



/ Das große Versagen in der Pandemie: Macht- und herrschaftskritische Anmerkungen zu den intersektionalen Dimensionen einer politisch gemachten Katastrophe

Nadja Meisterhans*

Zusammenfassung

Die Coronakrise verdeutlicht auf drastische Weise, dass Krankheiten nicht vor Staatsgrenzen haltmachen, sondern eine globale Dimension haben. Der zentrale Gedanke dieses Beitrags ist, dass die macht- und herrschaftsstrukturellen Ursachen und Auswirkungen der (nicht erst seit der Pandemie) bestehenden globalen Gesundheitskrise nach wie vor kaum in den Blick genommen werden. Das Ausblenden der strukturellen Ursachen multipler und miteinander verflochtener Krisen ist jedoch einer der Hauptgründe, warum das Pandemiegeschehen intersektionale Ungleichheiten und Machtasymmetrien weltweit verschärft und strukturell benachteiligte gesellschaftliche Gruppen in geradezu nekropolitische Weise von populistisch agierenden Regierungen im Stich gelassen, teilweise sogar zu Sündenböcken gemacht werden. Trotz dieser skeptischen Diagnosen werden im letzten Teil des Beitrags Perspektiven einer Critical Global Governance for Health skizziert, die in (post)pandemischen Zeiten Anwendung finden könnten.

Schlagwörter: Global Governance for Health, Menschenrecht auf Gesundheit, Nekropolitische Populismus, Postkoloniale Macht- und Herrschaftskritik

The Great Failure in the Pandemic. Power-critical comments on the intersectional dimensions of a politically made catastrophe.

Abstract

COVID-19 is not a natural disaster. From a human rights perspective, COVID-19 is rather an expression of a lack of global solidarity and a glaring political failure – at the national, Europe-an, and global level. The central idea of this contribution is that the structural causes and effects of the global health crisis (not only since the pandemic) have been neglected. Accordingly, the fading out of the structural causes of multiple and interconnected crises is one of the main reasons why the pandemic exacerbates intersectional inequalities and power asymmetries on a global scale and why structurally disadvantaged social groups are abandoned by populist governments in an almost necropolitical manner and sometimes even made scapegoats. Despite these skeptical diagnoses, the last part of the article sketches out contours of a critical global governance for health, which could be applied in post-pandemic times.

Keywords: Global Governance for Health, Human Right to Health, Necropolitical Populism, Postcolonial Critique of Power



* Prof. Dr. Nadja Meisterhans, Professur für Politische Philosophie, Global Governance, Zivilgesellschaft und Soziale Bewegungen, Fakultät für Sozialwissenschaften an der Karlshochschule International University, E-Mail: nmeisterhans@karlshochschule.de



1. Einleitung – Herausforderungen globaler Gesundheit¹

Nicht erst der Ausbruch von Covid-19 verdeutlichte, dass Krankheiten nicht vor Staatsgrenzen haltmachen, sondern eine globale Dimension haben. Historisch betrachtet sind globale Gesundheitskrisen kein neues Phänomen – man denke nur an die Pest, die Spanische Grippe oder HIV. Und doch hat die aktuelle Pandemie offengelegt, so die zentrale Aussage des Beitrags, dass aus vergangenen Gesundheitskrisen wenig gelernt wurde. So gesehen ist die aktuelle Pandemie vor allem eine politisch gemachte Katastrophe. Dabei ist die Debatte um die Notwendigkeit einer global koordinierten Gesundheitspolitik nicht neu. Bereits in der sogenannten Kolonial- und Tropenmedizin fanden sich erste Ansätze (Holst 2019: 9) und die Gründung der Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organization) im Jahr 1948 bildete einen Meilenstein, dem das solidarische Bemühen zugrunde lag, das höchstmögliche Gesundheitsniveau für alle Menschen zu erreichen („Health for all“). Bereits im ersten Artikel der WHO-Verfassung wird Gesundheit als ein Phänomen beschrieben, das über die Abwesenheit von Krankheit hinausgeht:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“ (WHO 2020a, Hervorhebung N. M.)

Gesundheit ist somit ein Menschenrecht, das jedem Menschen zusteht. Doch trotz dem nun schon über siebzig Jahre andauernden Bestehen der WHO und entgegen der 1948 verabschiedeten Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte sowie dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN 1966) aus dem Jahr 1966, in denen das Recht auf Gesundheit verbrieft ist, ist die globale Gesundheitslage nach wie vor prekär. Und auch die im Jahr 2015 von den 193 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen verabschiedete „Agenda 2030“, die sich nachhaltigen Entwicklungszielen (Sustainable Development Goals – SDGs) widmet (kritisch hierzu Meisterhans 2015a; Ziai 2016) und im SDG 3 Gesundheit und Wohlergehen als

Entwicklungsziel benennt, konnte bisher offensichtlich wenig zur Besserung der globalen Gesundheitssituation beitragen. Die aktuelle Pandemie legt somit offen, dass eklatante Schwächen in der internationalen Zusammenarbeit bestehen und sich dies insbesondere auf die Situation strukturell marginalisierter Menschen im globalen Süden, aber auch im globalen Norden auswirkt (Gostin et al. 2020).² Die aktuelle Gesundheitskrise ist nicht zuletzt auch Ausdruck eines fundamentalen Mangels an Solidarität in der internationalen Staatengemeinschaft. Mehr noch: Die aktuellen Entwicklungen zeigen auch, dass selbst aus den jüngsten Ereignissen, wie dem Ebola-Ausbruch in Afrika 2014, offensichtlich kaum politische Konsequenzen gezogen wurden (ebd.; Sanders et al. 2015; Meisterhans 2016). Es soll deshalb verdeutlicht werden, dass es sich bei der Pandemie nicht um eine Naturkatastrophe, sondern um eine politisch gemachte Katastrophe handelt (Meisterhans 2020; Holst 2020). Ziel ist somit, die macht- und herrschaftsstrukturellen Ursachen und Auswirkungen der aktuellen Pandemie aus der kritischen Perspektive einer Global Governance for Health zu analysieren.

Im ersten Teil des Beitrags sollen deshalb die Defizite globaler Gesundheitspolitiken der internationalen Staatengemeinschaft aus menschenrechtlicher Perspektive beleuchtet werden. Die These ist, dass in der internationalen Gesundheitspolitik ein verkürztes Gesundheitskonzept vorliegt. Ich möchte dabei zwei Grundproblematiken ansprechen: Zunächst soll die Reduktion der Gesundheitspolitik auf wirtschaftspolitische und nationale Interessen insbesondere der reichen Länder angesprochen werden, die inter- und supranationale Politiken nach wie vor dominieren. Zum anderen soll – und dies hat insbesondere die aktuelle Pandemie gezeigt – die eindimensionale Ausrichtung auf biomedizinische Parameter problematisiert werden (grundlegend dazu Holst 2020). Letztere ist auch wiederum einer der Gründe, warum der aktuelle Pandemiediskurs auf epidemiologische und virologische Gesundheitsperspektiven verengt wird. Bedenklich daran ist, dass die politischen, sozialen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit weitgehend unberücksichtigt bleiben und somit die *strukturellen* Ursachen aktueller und vergangener Gesundheitskrisen aus dem Blick geraten (Razum et al. 2014a; Meisterhans 2016; Holst/Razum 2018; Holst 2019; 2020; 2021). Die Folge ist

¹ Ich möchte den Gutachter*innen ausdrücklich für die instruktiven Kommentierungen zu meinem Beitrag danken.

² Zu diesem Punkt siehe auch https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Stellungnahmen_PDF/ZfPH_Covid_Stellungnahme.pdf [20.11.2021].

eine auf bestimmte Krankheitsphänomene fokussierte Gesundheitsagenda, die mit einer selektiven Förderung von Gesundheitsprojekten und einer Top-down-Logik einhergeht, in der bestimmte Akteure wie philanthrop-kapitalistische Stiftungen (hier ist insbesondere die Bill Gates Foundation zu nennen), aber auch mächtige Industriestaaten und der Privatsektor den Kurs bestimmen (Razum et al. 2014a; Meisterhans 2016; Holst/Razum 2018; Holst 2019; 2020; 2021). Kritisch an dieser Gesundheitsagenda ist zudem – und dies hätte bereits aus der Ebolakrise gelernt werden können –, dass sie mit einer Vernachlässigung des dringend notwendigen Ausbaus nationaler Gesundheitssysteme einhergeht. Damit nicht genug: Zugleich trägt die zunehmende Desavouierung globaler Menschenrechtspolitik und des Multilateralismus in Zeiten des globalen Populismus (Crewe/Sanders 2019; Katsambekis/Stavarakakis 2020), aber auch die nach wie vor bestehende Hegemonie neoliberaler Ideologien³ (Mouffe 2005; Brand 2012; 2016; Brand/Wissen 2017; Demirović 2018; Jessop 2019) dazu bei, dass sich die Lebensrealitäten von insbesondere strukturell benachteiligten Menschen im globalen Süden wie auch im globalen Norden verschlechtern.

Demgegenüber soll im zweiten Teil des Beitrags ein holistisches Konzept globaler Gesundheit skizziert werden, das einen menschenrechtsfundierten Ansatz zum Ausgangspunkt nimmt und dabei in dekolonialer Perspektive Überlegungen zur nachhaltigen, d. h. postpandemischen Transformation globaler Gesundheitspolitik anstellt. Angesprochen wird hier ein Konzept einer Global Governance for Health, in der postkolonial reflektierte Wissenschaftler*innen, aber auch soziale Bewegungen und zivilgesellschaftliche Initiativen – insbesondere im Kontext des People's Health Movements – nicht nur als Wissensproduzent*innen anerkannt werden, die z. B. im Rahmen der WHO kontextangemessene Handlungsempfehlungen erarbeiten, sondern auch als politische Akteur*innen Anerkennung finden.

