

## **Kurz Biografie**

*Angela Schuster ist Ärzt:in, Epidemiolog:in und Expert:in für globale Gesundheit. Seit 2018 ist sie als Wissenschaftler:in und Dozent:in am Institut für Allgemeinmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin tätig. Mit einem rechtsbasierten Ansatz beschäftigt sie sich mit sexueller und reproduktiver Gesundheit, Antibiotikaresistenz und Planetarer Gesundheit, wobei sie qualitative und quantitative Methoden anwendet. Ihr besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Zugang zu Gesundheitsversorgung für benachteiligte und von Ausgrenzung betroffene Menschen sowohl im globalen Süden als auch im Norden. Mit Haltungs- und handlungsbezogenen transdisziplinären Lehr/Lernformen fördert sie transformatives Handeln und Verantwortungsübernahme in Gesundheitsberufen.*

## **Rassismus und koloniale Kontinuitäten in globaler Gesundheitsforschung**

### **1. Was ist die Leerstelle, Was ist das Problem?**

Koplan et al. definiert Globale Gesundheit als „ein Bereich der Lehre, Forschung und Praxis, das prioritär auf die Verbesserung von Gesundheit mit gleichem Zugang für alle Menschen weltweit zielt.“[1].

Die Umsetzung dieses Ziels ist vor dem Hintergrund (post-)kolonialer Machtungleichgewichte in globalen Gesundheitspartnerschaften eine große Herausforderung für Forschungsk Kooperationen zwischen Akteuren des globalen Nordens und des globalen Südens. Forschende aus Ländern mit größeren finanziellen Möglichkeiten verfügen oft über mehr Macht und Ressourcen als Forschende aus dem globalen Süden. Dies kann zu ungleichen Beziehungen und Ergebnissen führen. So haben Forschende aus dem Globalen Norden in vielen Fällen mehr Mitspracherecht bei der Gestaltung und Durchführung von Forschungsprojekten und profitieren mit größerer Wahrscheinlichkeit von den Forschungsergebnissen. Dies liegt unter anderem daran, dass Forschungsförderung oft vorrangig, im Globalen Norden stattfindet und dass ein Großteil der Budgets an Institutionen im Globalen Norden vergeben wird.

Neben fehlenden finanziellen Ressourcen ist die Frage der zeitlichen Möglichkeiten von besonderer Relevanz. Während im Globalen Norden Forschende sich mit universitären Hausmitteln oder mit Projektmitteln für die Forschung finanzieren findet Forschung im Globalen Süden oft „after Hours“ in der Freizeit und parallel zum eigentlichen Beruf statt. Forschende im Globalen Süden haben unter Umständen nicht den gleichen Zugang zu Ausbildung und Ressourcen wie Forschende im Globalen Norden. Dies kann es ihnen erschweren, die Fähigkeiten und Kenntnisse zu entwickeln, die für die Durchführung von Forschung nach internationalen, mehrheitlich im Globalen Norden geprägten, Standards erforderlich sind. Wenn Globale Gesundheitsbildung stattgefunden hat, dann häufig in den von Kolonialisten gegründeten und häufig weiterhin kolonial geprägten europäischen oder

US-amerikanischen Tropeninstituten. Somit perpetuiert sich koloniales Wissen und auch die deutlich schwerer fassbare koloniale Haltung in Global Health Curricula wird unhinterfragt (weil of implizit) auch durch Forscher:innen aus dem Globalen Süden internalisiert und weitergetragen.

Durch verinnerlichte Selbststigmatisierung und Rassismus kann das Gefühl, einer Aufgabe nicht gewachsen zu sein entstehen. Dies kann ein großes Hindernis für die aktive Teilnahme an der Forschung sein und zu Gefühlen von Selbstzweifeln und Unzulänglichkeit führen, die unter Zeitdruck und bei intersektionalen Mehrfachbelastungen (z.B. Geschlechtzugehörigkeit, sexuelle Orientierung) verstärkt werden. So können beispielsweise Frauen\* und Angehörige von Minderheiten in der Forschungsgemeinschaft mit Diskriminierung und Ausgrenzung konfrontiert sein, da diese keinen Zugang zu informellen Netzwerken haben, die zur Bildung ihrer Karriere notwendig sind. Projektpartner im Globalen Norden haben möglicherweise explizite und internalisierte Vorurteile, die ihre Interaktionen mit Forschern im globalen Süden beeinflussen.

