

Methoden und Methodologie medizinethnologischer Forschung

MICHAEL KNIPPER & ANGELIKA WOLF

Zusammenfassung: Der Beitrag geht der Frage nach, was die Besonderheiten medizinethnologischer Forschungen sind und wie diese zu fassen wären. Dabei steht nicht die oft übliche Unterscheidung zwischen quantitativen vs. qualitativen Methoden im Vordergrund, sondern die Frage nach einem adäquaten Umgang mit den besonderen methodischen Herausforderungen durch den spezifischen Forschungsgegenstand der Medizinethnologie, Krankheit und Leiden. Die methodische Reflexion verschiebt sich dadurch von der Ebene der Untersuchungstechniken auf eine in jedem Einzelfall aufs Neue zu entwickelnde „Methodologie“ der Forschung, die durch eine gezielte Kombination diverser Einzelmethoden und die explizite Reflexion über die Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Forschungsansätze gekennzeichnet ist.

Method and methodology in research in medical anthropology

Summary The paper deals with the specific challenges of research in Medical Anthropology. However, not the methods used are the main concern, but the task to constantly adjust ones methodology to the settings of research related to disease and suffering. To focus on methodology means to reflect on a broader field of how to gain knowledge and insight by a thoughtful combination of different research techniques.

Keywords (Schlagwörter): method (Methode) – methodology (Methodologie) – participant observation (teilnehmende Beobachtung) – medical anthropology (Medical Anthropology, Medizinethnologie) – suffering (Leiden) – Handlungsimperativ – working group Medical Anthropology (AG Medical Anthropology in der DGV)

Das Spektrum medizinethnologischer Forschungsthemen und -kontexte ist weit. Klassische Feldforschungen zu „traditionellen“ medizinischen Praktiken in uns fremd erscheinenden Gesellschaften gehören genauso dazu wie Studien zur subjektiven Wahrnehmung von reproduktionsmedizinischen Verfahren oder von Organtransplantationen durch Patienten und ihre Angehörige in Europa. Die institutionellen Bedingungen variieren von der isolierten Einzelforschung in einem Bergdorf in den Anden bis hin zur Einbettung des Projekts in groß angelegte, interdisziplinäre oder multiregionale Studien mit Medizinern, Soziologen und vielen anderen wissenschaftlichen Fachrichtungen, von rein universitär ausgerichteter Grundlagenforschung bis hin zu Projekten der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit oder zu aktuellen Konfliktfeldern aus dem Bereich der Bioethik.

All diesen Forschungsthemen und -situationen ist gemein, dass sie trotz ihrer Unterschiede auf ein zentrales „Untersuchungsobjekt“ fokussieren: Den menschlichen Umgang mit „Leiden“ und „Krankheit“ in seinen vielfältigen kulturellen, sozialen und nicht zuletzt auch politischen Dimensionen. Die eta-

bierten Arbeitstechniken der Ethnologie und qualitativen Sozialforschung, die im Wesentlichen auch das Repertoire der Medizinethnologie ausmachen, geraten jedoch im Umgang mit Kranken, Leidenden oder gar Sterbenden leicht an erhebliche Grenzen. Die emotionale Belastung in der Konfrontation mit Krankheit, Leid und Tod während einer Forschung können etwa als den Verlauf und die Ergebnisse einer Untersuchung maßgeblich beeinflussende Faktoren nicht ausgeblendet werden. Dasselbe gilt, wenn die Sprache der Informanten deren Leiden und seine Wahrnehmung durch die Betroffenen nicht mehr auszudrücken vermag, oder wenn soziale Stigmata, Angst oder Vorbehalte gegenüber den Untersuchenden die „Datenerhebung“ behindern. Auch die möglicherweise massive Beeinflussung der zu untersuchenden Situation durch die Präsenz des Forschenden (wenn sie oder er beispielsweise von einer „nur“ teilnehmenden in eine begleitende oder bei entsprechender Qualifikation gar behandelnde Beobachterrolle schlüpft) hat methodische Konsequenzen. Darüber hinaus verlangt die Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Disziplinen (z. B. mit weitgehend naturwissenschaftlich orientierten

oder an quantifizierende Erhebungsverfahren gewöhnten KollegInnen aus den Bereichen Medizin oder *Public Health*) eine wesentlich explizitere und stärker vorstrukturierte Anwendung der gewählten Untersuchungsmethoden, als es im Bereich der allgemeinen ethnologischen Forschung – aus durchaus guten Gründen – klassischerweise üblich ist. Und nicht zuletzt auch das eigene Vorwissen zu medizinischen Fragen, persönliche Erfahrungen oder nicht bewusst reflektierte Vorstellungen, Erwartungen und Prioritäten zum adäquaten Umgang mit Krankheit und Leiden können die Richtung und die Aussage medizinethnologischer Forschungsbemühung beeinflussen. Wer ist schon frei von eigenen Erfahrungen und Urteilen zum weiten Thema „Medizin“, mit seinen vielfältigen Bezügen in die Alltagspraxis und zu diversen gesellschaftlichen relevanten Prozessen und Diskursen?

Die methodischen Konsequenzen, die sich aus dem spezifischen „Gegenstand“ medizinethnologischer Forschung ableiten, sind vielschichtig und eine explizite Auseinandersetzung mit diesem Thema tut Not – das war zumindest der Eindruck, den verschiedene Mitglieder der AG *Medical Anthropology* während ihrer eigenen Forschungen gewinnen mussten. Allerdings waren die methodischen Probleme, mit denen die Einzelnen zu kämpfen hatten, sowie die Schlussfolgerungen, die daraus jeweils gezogen wurden, alles andere als einheitlich. Die systematische Aufarbeitung der verschiedenartigen Erfahrungen wurde daher zum Arbeitsthema der AG *Medical Anthropology* für die Jahre 2002/3 gewählt. Mit insgesamt drei Methodenworkshops bereitete die AG ein Panel auf der DGV-Tagung in Hamburg im Jahr 2003 vor. In dem vorliegenden Aufsatz sollen nun die wichtigsten Diskussionsstränge und Ergebnisse dieses Arbeitsprozesses innerhalb der AG zusammengefasst werden.¹

Von „Methoden“ zur „Methodologie“

Die Leitfrage, an der sich die Überlegungen zunächst orientierten, war, ob die Medizinethnologie über ein „eigenes“ Repertoire an Forschungsmethoden verfüge. Im Verlauf der Diskussion stellte sich aber bald heraus, dass die methodischen Charakteristika medizinethnologischer Untersuchungen nicht bei den anzuwendenden „Werkzeugen“ liegen, sondern aus der Besonderheit ihres For-

schungsgegenstandes sowie der durch diesen definierten Forschungskontexte resultieren. Die verschiedenen Beobachtungs- und Befragungstechniken, die hier zur Anwendung kommen, werden ebenso in anderen Disziplinen verwendet. Allenfalls – so der Schluss – ließe sich von einem gewissen „Methodenkanon“ sprechen, der jedoch keineswegs exklusiv ist für die Medizinethnologie.²