³ Der Beitrag rekurriert auf einen Begriff der Hegemonie, der mit Demirović (2008: 17) wie folgt gefasst werden kann: „Hegemonie heißt ganz allgemein eine kulturelle und intellektuelle Organisation, durch welche die Weltsicht und die Ordnung der Dinge, wie sie der Lebensweise der bürgerlichen Klasse und ihrer Funktion in der gesellschaftlichen Produktion und Reproduktion entsprechen, auf andere, vor allem subalterne Klassen ausgedehnt, also verallgemeinert werden, sodass sie selbst jene teilen und respektieren, die eben dadurch beherrscht werden.“

2. Covid-19 als Verstärker intersektionaler Ungleichheiten in Zeiten des neokolonialen Populismus

Bereits jetzt ist es kaum von der Hand zu weisen, wie beispielsweise der aktuelle Oxfam-Bericht offenlegt (Oxfam 2021), dass die anhaltende Coronakrise bestehende soziale und ökonomische Ungleichheiten massiv verschärft und eben nicht alle gleichermaßen trifft (Žižek 2020; Wachtler et al. 2020). Insbesondere strukturell benachteiligte Menschen sind von den Auswirkungen der Pandemie besonders hart getroffen. Dies lässt sich zum Beispiel an der Situation von flüchtenden Menschen ablesen. Bereits zu Beginn der Pandemie im April 2020 formulierte es der UN-Flüchtlingshochkommissar Filippo Grandi in drastischen Worten:

„Die Kernprinzipien des Flüchtlingsschutzes werden auf die Probe gestellt. Aber jenen Menschen, die gezwungen sind, vor Konflikten und Verfolgung zu fliehen, darf nicht Sicherheit und Schutz verweigert werden, weder als Vorwand noch als Nebeneffekt der Reaktion auf das Virus.“ (UNHCR Österreich 2020)

Ein problematischer Aspekt ist in diesem Zusammenhang insbesondere der Zugang zu medizinischer Versorgung für Asylsuchende. Bis heute erhalten flüchtende Menschen weltweit nicht die gleiche Gesundheitsversorgung wie die einheimische Bevölkerung. Und nicht nur flüchtende Menschen sind betroffen. Laut WHO (2015) haben mindestens 400 Millionen Menschen keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung und die aktuelle Coronapandemie hat diese Situation noch verschärft. Im aktuellen SDG-Bericht der Vereinten Nationen wird festgestellt:

„Die Pandemie zeigt auch, dass viele Länder für gesundheitliche Notlagen und Impfmaßnahmen nicht gerüstet sind. Dies gilt insbesondere dort, wo die Gesundheitssysteme dem rapiden steigenden Bedarf nicht gewachsen sind, weil es an Gesundheitspersonal, medizinischer Ausrüstung und Versorgungsgütern fehlt.“ (UN 2020: 28)

Seit Beginn der Pandemie zeigt sich somit, dass vulnerable Gruppen wie Migrant*innen und Binnenvertriebene, aber auch informell Beschäftigte und von Armut betroffene Menschen nicht im Zentrum des internationalen Krisenmanagements stehen. Vielmehr haben Abschottungsmaßnahmen, z. B. im Kontext der EU, dramatische Auswirkungen auf die Situation strukturell marginalisierter Menschen (Shah et al. 2020). In vielen Ländern wurde das Coronavirus von politischen Entscheidungsträger*innen genutzt, um Migrant*innen und Flüchtlinge an ihren Grenzen abzu-

weisen und damit zu verhindern, dass sie überhaupt z. B. nach Europa kommen können. Und seit das UN-Flüchtlingshilfswerk (UNHCR) und die Internationale Organisation für Migration (IOM) ihre Neuansiedlungsprogramme aufgrund der Covid-19-Pandemie vorübergehend aussetzen mussten (UNHCR Deutschland 2020), müssen selbst die Schwächsten und Verletzlichsten vor den Toren Europas warten und werden in Lagern innerhalb der EU ohne Zugang zur Gesundheitsversorgung untergebracht (Nossem 2020).

Hinzu kommt, dass „[i]n vielen Ländern [...] Migrant_innen von öffentlichen Dienstleistungen und Unterstützungsleistungen für den Mainstream (wo es sie gibt) explizit ausgeschlossen“ werden (Gottardo/Cyment 2020, Übersetzung N. M.).

Im Einklang mit der faktischen Aufhebung des Rechts auf Asyl, aber auch des Menschenrechts auf Gesundheit scheint sich die seit Längerem diskutierte autoritäre Krise der (neoliberalen) Demokratie (Demirović 2013; 2018; Moffitt 2016; Jessop 2019) nicht nur in Europa auch dahingehend auszuwirken, dass bestimmte Formen des Leidens und Sterbens auf *nekropolitische* Weise rationalisiert und normalisiert werden (grundlegend hierzu Braidotti 2007; Mbembe 2019; Mbembe/Bercito 2020). Angesprochen ist damit eine Form des autoritären Populismus, der nicht nur, wie die aktuelle Populismusforschung herausstellt, durch Freund-Feind-Konstruktionen gekennzeichnet sowie antipluralistisch, antifeministisch, geschichtsrevisionistisch und verschwörungstheoretisch ausgerichtet ist (Sauer 2017; Ajanovic et al. 2018), sondern auch einen genuin nekropolitischen Charakter hat (siehe dazu auch Gržinić/Tatlić 2014).

Der nekropolitische Charakter zeigt sich darin, dass das Leiden und Sterben strukturell marginalisierter Gruppen wie Migrant*innen oder flüchtende Menschen, aber auch von Menschen, die im informellen Sektor und/oder unter prekären Bedingungen arbeiten oder von Verarmung bedroht sind, entweder ignoriert oder sogar billigend in Kauf genommen werden. Zum Beispiel leugneten populistische Präsidenten wie Donald Trump oder Jair Bolsonaro die Bedrohung durch Covid-19 und behaupteten zynisch, die Wirtschaft sei wichtiger als die Seuchenbekämpfung. Bolsonaro ging sogar so weit, offen zuzugeben, dass er die Toten einkalkuliert, um das weitere Funktionieren der Wirtschaft zu gewährleisten. Im Anschluss an Achille Mbembe kann die demokratische Krisenbewältigung in der Pandemie damit im Lichte einer Krisenbewältigung beschrieben werden, in der

Regierungen nicht nur entscheiden, wer leben und wer sterben wird, sondern auch wie Menschen leben und sterben werden (Mbembe 2019). Aus intersektionaler Perspektive betrachtet, handelt es sich bei der Nekropolitik zugleich um ein strukturelles Problem, insofern als rechtsautoritäre und nationalchauvinistische Diskursverschiebungen überhaupt erst ermöglicht haben, dass grundlegende Bekenntnisse zu Menschenrechten, etwa im Bereich Flucht und Migration, aber auch im Bereich der Sozialpolitik, in demokratischen Staaten ausgehöhlt werden.

Darüber hinaus haben Corona-Politiken im globalen Süden wie auch Norden dazu beigetragen, intersektionale Geschlechterungleichheiten zu verstärken (Löw 2020; Mauer/Leinius 2020). Nicht nur ist eine Intensivierung des ohnehin schon seit einigen Jahren beobachtbaren Geschlechter-Rollbacks im Kontext der autoritären Krise zahlreicher Demokratien zu verzeichnen (ebd.; Sauer 2019). Vielmehr zeigt das aktuelle Pandemiegeschehen auch, dass gerade Frauen* die „Hauptlasten“ der Krisenbewältigung (Sorgearbeit) tragen und eine „Rückkehr zur traditionellen Arbeitsteilung“ (Kohlrausch/Zucco 2020: 4) weltweit zu verzeichnen ist (Mauer/Leinius 2020; Wichterich 2021: 82, 88). Hinzu kommt, dass Frauen* nach wie vor überdurchschnittlich häufig in pflegenden Berufen tätig und damit einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Noch drastischer ist das Bild, wenn in Betracht gezogen wird, wie sich intersektionale Geschlechter- und Klassenverhältnisse im Kontext der vergeschlechtlichten Arbeitsteilung in der Covid-19-Krise im globalen Süden auswirken (ebd.; Löw 2020). So sind Frauen* im globalen Süden häufig auf Tätigkeiten im informellen Sektor angewiesen, was zur Folge hat, dass durch Lockdowns bedingte Einschränkungen der Mobilität den Verlust von Einkommen bewirken und aufgrund informeller Arbeitsverhältnisse weder ein Zugang zur staatlichen Gesundheitsversorgung vorliegt noch eine Sozialversicherung in Anspruch genommen werden kann. Besonders gravierend ist die Situation für Frauen im globalen Süden innerhalb ländlicher Regionen. Sie sind im besonderen Maße von Einkommenseinbußen, akuter Armut und häuslicher und sexueller Gewalt betroffen. Aus intersektionaler Perspektive betrachtet, lässt sich somit feststellen:

„Frauen und Mädchen, die ohnehin schon von institutionalisierter Armut, rassistischen Strukturen und anderen Diskriminierungsformen betroffen sind, sind besonders gefährdet. Sie infizieren sich häufiger mit

Corona, sterben häufiger an dem Virus und sind stärker von den sekundären Auswirkungen der Pandemie betroffen“ (UN Women 2021: o. S.).

Hinzu kommen die ökonomischen Folgen des Lockdowns, die bestehende innerstaatliche und innergesellschaftliche Armutsgefälle, aber auch Ungleichverhältnisse zwischen reichen und ärmeren Ländern verstärken (Deutsche Plattform für globale Gesundheit 2020: 2).

3. No lessons learned?

Wie bereits angedeutet, zeigte schon die Ebolakrise, die nicht zufällig von 2014 bis 2016 in den drei ärmsten Ländern Afrikas – in Liberia, Guinea und Sierra Leone – grassierte, dass existierende Strukturen zur Bekämpfung globaler Gesundheitskrisen große Defizite aufweisen (Razum et al. 2014a; Hanrieder 2015; Meisterhans 2015b; 2016; 2020; Pas/Belle 2015; Holst/Razum 2018; Meier/Gostin 2018; Holst 2019; 2020; 2021).