Der Fehlende Zugang zu Netzwerken und Repräsentanz spiegelt sich am Anteil der Chefredakteur:innen und Führungskräften aus dem Globalen Süden in wissenschaftlichen Global Health Zeitschriften wider. Nur 12 % der Führungspositionen werden von Personen aus dem Globalen Süden besetzt, davon nur 4 % von Frauen\*. Durch fehlende Voraussetzungen für die gemeinsame Entwicklung von Vertrauen und einem geeigneten kollaborative Umfeld, kann zusätzlich durch kulturelle, sprachliche Unterschiede und unterschiedliche zeitliche Ressourcen herausgefordert werden. Mangelndes Vertrauen in die Projektpartner:innen verhindert produktive Zusammenarbeit und Wissensaustausch, so kommt es vor das erhobene Daten aus Sorge vor fehlender Anerkennung oder Teilhabe nicht geteilt werden. Ebenfalls kann fehlendes Vertrauen bei den Projektpartnern zu einer erlernten Passivität führen, welche sich durch die fehlende Entscheidungsspielräume und Mitspracherecht etabliert.

## **2. Was muss sich ändern?**

Der Begriff Globale Gesundheit wird in den letzten Jahrzehnten unterschiedlich ausgelegt. Gemein ist allen unterschiedlichen Definitionen von globaler Gesundheit, dass diese als interdisziplinäres und multidisziplinäres Gebiet aufgefasst wird, welches Themen umfasst, die sowohl die Gesundheit einzelner Menschen als auch auf Bevölkerungsebene betreffen, einer globalen Zusammenarbeit bedürfen und bei denen gesundheitliche Chancengleichheit und

soziale Gerechtigkeit grundlegend verankert sind. Globale Gesundheit hat einen normativen Charakter: es geht nicht nur um die Verbesserung der Gesundheit von Menschen auf der ganzen Welt, sondern auch um die Schaffung einer gerechteren und inklusiveren Welt. Globale Gesundheit ist somit nicht nur ein akademisches Fach oder ein Berufsfeld, sondern auch eine wertorientierte Haltung. Dieses normative Verständnis von globaler Gesundheit spiegelt sich, wie oben erläutert nicht in der praktischen Umsetzung wider.

Neben dem Widerspruch zwischen normativem Anspruch und praktischer Umsetzung fehlt es an partizipativen Prozessgestaltungsmöglichkeiten, welche es allen Forschungsbeteiligten, einschließlich der Gemeindemitglieder ermöglichen könnte, in die Konzeption, Durchführung und Bewertung von Forschungsprojekten in der Praxis wertebasiert umzusetzen. Partizipative Prozessgestaltung ist vor dem Hintergrund der aktuellen Förderlandschaft nur schwer umsetzbar. Herkömmliche Forschungslogiken basieren auf hierarchischen Strukturen, Konkurrenzdenken und prädefinierten, messbaren Outcomes. Diese Ansätze stehen im Gegensatz zu einer partizipativen Herangehensweise. Zudem Fokussieren bisherige Aus- und Weiterbildungsprogramme auf manageriale Führungsqualifikationen welche mit einem starken Top-Down-Ansatz einher gehen. Sie eignet sich jedoch nicht für das komplexe und anspruchsvolle Umfeld der globalen Gesundheitsforschung, welche einen stärker kooperativen und partizipativen Ansatz benötigt, um Nachhaltigkeit und Verantwortungsübernahme zu fördern. Neben den negativen Auswirkungen für den Prozess globaler Gesundheitsforschung wirkt sich das Ungleichgewicht kolonialer Kontinuitäten auf die Effizienz von Forschung aus und damit auf die Wahrscheinlichkeit, dass sie den Menschen, die sie brauchen tatsächlich zugutekommt.

### **3. Wie kann sich etwas ändern?**

#### **3.1 Nachhaltige Finanzierung**

Eine der wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung von kolonialen und rassistischen Kontinuitäten in der globalen Gesundheitsforschung ist die Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung für Forschende aus dem globalen Süden und beinhaltet die gezielte Förderung von Global Health Projekten, welche aus dem Globalen Süden geleitet werden. Dies wird dazu beitragen, die Wettbewerbsbedingungen auszugleichen und Forschern aus dem Globalen

Süden die Ressourcen zur Verfügung zu stellen, die sie für die Durchführung qualitativ hochwertiger Forschung benötigen.