Die initiale Leitfrage wurde somit von einer wesentlich komplexeren, aber auch ungleich fruchtbareren Fragestellung abgelöst: Wie können – zusammengefasst formuliert – die vielseitigen, und im Einzelfall sehr unterschiedlich ausgeprägten methodischen Anforderungen und Probleme, die aus dem besonderen thematischen Fokus medizinethnologischer Forschung erwachsen, bewältigt werden? Die Aufmerksamkeit der methodischen Reflexion verschob sich damit von der Ebene der Untersuchungstechniken auf die in jedem Einzelfall aufs Neue zu entwickelnde „Methodologie“. Mit *Methoden* sind hier die verschiedenen Erhebungs- und Analyseverfahren gemeint, und dieser Begriff schließt sowohl quantitative als auch qualitativ orientierte Erhebungstechniken ein. Der Begriff der *Methodologie* verweist hingegen auf den größeren Zusammenhang der Erkenntnisgenerierung insgesamt, welcher nicht die „Einzel-Methoden“ sondern den Forschungsansatz umfasst, in dem diese möglichst sinnvoll anzuwenden und miteinander zu kombinieren sind. Spezifische Charakteristika des konkreten Forschungsgegenstandes, die Ziele einer Untersuchung und der Kontext, sowie die Erfahrungen, Prioritäten und Interessen aller Beteiligten fließen darin ein. Die möglichst explizit definierte Methodologie ist im Idealfall das Ergebnis einer kontinuierlichen Reflexion über das Erkenntnisinteresse und die Art, dieses mit den gegebenen methodischen Werkzeugen möglichst optimal umzusetzen.

Als die charakteristischen Elemente medizinethnologischer Forschung, die einen „besonderen“ Umgang mit den ansonsten weitgehend „gewöhnlichen“ Methoden erfordern, kristallisierten sich im Diskussionsprozess innerhalb der AG *Medical Anthropology* vor allem jene Aspekte heraus, die aus der Konfrontation der Forschenden mit Krankheit und Leiden resultieren. Ein weiterer Punkt war die Auseinandersetzung mit den Kategorien und Institutionen der „Biomedizin“, die explizit oder implizit auch solche Studien zu beeinflussen in der Lage sind, die augenscheinlich weit weg von dieser im

globalen Maßstab am stärksten etablierten Art der Heilkunde operieren. Die Konfrontation mit Krankheit und Leiden sowie die Auseinandersetzung mit den Wissensbeständen und Institutionen der Biomedizin können daher als die besonderen „Stimuli“ für die Methodologie medizinethnologischer Forschung bezeichnet werden, wobei sie in jedem Einzelfall unterschiedlich ausgeprägt und bedeutsam sein können. Wer sich auf dieses Forschungsfeld begeben wird, wird schlichtweg *wahrscheinlicher* als in anderen Kontexten mit solchen oder ähnlich gearteten Fragen konfrontiert werden.

Die Methodologie eines Forschungsansatzes muss nun in der Lage sein, auf diese Anforderungen adäquat zu reagieren. Die Probleme zu verschweigen oder auszublenden, und ihre Bewältigung unter dem implizit oder explizit formulierten Hinweis auf die „Kunst“ der ethnologischen Arbeitsweise in der „methodischen *Black-Box*“ (B. Hadolt) verschwinden zu lassen, ist eine zunächst vielleicht praktikable, aber auf Dauer eher unbefriedigende Lösung. „Offenheit“ und Bemühungen um eine „Kontrolle“ der Auswirkungen methodischer Schwierigkeiten auf die Ergebnisse einer Forschung sind daher wichtige Eigenschaften jeder Methodologie.

Darüber hinaus kann der explizite Umgang mit den genannten Problemen jedoch auch als Chance für besonders interessante und aussagekräftige Ergebnisse begriffen werden. In Anlehnung an George DEVEREUX (1988) und dessen Aufforderung, Verständnisschwierigkeiten *„als fundamentales Datum zu behandeln, dem man nicht ausweichen, sondern das man [...] auswerten soll“* (DEVEREUX 1988: 18)³, lohnt es sich, nach Möglichkeiten für einen kreativen Umgang mit den aus der Konfrontation mit Krankheit und Leiden resultierenden Herausforderungen zu suchen. Auf diese Weise können Forschungsergebnisse entstehen, die konventionelle Vorstellungen und Ansichten überwinden und die neue und gelegentlich sogar überraschende Erkenntnisse zu liefern in der Lage sind. Die differenzierte Kenntnis und Beherrschung der verschiedenen „Arbeitstechniken“ zur Erhebung und Auswertung von Daten („Methoden“ im engeren Sinne) ist dabei schließlich nicht mehr (aber auch nicht weniger!) als eine wichtige und die wissenschaftliche Kreativität erst ermöglichende Grundbedingung.

Die besonderen methodologischen Anforderungen, mit denen im Rahmen medizinethnologischer Forschung zu rechnen ist, können nun selbstver-

ständlich nicht im Sinne eines klar strukturierten und Vollständigkeit anstrebenden Katalogs aufgezählt und in einem konkreten Forschungsprojekt „abgearbeitet“ werden. Jede Forschungssituation ist anderes und stellt neue, oftmals unvorhergesehene Anforderungen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Methoden und Methodologie“ in einem Übersichtsartikel wie dem vorliegenden muss daher zwangsläufig exemplarischen Charakter haben.

Im Weiteren soll nun zunächst ein Überblick über die verschiedenen methodischen Probleme und die vom „Untersuchungsgegenstand“ ausgehenden Anforderungen gegeben werden, welche die Mitglieder der AG zu ihren Überlegungen angeregt hatten. Anschließend werden die wichtigsten Untersuchungs- und Analysetechniken dargestellt, die im Bereich der Medizinethnologie derzeit zur Anwendung kommen sowie einige grundlegende theoretischen Prinzipien, die im Rahmen methodologischer Reflexionen bedeutsam sind. Die Überlegungen orientieren sich dabei stets an der eingangs formulierten Leitfrage nach einer tragfähigen Methodologie für Forschungen über Krankheit und Leiden, bei welcher die entstehenden Probleme nicht umschifft, sondern explizit angegangen und genutzt werden.

Krankheit und Leiden: Methodische Herausforderungen

Das verbindende Element zwischen den heterogenen Erfahrungen der Mitglieder der AG und Ausgangspunkt aller weiteren Überlegungen ist die Erfahrung, dass „Krankheit“ und die damit assoziierten Vorstellungen, Praktiken, Institutionen und sozialen Prozessen innerhalb zeitgenössischer Gesellschaften offenbar weniger noch als andere ein „Untersuchungsobjekt“ darstellen, zu dem sich „unbefangen“ empirische Forschung betreiben ließe. Denn unabhängig davon, ob eine Studie sich den medizinischen Praktiken indigener Gesellschaften in Amerika oder Asien widmet und dafür „traditionelle Heiler“ und ihre Patienten begleitet und befragt, oder ob die Situation von AIDS-Waisen in Afrika beschrieben, die politischen Hintergründe, die ökonomischen Ursachen oder die sozialen Auswirkungen dieser Pandemie in den betroffenen Gruppen, Gesellschaften oder auch Staaten analysiert werden soll – es sind immer wieder menschlich mehr oder weniger heikle oder gar dramatische Si-

tuationen, in denen die Forschung stattfinden soll. „Krankheit“ verliert auch als Gegenstand medizinethnologischer Forschung nur selten seinen besonderen Charakter als Ursache und Ausdruck von menschlichem Leid.