Das Ebolavirus wurde ignoriert, solange es nur in Afrika grassierte (Meisterhans 2020). Und auch im Kontext der aktuellen Pandemie wurde zunächst zurückhaltend reagiert. Dies hatte zur Folge, dass entsprechende Schutzmaßnahmen, wie sie bereits im Rahmen der „International Health Regulations“ im Anschluss an die SARS-Epidemie im Jahr 2005 von der WHO verabschiedet wurden, nicht greifen konnten (Gostin et al. 2020). Damit einhergehend war ein unsolidarisches Verhalten vorhanden, in dem das Motto „My Country First“ herrschte (Kickbusch/Voss 2021). Eine Folge dessen waren nicht nur übereilte Grenzschließungen, sondern auch, dass „Lieferketten unterbrochen oder Verträge über Lieferungen von Masken nicht eingehalten [wurden]. Es war ein Beispiel der Nichtzusammenarbeit.“ (ebd.: o. S.)⁴

Zugleich wurden konkrete Empfehlungen zur Verbesserung der globalen Gesundheitssituation, die von einer Vielzahl transnationaler und zivilgesellschaftlicher, aber auch wissenschaftlicher Netzwerke gerade im Kontext des People’s Health Movement (People’s Health Movement 2014) schon lange vor der Pandemie ausgesprochen wurden, nicht politisch umgesetzt (Global Health Watch 5). Im Anschluss

an die Ebolakrise wurde in der jährlich in der WHO stattfindenden General Assembly und dem Executive Board Meeting (WHO 2020b) immer wieder gefordert, dass es globaler Gesundheitspolitiken bedarf, die den weltweiten Zugang zu Gesundheitssystemen auf der Grundlage einer „Health for All“ ermöglichen (Global Health Watch 4 und 5). Tenor dieser Debatten war, dass die nationalen Gesundheitssysteme auf der Grundlage von bestehenden Menschenrechtsnormen und Perspektiven sozialer Gerechtigkeit (Equity) gestärkt werden müssen (ebd.). Des Weiteren wurde hervorgehoben, dass die sozialen, aber auch die politischen Determinanten von Gesundheit anerkannt, d. h. die machstrukturellen Ursachen⁵ und intersektionalen Interdependenzen globaler Krisen endlich in den Blick genommen werden müssen (McCoy 2017). Aus diesem Blickwinkel betrachtet ist Gesundheit somit auch ein Bereich, der einer Auseinandersetzung mit politischen und ökonomischen Machtgefällen in den Nord-Süd-Beziehungen sowie mit den Ursachen und Folgen von ökonomischen Krisen im Kontext eines global entfesselten Kapitalismus bedarf (Harvey 2004; Ziai 2006; Bozorgmehr 2014; McCoy 2017).⁶

Denn Millionen von Menschen sind aufgrund von Armut, politischer und sozialer Diskriminierung, Krieg, unfairen Wirtschafts- und Handelsstrukturen und prekärer Staatlichkeit von jeglicher Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Und wenngleich die Weltbank betont, dass extreme Armut und die Sterblichkeitsraten in den letzten Jahren reduziert und zugleich Verbesserungen im Gesundheitsbereich nicht zuletzt dadurch erreicht wurden, dass ein weltweiter Anstieg von Demokratisierungsprozessen zu beobachten sei (Cruz et al. 2015),⁷ kann bei genauerem Hinsehen weiterhin bezweifelt werden, dass sich die globale Gesundheitssituation z. B. mit Blick auf die nach wie vor zu beobachtende Fragilität nationaler Gesundheitssysteme nachhaltig verbessert hat.

⁵ <https://www.medact.org/2014/blogs/david-mccoy-lancet-commission/> [20.11.2021].

⁶ Der ‚entfesselte Kapitalismus‘ ist insbesondere durch immanente systemische Krisen (Harvey 2014) gekennzeichnet, die sich in Form von multiplen, d. h. miteinander verflochtenen Krisen dahin auswirken, dass globale Ausbeutungsverhältnisse und intersektional bedingte Ungleichheiten nicht überwunden werden können.

⁷ Siehe auch: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2018/09/19/decline-of-global-extreme-poverty-continues-but-has-slowed-world-bank> [20.11.2021].

⁴ Kurz gesagt: Interview mit Ilona Kickbusch und Maike Voss, geführt von Cetin Demirci, abrufbar unter: <https://www.swp-berlin.org/publikation/globale-gesundheitspolitik-in-der-corona-pandemie-es-war-ein-beispiel-der-nichtzusammenarbeit>, [02.06.2022].

Hinzu kommen weitreichende methodische Zweifel an der Art, wie die Weltbank Armut im Sinne der sogenannten Armutslinie misst (Reddy/Pogge 2010; Dammerer 2020).

„In terms of the reductions in mortality rates, a more critical perspective is warranted if we recognise the fragility of recent global health gains and the threats posed by climate change and ecosystems collapse, anti-microbial resistance, and the prospect of growing levels of violence and armed conflict across the globe. In other words, the predominantly biomedical approach that prevails in global health and which has undoubtedly improved our ability to keep people alive for longer in conditions of poverty, may eventually fail in the medium to long term if we neglect the social determinants of both human health and environmental degradation.“ (McCoy 2017: 540)

Weiterhin gilt, dass insbesondere die Verarmung fatale Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus hat und der schlechte Gesundheitszustand wiederum die Armut vergrößert, indem er Menschen arbeitsunfähig macht; sie also davon abhält, für eine Lebensgrundlage zu sorgen (Deutsche Plattform für Globale Gesundheit 2014):

„Wir blicken hier auf mehrere Generationen von kolonialer und neokolonialer Ausbeutung zurück. Diese müssen als Grundlage der globalen Ungleichheiten, sowie des Ausbaus und Erhalts von Machtverhältnissen und damit dem gnadenlos fortgeführten kapitalistischen Projekt – die Bereicherung Weniger auf Kosten Vieler – verstanden werden. Und wenn noch immer fast einem Drittel der Weltbevölkerung der Zugang zu essentiellen Arzneimitteln fehlt, ist es nicht verwunderlich, wenn die WHO schreibt: ‚Soziale Ungleichheit tötet im großen Maßstab.‘“ (Mitskop 2018: o. S.)

Prekäre Gesundheitsverhältnisse haben häufig einen Ursprung in den Lebens- und Konsumgewohnheiten und Produktionsbedingungen der wohlhabenden Staaten in der nördlichen Hemisphäre (Brand/Wissen 2017; Lessenich 2016). Und nicht zuletzt ist die vorherrschende Gesundheits- und Arzneimittelforschung vor allem an ökonomischen Interessen, d. h. an der Kaufkraft potenzieller Patient*innen ausgerichtet, sodass die Gesundheitsbedürfnisse strukturell benachteiligter Bevölkerungsgruppen stark vernachlässigt werden (Holst/Razum 2018; Razum et al. 2014a). Zugleich wurde das Gesundheitswesen durch neoliberale Politiken weltweit ökonomisiert, kommodifiziert und entsolidarisiert. Insbesondere die im Anschluss an Schuldenkrisen und die globale Finanzkrise verordneten Austeritätspolitiken haben dazu geführt,

dass Staaten (sowohl im Süden wie auch im Norden) kaum in die soziale Infrastruktur investieren konnten. Im Bereich Gesundheit hat dies zur Folge, dass gerade im globalen Süden die ohnehin prekären Gesundheitssysteme zusätzlich geschwächt wurden (Holst/Razum 2018; Razum et al. 2014a). In der Pandemie führte dies in eine Situation, in der Gesundheitssysteme selbst in reichen Staaten kurz vor dem Kollaps standen (Brand 2020).

Nach wie vor hat die Hälfte der Menschheit keinen Zugang zu medizinischer Versorgung (WHO 2015). Mehr als 100 Millionen Menschen rutschen jährlich durch die Kosten medizinischer Behandlung in die Armut ab (WHO 2017). Und wie bereits erläutert, hat die aktuelle Pandemie diesen Trend entsprechend verschlimmert (Wachtler et al. 2020).

Insbesondere die vom International Monetary Fund (IMF) und der World Trade Organization (WTO), aber auch der Weltbank vorangetriebenen neoliberalen Strukturpolitiken der letzten Dekaden haben, trotz der im Jahr 2000 etablierten Armutreduktionsprogramme, im Wesentlichen zum vergangenen wie auch aktuellen Krisengeschehen beigetragen (ebd.; Kentikelenis et al. 2015; Stiglitz 2013).

Gerade deshalb sind die bestehenden Global-Governance-Strukturen bisher nicht in der Lage, multiple und miteinander verflochtene Krisen (Brand 2012; 2016; Demirović 2013; Volkmer/Werner 2020) im globalen Maßstab zu verhindern. Die Gesundheitskrise sollte somit als ein Phänomen betrachtet werden, das im Lichte ökologisch-sozialer, aber auch politökonomischer *Vielfachkrisen gedeutet werden muss (ebd.)*. Angesprochen ist damit ein über die „ökonomische Akkumulationskrise hinausgehendes und -weisendes, komplexes Krisensyndrom von sozial-ökologischer Krise, Krise der Reproduktion und Krise der parlamentarischen Demokratie“, welches sich gegenseitig verstärkt (Lessenich 2020: 217). Aus diesem Blickwinkel betrachtet, ist „allein das vergangene Jahrzehnt mit Finanz-, Migrations-, Klima- und nun Pandemie-Krise Zeuge von mindestens vier globalen makrosozialen Krisen geworden, und es ist davon auszugehen, dass die nächste bereits gesellschaftssystemisch ausgebrütet wird“ (ebd. 217f.).

Ein weiterer Aspekt, der zu der aktuellen und zu den vergangenen Gesundheitskrisen beigetragen hat und an die vorangehende Diskussion anschließt, ist (nicht nur im Bereich der Gesundheitspolitik) – wie im folgenden Abschnitt gezeigt werden soll – das fehlende Bekenntnis der internationalen Staatengemeinschaft zu



öffentlichen Strukturpolitiken (Kentikelenis et al. 2020; Wichterich 2021).