Durch die obligate Verknüpfung einer dekolonialen Haltung und Praxis an die Vergabe von Finanzierungszusagen, welche durch einen Indikatorenkatalog operationalisiert werden, könnte eine nachhaltigere Umgestaltung der Finanzierung von globaler Gesundheitsforschung erreicht werden.

### **3.2 Ausbildung von (zukünftigen) Forschenden**

Die Verankerung von Rassismus als sozialer Determinante von Gesundheit, kolonialen Kontinuitäten in der medizinischen Wissensvermittlung und der Vermittlung von Kolonialismus aus medizinhistorischer Perspektive in Lehrplänen für Gesundheitsfachkräfte ist essentiell. Die Forderungen der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMD) zur Verankerung von Rassismuskritik im neuen nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM) sind in dieser Hinsicht wegweisend [2].

Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Ausbildung von Forschern des Globalen Süden im Globalen Süden. Dies kann dazu beitragen internalisierte koloniale Denkweisen, welche im Globalen Norden in der Global Health Ausbildung verankert, sind zu minimieren. Durch die Etablierung von Süd-Süd Netzwerken und den Fokus auf einem weitergefassten Abolitionismus als theoretische Rahmung von Aus- und Weiterbildung können empowernden Räume entstehen[3]. Auf dieser Grundlage kann eine neue Generation von Forschenden hervorgebracht werden, die in der Lage sind, die gesundheitlichen Herausforderungen in der sie vor Ort und weltweit konfrontiert sind, zu bewältigen.

### **3.3 Repräsentation**

Forschende aus dem Globalen Süden müssen in Führungspositionen in Forschungsorganisationen und -initiativen für globale Gesundheit vertreten sein. Dies gilt sowohl für Autorenschaften als auch für die Repräsentanz unter Herausgebenden wissenschaftlicher Journale. Durch die Sichtbarkeit und Vorbildfunktion dieser Personen können neue Generationen an Forschenden gezielt inspiriert und motiviert werden im Bereich Globale Gesundheitsforschung aktiv zu werden. Neben dieser sogenannten Pull Faktoren können gezielte Stipendien und Quotenregelungen die Repräsentanz von Menschen aus dem Globalen Süden fördern, intersektionale Aspekte sollten hierbei mitgedacht werden.

### **3.4 Partizipative Forschung**

Partizipative Forschung ist ein Forschungsansatz, bei dem alle Beteiligten, einschließlich der Gemeindemitglieder, in die Planung, Durchführung und Auswertung von

Forschungsprojekten einbezogen werden. Dieser Ansatz ist wichtig, um sicherzustellen, dass die Forschung den Bedürfnissen der Gemeinschaften, denen sie dienen soll, gerecht wird.

Die Voraussetzung für die Umsetzung partizipativer Forschung ist das gegenseitige Vertrauen aller Beteiligten. Dies kann durch die Schaffung von Gelegenheiten geschehen, bei denen Forschende zusammenarbeiten und voneinander lernen können, wichtig ist hierbei das kontextuelle Wissen von Forschenden aus dem Globalen Süden stark zu berücksichtigen zudem sollten Rahmenbedingungen und Möglichkeiten in der gemeinsamen Arbeit aller Projektpartner artikuliert und adressiert werden.

Machtungleichgewichte in globalen Gesundheitspartnerschaften sollten transparent adressiert und benannt werden. In einem weiteren Schritt sollte sichergestellt werden, dass Forschende aus dem Globalen Süden ein gleichberechtigtes Mitspracherecht bei der Gestaltung und Durchführung von Forschungsprojekten haben und dass sie gleichermaßen von den Forschungsergebnissen profitieren. Die partizipative Prozessgestaltung kann durch die Bereitstellung von entsprechenden Schulungen und Ressourcen und durch die Schaffung von Strukturen und Formaten für die Zusammenarbeit geschehen, die eine partizipative Prozessgestaltung unterstützen.