Die in den Diskussionen der AG wahrgenommenen Spezifika einer medizinethnologischen Arbeitsweise waren daher zunächst auf der methodologischen Ebene zu lokalisieren und erst danach auf der methodischen Ebene. Diese Diskussionsachse hat – ähnlich wie die Unterscheidung von Methoden und Methodologie – dazu beigetragen, die Frage von Methoden enger an den inhaltlichen Gegenstand und den Kontext der Forschungen zu rücken. In diesem Sinne verschob sich der Fokus der Auseinandersetzung von den „Methoden der Medical Anthropologie“ hin zum „Verhältnis von Methoden/Methodologie und dem Forschungsgegenstand und -kontext“. Zur Bestimmung des Forschungsgegenstandes half eine Clusterbildung um die Begrifflichkeiten „Leiden“, „eigene Betroffenheit“, „Handlungsimperativ“, „Auseinandersetzung mit der Biomedizin“, sowie „Krankheit/Kranksein als privilegierter Zugang zum Sozialen und Kulturellen“.

Leiden

Das mit Krankheit verbundene Leiden, die Schmerzen, Sorgen und Hoffnungen der Betroffenen, von denen viele aus methodologischer Hinsicht „Informanten“ sind, prallt an ethnologisch forschenden Untersucherinnen und Untersuchern nicht einfach ab. Neben der potentiellen psychischen Belastung beeinflusst es ihr oder sein Verhalten „im Feld“ maßgeblich und setzt außerdem der Reichweite vieler der üblichen ethnologischen Untersuchungstechniken enge Grenzen: Wer beobachtet schon unbeindruckt, gar mit „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ (FLICK 1986: 195), eine Szene, in der ein Mensch geboren wird, von einer Erkrankung geheilt werden soll oder verstirbt? Oder wie lässt sich das „Unsagbare“ erfragen, also all jene Aspekte von Krankheit wie Scham, Schuldgefühle, Sorge, Verzweiflung und Hoffnung (oder gerade auch die Abwesenheit derselben), die den Betroffenen oftmals selbst kaum explizit bewusst sind und wenn sie es sein sollten, ja sogar im Kreis der engsten Vertrauten kaum offen ausgesprochen werden?

Stefan Ecks betrachtete die methodischen Konsequenzen des Umgangs mit „Leiden“ im Hinblick auf das Forschungsthema Selbstmord, welcher eine „teilnehmende Beobachtung“ aus verständlichen Gründen nicht zulässt.⁴ In der Altersgruppe der 15- bis 34-jährigen rangiert Selbstmord global unter den drei häufigsten Todesursachen. Wie aber kann im Kontext extremer Tabuisierung von Seiten der Angehörigen mit diesen gesprochen werden, wie viel Zeit muss man verstreichen lassen? Auch die ethischen Aspekte einer solchen Forschung sind enorm: Trauma, Scham und Sprachlosigkeit machen direkte Interviews zu einer ethisch bedenklichen Methode. Viele Methoden, die sonst zum Standard einer medizinethnologischen Studie gehören, müssen bei der Untersuchung von Selbstmord radikal überdacht werden und das bisher fast vollständige Schweigen der Ethnologen zum Problem des Selbstmords kann wesentlich auf die scheinbar unüberwindlichen methodischen und ethischen Hindernisse zurückgeführt werden.

Eigene Betroffenheit

Den methodisch reflektierten Umgang mit der eigenen Betroffenheit als Forschende hat Vera Kalitzkus am Beispiel ihrer Arbeit zu Organtransplantationen in Deutschland dargestellt (vgl. KALITZKUS 2003).⁵ Diese nicht auszublenden, sondern auf ihre „soziokulturellen Komponenten“ hin zu analysieren, um auf diesem Wege Hinweise auf in der eigenen Gesellschaft relevante Normen, Werte und mögliche Konfliktfelder zu erhalten, zeigt eine Möglichkeit der kreativen Nutzung der während der Forschung auftretenden Schwierigkeiten auf. Gleichzeitig weist Kalitzkus damit auf den wissenschaftlichen Wert einer „methodologischen Supervision“ während des Forschungsprozesses hin: Angelehnt an das Konzept der psychologischen Supervision als Hilfestellung beim persönlichen Umgang mit den diversen belastenden Momenten der Forschung, kann die explizite, und im Idealfall durch entsprechend kompetente Kollegen angeleitete methodologische Reflexion zu einer erheblichen Verbesserung der Qualität des während einer Forschung erhobenen Materials beitragen.

Handlungsimperativ

Leiden und Krankheit als Gegenstände wissenschaftlicher Forschung haben jedoch auch noch eine weitere Konsequenz für die Untersucher: Sie fordern zum Handeln auf. Leidende und kranke Menschen haben – wenn sie es wünschen – Anspruch auf Hilfe. Und dieser Anspruch richtet sich nicht allein an professionelle Helfer sondern an alle, die ihnen in ihrer Situation begegnen und möglicherweise helfen können, ethnologisch forschende Wissenschaftler eingeschlossen. Zwar hat die Medizinethnologie nicht die praktische Anwendung ihrer Forschungsergebnisse und Methoden zum Ziel. Aber das entbindet auch ihre Vertreterinnen und Vertreter nicht von der Verpflichtung, gelegentlich handelnd in die zu beobachtende Situation eingreifen zu müssen und diese unter Umständen auch zu „stören“. Wie es mit dieser Verpflichtung (daher „Handlungsimperativ“) nun im einzelnen aussieht, nach welchen Kriterien sie eingeschätzt werden kann und wie die methodologischen Konsequenzen zu beurteilen sind, hat Michael Knipper am Beispiel seiner Situation als ethnologisch forschender Arzt in Ecuador untersucht.⁶ Die ärztliche Ausbildung eines/er Untersuchenden ist zwar nicht der Regelfall, aber eine spezifische therapeutische Qualifikation auch dann gegeben, wenn – wie es nicht selten der Fall ist – die Ethnologin oder der Ethnologe eine Ausbildung als Heilpraktiker/in, Hebamme oder Pflegepersonal besitzt (vgl. KNIPPER 2004).

Auseinandersetzung mit der Biomedizin

Von der mit den Naturwissenschaften identifizierten „Biomedizin“ gehen sowohl aufgrund ihrer theoretischen Konzepte, als auch ob ihrer starken Verbindung mit den administrativen Strukturen von Staaten, überstaatlichen und nichtstaatlichen Institutionen wichtige Stimuli für die Methodik medizinethnologischer Forschung aus. Zum einen werden durch die Biomedizin Standards definiert, denen sich andere Arten medizinischer Forschung kaum entziehen können. Das gilt etwa für die energische Forderung nach einer expliziten Darstellung der methodischen Grundlage von Untersuchungsergebnissen (vgl. PELTO/PELTO 1990), aber auch für die teils übertriebene Bevorzugung quantifizierender Untersuchungsansätze. Darüber hinaus bestimmen bio-

medizinisch definierte Kategorien das oftmals implizite Vorverständnis von Untersuchern wie Informanten. Wie sollen „unvoreingenommen“ Fragen formuliert und Informantenaussagen ausgewertet werden können, wo doch auch jede/r Untersucher/in über eigene krankheitsbezogene Kenntnisse, Vorannahmen und Vorurteile verfügt, die aber nur selten bis in die letzte Konsequenz hinein reflektiert und kritisch auf ihre transkulturelle Übertragbarkeit hinterfragt werden? Trotz aller theoretischen Distanzierungen von einer oft monolithisch gedachten Biomedizin sind die mit dieser und vor allem mit ihren historischen und kulturellen Wurzeln verbundenen Denkweisen als Einflussfaktoren auf den theoretischen und methodischen Umgang mit Krankheit in medizinethnologischen Studien schwer zu kontrollieren.⁷

