Schwiter/Bernd/Truong 2015). Brand und Wissen (2017) haben den dazu notwendigen Extraktivismus von Ressourcen aus dem Globalen Süden und die Externalisierung von Problemen eine „imperiale Lebensweise“ der globalen Mittelschichten genannt, die auch auf die Reproduktionssphäre übergreift (vgl. auch Wichterich 2021). Der neoliberale Umbau der Krankenhausverwaltungen ging mit einer weiteren Professionalisierungswelle des Pflegeberufs einher. Aufgrund von Personaleinsparungen und Kostendruck wurde die Krankenpflege weiter rationalisiert, taylorisiert und in standardisierte messbare Arbeitsschritte zerlegt, die nun alle digital dokumentiert

werden. Die Verwissenschaftlichung der Pflege soll einerseits mit einer weiteren affektiven Distanzierung der Pflegekraft von der Patient*in einhergehen, andererseits die Hierarchien innerhalb der Pflege im Sinne der Wirtschaftlichkeit verstärken (Dück 2022, 137-143). An die Stelle eines Fürsorgeethos tritt ein professionell medizinorientiertes Ethos, an Stelle der Emphase die Wirtschaftlichkeit, wobei die körpernahen Tätigkeiten und das Essensanreichen an schlechter bezahlte Pflegehelfer*innen ausgelagert werden. Die Inhalte der Ausbildungscurricula werden zunehmend verwissenschaftlicht und als quantitativ messbare Standards und Kosten-Nutzen-Verhältnisse formuliert (Dück 2022).

Migrantische Pflegekräfte werden in diese Ausbildungs- und Praxisregime integriert und müssen sich anpassen. Inzwischen sind in Deutschland Sorgeketten und transnationaler Sorgeextraktivismus durch Anwerbeprogramme und sogenannte *Triple-Win*-Projekte der Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GiZ) längst normalisiert worden. Der Begriff des *Triple-Win* unterstellt gleiche Gewinnchancen für das Herkunfts-, das Zielland und die migrantische Arbeitskraft in globalen Ungleichheiten und lenkt davon ab, dass globale Sorgeketten stratifizierte Reproduktionsverhältnisse reproduzieren.

Covid-19 löste mit Lockdowns und Grenzsicherungen einerseits Einbrüche und Stockungen der transnationalen Versorgungsketten aus, spitzte andererseits die Kommodifizierung von Sorgearbeit auf den transnationalen Märkten zu. Beispiel Philippinen: 80.000 Pflegekräfte schließen dort jährlich eine Pflegeausbildung ab, die Mehrzahl migriert. Aufgrund der Pandemie bestand 2020 ein lebensbedrohlicher Versorgungs- und Personalmangel in den Krankenhäusern. Deswegen verhängte Präsident Duterte einen Migrationsstopp für einige Monate, bot jedoch England und Deutschland, mit denen Regierungsabkommen bestehen, einen direkten Warentausch an: Pflegekräfte gegen Impfstoff (Reuters, 23.2.2021). Die deutsche Regierung ließ sich 2020 auf diesen Deal ein und importierte ausgebildete philippinische Pfleger*innen, um den Personalmangel in Deutschland auf Kosten der medizinischen Versorgung der philippinischen Bevölkerung zu lindern. Sie setzte sich damit über den Code der Weltgesundheitsorganisation WHO hinweg, der sich gegen eine Rekrutierung von Pflegekräften aus Ländern ausspricht, die selbst unter Personalnot leiden.

Gleichzeitig spitzte die offene Stigmatisierung von Asiat*innen, das Virus zu verbreiten, die rassistische Pathologisierung noch einmal zu (Laster Pirtle 2020). Sie gipfelte in dem von US-Präsident Trump 2020 in den USA deklarierten Arbeitsverbot für philippinische Krankenpfleger*innen.

Widerstand und Dekolonisierung – Wer, wenn nicht wir?

