

## **Rassismus im Gesundheitswesen: Die marginalisierten Stimmen aus dem globalen Süden**

Mein Name ist Nafkumbi Negeri und ich bin 25 Jahre alt. Derzeit studiere ich Soziale Arbeit. Seit geraumer Zeit beschäftige ich mich intensiv mit dem Thema der Humankapitalpolitik, insbesondere im Kontext von Fachkräften im Gesundheitswesen. Die Soziale Arbeit weist viele Schnittstellen mit dem Gesundheitswesen auf, welches ich im folgend Paper näher erläutere.

### **1. Was ist das Problem? - Humankapitalpolitik und das Dilemma der ausländischen Fachkräfte in Deutschland.**

Die ungleiche Entwicklung der Länder des globalen Südens, ausgelöst durch den globalen Norden, zielt darauf ab, die eigenen Verwertungsinteressen zu bedienen. Diese Strategie basiert auf einer gezielten Anwerbung bereits ausgebildeter Fachkräfte aus anderen Ländern, um den eigenen Humankapitalbestand zu erweitern. In Folge geraten Länder im globalen Süden, die ihre talentiertesten Köpfe verlieren, in eine Schieflage, was ihnen die Errichtung dringend benötigter Institutionen für eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung erschwert. Diese Situation verstärkt die Tendenz zur Migration in den globalen Norden, wodurch eine selektionsfähige Masse an Migrant:Innen entsteht. Die, aus kapitalistischer und liberaler Sicht, „Besten“ erhalten die Möglichkeit, in den Arbeitsmarkt zu migrieren und sich selbstständig zu integrieren, während anderen insbesondere Migrant:Innen aus der Arbeiter:innenklasse die Aussicht gegeben wird, zu migrieren und sich an weniger entlohnten Arbeitsmarktpositionen zu orientieren.

In Deutschland bildet die Integration in den Arbeitsmarkt den Kernpunkt der Humankapitalpolitik. Diese Humankapitalpolitik wird als ein Bestandteil der Imperialen Lebensweise im globalen Norden betrachtet und steht in einer Kontinuität zu der Aneignung von Arbeitskraft und Körpern im Kolonialismus. Sie basiert darauf, hochqualifizierte Arbeitskräfte aus dem globalen Süden in den globalen Norden zu locken, wobei gleichzeitig die selbst erzeugten Humankapitalressourcen gestärkt und Arbeitskräfte aus Ländern des globalen Südens kontrolliert zugeführt werden. Viele Arbeitsmigrant:innen sehen sich nach einer Migration in den globalen Norden mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert. Hierzu gehört oft die Nicht-Anerkennung der bisherigen Lebensleistung, wie z.B. durch das fehlende, oder durch langjährige Prozesse zu

erkämpfende, Bescheinigen der Berufserfahrung oder der Ausbildungs- und Studienbescheinigung. Langfristig führt dies zu einer „Lücke“ im Lebenslauf und einem Verlust von Leistungen wie z.B. Rentenbezügen. Zu dem verstärkt dies das Entwickeln eines „Imposter Syndroms“ bei BIPOC Fachkräften insbesondere bei FLINTA Personen. Das Imposter, auch „Hochstapler“ Syndrom benennt ein Gefühl bzw. eine internalisierte Haltung des „nie gut Genug“ seins bei den Betroffenen Personen. Aus diesen Gründen neigen diese Arbeitskräfte dazu, in weniger regulierten Bereichen des Arbeitsmarktes zu verbleiben und akzeptieren im Vergleich zu Arbeitnehmer:innen aus dem globalen Norden erhebliche Lohnunterschiede. Es kommt zu einem „brain waste“, d.h. dass diese Personen sich in Arbeitsverhältnissen befinden, die unter ihrem eigentlichen Qualifikationsniveau sind. Bis 2011 war der rechtliche Rahmen für die Anerkennung ausländischer Qualifikationen restriktiv. Das BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) stellte im Jahr 2011 den Nationalen Aktionsplan Integration (NAP, mit dem Untertitel „Zusammenhalt stärken – Teilhabe verwirklichen“). Der NAP zielt jedoch auf Wirtschaftswachstum, denn er ruft nach einer Integration qualifizierter Arbeitskräfte und einer Qualifizierung aller anderen Zugewanderten. Auch 2023 bleibt das Thema Migration und des sogenannte „Fachkräftemangel“ ein beherrschendes Thema in der Bundespolitik.