Elsbeth Kneuper schlug in diesem Zusammenhang das theoretische Instrument der Diskursanalyse als Mittel zur Distanzierung einerseits, und kritischen Würdigung biomedizinischer Schlüsselkonzepte andererseits, vor. Am Beispiel ihrer Arbeit zu Schwangerschaft und Geburt in einer deutschen Universitätsstadt nahm sie aus dieser Perspektive heraus den Risikobegriff der Biomedizin unter die Lupe (KNEUPER 2003).⁸

Krankheit/Kranksein als privilegierter Zugang zum Sozialen und Kulturellen

Wie durch die Analyse und Interpretation von Metaphern eine andere Sicht auf den Körper und damit „Zugang zu Kultur“ entsteht, lässt sich meist gut an den Aussagen von Präventionsbotschaften aufzeigen. SONTAG (1978, 1989) hatte darauf verwiesen, dass hoch infektiöse oder potenziell tödliche Krankheiten wie Tbc, Krebs oder Aids nicht nur mittels Metaphern bebildert, sondern auch durch diese Bilder wahrgenommen werden. Die Beschreibung einer Krankheit als Krieg im Körper, der wiederum bekämpft werden muss, oder als Prozess des unbotmäßigen Fressens, das auf Kosten der Gemeinschaft geht (ein häufig zu findendes Bild in Afrika), zeigt die jeweilige gesellschaftliche Sicht auf Krankheit.

Angelika Wolf wies denn auch am Beispiel ihrer Forschungen zu AIDS/HIV in Malawi auf den methodischen Umgang mit Grenzen der Kommunikation mit ihren Informanten hin, die jenseits einfacher linguistischer Probleme liegen.⁹ Die hohe emotio-

nale Belastung des Themas kann Informanten wie Forschenden schlicht „die Sprache verschlagen“ (Wolf spricht hier von „Grenzen emotionaler Art“), und alternative Formen der Datenerhebung – wie „body mapping“ und andere Techniken zur Annäherung an lokale Vorstellungen vom Körper und von AIDS – stießen an „kulturelle Grenzen“, wie Scham im Angesicht von Körperbildern oder den ungeübten Umgang der Informanten mit solchen Abbildungen. Wird Krankheit als Möglichkeit des Zugangs zu gesellschaftlichem Umgang mit Krisensituationen verstanden, können mit Hilfe von Metaphern weitreichende Einblicke in kulturelle Prozesse gewonnen werden (vgl. WOLF 2003a, b).

Methodische Werkzeuge und Prinzipien ihrer Anwendung

Die Untersuchungsmethoden: Ein Werkzeugkasten?

Zur Erhebung und Auswertung medizinethnologischer Untersuchungsdaten steht ein ganzes Arsenal verschiedener Methoden zur Verfügung. Gerne ist in diesem Zusammenhang vom „Werkzeugkasten“ die Rede, und dieses Bild verdeutlicht nicht nur den Aspekt der Vielfalt an sich, sondern weist darüber hinaus auch darauf hin, dass sich die verschiedenen „Werkzeuge“ zum einen durch einen spezifischen Anwendungsbereich auszeichnen, und ihre sinnvolle Handhabung zum zweiten von technischen Fertigkeiten abhängt: So wie sich mit einem Hammer keine Schraube in die Wand drehen lässt und der richtige Umgang mit einer Stichsäge Übung und Geschick voraussetzt, lassen sich mit einem detailliert ausgearbeiteten Fragebogen nicht in jedem Fall sinnvolle Aussagen über krankheitsbezogene Denk- und Handlungsweisen definierter Bevölkerungsgruppen erzielen. Und ein ausführliches Gespräch mit einem „traditionellen Heiler“ kann nicht automatisch als ein gut geführtes ethnographisches Interview mit wissenschaftlich tragfähigen Ergebnissen gelten.

Das Bild des „Werkzeugkastens“ hat allerdings auch eine erhebliche Schwäche: Es suggeriert, dass es so etwas wie klar definierte und voneinander abgrenzbare methodische „Werkzeuge“ tatsächlich gäbe, die dann im Rahmen eines Forschungsvorhabens je nach ihren spezifischen Charakteristika aus-

gewählt, genutzt und wieder zur Seite gelegt werden können – wie die Schraubenschlüssel und anderen mechanischen Werkzeuge im penibel sortierten Wandschrank eines Heimwerkers. Denn bei den verschiedenen Interviewtechniken und Beobachtungsmethoden handelt es sich keineswegs um ein aus vielen Einzelementen bestehendes, ein für alle Mal etabliertes Instrumentarium, aus dem man sich nach Bedarf bedienen kann. Und die strikte Anwendung der in der Literatur verfügbaren formalen und technischen Hinweise (beispielsweise zur Größe, Zusammensetzung und praktischen Durchführung von *Focus-Group-Diskussionen*, vgl. BERNARD 2002: 228f, KITZINGER 1995) garantiert weder eine produktive Datenerhebung, noch erhöht sich auf diese Weise automatisch die „Wissenschaftlichkeit“ einer Untersuchung (vgl. BARBOUR 2001). Wichtiger als die peinlich genaue Erfüllung formaler Kriterien ist es, die Prinzipien zu kennen, nach denen die einzelnen Untersuchungsmethoden charakterisiert, unterschieden und miteinander kombiniert werden können. Konkret heißt das, sich etwa während des Forschungsprozesses immer wieder zu fragen, wie beispielsweise ein Interview gestaltet werden sollte, um ein spezifisches Forschungsziel zu erreichen bzw. welche Aspekte eines Problems oder einer Fragestellung auf die eine Weise besser und auf die andere weniger gut herausgearbeitet werden können.

Beobachten und Befragen

Wie die allgemeine Ethnologie bedient sich die medizinethnologische Forschung im Wesentlichen zweier Arten von Untersuchungsmethoden: Beobachtung und Befragung. Im Gegensatz zur alltäglichen Beobachtung von Ereignissen bzw. Befragung interessanter Gesprächspartner zeichnet sich der wissenschaftliche Gebrauch dieser Techniken durch eine stetige kritische Reflexion über die Möglichkeiten und Ziele, sowie die technischen und sozialen Bedingungen ihrer Anwendung im Forschungsprozess aus. Denn jede Beobachtung kann immer nur einen Ausschnitt der beobachteten Situation erfassen, und die Aussagen von Informanten zeichnen sich immer durch eine ebenso interessante wie ihre Interpretation erschwerende Vieldeutigkeit aus. HELMAN (2001: 265) unterscheidet dazu vier verschiedene Bedeutungsebenen einer Aussage: 1) „Was die Menschen sagen, dass sie glauben, denken

oder tun“, 2) „was sie tatsächlich tun“, 3) „was sie wirklich denken oder glauben“, sowie 4) „den Kontext der genannten Punkte“. Abgesehen davon, dass der dritte Punkt (das, was die Informanten „wirklich glauben“) bei genauerer Betrachtung kein in einer empirischen Forschung zu erhebendes Datum benennt, weist HELMAN damit auf immer wieder zu bedenkenden Grundprobleme jeglicher sozial- und kulturwissenschaftlicher Forschung hin, die schließlich auch die Notwendigkeit der Kombination verschiedener Untersuchungstechniken innerhalb eines konkreten Forschungsansatzes begründen (vgl. MORGAN 1998, POPE/MAYS 1995). Aber haben wir es hier wirklich mit einem Grund-Problem zu tun? Die Offenheit ethnologischer Ansätze für neue Perspektiven, für andere als die etablierten Sichtweisen auf die im Gesundheitsbereich relevanten Probleme und sozialen Prozesse ist ja gerade ihr Qualitätsmerkmal (vgl. BLACK 1994, LAMBERT/MCKEWITT 2002). Der kreative Umgang mit der Vieldeutigkeit der Untersuchungsdaten ist daher als Chance und Herausforderung zu begreifen.