Absurderweise hat der vielstimmige Applaus für die Gesundheitsfachkräfte in vielen Ländern zu Beginn der Pandemie nicht zu erheblichen Verbesserungen bezüglich der Bezahlung und Anerkennung geführt, und erst recht nicht zu strukturellen Verän-

derungen. Deswegen leisten Gesundheitskräfte seit Pandemiebeginn in vielen Ländern, wie unten dargestellt wird, Widerstand gegen die patriarchalen, neokolonialen und neoliberalen Herrschaftsstrukturen, politisieren und skandalisieren diese (Habekost et al. 2022). Die Auseinandersetzungen führen wegen der vergeschlechtlichten Gesundheitsberufe überall zu einer Feminisierung von Arbeitskämpfen (Dück/Schoppengerd 2020).

In der Pandemie richteten sich die Proteste zunächst gegen mangelnde Versorgung mit Schutzkleidung als Symptom der strukturellen Sorglosigkeit des Gesundheitssystems gegenüber seinen Fachkräften. In Nigeria, Ghana und Mosambik protestierte das Krankenhauspersonal gegen massive Überbelastung, die vor allem durch den starken Exodus von Fachkräften in die Golfstaaten, nach Europa und die USA verursacht ist und die lokalen Gesundheitssysteme an den Rand des Zusammenbruchs bringt.¹¹ In mehreren afrikanischen Ländern starben Infizierte in der Warteschlange vor Krankenhäusern, die wegen mangelnden Gesundheitspersonals nicht mehr funktionsfähig waren.

Seit über einem Jahrzehnt organisiert die Berliner Krankenhausbewegung Streiks gegen die Arbeitsbedingungen und die Sorgeextraktion durch das neoliberale, gewinnorientierte und kostensparende Management. Das Fallpauschalensystem führt zu andauernder Überforderung des Pflegepersonals, häufig mit psychischen und physischen Folgeerkrankungen. Nicht die Entlohnung steht im Vordergrund dieser Arbeitskämpfe, sondern mit der Parole „Mehr von uns ist besser für alle“ die Arbeitsbelastung und der Mangel an Anerkennung (Hedemann u.a. 2017). 2017 zogen polnische Ärzt*innen und Pflegekräfte mit einem spektakulären Hungerstreik die Aufmerksamkeit darauf, dass dieses Regime struktureller Überbelastung sie zur Migration nötigt und damit die medizinische Versorgung im Land gefährdet (Handelsblatt 25.10.2021).

Gleichzeitig wuchs in den vergangenen Jahren in vielen Ländern ein Bewusstsein über die postkolonialen und rassistischen Strukturen in den Gesundheitssystemen. Im Laufe der Zeit wurden die von den Briten in Indien eingeführten „kulturell unangemessenen“ Schwesternuniformen indisiert und in farbige Saris oder Salwar Kameez umgewandelt (Nair 2012, 190). In den USA initiierte 2022 die alte American Nurses Association im Kontext der Black-Life-Matters-Bewegung eine „journey of racial reconciliation“, um Verantwortung zu übernehmen für seine „Geschichte und die Handlungen, die farbigen Krankenschwestern Schaden zufügten und den systemischen Rassismus perpetuierten“.¹²

Decolonise – Wann, wenn nicht jetzt?

Die Protestbewegungen gegen den Sorgeextraktivismus und die neoliberale Organisation der Krankenpflege treffen sich in vielen Punkten mit der #Decolonise #GlobalHealth Bewegung. Diese transnationale Kampagne zur Dekolonisierung des globalen Gesundheitssystems geht über den Menschenrechtsansatz hinaus zu