Gleichzeitig bleibt in Nord-Süd Beziehungen das Syndrom des „weißen Retters“ ein bestehendes Problem, insbesondere wenn medizinisches Personal aus dem globalen Norden in den globalen Süden entsendet wird. Hierzu lohnt sich ein Blick in den Artikel „White Saviour Industrial Komplex“ von Hamu, im Projekt „Medizin für Alle?“. Akteure aus dem globalen Norden, gemeint sind hier Einzelpersonen, NGO's und Institutionen zeigen noch immer koloniale Kontinuitäten auf, in dem Sie den globalen Norden als „Norm“, zu der es sich der globale Süden hin zu „entwickeln“ habe, insbesondere im entwicklungspolitischen Bereich, der auch die Gesundheitsversorgung tangiert.

Ein zentraler Faktor, der diese problematische Dynamik aufrechterhält, ist die Fehlende Wertschätzung von Wissen Beständen von Schwarzen und indigenen Menschen aus dem globalen Süden im Gesundheitswesen, sowie die Marginalisierung bestehender Schwarzer und Indigener Stimmen in diesem Bereich.

Im Folgenden geht es also um die Marginalisierung von Beschäftigten BIPOC's im globalen Norden, sowie die Nichtanerkennung Ihrer Wissensbestände. Werden Schwarze

Gesundheitsfachkräfte aus dem globalen Süden, im globalen Norden beschäftigt, sehen diese sich, insbesondere mit bestehenden rassistischen Narrativen konfrontiert. Zeigen Schwarze Gesundheitsfachkräfte sich Widerständig gegenüber den Reproduktionen von rassistischer Arbeitsbeziehungen sehen sich Betroffene oft mit unverhältnismäßigen Gegenreaktionen konfrontiert oder werden sogar gesilenced. In der Folge wird ein Narrativ geschaffen, in der Schwarze Gesundheitsfachkräfte als „schwierig“ in der Zusammenarbeit und als weniger konstruktiv für die Patientenversorgung konstruiert werden. Oft sehen sich diese Fachkräfte gezwungen, sowohl ihre Schwarzen Patient:innen, ihre eigenen Wissensbeständen und Expertisen, beispielsweise über alternative Heilmethoden, gegenüber ihren weißen Kolleg:Innen zu verteidigen. Somit erfahren Sie keine Wertschätzung und sehen sich in ihre Rolle im Versorgungsteam bagatellisiert. Die meisten Gesundheitsfachkräfte aus dem globalen Süden setzen in Folge gesunde Grenzen zwischen ihnen und dem weißen Kollegium.

Erfahrungsbericht einer Krankenschwester aus Äthiopien, die seit 2008 in Frankfurt am Main lebt:

*„Ich habe in Äthiopien vier Jahre die Ausbildung als Krankenschwester absolviert und kurz danach musste ich nach Deutschland fliehen, da mein Mann politisch verfolgt wurde. Angekommen in Deutschland konnte ich mein Zeugnis als Krankenschwester nicht anerkennen, da dies zu dem Zeitpunkt gesetzlich nicht möglich war. Nachdem ich mein Deutschkurs in B2 gemacht habe, entschied ich mich noch Mal die Ausbildung als Krankenschwester zu machen. Es war nicht sehr leicht für mich, da ich mich noch an die Sprache gewöhnen musste. Trotzdem habe ich meine Ausbildung wie meine Mitschüler:Innen, die hier aufgewachsen sind, geschafft. Nach der Ausbildung fing ich an in einem Krankenhaus zu arbeiten. Ich habe meine Arbeit sehr genau gemacht. Vieles habe ich stets doppelt gecheckt, damit mir bloß klein Fehler unterläuft.*