Unter den Beobachtungstechniken kann insbesondere zwischen der teilnehmenden Beobachtung als der klassischen Methode der modernen Ethnologie und nicht teilnehmenden Arbeitsweisen unterschieden werden. Das Beobachten ist dabei als ein systematisches Sammeln von Informationen durch „zielgerichtetes Hinsehen“ (KOHL 1993: 110) im Sinne des Forschungsinteresses zu verstehen. Durch die mehr oder weniger aktive Teilnahme an den interessierenden sozialen Situationen können (zum Beispiel an einem Heilungsritual als stiller Beobachter, als Patient oder eventuell auch als „Heiler“) jeweils andere Aspekte besonders gut und andere schlechter beobachtet werden. Die „Subjektivität“ des Untersuchers und die „Selektivität“ der Beobachtungen müssen dabei schlicht als Eigentümlichkeit des sozialen Geschehens „Beobachten“ und generelle Prämisse des Forschungsprozesses anerkannt werden, die weder vermieden werden kann noch vermieden werden soll (HIRSCHAUER/AMMAN 1997: 22)¹⁰. Darüber hinaus gilt es, die Selektion „bis auf weiteres für das Unerwartete offen und begriffliche Festlegungen für das Überraschende reversibel zu halten“ (HIRSCHAUER/AMMAN 1997: 20f) und nicht durch ein starres gedankliches Korsett (wie einen geschlossenen Fragebogen) gegen Widersprüche oder unerwartete Aussagen zu immunisieren.

Wie die „Selektion“ kann schließlich auch die „Störung“ der zu untersuchenden sozialen Situation und ihre Beeinflussung durch die Anwesenheit der forschenden Person („Hawthorne-Effekt“)¹¹ weder bei der aktiven noch bei einer eher passiven Beobachtungsform ignoriert werden. Bei ausreichender Zeit tritt allerdings fast zwangsläufig eine gewisse Gewöhnung an die Präsenz eines Beobachters ein, wodurch der „störende“ Einfluss minimiert wird. Außerdem ist es möglich, auch die vermeintliche „Störung“ kreativ zu nutzen und etwa die Reaktionen auf die untersuchende Person (etwa als Repräsentant/in eines bestimmten Forschungsprojektes, einer gesellschaftlichen Gruppe o. ä.) in die Beobachtungen aufzunehmen.

Ein wichtiges Kriterium zur Differenzierung und Beurteilung verschiedener Befragungstechniken ist der Grad ihrer Strukturierung. Daneben ist zu unterscheiden, ob die Informanten sprachlich oder schriftlich befragt werden, ob es sich um Einzel- oder Gruppeninterviews handelt oder um solche, die sich durch besondere inhaltliche Charakteristika (z. B. „Tiefeninterviews“), spezifische Erwartungen an die oder den Informanten (z. B. mit „lokalen Experten“ als „Schlüsselinformanten“) oder zeitliche Vorgaben („rapid assessment procedures“) auszeichnen. All diese Unterschiede haben Einfluss auf die Ergebnisse einer Befragung, was hier exemplarisch an Hand der Extremformen bezogen auf die Strukturierung dargestellt werden soll: In einem weitgehend unstrukturierten Informationsgespräch ohne Leitfragen oder Fragenkatalog entwickeln sich die konkreten Gesprächsthemen erst im Verlauf. Vor- und Nachteile liegen auf der Hand: Die Antworten werden in vergleichsweise geringem Ausmaß vom Untersucher vorgeprägt und das Gespräch kann individuell auf die Person des Informanten zugeschnitten werden. Allerdings sind die Aussagen – isoliert betrachtet – kaum reproduzierbar oder gar repräsentativ. Außerdem kann es durchaus passieren, dass für die Forschung wichtige Themen ausgespart bleiben oder gewisse Teilaspekte zu stark oder zu schwach betont werden.

Mit dem Grad der Strukturierung steigen die Reproduzierbarkeit der Aussagen und die Chance, bei guter Vorbereitung des Fragebogens alle relevanten Aspekte anzusprechen und den Zufallsfaktor zu reduzieren. Der Preis dafür ist eine abnehmende Individualität und die zunehmende Prägung der Aussagen durch die Vorannahmen des/der Untersuchen-

den. Mit weitgehend vorstrukturierten Fragebögen kann also eine Vielzahl unterschiedlicher Untersucher von einer Vielzahl unterschiedlicher Informanten zuverlässig reproduzierbare und vergleichbare Daten erheben, die am Ende möglicherweise sogar in Zahlen und in optisch ansprechenden Diagrammen ausgedrückt werden können. Sind die auf diese Weise erhobenen Forschungsdaten aber in jedem Fall auch sinnvoll? Was sagen sie aus? Und sind sie noch als Grundlage einer fachlichen Theoriebildung in den Sozialwissenschaften aufschlussreich und nutzbar?

Qualitätskriterien

„Far better an approximate answer to the right question (...) than an exact answer to a wrong question“ – dieses Zitat des Statistikers J.W. TUKEY von 1962¹² illustriert pointiert das spannende und in manchen Fällen umgekehrt proportionale Verhältnis zwischen zwei der wichtigsten, zur Beurteilung empirischer Daten etablierten Qualitätskriterien: Validität und Reliabilität.

Die Reliabilität, also die Reproduzierbarkeit von Aussagen (vgl. z. B. BERNARD 2002: 50f) steigt, je stärker die Antworten einem klar definierten Raster von Fragen oder Kategorien zugeordnet werden. Solche sind außerdem einfacher auszuwerten, zu vergleichen und zu quantifizieren, denn der Spielraum für Abweichungen wird zunehmend eingengt. Es sinkt jedoch möglicherweise die Validität der Aussagen, und das sollte jeden Untersucher nachdenklich stimmen, denn „nichts ist für eine Forschung so wichtig wie die Validität“ (BERNARD 2002: 49): Sagen die erhobenen Forschungsdaten tatsächlich das aus, was von ihnen erwartet wird? Sind die Daten zuverlässig, drücken sie die Wahrnehmungen, Auffassungen und Handlungsprioritäten der Informanten aus, oder werden durch falsch gestellte Fragen allein die Vorannahmen der Untersucher reproduziert und durch eine große Anzahl nicht valider Untersuchungsdaten illustriert und scheinbar bestätigt (vgl. auch MAYS/POPE 2000, BARBOUR 2001)?