Gesundheitsgerechtigkeit. Dieses Konzept zielt im Unterschied zu dem liberalen Chancengleichheitskonzept von Global Health darauf ab, bestehende Ungleichheiten und Machtasymmetrien auszugleichen und zu beseitigen.¹³ Dem Dekolonisierungsansatz liegt ein Verständnis von Commons und Commoning zugrunde, das die herrschende postkoloniale, kapitalistische Machtmatrix aufsprengt. Entsprechend fordert die #Bewegung drei Paradigmenwechsel: zum ersten, Krankheit nicht länger unabhängig von Kolonialismus, Sexismus, Rassismus und Kapitalismus zu konzipieren und entsprechend zu therapieren; zum zweiten, einen institutionellen Führungswechsel beim globalen Agenda Setting, der Frauen und Vertreter*innen des Global Südens in Leitungspositionen, aber auch in wissenschaftliche Zeitschriften und Konferenzen bringt; drittens, einen Wissenswechsel, der den eindimensionalen Wissenstransfer von Norden nach Süden in reziproke Prozesse in Forschung und Lehre verwandelt (Kwete et al. 2022; Büyüm et al. 2020). Um das koloniale Geber-Empfänger-Modell, das in der Entwicklungshilfe wie auch in Forschung und Lehre sowie in pharmazeutischen Produktionsketten weiterlebt, aufzubrechen (Kwete et al. 2022), muss lokales erfahrungsbasiertes Wissen aus dem Globalen Süden gegenüber westlichen forschungsbasierten Wissenssystemen aufgewertet werden. Lokale Ressourcen und Wissen über Krankheiten dürfen nicht länger von sogenannten Nord-Süd-Partnerschaften von Forschungsinstituten des Nordens oder der Pharmaindustrie angeeignet werden. Um zu einem Ausgleich zu kommen, müssen sowohl Ressourcen und institutionelle Macht grundlegend geteilt, Gesundheitseinrichtungen demokratisiert und Ausbildungscurricula dekolonisiert werden (siehe allgemein Connell 2018).

Dekoloniale Ausbildung im Gesundheitsbereich soll dazu befähigen, die herrschende Ordnung der Gesundheitssysteme infrage zu stellen und aufzudecken, wie die Kolonialität von Macht in die kapitalistischen Märkte eingeschrieben ist. Ziel ist, hierarchische, koloniale, rassistische und imperiale Herrschaftsstrukturen in globalen, nationalen und lokalen Gesundheitssystemen und -institutionen zurückzubauen zugunsten einer lokal bedürfnisgerechteren, ausgleichenden und demokratischen Versorgungs- und Verteilungslogik (Kahn et al. 2021). In den von jungen Wissenschaftler*innen aus dem Globalen Süden dominierten Diskursen wird über die Relevanz und Sequenz einzelner Reformschritte gestritten, aber auch darüber, ob primär der Rassismus oder der Kapitalismus die treibende Kraft ist, die Gesundheitsgerechtigkeit verhindert (Chaudhuri et al. 2021). Auch wenn die #Bewegung sich in anti-rassistische Bewegungen und oft auch in ein schematisches Nord-Süd-Modell einordnet, besteht Einigkeit darüber, dass ein bloßer Austausch des Personals in medizinischen und pflegerischen Institutionen – ähnlich wie bei der geforderten Partizipation von Frauen an Entscheidungspositionen – nicht ausreichend für den geforderten Systemwandel ist. Gerade weil die koloniale Matrix der Macht auch von vielen Subalternisierten internalisiert ist, besteht das Risiko, dass ähnliche Machtstrukturen von unten und innen reproduziert werden (Guinto 2019; Kahn et al. 2021).

Fazit

Diese Internalisierung kolonialer hierarchischer Strukturen und die zunehmende Vermischung und Verschränkung von kolonialen und lokalen Kultur- und Wissensselementen in der medizinischen Ausbildung und Praxis führten zu den für post-koloniale Verhältnisse typischen Hybrid- und Mischformen von Rollen, Praktiken und Wissensbeständen auf nationalen und globalen Märkten. Die Hybridisierung beendete aber keineswegs die koloniale Machtmatrix wie hier am Beispiel der globalen Sorgketten empirisch nachgezeichnet wurde. Wenn die transnationalen Sorgketten von Fachkräften dekolonisiert und nicht mehr auf die imperiale Lebensweise der globalen Mittelschichten zugeschnitten sein sollen, reicht eine Entprekariisierung dieser Arbeit und gerechtere Entlohnung innerhalb des Gesundheitssystems nicht aus. Vielmehr ist die Dekonstruktion von klassen- und wissenshierarchischen, vergeschlechtlichten und rassistischen Strukturen in den Gesundheitsinstitutionen der Herkunfts- und der Zielländer notwendig. Das heißt die koloniale Matrix von Macht muss beseitigt werden. Ebenso muss der Charakter des Dienens durch eine gezielte Defeminisierung und Entrassifizierung von Sorgearbeit aufgebrochen werden.