### **3.5 Akademische Sprache und Ausdrucksweise überdenken**

Die akademische Sprache und Ausdrucksweise, die in der globalen Gesundheitsforschung verwendet wird, kann für Forschende aus dem globalen Süden befremdlich und unzugänglich sein. Dies kann unter anderem daran liegen, dass, gemessen an den gesetzten Standards aus dem Globalen Norden anderen Formen formaler Bildung erlernt und umgesetzt werden. Zum anderen ist der Ausdruck in englischer oder französischer Sprache für die meisten Forschenden aus dem Globalen Süden nicht Muttersprache, sondern wenn überhaupt die Sprache der ehemaligen Kolonialmächte. Somit ist Sprache Ausdruck eines kolonialen Imperialismus, welcher auf subtile Weise politische, ökonomische und kulturelle Einfluss der ehemaligen Kolonialmächte verfestigt.

Um Sprache und Vervielfältigung von Wissen integrativer und zugänglicher zu machen und u.a. die Tradition der mündlichen Überlieferung zu honorieren, sollten tradierte Formen der Vervielfältigung in Form von wissenschaftlichen Publikationen überdacht bzw. durch andere zugänglichere Kommunikationskanäle ersetzt werden.

### **3.6 Sensibler Sprachgebrauch**

Sprache dient nicht nur der Information, sie formt unsere Welt und kann u.a. ungewollt ausgrenzen. Deshalb ist es wichtig, eine Sprache zu verwenden, die alle einschließt und

Diskriminierung vermeidet. Im Kontext der globalen Gesundheit ist ein sensibler Sprachgebrauch besonders wichtig, weil er dazu beitragen kann, das Erbe von Kolonialismus und Rassismus zu bewältigen. Vertiefende Informationen zu diskriminierungsensiblen Sprachgebrauch im Kontext Migration und Gesundheit wurden von Bilgic et al. entwickelt und im Folgenden zusammengefasst[4]. Globale Gesundheit lebt von Vielfaltigkeit, daher sollten Verallgemeinerung und Stereotypen auch in der Sprache vermieden werden, hilfreich ist es bei Sprache auf diskriminierende Assoziationen zu prüfen. Sprache wirkt Kontextbezogen und verändert sich mit dem Wandel der Gesellschaft. Begriffe und Kategorien, die in einem bestimmten Kontext oder zu anderer Zeit einst akzeptabel waren, können im anderen Kontext oder im Laufe der Zeit negative Bedeutungen annehmen und sollten diesbezüglich überprüft werden. Selbstbezeichnungen, wie bspw. der Begriff "People of Color" der nicht *weiße* Menschen beschreib und dabei die historische Unterdrückung der Schwarzen Bevölkerung betont sollten Fremdbezeichnungen vorgezogen werden. Unsicherheiten und Fehler bezüglich der Einordnung bestimmter Begriffe und Kategorien sind normal. Eine offene Fehlerkultur und wertschätzendes Feedback können ein diskriminierungssensibles Umfeld fördern.

### **3.7 Selbstreflexive Praktiken auf individueller und institutioneller Ebene**

Einzelpersonen, die in der globalen Gesundheitsforschung tätig sind, sollten selbstreflektierende Praktiken anwenden, um ihre eigenen Vorurteile und Annahmen zu erkennen und anzugehen. Hierbei kann das KPSI-Modell (Kultur, Person, Situation, Institution) zum Einsatz kommen [5]. Um diesen Prozess auch auf institutioneller Ebene zu fördern, sollte Supervision, Intervision und Fortbildungen mit diesem Fokus stattfinden, auch standardisierte Frameworks zur Reflexion und Analyse von Zielen und Normen der Zusammenarbeit [6].

### **3.8 Historisches Bewusstsein schärfen und Kontinuitäten erkennen**

Die globale Gesundheit hat ihren geschichtlichen Ursprung in der Tropenmedizin, der internationalen Gesundheit und dem öffentlichen Gesundheitswesen. In Deutschland spielte letzteres nach seiner rassenideologischen Instrumentalisierung im Nationalsozialismus jedoch lange Zeit keine bedeutende Rolle. Erst die Ebola-Epidemie in Westafrika und das daraus resultierende politische Interesse, das in der deutschen G20-Präsidentschaft mit Schwerpunkt Globale Gesundheit gipfelte, rückte das Thema in Deutschland wieder in den Fokus. Die