Eine Verbesserung der Validität von Untersuchungsdaten ist nun auf verschiedene Arten möglich. Ein wichtiges Prinzip ist die so genannte *Triangulation*, die sich auf die strategische Kombination verschiedener Untersuchungstechniken gründet.

Dabei werden die Ergebnisse von mindestens zwei unterschiedlichen Datenerhebungstechniken im Hinblick auf eine Fragestellung miteinander in Beziehung gesetzt (MAYS/POPE 2000, BARBOUR 2001). Dabei überraschende Widersprüche dienen zum einen der Überprüfung der Validität, können zum anderen aber auch als Ausgangspunkt für weitere Nachforschungen genommen werden. Auf diese Weise lassen sich wesentlich differenziertere Einsichten gewinnen als mit methodisch eindimensionalen Ansätzen (RAZUM/GERHARDUS 1999).

Auch die klare Darstellung der angewendeten Methodik und der Datengrundlage einer Aussage sind wichtige Mittel zur Verbesserung der Validität. Mit dem Begriff „*Reflexivität*“ (MAYS/POPE 2000: 51) wird hier Klärung der von Seiten der Untersuchenden ausgehenden Einflüsse auf den Forschungsprozess und die Forschungsergebnisse bezeichnet. Nicht allein die Aufzählung der verwendeten „Methoden“, sondern die „Methodologie“ gilt es ausdrücklich darzustellen, um die Aussagekraft von Untersuchungsergebnissen einschätzen zu können. Weitere Prinzipien zur Verbesserung der Validität von Ergebnissen sind das *Sampling* (vgl. z. B. BERNARD 2002: 141-202), also die Auswahl der Informanten nach möglichst klar definierten Kriterien.

Der Kreativität der Untersuchenden zur sinnvollen Kombination verschiedener Datenerhebungsmethoden und die Entwicklung weiterer „Werkzeuge“ sind keinerlei Grenzen gesetzt, so lange sie von der notwendigen, methodologischen Reflexion begleitet wird. Keine Methode kann jedoch sinnvolle Ergebnisse produzieren, wenn sie isoliert und/oder unkritisch angewendet wird. Dazu sind weder die etablierten Befragungs- und Beobachtungstechniken geeignet, noch neuere Methoden wie *Focus-Group-Diskussionen* oder auch die im Bereich der anwendungsorientierten Forschung im Bereich *International Health* proliferierenden „*rapid assessment procedures*“ (RAP, vgl. OBRIST 2003, HELLMAN 2002: 267ff).

Forschungsstrategien: induktiv versus deduktiv

Gerade am Beispiel der RAP lässt sich gut eine weitere Frage zur Methodologie medizinethnologischer Forschung erläutern, nämlich die nach dem Unterschied zwischen induktiven und deduktiven Forschungsansätzen – also zwischen solchen, die (sehr

vereinfacht ausgedrückt) ihre Hypothesen und Interpretationen aus dem während einer Forschung erhaltenen Datenmaterial entwickeln (*induktiv*) und anderen, die mit der Forschung im Voraus definierte Fragestellungen zu beantworten suchen (*deduktiv*). Dies sieht auf den ersten Blick nach einer rein technischen Unterscheidung aus. Im Endeffekt geht es hier aber um nichts anderes als um das wissenschaftliche Potential, welches von ethnologischen Untersuchungsansätzen im Bereich der Medizin- und Gesundheitswissenschaften erwartet bzw. ihnen zugestanden wird (vgl. POPE/MAYS 1995, LAMBERT/MCKEWITT 2002).

Die RAP erfreuen sich seit den ausgehenden 1980er Jahren im Bereich *International Health* zunehmender Beliebtheit. Das Ziel dieser in der Regel mit qualitativen Methoden operierenden Verfahren ist es, in möglichst kurzzeitigen Forschungseinsätzen die für die Durchführung biomedizinisch definierter Interventionen als relevant beurteilten Kenntnisse über, beispielsweise, indigene Bezeichnungen, Behandlungen und Beurteilungen von kindlichem Durchfall oder auch von AIDS zu erhalten. Ihre Funktion liegt damit in der Ergänzung quantitativer Untersuchungsansätze, und ihr Potential wird vor allem in ihrem Beitrag zur Anpassung medizinischen Programme an die unterschiedlichen sozio-kulturellen Gegebenheiten auf lokaler Ebene gesehen. Es handelt sich also um genuin deduktive Forschungsansätze, die in der Regel von außen definierte Fragestellungen und Ziele verfolgen. Ob die Ergebnisse am Ende jedoch näher an den Vorstellungen und Erwartungen der Untersuchenden oder denen der Informanten liegen, muss in jedem Einzelfall kritisch unter die Lupe genommen werden.

Im Hinblick auf konkrete medizinische Interventionen (etwa zur Verringerung von Durchfallerkrankungen) können solche „schnellen“ Vorgehensweisen nützlich sein. Die schlechte Identifikation von ethnologischen Forschungsansätzen im Bereich der Medizin mit qualitativen Untersuchungsmethoden als Begleitforschung *neben* den als strikt davon getrennt wahrgenommenen quantifizierenden Methoden birgt jedoch die Gefahr, die weit darüber hinausgehenden Möglichkeiten ethnologischer Forschung aus den Augen zu verlieren. Denn durch die Kombination der verschiedenen Untersuchungstechniken, die *miteinander* zu einer methodologischen Strategie verwoben werden, kann sowohl das kritische Potential ethnologischer Forschung gegenüber ver-

meintlich selbstverständlichen Begriffen und Kategorien wie „Krankheit“, „System“ oder auch „Kultur“¹³ entfaltet werden, als auch – und das steht mit dem erstgenannten Aspekt in engem Zusammenhang – eine neue, differenzierte und für überraschende Ergebnisse und kreative Lösungen offene Sicht auf bestehende Probleme und Forschungsfragen. Etablierte Denkweisen in Frage zu stellen, alternative Perspektiven zu entwickeln und Probleme neu zu definieren, das sollte auch im medizinischen Bereich die charakteristische Aufgabe ethnologischer Forschung bleiben (vgl. LAMBERT/MCKEWITT 2002).

Auswertung & Analyse

Die Erhebung und Auswertung medizinethnologischer Daten gehen im Rahmen eines tragfähigen methodologischen Konzeptes Hand in Hand. Alle bisher genannten Prinzipien zur Verbesserung und Kontrolle der Aussagekraft und Qualität der erhobenen Daten basieren – zumindest wenn sie ernst gemeint und nicht allein als technisch-formale Pflichtübungen abgehandelt werden – auf einer regelmäßigen Zwischenauswertung der bereits erhobenen Daten, wobei diese kritisch beurteilt, miteinander verglichen und auf Widersprüche und andere Anregungen für den weiteren Forschungsprozess hin untersucht werden.

Grundlegende Arbeitstechniken sind hier zunächst die Transkription von Interviewmitschnitten und die (digitale) Erfassung von Beobachtungen, Feldnotizen und anderen Aufzeichnungen. Dann folgt die so genannte „Codierung“ des erfassten Datenmaterials: Die Identifikation der für das Forschungsthema relevanten Aussage im Datenmaterial. Ein dritter Arbeitsschritt besteht schließlich darin, die als relevant beurteilten Informationseinheiten miteinander in Beziehung zu setzen und analytische Schlussfolgerungen zu ziehen.