4 Private-Public-Partnerships und die Abkehr von öffentlichen Strukturpolitiken

Ein großer Teil der globalen Entwicklungs- und Gesundheitspolitiken wird nach wie vor durch private Stiftungen und Initiativen in Form von philanthropikapitalistischen Großprojekten wie etwa die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung und Private-Public-Partnerships abgewickelt (McCoy et al. 2009; Meisterhans 2015a; 2016; Holst 2019; 2020; 2021). Ausschlaggebend für diese Entwicklung ist nicht nur, dass die Vereinten Nationen und ihre Sonderorganisationen wie die WHO im Zuge ausbleibender Erfolge, z. B. im Bereich der Armutsbekämpfung, in Misskredit geraten sind, sondern ebenso die seit Dekaden anhaltenden neoliberal ausgerichteten nationalen sowie supranationalen Regierungstechniken (Brand 2012; 2016; Brand/Wissen 2017; Holst 2019). Seit Mitte der 1990er-Jahre ist deshalb das Konzept der „Global Public Private Partnerships in Health“ (GPPH) vorherrschend, das von der Idee getragen ist, dass das Einbinden des Privatsektors zur Effizienzsteigerung in internationalen Organisationen beitragen kann.

Und auch wenn derzeit viele (reichere) Staaten Konjunktur- und Investitionsprogramme auflagen und die neoliberale Hegemonie zu bröckeln scheint (Rürup 2020), werden globale Gesundheitspolitiken auch in der Pandemie nach wie vor als globale Partnerschaften mit der Privatwirtschaft organisiert (McCoy 2017). Dies hat zur Folge, dass die WHO in ihrer globalen Autorität, aber auch Handlungsfähigkeit nicht nur im Bereich von Pandemien schon seit Jahren geschwächt ist. Ein wesentlicher Grund hierfür ist deren mangelnde Grundfinanzierung durch die Mitgliedsstaaten. Angesprochen ist somit das seit Jahren anhaltende fehlende Engagement der internationalen Gemeinschaft, einen soliden Finanzierungsmechanismus zu schaffen, der eine gerechte Lastenverteilung zwischen reichen und armen Staaten garantiert und sich an der Idee globaler Strukturpolitiken orientiert (Kickbusch/Voss 2021).

Indem neoliberale Governance-Modelle das Sozialstaatsprinzip und damit die Idee einer öffentlich über staatliche Prozeduren erwirkten und steuerfinanzierten Umverteilung von oben nach unten aberkennen, werden hingegen Abhängigkeiten von externen Geber*innen geschaffen, die eine nachhaltige, insbesondere auf die Stärkung strukturell Benachteiligter

bezogene, Gesundheitsagenda in den Empfängerstaaten konterkariert (Global Health Watch 5).

Einhergehend mit diesen Partnerschaften ist zudem, dass sie auf einem biomedizinischen Reduktionismus beruhen (Holst 2020: 7). Dadurch wird nicht nur der notwendige Ausbau von nationalen Gesundheitssystemen blockiert, sondern auch zu deren Fragmentierung beigetragen (ebd.; Razum et al. 2014a). Maßgebend ist nämlich, dass dadurch Gesundheitsprioritäten gesetzt werden, die sich an externen Ressourcen und Interessen der Geber*innen (insbesondere reiche Staaten und Geber*innen aus der Privatwirtschaft⁸) orientieren und damit nur auf bestimmte Aspekte der Gesundheit konzentrieren. In diesem Sinne werden die sozialen Determinanten der Gesundheit, wie etwa die Umweltbedingungen oder die Ernährungssituationen, aber auch die ökonomischen Determinanten wie Produktions- und Arbeitsbedingungen sowie die politischen Determinanten systematisch vernachlässigt. Dabei bilden sie ein wichtiges Gegenmodell zu an Private-Public-Partnerships und Austeritätspolitik orientierten Gesundheitspolitiken. Sie stärker in den Fokus zu stellen, würde auch dazu beitragen, dass insbesondere armutsbedingte Krankheitsphänomene stärker berücksichtigt würden. Dies würde auch dem Trend im Kontext der Pandemie entgegenwirken, dass die Bekämpfung von Malaria, HIV, aber auch Fragen der Gendermedizin – wie etwa der reproduktiven Gesundheit – ins Hintertreffen geraten (Fuchs et al. 2020; Ärzte ohne Grenzen 2020; WHO 2020c).

Eine weitere Problematik, die sich gerade auch im aktuellen Pandemiegeschehen wieder besonders zeigt, ist die der geistigen Eigentumsrechte bzw. des Patentrechts. Lebensrettende Arzneimittel und medizinisches Equipment spielen nicht nur in der aktuellen Pandemie eine wichtige Rolle, die medizinische Forschung und Produktion bleibt jedoch weiterhin vor allem an den investitionspolitischen und gesundheitspolitischen Bedürfnissen der Geberstaaten ausgerichtet. Die lokale Produktion von wirkstoffgleichen, aber wesentlich günstigeren Generika böte hier einen Ausweg, wird aber vielerorts gerade durch das bestehende Patentrecht und die damit einhergehenden Patentlaufzeiten verhindert (Holst 2020; Randeria 2020). Und auch die aktuelle Covax-Initiative, die dazu beitragen soll, Vak-

8 Angesprochen ist hier insbesondere die mächtige Pharmaindustrie, die das Patentrecht nutzt, um Monopolpreise zu errichten und zugleich die Erforschung und Herstellung von Medikamenten strikt am Profit ausrichtet.

zine weltweit zu verteilen, durchbricht diese Logik, die derzeit im Impfnationalismus gipfelt, nicht:

„Auf der einen Seite setzen die teilnehmenden Staaten zusammen mit der WHO bei der Eindämmung der Pandemie auf das Charity-Modell Covax, eine klassische Public-Private-Partnership, an der die Pharmaindustrie und philanthro-kapitalistische Stiftungen maßgeblich beteiligt sind. Auf der anderen Seite verhindern sie die Öffnung der Patente und blockieren bei der Welthandelsorganisation WTO die Initiative Südafrikas und Indiens zur Aussetzung der Patentrechte für Covid-19-Mittel.“ (Holst 2021: o. S.)

Und auch das People's Health Movement sieht die aktuelle Initiative kritisch, da sie die bestehenden Macht- und Herrschaftsgefälle und Abhängigkeiten nicht durchbricht:

„The failure of Covax reflects fundamental contradictions between equitable and universal access to global public goods versus privatized knowledge and the unbridled pursuit of profit; between global governance based on multilateralism and public accountability versus a regime dominated by rich countries and corporate elites.“ (People's Health Movement Global 2021: 3)

Hervorgehoben werden muss in diesem Zusammenhang insbesondere, dass es bereits zu Beginn der Pandemie eine von Indien und Südafrika an die WTO herangetragene und mittlerweile von 100 Ländern unterstützte Forderung gibt, das Patentrecht (zumindest) in der Pandemie auszusetzen.⁹ Die unter dem Titel der sogenannten TRIPS-Waiver¹⁰ initiierte Maßnahme wird jedoch von der EU und auch Japan blockiert. Dabei wäre es angesichts des nach wie vor bestehenden Mutationsrisikos (bei den Omikron-Varianten) auch im aufgeklärten Interesse der reichen Staaten, Menschen im globalen Süden Zugang zur Impfung zu gewähren.

Diese Verweise zeigen: Globale Gesundheit ist nicht erst seit der Pandemie ein aktuelles und komplexes Themenfeld, das sowohl sozial-, migrations- und entwicklungspolitische, geschlechterpolitische wie auch ökonomische und gerechtigkeitsbezogene Fragen der Macht und Herrschaft betrifft. Angesprochen sind

⁹ <https://msfaccess.org/landmark-move-india-and-south-africa-propose-no-patents-covid-19-medicines-tools-during-pandemic> [29.12.2021]. Hierzu auch die u. a. von Medico International und dem People's Health Movement initiierte Kampagne „Patente töten“, siehe: <https://www.patents-kill.org/deutsch/> [20.01.2020].

¹⁰ [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/de/document/EPRS_ATA\(2021\)690649](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/de/document/EPRS_ATA(2021)690649) [03.12.2021].

damit nicht nur die sozialen, ökonomischen, sondern vor allem die politischen Determinanten von Gesundheit (McCoy 2017),¹¹ die die Lebensbedingungen von Menschen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, aber auch gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten in entscheidendem Maße beeinflussen (Holst/Razum 2018; Holst 2019; 2020). Damit stellt sich die macht- und herrschaftsstrukturelle Frage: „Was läuft in unserem System falsch, dass wir so unvorbereitet von dieser Katastrophe erfasst wurden, obwohl die Wissenschaft uns seit Jahren davor gewarnt hat?“ (Žižek 2020: 15, Hervorhebung N. M.)

Zur Beantwortung dieser Frage soll deshalb noch einmal genauer auf die politischen Determinanten eingegangen werden und im letzten Abschnitt des Beitrags in Perspektive einer Transformation ein alternatives Konzept einer Global Governance for Health in Aussicht gestellt werden, das sich an einem menschenrechtsfundierten Ansatz orientiert und in dekolonialer Perspektive zugunsten einer Bottom-up-Perspektive argumentiert.

5. Auswege aus der Krise: Die Anerkennung der politischen Determinanten von Gesundheit

Bereits in einer im Jahr 2014 verfassten Studie der von der Universität von Oslo ins Leben gerufenen „Commission on Global Governance for Health“ (*The Lancet – University of Oslo Commission*)¹² wurde herausgestellt, dass globale Strukturpolitiken im Bereich Gesundheit, auch als Global Governance for Health bezeichnet, bisher durch grundlegende Demokratiedefizite und Machtasymmetrien gekennzeichnet sind. Zwar sind in einigen Gesundheitsfeldern in den vergangenen Jahrzehnten durchaus Verbesserungen erzielt worden: Zu nennen sind hier insbesondere die erfolgreiche Zurückdrängung von Infektionskrankheiten wie HIV, die Durchsetzung einer Tabakrahenkonvention zur Verbesserung des Nichtraucher-schutzes oder auch die weltweite Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit. Dennoch bleibt die Gesundheitslage für unzählige Menschen an vielen Orten der Welt weiterhin dramatisch. Das zentrale Ergebnis der Commission on Global Governance for Health lautete dementsprechend, dass das Menschenrecht auf Gesundheit

¹¹ Siehe auch: <https://www.medact.org/2014/blogs/david-mccoy-lancet-commission/> [20.11.2021].