Das ist eine notwendige Bedingung dafür, dass Gesundheit und Gesundheitsversorgung nicht mehr als Waren auf industrialisierten und zunehmend digitalisierten Medizin- und Pharmamärkten der (post-)kolonialen Logik von Unterordnung und Aneignung sowie der kapitalistischen Logik von Verwertung und Wachstum unterworfen werden. Nur so können sie als Gemeinschaftsgüter entsprechend dem Gerechtigkeitsprinzip reorganisiert werden. Gesundheitsgerechtigkeit und -wohlstand überall im Globalen Süden und Norden setzen dekolonisierenden Privilegienabbau wie auch Macht- und Wissensumverteilung voraus, mit der Perspektive einer Umorganisation der globalen Gesundheit im Dienste einer solidarischen demokratischen Caring Economy, einer Wirtschaft, die insgesamt bedürfnis- und gebrauchswertorientiert statt profit- und wachstumsbesessen ist.

Literatur

Affun-Adegbulu, Clara/**Adegbulu**, Opemiposi, 2020: Decolonising Global (Public) Health: from Western Universalism to Global Pluriversalities, In: *BMJ Global Health*, 5 (8). 5:e002947.

Aulenbacher, Brigitte/**Riegraf**, Birgit/**Völker**, Susanne, 2015: *Feministische Kapitalismuskritik*. Münster.

Bauche, Manuela, 2017: *Medizin und Herrschaft: Malariabekämpfung in Kamerun, Ostafrika und Ostfriesland (1890-1919)*. Frankfurt/M., New York.

Bélanger, Danièle/**Silvey**, Rachel, 2020: An Im/mobility Turn: Power Geometries of Care and Migration. In: *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 46 (16), 3423-3440.

Bischoff, Claudia, 1992: *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/M., New York.

Bozorgmehr, Kayyan, 2010: Rethinking the 'Global' in Global Health: a Dialectic Approach. In: *Globalization and Health*. 6 (1), 1-19

Brand, Ulrich/Wissen, Markus, 2017: Imperiale Lebensweise. Zur Ausbeutung von Mensch und Natur im globalen Kapitalismus. München.

Büyüm, Ali/Kenney, Cordelia/Koris, Andrea/Mkumba, Laura/Raveendran, Yadurshini, 2020: Decolonising Global Health: If not Now, When? In: *BMJ Global Health*. 5 (8). 5:e03394.

Chaudhuri, Monica Mitra/Mkumba, Laura/Raveendran, Yadurshini/Smith, Robert D., 2021: Decolonising Global Health: Beyond 'Reformative' Roadmaps and towards Decolonial Thought. In: *BMJ Global Health*. 6 (7) 6:e006371. doi:10.1136/bmjgh-2021-006371.

Choy, Catherine C., 2003: *Empire of Care: Nursing and Migration in Filipino American History*. Durham/London.

Connell, Raewyn, 2018: Decolonizing Sociology, In: *Contemporary Sociology*. 47 (4), 399-407.

Connerton, Winifred C., 2015: Working towards Health, Christianity and Democracy: American Colonial and Missionary Nurses in Puerto Rico, 1900-30, In: Sweet, Helen/Hawkins, Sue (Hg.): *Colonial Caring: A History of Colonial and Post-colonial Nursing*. Manchester, 126-145.

Dale, Charlotte, 2015: The Social Exploits and Behaviour of Nurses during the Anglo-Boer War, 1899-1902 In: Sweet, Helen/Hawkins, Sue (Hg.): *Colonial Caring: A History of Colonial and Post-colonial Nursing*. Manchester, 60-84.

