

## Kollaborativ und Online

Forschen mit Studierenden und Stadtteilmforscher\*innen in Zeiten von Corona

SILKE BETSCHER UND CHRISTIANE FALGE

Kollaborative Forschung hat sowohl im Bereich *Community Health* (vgl. VON UNGER 2012, ISRAEL *et al.* 2010, WRIGHT 2010) als auch in der Ethnologie, insbesondere in der *Engaged Anthropology* (vgl. LOW & MERRY 2010) eine lange Tradition. Sie baut zumeist auf gewachsene und enge Vertrauensbeziehungen auf, die in der Regel einen direkten Kontakt voraussetzen. So auch im Stadtteillabor der Hochschule für Gesundheit in der Bochumer Hustadt. In diesem multidiversen Stadtteil, in dem ca. 3.000 Menschen aus über 40 Nationen in einer Großwohnsiedlung rings um den Brunnenplatz leben, forschen wir seit 2019 gemeinsam mit Stadtteilmforscher\*innen zu gesundheitsbezogenen Themen und konkreten Bedarfen im Stadtteil. So wie *Community Health* sich als transdisziplinäres neuronales Netz versteht (KÖCKLER *et al.* 2018), verbindet das Stadtteillabor ethnografische Perspektiven und Fragestellungen mit Ansätzen der Kritischen Medizinethnologie, der *Engaged Anthropology* und der Gemeinwesenarbeit in der Sozialen Arbeit.

Wie bereits VON UNGER und LOW & MERRY beschrieben haben, ist *Community Based Participatory Research* voraussetzungsvoll: Es müssen Gelder akquiriert werden, mit denen Stadtteilmforscher\*innen für ihre Arbeit bezahlt werden, es braucht eine Verständigung über gemeinsame Forschungsziele und über das Vorgehen. Hierfür ist es zunächst notwendig, eine gemeinsame Sprache (nicht nur im Hinblick auf die verfügbaren Einzelsprachen) zu finden und die sehr heterogene Gruppe der Stadtteilmforscher\*innen in Methoden qualitativer Sozialforschung zu schulen. Der Aufbau langjähriger und nachhaltiger Vertrauensbeziehungen wird nicht zuletzt daran geprüft, was unterm Strich für die Communities herauskommt, so dass das Stadtteillabor ganz eng mit unterschiedlichen Praxisakteur\*innen kooperiert.

Aufgrund des inzwischen existierenden Netzwerkes methodisch geschulter Stadtteilmforscher\*innen aus unterschiedlichen Communities, erhielten wir im Sommer 2020 von Dr. Dr. Saskia Jünger vom *Cologne Center for Economics, Rights, Ethics and Social Sciences of Health* (ceres) der Universität zu Köln den Auftrag, zu Bedarfen im Bereich digitaler Gesundheitsinformationen im Rahmen des Projektes OriGes II (Orientierungshilfen zu Gesundheitsinformationen im Internet) mit und in multidiversen Communities zu forschen. Im Rahmen des Vorläuferprojektes OriGes I hatte das *ceres* zwei Webseiten mit Orientierungshilfen zu Gesundheitsinformationen im Internet entwickelt. Im Zentrum der Forschung standen Fragen danach, wie und wo Nutzer\*innen vertrauenswürdige Informationen im Internet finden, woran sie Vertrauenswürdigkeit und Wissenschaftlichkeit der Informationen erkennen und von Werbung unterscheiden können und wie man sich selbstbestimmt im Netz bewegt im Zentrum. Die Seite <https://www.gesund-im-netz.net/> richtet sich an erwachsene Nutzer\*innen, die Seite <https://www.klick2health.net/> an Jugendliche und junge Erwachsene. Beide Webseiten, bei deren Produktion in der Bildsprache schon stark auf Diversität geachtet worden war, sollen zukünftig inhaltlich stärker an multidiversen Praxen und Bedarfen im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Netz orientiert werden. Damit ergab sich für das *ceres* ein Erkenntnisinteresse, zu dem eine ethnografische partizipative Forschung mit Stadtteilmforscher\*innen aus multidiversen Communities hervorragend passte.