¹² <https://www.thelancet.com/commissions/global-governance-for-health> [20.11.2021].

in vielen Regionen dieser Welt deshalb ungenügend umgesetzt wird, weil *Partikularinteressen mächtiger Akteur*innen* den globalen Gesundheitsdiskurs dominieren.¹³

Angesichts der Vielschichtigkeit und Aktualität des globalen Gesundheitsthemas bedarf es somit eines umfassenden Lösungsansatzes, der insbesondere globale Macht- und Herrschaftsfragen in das Zentrum der Analyse stellt und die Gesundheitsagenda nicht nur in Zeiten der Pandemie als öffentliche und menschenrechtsbasierte Aufgabenstellung begreift (Meisterhans 2016; Holst/Razum 2018). Im Folgenden soll daher das Konzept einer Global Health kurz umrissen und im nächsten Schritt im Sinne einer kritischen Global Governance for Health entfaltet werden.

6. Global Health – ein (wissenschafts-)politisch umkämpftes Konzept

Der Begriff „Global Health“ wurde im angelsächsischen Forschungskontext entwickelt und umfasst zunächst eine Vielzahl von Deutungsmöglichkeiten. Abgeleitet wird der Begriff aus der Public Health Forschung (Deutsche Gesellschaft für Public Health 2012).

Global Health erweitert die Blickrichtung dahingehend, als sie unterschiedliche Gesundheitssituationen von Bevölkerungen im weltweiten Maßstab und in sozialmedizinischer Perspektive analysiert (Razum et al. 2014b: 13). Global Health hat – wie schon zuvor im Rekurs auf die Global Commission on Global Health angedeutet wurde – insofern eine genuin *politische* Dimension, als Fragen der globalen Macht und Herrschaft angesprochen sind. Es ist daher kein Zufall, dass Global Health seit zwanzig Jahren im Kontext einer Global Governance diskutiert wird (Hanrieder 2015; Pas/Belle 2015; Holst 2020).¹⁴ Hervorgehoben wird somit, dass Gesundheitspolitiken nicht nur eine zwischen-, sondern auch eine überstaatliche Dimension haben, aus der spezifische Pflichten abgeleitet werden

¹³ <https://www.thelancet.com/commissions/global-governance-for-health> [20.11.2021].

¹⁴ Exemplarisch sei hier das Forschungskonsortium Global Governance for Health genannt. Es handelte sich dabei um einen internationalen und interdisziplinären Zusammenschluss von Forschungseinrichtungen und NGOs, der sich mit der Implementierung des Rechts auf Gesundheit aus entwicklungspolitischer Perspektive befasste und Empfehlungen für gesundheitspolitische Ziele im Rahmen der Post-2015-Prozesse erarbeitet hatte, vgl. <http://www.go4health.eu/> [20.11.2021].

können, die sich an Staaten, internationale Institutionen, aber auch private Akteur*innen richten (Meier/Gostin 2018).

Eine Global Governance for Health umfasst damit zwei Dimensionen: Zum Ersten wird damit ein politisches Projekt umschrieben, das sowohl von gesellschaftspolitischen Debatten wie auch von internationalen Konfliktfeldern bestimmt wird (Razum et al. 2014a). Zum Zweiten handelt es sich um eine wissenschaftliche Konzeption, die sowohl deskriptive, analytische wie auch normative Aspekte einbezieht. In diesem Sinne ist das Konzept ein umkämpfter und prozessualer Referenzbegriff, dessen engere politische Bestimmung von einer Vielzahl von Akteur*innen mit sehr unterschiedlichen Interessen bestimmt wird sowie zahlreiche Problemfelder umfasst.

Ein kritisch ausgerichtetes Global-Governance-for-Health-Konzept richtet sich damit gegen das gängige bio-medizinisch enggeführte und an ökonomischen Interessen ausgerichtete Gesundheitskonzept, indem hervorgehoben wird, dass Gesundheit ein universales Menschenrecht ist, das jedem Menschen zusteht und aus dem sich konkrete Pflichten für Staaten, internationale Organisationen und Unternehmen ableiten lassen (Meier/Gostin 2018).

7. Lessons to be learned: Postpandemische Perspektiven der Transformation

Abschließend möchte ich daher in dekolonialer und transformativer Absicht Konturen einer postkolonial und intersektional ausgerichteten Global Governance for Health skizzieren, welche als kontrafaktische und kritische Folie in postpandemischen Zeiten Anwendung finden könnte. Ich möchte eine derartig ausgerichtete Global Governance als wissenschaftliches und politisches Projekt verstanden wissen, das auf der Grundlage von postkolonialen, gendertheoretischen sowie klassen- und rassismusbezogenen Kritiken anerkennt, dass Ungleichheitsverhältnisse einen Ursprung in den komplexen Wechselwirkungen und Überlappungen von strukturellen Macht- und Herrschaftsdynamiken haben. Diese strukturellen Verhältnisse lassen sich wiederum auf eine neoliberale Global Governance zurückführen (Wöhl 2008), die ihre Wurzel in einer zutiefst ungerechten Weltordnung hat, die mit David Harvey (2004) als Krisen-Kapitalismus beschrieben werden kann. In den Worten David McCoys:

„This is important because the prevalence of global poverty is largely a consequence of the inequitable dis-

tribution of resources and of various forms of structural violence that simultaneously produce wealth and privilege on one hand and poverty and disempowerment on the other.“ (McCoy 2017: 539)

Dementsprechend bedarf es einer Macht- und Herrschaftsanalyse, die einen Ausgangspunkt in der Analyse multipler Krisen nimmt und dabei die sozioökonomischen, sozioökologischen und sozio-politischen Auswirkungen und Wechselwirkungen von Globalisierungsprozessen im Blick hat. Eine derartige Analyse sollte in Zusammenarbeit mit emanzipatorisch ausgerichteten sozialen Bewegungen und zivilgesellschaftlichen Netzwerken¹⁵ vollzogen werden, die nicht nur im Bereich Gesundheit (wie etwa das People's Health Movement¹⁶), sondern z. B. auch in den Bereichen Klima, Ernährung und Gender lokal, national, aber auch transnational tätig sind. Einem derartigen Wissenschaftsverständnis entsprechend würden auf der Grundlage von postkolonialen Kritiken lokale und transnationale soziale Bewegungen, aber auch Community-Health-Workers (Spivak 1994; Ziai 2006; 2010; 2016) in dekolonialer Absicht als Wissensproduzent*innen, aber auch als Problemlöser*innen anerkannt (Castro Varela/Dhawan 2017; Löw 2020). Dies hieße somit, an aktuelle zivilgesellschaftliche Kämpfe anzuknüpfen, wie sie derzeit zum Beispiel in Südafrika im Kontext der People's Coalition geführt werden. Es handelt sich hier um einen Zusammenschluss von 310 zivilgesellschaftlichen Gruppen und lokalen Initiativen. Deren – explizit von einer Bottom-up-Logik getragenen – Aktivitäten sind nicht nur auf die lokale Gesundheitsaufklärung ausgerichtet, sondern zielen ebenso auf die internationale Staatengemeinschaft und nationale Regierung bezogenen Kampagnen und Lobbyarbeit ab, die zum einen das Menschenrecht auf Gesundheit einfordern und zugleich die nicht erfolgte Aussetzung des Patentrechts in der Pandemie im Kontext der WTO skandalisieren. In diesem Zusammenhang fand zugleich ein transna-

tionaler Schulterschluss mit der „Black Lives Matter“-Bewegung statt, indem Proteste unter dem Titel „Black Lives Matter – vaccination for all“ im ganzen Land initiiert wurden (Jung 2021).

Dies wäre zugleich eine zentrale Lehre, die aus Erfolgen im Umgang mit vergangenen Gesundheitskrisen wie etwa Ebola oder HIV mitgenommen werden könnte: Es waren nämlich insbesondere zivilgesellschaftliche und lokal eingebundene Akteur*innen, die nicht nur erfahrungs- und kontextspezifisches Wissen hatten, um auf Krisen kontextangemessen zu reagieren, sondern Vertrauen bei Betroffenen genossen, wenn es um die Gesundheitsaufklärung und Einhaltung bestimmter Maßnahmen ging (Global Health Watch 5). Dies würde einer postkolonial ausgerichteten Bottom-up-Perspektive entsprechen, die sich der Fallstricke aktueller Entwicklungszusammenarbeit (zur grundsätzlichen Kritik des Entwicklungsparadigmas und in Perspektive des Postdevelopments: Ziai 2006) und globaler Gesundheitspolitiken bewusst ist. Eine Bottom-up-Perspektive wäre somit von dem Ansinnen getragen, Macht und Herrschaftsstrukturen nicht nur im Bereich der Gesundheitspolitik solidarisch zu verändern und Global-Governance-Strukturen auf der Grundlage von lokalen und transnationalen gesellschaftlichen Lernprozessen zu transformieren. Gesundheitspolitiken würden so über ein unmittelbares Pandemiemanagement hinausgehen und im Sinn einer nachhaltigen Transformationsperspektive zur Realisierung universaler Menschenrechte beitragen.