Dinkelaker, Samia, 2018: National Belonging and Violent Norms of Gendered Migrant Citizenship: Indonesian Migrant Domestic Workers' Appropriation of a National Ritual, Gendered Thoughts: New Perspectives in Gender Research, Working Paper Series 2018, Volume 1, Göttinger Centrum für Geschlechterforschung, Göttingen.

Dück, Julia, 2022: *Soziale Reproduktion in der Krise. Sorge-Kämpfe in Krankenhäusern und Kitas*. Weinheim, Basel.

Dück, Julia/Schoppengerd, Stefan (Hg.), 2020: *Krankenhäuser in Bewegung. Internationale Kämpfe für gute Versorgung und Arbeitsbedingungen*. Berlin: Rosa Luxemburg Stiftung.

Fofana, Mariam O., 2021: Decolonising Global Health in the Time of COVID-19, In: *Global Public Health*. 16 (8-9), 1155-1166.

Guinto, Renzo, 2019: #DecolonizeGlobalHealth: Rewriting the Narrative of Global Health. Internet: <https://www.internationalhealthpolicies.org/blogs/decolonizglobalhealth-rewriting-the-narrative-of-global-health/> (10.02.2023)

Gutiérrez Rodríguez, Encarnación, 2018: The Coloniality of Migration and the "Refugee Crisis": On the Asylum-migration Nexus, the Transatlantic White European Settler Colonialism-migration and Racial Capitalism. In: *Refuge: Canada's Journal on Refugees/Refuge: revue canadienne sur les réfugiés*. 34 (1), 16-28.

Habekost, Silvia/Lätzendorf, Dana/Plischek-Jandke, Sabine/Klenar, Marie-Luise (Hg.), 2022: *Gebraucht und beklatscht – aber bestimmt nicht weiter so*. Hamburg.

Handelsblatt. Polnische Ärzte im Hungerstreik. „Wirkämpfen für die Patienten“. 25.10.2017 <https://www.handelsblatt.com/politik/international/polnische-aerzte-im-hungerstreik-wir-kaempfen-fuer-die-patienten/20499438.html> (10.2.2023).

Hedemann, Ulla/Worm, Lukas/Artus, Ingrid, 2022: „Mehr von uns ist besser für alle“. In: Artus, Ingrid/Birke, Peter/Kerber-Clasen, Stefan/Menz, Wolfgang (Hg.): *Sorge-Kämpfe*. Hamburg, 116-130.

Hesselink, Liesbeth, 2015: The Early Years of Nursing in the Dutch East Indies, 1895-1920. In: Sweet, Helen/Hawkins Sue (Hg.): *Colonial Caring: A History of Colonial and Post-colonial Nursing*. Manchester, 145-169.

Isaksen, Lisa W./Devi, Uma S./Hochschild, Arlie R., 2008: Global Care Crisis: A Problem of Capital, Care Chain, or Commons? In: *American Behavioral Scientist*. 52 (3), 405-425.

John, Maya/Wichterich, Christa, 2023: *Who Cares, Care Extraction and the Struggles of Indian Health Workers*. New Delhi.

Khan, Mishal/Abimbola, Seya/Aloudat, Tammam/Capobianco, Emmanuele/Hawkes, Sarah/Rahman-Shepherd, Afifah, 2021: Decolonising Global Health in 2021: a Roadmap to Move from Rhetoric to Reform. In: *BMJ Global Health*. 6 (3), e005604.

Knize, Veronika/Schreyer, Jasmin, 2017: Spanischsprachige Beschäftigte im deutschen Gesundheitssektor: Konfliktpotenziale und Interessenvertretung. In: Artus, Ingrid/Birke, Peter/Kerber-Clasen, Stefan/Menz, Wolfgang (Hg.): *Sorge-Kämpfe*. Hamburg, 154-182.

Koplan, Jeffrey P./Bond, T. Christopher/Merson, Michael H./Reddy, K. Srinath/Rodriguez, Mario Henry/Sewankambo, Nelson K./Wasserheit, Judith N., 2009: Towards a Common Definition of Global Health. In: *The Lancet*. 373 (9679), 1993-1995.