Hierfür konnten wir zwar auf die bereits bestehenden Strukturen und Beziehungen mit den Stadtteilmforscher\*innen zurückgreifen, zugleich stellte der Forschungsauftrag angesichts der Corona-Pandemie eine Herausforderung dar, der wir uns nur mit vereinten Kräften als Lehr-Tan-

dem stellen wollten. So haben wir im Wintersemester 2020/21 unsere Seminare zu „Gesundheit und Migration“ und zu „Gesundheit und Armut“ nach getrennten inhaltlichen Einführungen zusammengelegt, weitere Stadtteilmforscher\*innen akquiriert, damit sie mit unseren 27 Studierenden in Tandems forschen können und uns mit einer Gruppe von fast 60 Personen (Studierenden, Stadtteilmforscher\*innen, Saskia Jünger und Anna Geldermann als Auftraggeber\*innen sowie Gästen vom *ceres*) wöchentlich zu mehrstündigen synchronen Online-Sitzungen getroffen.

Dies bedeutete zunächst die technischen Voraussetzungen für die vom *digital divide* bereits vorher stark und unter Corona-Bedingungen verschärft betroffenen Stadtteilmforscher\*innen zu schaffen – zum Beispiel durch das Ausleihen von Hochschul-Tablets und Schulungssitzungen zum Umgang mit Zoom. Auch die Kommunikation mithilfe eines Messenger-Dienstes war ein zentrales Moment der Gruppenbildung und unterstützte eine schnelle und einfach zugängliche Kommunikation untereinander. Um die soziale Interaktion auch unter Online-Bedingungen zu befördern, integrierten wir in die Lehre Jana Eiting vom Jungen Schauspielhaus Bochum (selbst in kollaborativer ethnografischer Forschung geschult). Eine erste Aktion war allen Beteiligten einen Brief zu senden, in dem sich Knete, Ahoi-Brause, Teebeutel, farbiges Papier und Kaubonbons befanden. Mit diesen Gegenständen gestaltete Jana Eiting im Laufe des Semesters interaktive Spiele, die maßgeblich dazu beitrugen, dass keine Sitzung verging, in der wir nicht viel miteinander gelacht hätten. Das körperliche Wohlbefinden bei einem 8-stündigen Seminar gerade in Zeiten von Online-Lehre nicht zu vergessen, war unser Ziel. So haben wir zwischendurch Musik gehört, getanzt, an der bewegten Mittagspause der Hochschule teilgenommen, wechselseitige Porträts gezeichnet und „Montagsmaler“ mithilfe der Chatfunktion und Knete gespielt. Für die Durchführung einer kollaborativen Forschung in Tandems aus Stadtteilmforscher\*innen und Studierenden waren diese theaterpädagogischen Elemente von nicht zu unterschätzender Bedeutung, um das Eis zu brechen und für den Aufbau einer vertrauensvollen Atmosphäre zu sorgen.

Nach gemeinsamer Methodenschulung und Leitfadententwicklung, bildeten wir 27 Tandems

– je ein\*e Stadtteilmforscher\*in und Student\*in –, deren erste Aufgabe es war, sich online zum Frühstück oder zum Kochen zu verabreden. Wir waren ausgesprochen erfreut, als sich in der darauffolgenden Woche herausstellte, wie viel Spaß alle bei diesem ersten Kennenlernen hatten. Es wurden ebenso Lebensgeschichten wie Rezepte ausgetauscht und sogar gemeinsam online gekocht. Leichtigkeit und Spaß beim ersten gemeinsamen Kennenlernen können leicht die dennoch vorhandenen multiplen und komplex verwobenen Differenzkategorien verdecken, die den Kontakt beim kollaborativen Forschen von Stadtteilmforscher\*innen und Studierenden prägen, situativ unterschiedlich zum Ausdruck kommen und die Interaktion beeinflussen. Daher stellte die Reflexion von Macht und Hierarchien einen immanenten Bestandteil des Forschungsprozesses dar und machte für die Studierenden das Kapitalien-Konzept von Bourdieu häufig unmittelbar erlebbar. Dabei wurde auch deutlich, dass gesellschaftlich Privilegierte (als Studierende) und Deprivilegierte (wozu die Bewohner\*innen der Altstadt zweifelsohne zählen) sich nicht eins-zu-eins in Zuordnungen von „Besitzende“ und „Nicht-Besitzende“ im Sinne des Kapitalien-Konzeptes übersetzen ließen. Die bereits in der Forschung erfahrenen und selbstbewusst-offen auftretenden Stadtteilmforscher\*innen brachten bei einigen Studierenden ihren gesellschaftlich eingeübt paternalistischen Blick auf Menschen eines marginalisierten Stadtteils mit hoher Armutsquote ins Wanken.