8. Ausblick: Emanzipatorische (Gesundheits-) Politiken in Zeiten des autoritären Populismus?

Bisher ist das Thema „globale Gesundheit“ in der politischen Öffentlichkeit weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene in all seiner Komplexität fest verankert. Dies mag auch erklären, warum die aktuellen Debatten in Politik und Medien zur Pandemiebewältigung nicht nur in Deutschland eindimensional auf virologische und epidemiologische Perspektiven und Expertisen verengt wurden (Vogel 2020; Holst 2021). Bedenklich daran ist, so der zentrale Gedanke des Beitrags, dass die macht- und herrschaftsstrukturellen Ursachen und Auswirkungen der aktuellen Pandemie ebenso wie andere Facetten der nicht erst seit der Pandemie bestehenden globalen Gesundheitskrise kaum in den Blick genommen werden. Das Ausblenden der sozialen, ökonomischen und politischen Determinanten der Gesundheit hat nicht nur im deutschen Diskurs

¹⁵ Selbstverständlich sind soziale Bewegungen und zivilgesellschaftliche Netzwerke nicht per se emanzipatorisch ausgerichtet. Nicht erst seit der Pandemie ist weltweit eine drastische Zunahme von repressiv-regressiven, aber auch rechtspopulistischen Bewegungen – die von Querdenker*innen und Antifeminist*innen bis hin zu offen rechtsradikalen Bewegungen reichen – zu verzeichnen (Nachtwey 2015). Zu einer möglichen Unterscheidung zwischen repressiven und emanzipatorischen Bewegungen (Brunner et al. 2019; Meisterhans 2019).

¹⁶ Siehe <https://phmovement.org/> [20.11.2021].



dazu geführt, dass sozialmedizinische und gesellschaftspolitische Aspekte ebenso wie globale Gerechtigkeitsperspektiven und spezifische Verpflichtungen für Staaten, aber auch private Akteur*innen, die aus bestehenden Menschenrechtsabkommen resultieren, nicht im Mittelpunkt politischen Handelns stehen. Dies kann auch als einer der Hauptgründe erachtet werden, warum das Pandemiegeschehen intersektionale Ungleichheiten und Machtasymmetrien verschärft und strukturell benachteiligte gesellschaftliche Gruppen sowohl im globalen Norden wie auch im globalen Süden in nekolonialer Weise von populistisch agierenden Regierungen im Stich gelassen (Mbembe/Bercito 2020) und teilweise sogar zu Sündenböcken gemacht werden (Leitlein 2020).

Als etwa in dem Fleisch- und Schlachtbetrieb der Firma Tönnies in Deutschland, in dem Osteuropäer*innen unter prekären Bedingungen arbeiten und in schlechten Behausungen leben müssen, das Virus ausbrach, wurde von dem nordrhein-westfälischen Ministerpräsidenten Armin Laschet behauptet, die Angestellten hätten das Virus eingeschleppt (Mauer/Leinius 2020: 14). Auch in Italien, Österreich und den Niederlanden wurden Migrant*innen unterstellt, sie würden sich nicht an die Pandemiemaßnahmen halten und deshalb das Virus verbreiten (Wondreys/Mudde 2020).

Ein weiterer Hauptgrund für das derzeitige Versagen der internationalen Staatengemeinschaft, auf die nicht erst seit der Pandemie anhaltende globale Gesundheitskrise angemessen zu reagieren, kann in intersektionaler Perspektive auch darin gesehen werden, dass es Rechtspopulist*innen in Deutschland und anderen europäischen Ländern, aber auch in den USA und in Lateinamerika gelungen ist, die öffentliche Debatte insgesamt nach rechts zu verschieben (Salzborn 2018; Wodak 2018: 323–325). Beunruhigend erscheint vor allem die Unfähigkeit oder gar der fehlende Wille von Politiker*innen in (neo-)liberalen Demokratien, sich klar von rechten Appellen zu distanzieren, die sich insbesondere auf die Situation von strukturell marginalisierten Gruppen wie Migrant*innen und Flüchtlingen, aber auch auf das Geschlechterverhältnis auswirken (Sauer 2017; 2019).

Aus diesem Blickwinkel betrachtet, ist es naheliegend, dass auf Seiten der internationalen Staatengemeinschaft weder aus vergangenen noch aus aktuellen Gesundheitskrisen gelernt wurde. Im Gegenteil: Zahlreiche demokratische Regierungen sind derzeit geneigt, ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis stellen zu wollen

und in eine populistische Hyperaktivität zu verfallen, die sich mit den Symptomen der aktuellen Gesundheitskrise befasst, nicht aber mit ihrem eigenen Versagen (Katsambekis/Stavarakakis 2020; Meisterhans 2020). Obwohl Gesundheitskrisen historisch gesehen kein neues Phänomen, sondern immer schon hochgradig ambivalent sind (Harrasser 2020), da sie biopolitisch (Foucault 2004), d. h. macht- und herrschaftsstrategisch missbraucht wurden, legt das aktuelle Krisengeschehen nicht nur im Bereich der Gesundheit offen, wie wenig Demokratien derzeit in der Lage sind, auf komplexe Problemlagen multipler Krisen zu reagieren. Vielmehr hat sich die schon seit Längerem diskutierte Krise der Demokratie (Demirović 2013; 2018; Moffitt 2016; Jessop 2019) in der Pandemie verschärft. Alarmierend ist auch, dass gesetzliche Maßnahmen im Kontext der Pandemiebewältigung, wie im Falle Frankreichs, von einer kriegerischen Rhetorik begleitet (Wiegel 2020) oder, wie in Österreich, mit der Rhetorik der Terrorprävention verbunden wurden (diejenigen, die ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, werden als Gefahr für die Gesellschaft gebrandmarkt) (Gigler 2020; Tóth 2020).¹⁷

Auch mit Blick auf den in der Zivilgesellschaft zunehmenden Populismus, etwa im Bereich der Querdenkerszenen (Peitz 2020),¹⁸ kann von einer Verweigerung ausgegangen werden, aus Krisen zu lernen und nicht in stereotypisierender Weise nach Feindbildern zu suchen. Umso mehr sind nun die kritischen Wissenschaften, Zivilgesellschaften und sozialen Bewegungen gefragt, um die Politik – sowohl auf der lokalen, nationalen wie auch supranationalen Ebene – an ihre globale Verantwortung, und das nicht nur im Bereich Gesundheit, zu erinnern.

¹⁷ Siehe auch: https://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/5793215/Bundeskanzler-Sebastian-Kurz_Bald-wird-jeder-von-uns-jemanden [20.11.2021].

¹⁸ Siehe auch: <https://www.derstandard.at/story/2000122101184/corona-leugner-vergleichen-lockdown-mit-ausgehverbot-fuer-juden-1938> [20.11.2021].

Literatur

- Ärzte ohne Grenzen (2020): *Frauengesundheit: die indirekten Auswirkungen von COVID-19*. Online: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.at/article/frauengesundheit-in-der-pandemie> [20.11.2021].
- Ajanovic, E./Mayer, St./Sauer, B. (2018): Constructing „the People“: An Intersectional Analysis of Right-Wing Concepts of Democracy and Citizenship in Austria. *Journal of Language and Politics*, 17 (5), 636–654. <https://doi.org/10.1075/jlp.18013.may>
- Bozorgmehr, K. (2014): Wirtschaftskrisen, Austerität und Folgen für Gesundheit. In: Razum, O./Zeeb, H./Müller, O./Jahn, A. (Hg.): *Global Health. Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber, 75–80.
- Braidotti, R. (2007): Bio-Power and Necro-Politics. Überlegungen zu einer Ethik der Nachhaltigkeit. *Springerin, Hefte für Gegenwartskunst*, 13 (2), 18–23.
- Brand, K.-W. (2020): Nachhaltigkeitsperspektiven in der (Post-)Corona Welt. Globale Umbrüche und die Herausbildung neuer Resilienzregime. *Soziologie und Nachhaltigkeit – Beiträge zur sozial-ökologischen Transformationsforschung. Sonderband II. Soziologie und Nachhaltigkeit – Beiträge zur sozial-ökologischen Transformationsforschung*. <https://doi.org/10.17879/sun-2020-2937>
- Brand, U. (2012): Contradictions and Crises of Neoliberal-Imperial Globalization and the Political Opportunity Structures for the Global Justice Movement. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 25 (3), 283–298. <https://doi.org/10.1080/13511610.2012.721984>
- Brand, U. (2016): How to Get out of the Multiple Crisis? Towards a Critical Theory of Social-Ecological Transformation. *Environmental Values*, 25 (5), 503–525. <https://doi.org/10.3197/096327116X14703858759017>
- Brand, U./Wissen, M. (2017): *Imperiale Lebensweise. Zur Ausbeutung von Mensch und Natur im globalen Kapitalismus*. 2. Aufl., München: Oekom.
- Brunner, M./Lohl, J./Wirth, H.-J. (Hg.) (2019): Rechtspopulismus. Psychoanalytische, tiefenhermeneutische und sozialwissenschaftliche Zugänge. *Psychosozial*, 42 (156), 1–144.
- Castro Varela, M./Dhawan, N. (2017): Internationale Beziehungen dekolonisieren. In: Sauer, F./Masala, C. (Hg.): *Handbuch Internationale Beziehungen*. Wiesbaden: Springer VS, 233–256.
- Crewe, I./Sanders, D. (2019): *Authoritarian Populism and Liberal Democracy*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Cruz, M./Foster, J./Quillin, B./Schellekens, P. (2015): *Ending Extreme Poverty and Sharing Prosperity: Progress and Policies*. Washington, D. C.: World Bank.
- Dammerer, Q. (2020): Löschen wir die „extreme Armut“ wirklich aus? *Moment*. Online: <https://www.moment.at/story/loeschen-wir-die-extreme-armut-wirklich-aus> [20.11.2021].
- Demirović, A. (2008). Neoliberalismus und Hegemonie. In: Butterwegge, C./Lösch, B./Ptak, R. (Hg.): *Neoliberalismus*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 17–23. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90899-1_2
- Demirović, A. (2013): Multiple Krise, autoritäre Demokratie und radikaldemokratische Erneuerung. *PROKLA. Zeitschrift für Kritische Sozialwissenschaft*, 43 (2), 193–215.
- Demirović, A. (2018): Autoritärer Populismus als neoliberale Krisenbewältigungsstrategie. *PROKLA. Zeitschrift für Kritische Sozialwissenschaft*, 48 (190), 27–42.
- Deutsche Gesellschaft für Public Health (2012): *Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre*. Online: <https://www.dgepi.de/assets/Stellungnahmen/Public-Health-in-Deutschland-Kurzfassung.pdf> [20.11.2021].
- Deutsche Plattform für Globale Gesundheit (2014): *Globale Gesundheitspolitik – für alle Menschen an jedem Ort. Grundlagen für eine künftige ressortübergreifende Strategie für globale Gesundheit*. Online: https://www.plattformglobalegesundheit.de/wp-content/uploads/2015/10/DPGG-Globale_Gesundheitspolitik-1.pdf [20.11.2021].
- Deutsche Plattform für Globale Gesundheit (2020): Über Corona hinausdenken. Ein Empfehlungskatalog der Dt. Plattform für globale Gesundheit. Online: <https://www.plattformglobalegesundheit.de/wp-content/uploads/2020/10/dpgg-ueber-corona-hinausdenken.pdf> [20.11.2021].
- Foucault, M. (2004): *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978–1979*. New York: Palgrave Macmillan.
- Fuchs, A./Matonóg, A./Pilarska, J./Sieradzka, P./Szul, M./Czuba, B./Drosdzol-Cop, A. (2020): The Impact of COVID-19 on Female Sexual Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (19), 7152. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197152>
- Gigler, C. (2020): Corona-Politik. Opposition kritisiert Kurz: „Ein Bundeskanzler soll nicht Angst verbreiten“. *Kleine Zeitung*, 20.4.2020. Online: https://www.kleinezeitung.at/politik/5805859/CoronaPolitik_Opposition-kritisiert-Kurz_Ein-Bundeskanzler-soll [20.11.2021].
- Gržinić, M./Šefik, T. (2014): *Necropolitics, Racialization, and Global Capitalism*. Lanham: Lexington Books.
- Global Health Watch 4 (2014): *An alternative Health Report*. Hg. v. People’s Health Movement, ALAMES, Health Action International, Medico International, Third World Network and Medact. London: People’s Health Movement.
- Global Health Watch 5 (2017): *An alternative Health Report*. Hg. v. People’s Health Movement, ALAMES, Health Action International, Medico International, Third World Network and Medact. London: People’s Health Movement.
- Gostin, L. O./Halabi, S./Wilson, K. (2020): The International Health Regulations (2005), the Threat of Populism and the COVID-19 Pandemic. *Globalization and Health*, 16 (70). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00600-4>