Auch hier lässt sich das Spektrum möglicher theoretischer Orientierungen am Unterschied zwischen eher induktiven und eher deduktiven Arbeitsweisen verdeutlichen. Das Ziel induktiv vorgehender Forschungsansätze ist es, die analytischen Dateneinheiten im Prozess der Codierung aus dem Material selbst zu entwickeln. Verschiedene Techniken dieser insbesondere mit der so genannten „Grounded Theory“ identifizierten Arbeitsweise¹⁴

nennt BERNARD (2002: 464), wie beispielsweise die Orientierung an „auffälligen“, von den Informanten genannten Begriffen ("in vivo coding", ebd.). Ganz „von selbst“ ergeben sich die analytischen Kategorien jedoch auch bei streng induktiven Arbeitsweisen nicht, denn die Entscheidung, welche Textfragmente etwa als relevante Dateneinheit identifiziert wird, treffen immer die Untersucher. Deduktive Vorgehensweisen zeichnen sich dem gegenüber dadurch aus, dass Hypothesen oder analytische Kategorien definiert werden, bevor der Codierungsprozess begonnen wird. Beide Verfahren haben in beinahe jedem konkreten Forschungsvorhaben ihren Platz und sollten deshalb nicht als sich gegenseitig ausschließende, sondern ergänzende Verfahren angesehen und genutzt werden (vgl. BERNARD 2002: 464).

Ausblick

Das Ziel dieses Beitrages war es, die vom „Untersuchungsgegenstand“ in medizinethnologischen Settings ausgehenden methodischen Anforderungen zu beschreiben und die wesentlichen Gedanken und Argumente eines noch nicht zu Ende geführten Diskussionsprozesses innerhalb der AG *Medical Anthropology* darzustellen. Dabei erscheinen die Überwindung der oft einengenden Fixierung auf eine Methodendiskussion „für und wider“ qualitative oder quantitative Methoden, und die Hinwendung zur Suche nach einer vom „Gegenstand“ bestimmten „Methodologie“ in der Medizinethnologie richtungweisend. Denn „Krankheit“ und „Leiden“ sind keine „neutralen“ Untersuchungsthemen. Mit schwer kranken Menschen, Sterbenden und ihren Angehörigen, oder auch mit „illegal“ in Deutschland lebenden Einwanderern ohne Zugang zu Gesundheitsversorgung lässt sich keine „unbeschwertere“ Forschung betreiben – nicht im emotionalen und nicht im methodischen Sinne. Das soziale, kulturelle und nicht zuletzt auch wirtschaftliche „Kraftfeld“ der institutionell dominierenden „Biomedizin“ ist außerdem so stark, dass selbst die Medizinethnologie sich diesem oft nicht entziehen kann. Methodologische Überlegungen gehen dabei, wenn sie ernsthaft geführt werden, stets mit einer kritischen Reflexion über die theoretischen Grundlagen des jeweils gewählten Forschungsansatzes Hand in Hand (vgl. etwa LAMBERT/MCKEWITT 2002).

Während der Diskussionen innerhalb der AG *Medical Anthropology* stellten wir des Weiteren fest, dass den Fragen der Analysetechniken oft zu wenig Beachtung geschenkt wird. Über erste Anregungen kann auch der vorliegende Beitrag in diesem Punkt nicht hinausgehen. Diese lassen sich jedoch in den folgenden, zentralen Frage bündeln: Was geschieht in der *black box* am wissenschaftlichen Schreibtisch? Wie wird das durch Beobachtung gesetzelte, analysiert und ausgewertet? Welche Kriterien leiten uns jenseits von Transkription, Triangulation und Codierung? Was kennzeichnet analytisches Geschick, welches dann im Kreis der KollegInnen zu Anerkennung führt? Wie verlaufen die Entscheidungsprozesse von der Datenerhebung bis zur wissenschaftlichen Aussage?

Es sind nicht die einzelnen Methoden oder oben beschriebenen Aspekte *per se*, die die methodischen Besonderheiten der *Medical Anthropology* ausmachen, sondern deren Gesamtheit bzw. deren Konstellation zueinander. So lautete schließlich die Schlussthese unseres Panels auf der DGV-Tagung in Hamburg 2003. Eine positive Bestimmung der „Methodologie“ medizinethnologischer Forschung, die nicht der Abgrenzung gegen andere Disziplinen sondern als methodische Orientierung für alle jene dienen soll, die auf diesem Feld arbeiten, kann nur darin liegen, die vom „Gegenstand“ ausgehenden Herausforderungen für die Forschung explizit anzunehmen und Wege des kreativen methodischen Umgangs damit aufzuzeigen.

Anmerkungen

- 1 Bernhard HADOLT und Hansjörg DILGER haben den Arbeitsprozess im Vorfeld maßgeblich bereichert.
- 2 Gute Übersicht bieten insbesondere BERNARD 2002, MAIER *et al.* 1998, POPE/MAYS 1995
- 3 Zum Umgang mit den methodischen Anregungen von DEVEREUX vgl. KALITZKUS 2003: 44, KNIPPER 2003a: 194
- 4 Der Titel seines Beitrages auf der DGV-Tagung in Hamburg im Oktober 2003 lautete „Selbststud. Reflexionen über die medizin-ethnologische Erforschung des Leidens“ (Indien)
- 5 Der Titel ihres Beitrages auf der DGV-Tagung in Hamburg lautete: „Subjektivität und Reflexivität im qualitativen Forschungsprozess. Eine Studie zu Organtransplantation in Deutschland“.
- 6 Der Titel seines Beitrages auf der DGV-Tagung in Hamburg lautete: „(Be-)Handeln und Forschen. Methodische Konsequenzen aus dem „Handlungsimperativ“ in der Medizinethnologie“ (Ecuador)

- 7 Vgl. z. B. zum Problem der transkulturellen Anwendung der Kategorie „Krankheit“ KNIPPER 2003b
- 8 Der Titel ihres Beitrages auf der DGV-Tagung 2003 lautete: „Diskursanalyse und Medizinethnologie“ (Deutschland)
- 9 Der Titel ihres Beitrages auf der DGV-Tagung lautete: „Teilnehmende Beobachtung auf dem Prüfstand. Grenzen und deren Überwindung in einer Forschung zu HIV/AIDS“ (Malawi)
- 10 Auch die Anwendung technischer Hilfsmittel wie Tonband, Filmkamera etc. vermeidet keine Selektion, da das aufgenommene Material schließlich auch gesichtet bzw. abgehört und ausgewertet werden muss. Spätestens hier setzt die eigene Selektion ein. Die Frage ist dabei nicht, ob selektiert wird, sondern *non wann und unter welchen Bedingungen*
- 11 Der „Hawthorne Effekt“ ist ein Begriff, der ursprünglich aus dem Bereich der Wirtschaftssoziologie stammt und die erstmals in den 1920er Jahren im „Hawthorne Werk“ der *General Electric Comp.* beschrieben wurde, als die Durchführung einer soziologischen Studie zu einer allein durch die Anwesenheit der Untersucher begründbaren Erhöhung der Arbeitsleistung der Mitarbeiter geführt haben soll!
- 12 Zitiert nach BLACK 1994: 426
- 13 Das selbe gilt für Attribute wie „traditionell“, „modern“, „ganzheitlich“, „alternativ“ oder, wie KNEUPER (2003) am Beispiel von Gebarenden in einer deutschen Universitätsstadt gezeigt, auch für „natürlich“
- 14 „Grounded Theory“. Ansätze basieren auf dem Prinzip, sich in einem zyklischen Forschungsprozess, in welchem sich das „induktive Codieren“ und die davon ausgehende Generierung theoretischer Modelle und Interpretationen abwechseln, zunehmend tiefer in das erhobene Material einzuarbeiten (to „become more and more grounded in the data“; BERNARD 2002: 463, Hervorhebung im Original)