*In diesem Krankenhaus habe ich zwei Jahre gearbeitet und wurde auf Grund von Missverständnissen und Herabschauen von meinen Kolleginnen gekündigt. In der Hoffnung, dass die Lage in einem anderen Krankenhaus besser wird, war ich in weiteren Kontexten dann tätig. Insgesamt habe ich in vier Krankenhäusern in Frankfurt gearbeitet. Die Erfahrung der Nichtwertschätzung meiner Expertise und das Gefühl nicht als gleiches Mitglied im Kollegium wahrgenommen zu werden blieb. Schlussendlich habe ich aufgegeben meinen Beruf*

*auszuüben. Jedoch steht für mich außer Frage, dass ich am meisten gearbeitet habe und die Klient:innen stets zufrieden mit meiner Arbeit waren.*

*Ich teile mit meinen Klienti:innen oft mein Wissen, welches ich aus Äthiopien mitgebracht habe. Ein Klient von mir hatte eine große Wunde, die nicht abheilen wollte, sodass die Entzündung beinahe chronisch wurde. Ich habe mir sehr viele Sorgen gemacht, da ich die Verantwortliche Ärztin war und zum Heil dieses Patienten meinen Beitrag leisten wollte. Aus meiner Erfahrung in Äthiopien ausgehend, versuchte ich die Wunde mit einem alternativen Heilmittel, der Gartenkresse, zu behandeln. Die Gartenkresse hat eine große Bedeutung in der traditionellen Medizin in Ostafrika, aufgrund ihrer entzündungshemmenden Kraft. Ich wusste, dass ich meinen Klient nicht mit einem selbstgemachten Wunden Dressing behandeln kann. Daher habe ich auf seine Entlassung gewartet. Am Tag seiner Entlassung habe ich ihm ein Wunden Dressing aus Gartenkresse mitgegeben und habe ihm erklärt, wie er dieses anwenden kann. Eine Woche später kam dieser Klient mit einer abgeheilten Wunde und hat sich bei mir herzlich bedankt. Mir begegneten immer wieder solche Situationen, in denen ich mein Job in Gefahr brachte, da ich Wissen über traditionelle Heilmethoden teilte, also aus Wissensbeständen die in Europa als unprofessionell angesehen werden. Gleichzeitig finde ich es schade, dass Menschen mit Medikamenten und Heilmethoden aus der Pharmaindustrie überversorgt werden und Indigenes / Schwarzes Wissen keine Wertschätzung im globalen Norden findet.“*

## **2. Was muss sich ändern? - Richtungswandel für globale Gerechtigkeit: Neugestaltung von Politik und Arbeitskultur zur Förderung inklusiver Partnerschaften und Arbeitsplatzintegration.**

Um die problematische Dynamik zu verbessern, bedarf es grundlegender Veränderungen sowohl auf lokaler als auch auf globaler Ebene. Diese Herausforderungen betreffen sowohl die Partnerschaftliche Arbeit in Nord-Süd wie in Süd-Nord Kontexten. Die internationale Zusammenarbeit und faire Partnerschaften zwischen dem globalen Norden und Süden sollten auf gleichberechtigten Partnerschaften basieren. Diese Zusammenarbeit muss auf gegenseitigem Respekt, Gleichberechtigung und der Berücksichtigung lokaler Bedürfnisse und Dynamiken aufbauen. Es ist von entscheidender Bedeutung, restriktive Regelungen zur

Anerkennung ausländischer Qualifikationen zu überdenken, um ausländische Fachkräfte besser in lizenzierte Berufe zu integrieren und den beschriebenen "brain waste" zu minimieren. Zusätzlich sollte die Denke des "weißen Retters" Syndroms durchbrochen werden, indem Schwarze und Indigene Menschen in Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen einbezogen und ihre Stimmen gestärkt werden. Es ist entscheidend, rassistische und koloniale Kontinuitäten im Gesundheitswesen durch Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen abzubauen, um eine angemessene Arbeitsumgebung für Schwarze Gesundheitsfachkräfte zu schaffen und ihre Rolle in Versorgungsteams zu würdigen. Diese Herausforderungen erfordern eine umfassende Neugestaltung von politischen Maßnahmen, der Arbeitsplatzkultur im globalen Norden und der internationalen Zusammenarbeit im Allgemeinen.