- Gottardo, C./Cyment, P. (2020): *Diskriminierung, Ausbeutung und zunehmende Ungleichheit*. Online: <https://www.fes.de/politik-fuer-europa-2017plus/artikel-in-politik-fuer-europa-2017plus/diskriminierung-ausbeutung-und-zunehmende-ungleichheit> [20.11.2021].
- Hanrieder, T. (2015): WHO Orchestrates? Coping with Competitors in Global Health. In: Abbott, K. W./Genschel, Ph./Snidal, D./Zangl, B. (Hg.): *International Organizations as Orchestrators*. Cambridge: Cambridge University Press, 191–213.
- Harrasser, K. (2020): 2002 – Die autodestruktive Dynamik der Immuno-Logik. Roberto Espositos „Immunitas. Schutz und Negation des Lebens“ wiedergelesen. *Stay in Touch*. Online: <http://stay-in-touch.org/roberto-espositos-immunitas-schutz-und-negation-des-lebens-wiedergelesen/> [20.11.2021].
- Harvey, D. (2004): Die Geographie des „neuen“ Imperialismus: Akkumulation durch Enteignung“. In: Zeller, Ch. (Hg.): *Die globale Enteignungsökonomie*, Münster: Westfälisches Dampfboot, 183–215.
- Harvey, D. (2014): *Das Rätsel des Kapitals entschlüsseln. Den Kapitalismus und seine Krisen überwinden*. Hamburg: VSA.
- Holst, J. (2019): Global Health – Hope oder Hype? *GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*, 19 (2), 7–15.
- Holst, J. (2020): Global Health – Emergence, Hegemonic Trends and Biomedical Reductionism. *Global Health*, 16, Artikel 42. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00573-4>.
- Holst, J. (2021): Corona treibt den Globus um. *Gesundheit und Gesellschaft*, 6/2021. Online: <https://www.gg-digital.de/2021/06/thema-des-monats/corona-treibt-den-globus-um/index.html> [20.11.2021].
- Holst, J./Razum, O. (2018): Globale Gesundheitspolitik ist mehr als Gefahrenabwehr. *Gesundheitswesen*, 80 (10), 923–926. <https://doi.org/10.1055/s-0043-119088>
- Jessop, B. (2019): Authoritarian Neoliberalism: Periodization and Critique. *South Atlantic Quarterly*, 118 (2), 343–361. <https://doi.org/10.1215/00382876-7381182>
- Jung, A. (Hg., 2021): *Globale Gesundheit ... statt krank machender Verhältnisse*. Frankfurt/M.: Medico International. Online: https://www.medico.de/fileadmin/user_upload/media/globale-gesundheit.pdf [20.11.2021].
- Katsambekis, G./Stavrakakis, Y. (Hg., 2020): *Populism and the Pandemic. A Collaborative Report*. POPULISMUS Interventions No. 7 (special edition) in collaboration with the Populism Research Group at Loughborough University. Online: <http://populismus.gr/wp-content/uploads/2020/06/interventions-7-populism-pandemic-UPLOAD.pdf> [20.11.2021].
- Kentikelenis, A./Gabor, D./Ortiz, I./Stubbs, T./McKee, M./Stuckler, D. (2020): Softening the Blow of the Pandemic: Will the International Monetary Fund and World Bank Make Things Worse? *The Lancet*, 8 (6), E758–759. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30135-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30135-2).
- Kentikelenis, A./King, L./McKee, M./Stuckler, D. (2015): The International Monetary Fund and the Ebola Outbreak. *The Lancet*, 3 (2), e69–e70. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70377-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70377-8)
- Kickbusch, I./Voss, M. (2021): Globale Gesundheitspolitik in der Corona-Pandemie: „Es war ein Beispiel der Nicht-zusammenarbeit“. Online: <https://www.swp-berlin.org/publikation/globale-gesundheitspolitik-in-der-corona-pandemie-es-war-ein-beispiel-der-nichtzusammenarbeit> [20.11.2021].
- Kohlrausch, B./Zucco, A. (2020): Corona trifft Frauen doppelt – weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit. *WSI Policy Brief*, Nr. 40. Online: https://www.wsi.de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007676 [20.11.2021].
- Leitlein, H. (2020): Tönnies: Erst ausbeuten, dann schuldig sprechen. *Die Zeit*, 18.6.2020. Online: <https://www.zeit.de/wirtschaft/2020-06/toennies-fleischfabrik-corona-ausbruch-guetersloh-armin-laschet> [20.11.2021].
- Lessenich, St. (2016): *Neben uns die Sintflut. Die Externalisierungsgesellschaft und ihr Preis*. Berlin: Hanser.
- Lessenich, St. (2020): Soziologie – Corona – Kritik. *Berliner Journal für Soziologie*, 30, 215–230. <https://doi.org/10.1007/s11609-020-00417-3>
- Löw, Ch. (2020): Pandemie – Corona, postkolonialer Feminismus und Necropolitics in Indien. *blog interdisziplinäre geschlechterforschung*. <https://doi.org/10.17185/gender/20201008>
- Mauer, H./Leinius, J. (2020): *Intersektionalität und Postkolonialität – Kritische feministische Perspektiven auf Politik und Macht*. Opladen: Budrich.
- Mbembe, A. (2019): *Necropolitics*. Durham, NC: Duke University Press.
- Mbembe, A./Bercito, D. (2020): The Pandemic Democratizes the Power to Kill. An interview. *European Journal of Psychoanalysis*. Online: <https://www.journal-psychoanalysis.eu/the-pandemic-democratizes-the-power-to-kill-an-interview/> [20.11.2021].
- McCoy, D. (2017): Critical Global Health: Responding to Poverty, Inequality and Climate Change. Comment on „Politics, Power, Poverty and Global Health: Systems and Frames“. *International Journal of Health Policy and Management*, 6 (9), 539–541. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.157>
- McCoy, D./Kembhavi, G./Patel, P./Luintel, A. (2009): The Bill & Melinda Gates Foundation's Grant-Making Programme for Global Health. *The Lancet*, 373 (9675) 1645–1653. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60571-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60571-7)
- Meier, B. M./Gostin, L. O. (2018): *Human Rights in Global Health: Rights-Based Governance for a Globalizing World*. New York: Oxford University Press.
- Meisterhans, N. (2015a): Die neoliberale Mär vom wohltätigen Unternehmertum: Der Philanthrokapitalismus als Herrendiskurs. *Psychologie und Gesellschaftskritik, Sozialer Wandel und Subjektivität*, 154/155 (2–3), 41–63.
- Meisterhans, N. (2015b): Health for All: Implementing the Right to Health in the Post-2015 Agenda – Critical Interventions from the Global South. *Social Medicine/Medicina Social* (published by the Department of Family and