Literatur

- BARBOUR, Rosalind S. 2001. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *British Medical Journal* 322: 1115-1117
- BLACK, Nick 1994. Why we need qualitative research. *Journal for Epidemiology and Community Health* 48: 425-426
- BERNARD, H. Russell 2002. *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Methods* (3rd ed.) Walnut Creek: Altamira Press
- DEVEREUX, Georges 1988. *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp (Titel der Erstausgabe 1967: *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*, erste deutsche Übersetzung 1973, München: Carl Hanser, Reihe Anthropologie)
- FLICK, Uwe 1986. Annäherung an das Fremde. Perspektiven und Probleme quantitativer Methoden in der ethnomedizinischen Forschung. *curare* 8: 195-204
- HELFMAN, Cecil G. 2001. *Culture, Health and Illness* (4th Ed.) London, New York, New Delhi: Arnold
- HIRSCHAUER, Stefan & AMANN, Klaus 1997. Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In dies. (Hg.) *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 7-52.
- KALITZKUS, Vera 2003. *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie* (Reihe: Kultur der Medizin 6) Frankfurt/New York: Campus

- KITZINGER, Jenny 1995. Qualitative research, introducing focus groups. *British Medical Journal* 311: 299-302
- KNEUPER, Elisabeth 2003. Die „natürliche Geburt“ - eine globale Erregungsschalt? In WOLF, Angelika & HÖRST, Viola (Hg.), a.a.O.: 107-128.
- KNIPPER, Michael 2003a. *Krankheit, Kultur und medizinische Praxis. Eine medizinethnologische Untersuchung zu „maïaire“ im Amazonasstiedland von Ecuador* (Reihe: Medizin und Kulturwissenschaft, Bonner Beiträge zur Geschichte, Anthropologie und Ethik der Medizin) Münster: LIT.
- 2003b. Was ist „Krankheit“? - Anmerkungen zur transkulturellen Anwendung des wissenschaftlichen Krankheitsbegriffs. In WOLF, Angelika & HÖRST, Viola (Hg.), a.a.O.: 153-175
- 2004. Behandeln und beobachten. Methodische Konsequenzen aus der Doppelrolle als ethnologisch forschender Arzt. *curare* 27, 3 (im Druck)
- KOHL, Karl-Heinz 1993. *Ethnologie - die Wissenschaft vom kulturell Fremden*. München: C.H. Beck
- LAMBERT, Helen & MCKEWITT, Christopher 2002. Anthropology in Health Research. From Qualitative Methods to Multidisciplinary. *British Medical Journal* 325: 210-213
- MAIER, Birga, GÖRGLIN, Regina; KIELMANN, Arnfried A., DIESFELD, Hans-Jochen, KORTE, Rolf 1994. *Assessment of the District Health System Using Qualitative Methods*. London: Macmillan
- MAYS, Catherine & POPE, Nicholas 2000. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 320: 50-52
- MORGAN, David L. 1998. Practical Strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research* 8,3: 362-376
- OBRIST, Brigit 2003. Chance und Herausforderung. Ethnologie und International Health im 21. Jahrhundert. In LUX, Thomas (Hg.), *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin - Medizinethnologie - Medical Anthropology*. Berlin: Reimer: 308-327
- PELTO, Pertti J. & PELTO, Gretel H. 1990. *Field Methods in Medical Anthropology*. In JOHNSON, Thomas M. & SARGENT, Carolyn F. (Eds.): *Medical Anthropology. A Handbook of Theory and Method*. New York, Westport, London: Greenwood Press: 269-297
- POPE, Catherine & MAYS, Nick 1995. Qualitative Research: Reaching the Parts other Methods cannot reach. An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *British Medical Journal* 311: 42-45
- RAZUM, Oliver & GERHARDUS, Ansgar 1999. Methodological triangulation in public health research - advancement or mirage? *Tropical Medicine and International Health* 4,4: 243-244
- SONTAG, Susan 1978. *Krankheit als Metapher*. München: Hanser.
- 1989. *AIDS und seine Metaphern*. München: Hanser.
- WOLF, Angelika 2003a. Aids und Kanyera in Malawi. In lokale Rezeption eines globalen Phänomens. In WOLF, Angelika & HÖRST, Viola (Hg.), a.a.O.: 203-229
- & HÖRST, Viola (Hg.) *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche - lokale Antworten*. Münster: LIT
- 2003b. War, Movement and Food. The Use of Metaphors in Discourses about Aids. In BIAKOLO, Emevo; MATHANGWANE, Joyce; ODALLO, Dan (Eds.). *The Discourse of HIV/AIDS in Africa*. UNAIDS, Pretoria and Department of English, University of Botswana (im Druck)



Michael Knipper, Dr. med., Arzt, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin, Universität Gießen. Forschungsinteressen: Medizinischer Pluralismus und interkulturelle Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich in historischer und gegenwartsbezogener Perspektive, regionale Schwerpunkte Lateinamerika (Ecuador, div. Feldforschungsaufenthalte seit 1992) und Deutschland (insbes. medizinische Versorgung von Migranten). Geschichte der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit, von Sozialmedizin und Public Health insbesondere in Lateinamerika. Geschichte, Theorie und Methoden der Medizinethnologie / Ethnomedizin. Lehre u. a. „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ und „Migrantenmedizin: interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund“ (Wahlfach im klinischen Studienabschnitt, Gießen).

Institut für Geschichte der Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen, Jheringstr. 6, 35392 Gießen
Michael.Knipper@histor.med.uni-giessen.de



Angelika Wolf, Krankenschwester, Ethnologin M.A., Wiss.-Mitarbeiterin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth zur Bearbeitung eines DFG-Projektes zu lokalen Krankenversicherungsinitiativen in Senegal im Sonderforschungsbereich „Lokales Handeln in Afrika im Kontext von Globalisierung“, freie Mitarbeiterin am Institut für Ethnologie der Freien Universität Berlin für Beratungstätigkeiten im Sektorprogramm des BMZ „AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern“, Lehrtätigkeiten im Bereich Medizinethnologie, thematische Schwerpunkte: AIDS, Waschen, Körper und Sexualität, Indigene Krankenversicherungsinitiativen, Regionale Forschungsschwerpunkte: südliches und westliches Afrika insbes. Malawi, Senegal, Publikationen zu HIV/AIDS, Globalisierung, Medizinethnologie, Waisenkinder, Metaphern, Mitbegrundern und langjährige Vorsitzende der AG Medical Anthropology in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e. V.

Freie Universität Berlin, Institut für Ethnologie, Drusselweg 1-3, D-14195 Berlin
angewolf@zedat.fu-berlin.de