### **3. Wie kann sich etwas ändern? - Veränderte Perspektiven: Die Bedeutung von Global Health in der deutschen medizinischen Ausbildung und Praxis"**

Gesundheit und Medizin sind zunehmend durch Faktoren geprägt, die über nationale Grenzen und Gesundheitssysteme hinausreichen. Der Austausch von Waren, Informationen, Arbeitskräften, Patienten und Krankheitserregern zwischen Ländern beeinflusst unser Verständnis von Gesundheit sowie die medizinische Praxis. Dies konnten wir Alle, insbesondere während der COVID-19 Pandemie spüren. In Anbetracht dieser globalen Dynamik wird weltweit ein Anpassungsbedarf in der medizinischen Ausbildung im Kontext der internationalen Zusammenarbeit, an die Einflüsse und Herausforderungen durch die Globalisierung gefordert, unter anderem durch die Integration von Global Health in Lehrplänen medizinischer Ausbildungsinstitutionen im globalen Norden. Allerdings existiert bislang keine einheitliche Definition oder allgemein akzeptiertes Verständnis von Global Health. Hierzu lohnt sich ein Blick in das Paper von Angela Schuster zu diesem Thema im Projekt „Medizin für Alle?“.

Der Kern von Global Health liegt im Verständnis der supraterritorialen Gesundheitsdeterminanten, welche traditionelle Grenzen und Territorien überschreiten und in herkömmlichen Modellen der sozioökonomischen Gesundheitsfaktoren oft nicht erfasst werden. Aufgrund seiner globalen Reichweite und Komplexität erfordert Global Health einen transdisziplinären Ansatz sowie innovative Lehrmethoden sowie die Anerkennung von

traditionellen Heilverfahren aus dem globalen Süden. Die Ausbildung von Ärzt:innen für das 21. Jahrhundert sollte ein Verständnis für globale Zusammenhänge und deren Auswirkungen auf die Gesundheit fördern.

Das Verständnis von Global Health in der medizinischen Ausbildung reflektiert oft normative Ansprüche sowie das koloniale Erbe dieser Disziplin. Eine Bewusstseinsbildung in diesem Bereich kann dazu beitragen, die sozialwissenschaftlichen Wissensbestände innerhalb der medizinischen Ausbildung zu stärken und ein tieferes Verständnis für ganzheitliche und kritische Medizin im Allgemeinen zu fördern. Die Integration von Global Health in medizinische Lehrpläne trägt dazu bei, Gesundheitsfachkräfte, insbesondere jene die an Entsendungsprogrammen partizipieren, auf die Herausforderungen einer globalisierten Welt angemessen vorzubereiten.

#### **Weiterführende Literatur und Quellen:**

*Allen, R. L. (2001). The globalization of white supremacy: Toward a critical discourse on the racialization of the world. Educational Theory*

*Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration*

*Einwanderungsland Deutschland. Die Fakten im Überblick. Online verfügbar unter [https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Einwanderungsland%20Deutschland.pdf;jsessionid=B14E9FCFB6EE1C7A92FF5D34EC74023B.s1t1?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Einwanderungsland%20Deutschland.pdf;jsessionid=B14E9FCFB6EE1C7A92FF5D34EC74023B.s1t1?__blob=publicationFile&v=4).*

*GERHARDS, Jürgen; Hans, Silke; Carlson, Sören (Hg.) (2014): Globalisierung, Bildung und grenzüberschreitende Mobilität. Wiesbaden: Springer VS (Sozialstrukturanalyse). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-02439-0>.*

*HA, Kien Nghi (2010): deutsche Integrationspolitik als koloniale Praxis. In: Gabriele Dietze*

*KICKBUSCH, I. 2019. Deutschland muss noch mehr in Globale Gesundheit investieren! International Reports of the Konrad-Adenauer-Stiftung.*

*KRANKENSCHWESTER, aus Äthiopien*

*LABONTE, R. & SCHRECKER, T. 2007. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3). Global Health, 3, 5.*

*SCHOLTE, J. A. 2008. Defining Globalisation. The World Economy, 31, 1471-1502.*

*TEJU, Cole (2012): The White-Savior Industrial Complex. In: The Atlantic, 21.03.2012, <https://www.theatlantic.com/international/archive/2012/03/the-white-savior-industrial-complex/254843/> (24.1.2021).*