- Social Medicine at Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine and the Latin American Social Medicine Association – ALAMES), 109–125.
- Meisterhans, N. (2016): WHO in Crisis. Lessons Learned from the Ebola Outbreak and Beyond. *The Chinese Journal of Global Governance*, 2 (1), 1–29. <https://doi.org/10.1163/23525207-12340013>
- Meisterhans, N. (2019): Wider dem Tod der feministischen Utopie. Zum emanzipatorischen Potential radikalfeministischer und postkolonialer Ansätze in Zeiten des autoritären Backlashs. *Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 1/2019, 72–84. <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v28i1.06>
- Meisterhans, N. (2020): Globale Gesundheitspolitik: Die WHO und der Philantropkapitalismus in Zeiten von Corona. *Series of the Jahoda Bauer Institut*. Online: <https://jbi.or.at/globale-gesundheitspolitik-die-who-und-der-philantropkapitalismus-in-zeiten-von-corona/> [20.11.2021].
- Mitkop, W. (2018): Konsequenter Systemwandel. Ein Einblick in globale Perspektiven auf Menschenleben. *Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin*, 3/2018. Online: <https://gbp.vdaae.de/index.php/171-2018/2018-3/1154-gbp-3-2018-willy-mitkop> [20.11.2021].
- Moffitt, B. (2016): *The Global Rise of Populism. Performance, Political Style, and Representation*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Mouffe, Ch. (2005): *On the Political*. London: Routledge.
- Nachtwey, O. (2015): Rechte Wutbürger. Pegida oder das autoritäre Syndrom. *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 60 (3), 81–89.
- Nossem, E. (2020): The Pandemic of Nationalism and the Nationalism of Pandemics. *UniGR-CBS Working Paper*, Bd. 8. <https://doi.org/10.25353/ubtr-xxxx-1073-4da7>.
- Oxfam (2021): Das Ungleichheitsvirus. Oxfams Bericht zu Covid-19-Auswirkungen. Online: <https://www.oxfam.de/ueber-uns/publikationen/oxfams-bericht-covid-19-auswirkungen-ungleichheitsvirus> [20.11.2021].
- Pas, R. van de/Belle, S. v. (2015): Ebola, the Epidemic that Should Never Have Happened. *Global Affairs*, 1 (1), 95–100. <https://doi.org/10.1080/23340460.2015.989724>
- Peitz, D. (2020): „Sturm“ auf Reichstagsgebäude: Sie brauchen nur dieses eine Foto. *Die Zeit*, 31.08.2021. Online: <https://www.zeit.de/kultur/2020-08/sturm-reichstagsgebäude-querdenken-demonstration-rechtsextremisten-berlin> [20.11.2021].
- People's Health Movement Global (2014): *Ebola Epidemic Exposes the Pathology of the Global Economic and Political System*. Online: <https://www.phm-sa.org/ebola-epidemic-exposes-the-pathology-of-the-global-economic-and-political-system/> [20.11.2021].
- People's Health Movement Global (2021): *Unpacking the COVAX Black Box*. Online: https://phmovement.org/wp-content/uploads/2021/08/Final-policy-brief-Covax_compressed_English.pdf [20.11.2021].
- Randeria, S. (2020): Der Corona-Impfstoff zwischen geostrategischem Instrument und globalem öffentlichen Gut. In: Kortmann, B./Schulze, G. G. (Hg.): *Jenseits von Corona. Unsere Welt nach der Pandemie – Perspektiven aus der Wissenschaft*. Bielefeld: transcript, 71–80.
- Razum, O./Zeeb, H./Müller, O./Jahn, A. (Hg., 2014a): *Global Health. Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber.
- Razum, O./Zeeb, H./Müller, O./Jahn, A. (2014b): Vorwort der Herausgeber. In: Razum, O./Zeeb, H./Müller, O./Jahn, A. (Hg.): *Global Health. Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber, 13–15.
- Reddy, S. G./Pogge, T. (2010): How Not to Count the Poor. In: Anand, S./Segal, P./Stiglitz, J. (Hg.): *Debates in the Measurement of Global Poverty*. Oxford: Oxford University Press, 42–85.
- Rürup, B. (2020): Corona und das Ende der neoliberalen Weltordnung. *Handelsblatt*, 16.04.2020. Online: https://www.handelsblatt.com/politik/international/analyse-serie-global-challenges-corona-und-das-ende-der-neoliberalen-weltordnung/25742458.html?ticket=ST-1091466-ghveILU1ezCxJhNyyfks-ap2_ [20.11.2021].
- Sanders, D./McCoy, D./Legge, D./Birn, A.-E./Sengupta, A. (2015): Social and Political Remedies Needed for the Ebola Tragedy. *The Lancet*, 386 (9995), 738. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61534-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61534-3)
- Salzborn, S. (2018): „Was ist Rechtspopulismus? Einleitung der Redaktion zum PVS-Forum.“ *Politische Vierteljahresschrift*, 59 (2), 319–321.
- Sauer, B. (2017): „Geschlechtertheoretische Überlegungen zum europäischen Rechtspopulismus. Zum Erklärungspotential der Kategorie Geschlecht.“ *Politische Vierteljahresschrift*, 58 (1), 1–20.
- Sauer, B. (2019): Anti-feministische Mobilisierung in Europa. Kampf um eine neue politische Hegemonie? *Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft*, 13 (3), 339–352 <https://doi.org/10.1007/s12286-019-00430-8>
- Shah, G. H./Shankar, P./Schwind, J. S./Sittaramane, V. (2020): The Detrimental Impact of the COVID-19 Crisis on Health Equity and Social Determinants of Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26 (4), 317–319. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001200>
- Spivak, G. C. (1994): Can the Subaltern Speak? Speculations on Widow Sacrifice. In: Williams, P./Chrisman, L. (Hg.): *Colonial Discourse and Post-colonial Theory. A Reader*. New York: Routledge, 66–111.
- Stiglitz, J. (2013): The Promise of Global Institutions. In: Held, D./McGrew, A. (Hg.): *The Global Transformation Reader*. Cambridge: Polity Press, 477–482.
- Tóth, B. (2020): Unser täglich Pressebrot gib uns heute. *Falter*, 16/20. Online: https://www.falter.at/zeitung/20200415/unser-taeglich-pressebrot-gib-uns-heute/_of9f3675bc [20.11.2021].
- UN (1966): *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York: United Nations. Online: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cesr.pdf> [20.11.2021].

- UN (2020): *Ziele für nachhaltige Entwicklung*. New York: United Nations. Online: <https://www.un.org/depts/german/millennium/SDG%20Bericht%202020.pdf> [20.11.2021].
- UN Women (2021): *Corona: Eine Krise der Frauen*. Online: <https://www.unwomen.de/aktuelles/corona-eine-krise-der-frauen.html> [20.11.2021].
- UNHCR Deutschland (2020): *UNHCR und IOM setzen Härtefallaufnahme (Resettlement) wegen Corona vorübergehend aus*. Online: <https://www.unhcr.org/dach/de/40871-unhcr-und-iom-setzen-haertefallaufnahme-resettlement-wegen-corona-voruebergehen-aus.html> [20.11.2021].
- UNHCR Österreich (2020): *COVID-19: UNHCR warnt vor langfristigen Einschränkungen der Menschen- und Flüchtlingsrechte*. Online: <https://www.unhcr.org/dach/at/42865-unhcr-warnt-vor-langfristigen-einschraenkungen-der-menschen-und-fluechtlingsrechte-aufgrund-von-covid-19.html> [20.11.2021].
- Vogel, F. (2020): Wenn Virologen alle paar Tage ihre Meinung ändern, müssen wir in der Politik dagegenhalten. Thesen zur politischen Sprache und (strategischen) Kommunikation im Pandemie-Krisendiskurs“. *Sprachreport*, 36 (3), 20–29. <https://doi.org/10.14618/sr-3-2020-vog>
- Volkmer, M./Werner, K. (Hg., 2020): *Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft*. Bielefeld: transcript.
- Wachtler, B./Michalski, N./Nowossadeck, E./Diercke, M./Wahrendorf, M./Santos-Hövenner, C./Lampert, T./Höbel, J. (2020): Sozioökonomische Ungleichheit und Covid-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. *Journal of Health Monitoring*, 5 (S7), 3–18. <https://doi.org/10.25646/7058>
- WHO (2015): *Tracking Universal Health Coverage. First Global Monitoring Report*. Online: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf [20.11.2021].
- WHO (2017): *World Bank and WHO: Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses*. Online: <https://www.who.int/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses> [20.11.2021].
- WHO (2020a): Constitution of the World Health Organization. In: WHO: *Basic Documents*. World Health Organization, 1–19. Online: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf [20.11.2021].
- WHO (2020b): *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. Online: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) [20.11.2021].
- WHO (2020c): *Erklärung – Wir können nicht zulassen, dass die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie durch die Vernachlässigung anderer wichtiger Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit noch verschärft werden*. Online: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-we-cannot-allow-the-impact-of-covid-19-to-be-amplified-by-neglecting-other-vital-health-protection-measures> [20.11.2021].
- Wichterich, C. (2021): Am Limit – Covid-Kapitalismus, Kippunkte und Care. In: Claar, S./Nölke, A./Seeßlen, G./Wichterich, C. u. a. (Hg.): *Grenzgängerin. Essays zur Gegenwart. Politik, Kultur, Ökonomie*, 3. Online: <https://grenzgaengerin.eu/wp-content/uploads/2021/04/grenzgaengerin-003.pdf> [20.11.2021].
- Wiegel, M. (2020): Corona-Krise in Paris: Macron und der sechsfache Krieg. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 17.03.2020. Online: <https://www.faz.net/aktuell/politik/corona-krise-in-frankreich-macron-erklaert-virus-den-krieg-16682743.html> [20.11.2021].
- Wodak, Ruth (2018): „Vom Rand in die Mitte – Schamlose Normalisierung“. *Politische Vierteljahresschrift*, 59, 323–335. <https://doi.org/10.1007/s11615-018-0079-7>.
- Wondreys, J./Mudde, C. (2020): Victims of the Pandemic? European Far-Right Parties and COVID-19. *Nationalities Papers*, 50 (1), 86–103. <https://doi.org/10.1017/nps.2020.93>
- Wöhl, St. (2008): Global Governance as neoliberal Governmentality. In: Rai, S.M./Waylen, G. (Hg.): *Global Governance: Feminist Perspectives*. Houndmills Basingstoke/ New York: Palgrave Macmillan, 64–83.
- Ziai, A. (2006): *Zwischen Global Governance und Post-Development. Entwicklungspolitik aus diskursanalytischer Perspektive*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Ziai, A. (2010): Zur Kritik des Entwicklungsdiskurses. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 10/2010, 23–29. Online: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/32908/zur-kritik-des-entwicklungsdiskurses/> [20.11.2021].
- Ziai, A. (2016): *Development Discourse and Global History. From Colonialism to the Sustainable Development Goals*. London: Routledge.
- Žižek, S. (2020): *Pandemie! COVID-19 erschüttert die Welt*. Wien: Passagen Verlag.