Die Tandems aus Stadtteilmforscher\*innen und Studierenden hatten die Aufgabe jeweils zwei Interviews in der Muttersprache der Stadtteilmforscher\*innen durchzuführen. Hierzu akquirierten diese Interviewpartner\*innen aus ihren Communities (syrisch, irakisch, kurdisch, somalisch, thailändisch, russisch, afghanisch, iranisch, türkisch, tamilisch, deutsch, ...). Wir hatten Sorge, dass das Setting Befremden auslösen würde, da der größte Teil der studentischen Mitglieder der forschenden Tandems die jeweilige Interviewsprache nicht verstehen würde und das Interview zudem online durchführen müsste. Jedoch ergab die Reflexion nach den ersten Interviews, dass dieses Vorgehen funktionierte. Die Studierenden nahmen als stille Beobachter\*innen teil, wobei gerade das sprachliche Nicht-Verstehen die Intensi-

tät der Beobachtung in vielen Fällen verbesserte. Die Interviews wurden anschließend von den Stadtteilmforscher\*innen mündlich übersetzt und aufgenommen, so dass die Studierenden die Interviews transkribieren und zur Grundlage ihrer empirischen Hausarbeiten machen konnten.

Es hat sich gezeigt, dass das Konzept der kollaborativen Forschung einen vielfachen Nutzen auch unter diesen besonderen Bedingungen entfalten konnte. Durch die Zusammenarbeit ist eine Kontaktzone entstanden, die eine über die Forschung hinausgehende Bedeutung hat. Denn viele der Stadtteilmforscher\*innen haben kaum Kontakt zur deutschen Gesellschaft, umgekehrt haben viele der *weißen* Studierenden wenig Kontakt zu migrantischen Communities. Es sind Kontakte entstanden, die in einigen Fällen auch über die Forschung hinaus Bestand haben werden. Zugleich ist das Arbeiten mit Stadtteilmforscher\*innen im Rahmen der forschungsbezogenen Lehre (RUESS *et al.* 2016) ein wichtiges Moment in der Adressierung der Heterogenität der Studierenden. So sind gerade die Studierenden des Studiengangs Gesundheit und Diversity durch ein hohes Maß an Diversität geprägt, sowohl im Hinblick auf sozioökonomische Herkunft als auch bezüglich Alter, vorheriger Berufserfahrung und familiärer Bildungsbiografie, so dass mit Satilmis danach zu fragen ist, wie angesichts dieser Pluralität angemessene Lehr- und Lernräume geschaffen werden können, die den unterschiedlichen Zugängen gerecht werden (SATILMIS 2020). Forschungsorientierte Lehre mit Stadtteilmforscher\*innen bietet hier besondere Möglichkeiten, da der Umgang mit Diversität im kollaborativen Forschen ein zentrales Moment darstellt und die Kollaboration zugleich ganz unterschiedliche Kompetenzen erfordert und zum Vorschein bringt. Für die Studierenden bedeutet dies, Praxiswissen und Forschungserfahrung in Zusammenarbeit mit realen Forschungsprojekten zu erlangen und somit Einblick in die epistemologischen Voraussetzungen von Wissensproduktion zu erhalten.