Tropenmedizin entwickelte sich in der Kolonialzeit, und diente dazu, die Gesundheit der kolonialisierten Menschen zu fördern, um die wirtschaftliche Macht und Kontrolle der europäischen Kolonialmächte zu erhalten. In der postkolonialen Zeit entwickelte sich auf der Grundlage der Tropenmedizin die internationale Gesundheit. Während diese Formal den Handlungsmaximen der humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit unterlag, konzentrierte sich jedoch in der Regel auf die Bekämpfung einzelner infektiöser Krankheiten, die sich potenziell ausbreiten, und somit europäischen Wirtschaftsinteressen beeinträchtigen könnten. Die heutigen Konzepte der globalen Gesundheit zielen darauf ab, dieses Erbe zu überwinden, indem sie sich mit "Gesundheitsproblemen befassen, die über nationale Grenzen und Regierungen hinausgehen und Maßnahmen zur Beeinflussung der globalen Kräfte fordern, die die Gesundheit der Menschen bestimmen" [7]. Allerdings stellen unterschiedliche zugrundeliegende Agenden, wie z. B. den Fokus auf Gesundheitssicherheit, Unternehmertum, Technologie, Geisteswissenschaften und soziale Gerechtigkeit, Gemeinsamkeiten in Frage und reproduzieren stattdessen koloniale Muster. Die kritische Einordnung historischer Persönlichkeiten wie Robert Koch und Rudolf Virchow ist für ein kritisches Verständnis der Globalen Gesundheit als Wissenschaftszweig unerlässlich. Koch führte menschenrechtsverachtende Experimente mit Todesfolge zur Schlafkrankheit im heutigen Tansania durch [8] Virchow hingegen beteiligte sich an Völkerschauen und der Erstellung von Schädelansammlungen und etablierte damit rassistische Paradigmen [9]. Darüber hinaus ist es wichtig, sich mit den ethisch sensiblen anatomischen Sammlungen aus der Kolonialzeit in Museen und Universitäten auseinanderzusetzen. Diese Sammlungen sind nicht nur ein bedeutendes historisches Dokument, sondern auch ein Spiegelbild der rassistischen und kolonialen Denkmuster der Zeit. Allerdings besteht diesbezüglich sowohl hinsichtlich qualitativ hochwertiger Forschung als auch der Entwicklung von Lehrmaterialien erheblicher Nachholbedarf. Exemplarisch für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der kolonialen Gesundheitsgeschichte ist die didaktische Aufarbeitung und Erinnerungskultur der im Namen der öffentlichen Gesundheit in der NS-Zeit getätigten Verbrechen.

## **Quellen / Literatur**

- [1] Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *The Lancet* 2009;373:1993–5. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9).

- [2] Bundesvertretung Medizinstudierender Deutschlands e.V. Pressemitteilung  
Rassismuskritik gehört ins Kerncurriculum – bvmd veröffentlicht rassismuskritische  
Analyse des NKLM 2.0 2022.
- [3] Betial A, Rupinder L, Russyan M, Vanessa N. An Abolitionist Approach to Antiracist  
Medical Education. *AMA J Ethics* 2022;24. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2022.194>.
- [4] Bilgic L, Sarma N, Loer A-KM, Koschollek C, Bozorgmehr K, Razum O, et al.  
Diskriminierungssensible Sprache in der Forschung zu Migration und Gesundheit – eine  
Handreichung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*  
2022;65:1316–23. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03620-0>.
- [5] Hiller G. Eine Frage der Perspektive. *Critical Incidents* aus Studentenwerken und  
Hochschulverwaltung. 2018.
- [6] Larkan F, Uduma O, Lawal SA, van Bavel B. Developing a framework for successful  
research partnerships in global health. *Glob Health* 2016;12:17.  
<https://doi.org/10.1186/s12992-016-0152-1>.
- [7] Kickbusch I. The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health*  
2006;34:561–5. <https://doi.org/10.1080/14034940600973059>.
- [8] deutschlandfunkkultur.de. Historiker Jürgen Zimmerer über Robert Koch - Man muss das  
RKI umbenennen. 2020.
- [9] Grosse P. Pascal Grosse: Kolonialismus, Eugenik und bürgerliche Gesellschaft in  
Deutschland - 1850-1918. Campus Verlag; 2000.