Koreaverband/Koreanische Frauengruppe in Deutschland/Friedrich-Ebert-Stiftung/Verdi, 2016: *Ankommen, Anwerben, Anpassen? Veranstaltungsdokumentation. Koreanische Krankenpflegerinnen in Deutschland*. Berlin: FES.

Kwete, Xiaoxiao/Tang, Kun/Chen, Lucy/Ren, Ran/Chen, Qi/Wu, Zhenru/Cai, Yi/Li, Hao, 2022: Decolonizing Global Health: What Should Be the Target of this Movement and Where Does it Lead Us? In: *Global Health Research and Policy*. 7(3), Internet: <https://ghrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41256-022-00237-3> (10.02.2023)

Laster Pirtle, Whitney, 2020: Racial Capitalism: A Fundamental Cause of Novel Coronavirus (Covid-19) Pandemic Inequalities in the United States. In: *Health Education and Behavior*. 47 (4), 504-508.

Lawrence, David S/Hirsch, Lioba A, 2020: Decolonising Global Health: Transnational Research Partnerships Under the Spotlight. In: *International Health*. 12(6), 518-523.

Linden, Marcel van der, 2021: *Nurses*. In: Eckert, Andreas/Hentschke, Felicitas (Hg.): *Corona and Work Around the Globe*. Berlin, Boston, 95-102.

Lugones, Maria, 2016: The Coloniality of Gender. In: *The Palgrave Handbook of Gender and Development*. London, 13-33.

Mignolo, Walter, 2011: *The Darker Side of Western Modernity: Global Futures, Decolonial Options*. Durham.

Nair, Sreelekha/Healey, Madeleine 2006: *A Profession on the Margins. Status Issues in Indian Nursing*. CWDS.

Neill, Deborah, 2012: *Networks in Tropical Medicine: Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty, 1890-1930*. Stanford.

Packard, Randall M., 2016: *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples*. Baltimore.

Parrenas, Rachel S., 2001: *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*, Stanford.

Quijano, Anibal, 2000: Coloniality of Power and Eurocentrism in Latin America. In: *Nepantla: Views from South*. 1 (3), 533-580.

Reuters, 2021. Philippines Offers Nurses in Exchange for Vaccines from Britain, Germany, 23.2.2021. Internet: <https://www.reuters.com/article/uk-health-coronavirus-philippines-labour-idUKKBN2AN0WV> (10.2.2023).

Rodriguez, Robyn M., 2008: The Labor Brokerage State and the Globalization of Filipina Care Workers. In: *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 33 (4), 794-800.

Rodriguez, Robyn M./Schwenken, Helen, 2013: Becoming a Migrant at Home: Subjectivation Processes in Migrant-sending Countries Prior to Departure. In: *Population, Space and Place*. 19 (4), 375-388.

Ross, Loretta, 2021: Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik. In: *Kitchen Politics* (Hg.): *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für Reproduktive Gerechtigkeit*. Berlin, 17-61.

- Schweig**, Nicole, 2012: *Weltliche Krankenpflege in den deutschen Kolonien Afrikas 1884-1918*. Frankfurt/M.
- Schwenken**, Helen, 2008: Beautiful Victims and Sacrificing Heroines: Exploring the Role of Gender Knowledge in Migration Policies. In: *Signs*. 34 (4), 770-776.
- Schwiter**, Karin/**Berndt**, Christian/**Truong**, Jasmine, 2018: Neoliberal Austerity and the Marketisation of Elderly Care. In: *Social & Cultural Geography*. 19 (3), 379-399.
- Searle**, Charlotte, 1965: The History of the Development of Nursing in South Africa 1652-1960. A Socio-historical Perspective. Kapstadt.
- Sum**, Ngai-Ling/**Jessop**, Bob, 2013: *Towards a Cultural Political Economy. Putting Culture in its Place in Political Economy*. Cheltenham/Northampton.
- Sweet**, Helen/**Hawkins**, Sue, 2015: Introduction. In: Sweet, Helen/Hawkins, Sue (Hg.): *Colonial Caring: A History of Colonial and Post-colonial Nursing*. Manchester, 1-17.
- Tilley**, Helen, 2016: Medicine, Empires, and Ethics in Colonial Africa. In: *AMA Journal of Ethics*. 18 (7), 743-753.
- Tilley**, Helen, 2020: COVID-19 across Africa: Colonial Hangovers, Racial Hierarchies, and Medical Histories. In: *Journal of West African History*. 6 (2), 155-179.
- Walton-Roberts**, Margaret, 2012: Contextualizing the Global Nursing Care Chain: International Migration and the Status of Nursing in Kerala, India. In: *Global Networks*. 12 (2), 405-425.
- Wetterer**, Angelika, 2002: Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion, „Gender at work“ in theoretischer und historischer Perspektive. Münster.
- Wichterich**, Christa, 2021: Covid-19, Care und die Krise als Chance. Zur Aktualisierung des Konzepts der imperialen Lebensweise. In: *PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*. 205, 755-766.
- Wichterich**, Christa, 2022: Who cares? Soziale Reproduktion und Gender im Pandemie-Kapitalismus. In: Ivanova, Mirela/Thaa, Helene/Nachtwey, Oliver (Hg.): *Kapitalismus und Kapitalismuskritik*. Frankfurt/M., New York, 335-361.
- Yeates**, Nicola, 2010: The Globalisation of Nurse Migration. Policy Issues and Responses. In: *International Labour Review*. 149 (4), 423-440.

Anmerkungen

- 1 Siehe Internet: <https://decolonise.health/> [27.2.2023].
- 2 Siehe Internet: <https://peoplesvaccine.org/supporters/> [7.3.2023].
- 3 Siehe Internet: <https://phmovement.org/> [7.3.2023].
- 4 Siehe auch die feministische Stellungnahme #VaccineJustice. Internet: <https://www.awid.org/news-and-analysis/statement-feminists-demand-vaccinejustice> [7.3.2023].
- 5 Trotz aller Differenzierung sowie geopolitischer und ökonomischer Machtverschiebungen durch neue Großmächte, allen voran China, wird hier die Dichotomie von Globalem Süden und Globalem Norden reproduziert, weil sie – jenseits der geographischen Binarität – globale Ungleichheits- und Abhängigkeitsverhältnisse in der Kontinuität (post)kolonialer Herrschaftsstrukturen darstellt und entsprechend auch von den Protagonist*innen der #Decolonise #GlobalHealth Bewegung benutzt wird.
- 6 Im Folgenden wird zunächst geschichtstreu der Begriff Kranken, schwester*in benutzt. Für die Gegenwart wird er durch Kranken, pfleger*in ersetzt.
- 7 Auch die Pionierin der professionellen Krankenpflege, Florence Nightingale, kam aus einer wohlhabenden Familie.
- 8 Viele der angelsächsischen Frauen in den Kolonien führten Tagebücher, die heute der Forschung als Quellen für ihren Arbeits- und Lebensalltag dienen.
- 9 Indien wird hier öfters als Bezugsregion herangezogen, weil die Autorin dort ihre empirische Forschung zur Krankenpflege durchgeführt hat (John/Wichterich 2023).

- 10 Alle Zitate von Choy übersetzt durch die Autorin.
- 11 Abi Badru, Generalsekretärin der nigerianischen Union of Nurses and Midwives, bei der Podiumsdiskussion zu „Health recruitment in Europe and beyond“, 06.10.2022, World Health Summit 2022. Internet: <https://us06web.zoom.us/rec/share/9GcbQNSNd5v4ukT0YZMXFfbBeozHfKEuPHkR8mhhs00WMPY700hu5RuaafsVAtmN.EhbdZBsiJxUfowsL> (13.3.2023).
- 12 Internet: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/racism-in-nursing/national-commission-to-address-racism-in-nursing/> (7.3.2023). Übersetzung der Autorin.
- 13 Einen ähnlichen Turn vollzog Loretta Ross (2021) mit der Wende von sexuellen und reproduktiven Rechten hin zu Reproduktionsgerechtigkeit.