Auch für die Hochschule als Institution ergibt sich ein Mehrgewinn, da sie mit solchen Forschungsformaten ihrem Auftrag, unmittelbar in der Gesellschaft wirksam zu werden, nachkommen kann. Das Selbstbewusstsein und der Stolz, mit dem sich die bereits geschulten Stadtteilmforscher\*innen aus den vorherigen Pro-

jekten zu Beginn des Semesters den Studierenden vorstellten als: „Ich bin N., Ich bin Stadtteilmforscherin“ zeigt uns, dass diese Forschung nicht nur über den Kontakt zur Hochschule Teilhabe ermöglicht, sondern auch ermächtigende Effekte hat. Dies bestätigen auch Interviews, die wir rückblickend mit ihnen geführt haben:

So als Stadtteilmforscherin zu arbeiten mit der Hochschule, das war für mich, wie manchmal die Kinder sagen, das wäre eine Ehre. Weil ich habe nie in meinem Leben gedacht, dass ich mit solchen Leuten arbeite. Weil vielleicht das Niveau, die Leitung ist nicht da. [...] Die haben versucht immer, dass wir zusammenkommen. Für mich selber, das hat etwas an meiner Erfahrung, wie sagt man, ein Stück weitergeben. Und man entwickelt sich selber. [...] Ich bin nicht so, dass ich sage, ich mache alles. Aber das hat von mir eine Seite gezeigt, die ich vorher nicht kannte (HS GESUNDHEIT 2021).

Oder auch:

Als Stadtteilmforscherin, das gibt mir das Gefühl, dass ich arbeite. Dass ich eine Frau in dieser Gesellschaft bin. Eigentlich, wo ich mich richtig, es ist der einzige Ort, an dem ich meine Anerkennung bekomme. [...] Und ja, ich fühle mich nützlich. (HS GESUNDHEIT 2021).

Schließlich ist der Mehrgewinn seitens der Auftraggeber\*innen, für die diese Forschung eine einfach zugängliche Möglichkeit war, situiertes Praxiswissen multidiverser Communities in die Weiterentwicklung der Webseite einzubeziehen, nicht zu vergessen.

Mit Freude beobachten wir, dass das Forschen online über die Forschung für das *ceres* hinaus langfristige Effekte hat und damit ganz im Sinne der *Engaged Anthropology* wirksam wird. Die Stadtteilmforscher\*innen, die im Zuge der Forschung im Umgang mit Zoom geschult wurden und in den umfangreichen digitalen Treffen und Interviews viel geübt haben, konnten ihre Medienkompetenz soweit ausbauen, dass sie nun an Online-Angeboten wie einem Yoga Kurs für Frauen teilnehmen. Damit hat die Forschung unmittelbare Effekte auf Teilhabemöglichkeiten und auf die Aufrechterhaltung von sozialen Netzwerken in Zeiten von Corona. Mit Freude haben wir für dieses Forschungsseminar den ersten Preis für gute

Lehre der HSG Bochum entgegengenommen. Mit dem Preisgeld werden wir einkaufen gehen, um uns gemeinsam mit den Stadtteilmforscher\*innen und den Studierenden in der Hustadt ein kleines Festessen zu bereiten (sobald die Corona-Situation es zulässt). Denn der Preis gebührt uns allen.

## Literatur

- HS GESUNDHEIT 2021. Wir Stadtteilmforscherinnen in der Bochumer Hustadt. <https://www.youtube.com/watch?v=RjMpTFXlZDw> [15.10.2021].
- ISRAEL, BARBARA A.; COOMBE, CHRIS M.; CHEEZUM, REBECCA R.; SCHULZ, AMY J.; MCGRANAGHAM, ROBERT J.; LICHTENSTEIN, RICHARD; REYES, ANGELA G.; CLEMENT, JAYE & BURRIS, AKOSUA 2010. Community-Based Participatory Research: A Capacity-Building Approach for Policy Advocacy Aimed at Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health* 100, 11: 2094–2102.
- KÖCKLER, HEIKE; BERKEMEYER, SHOMA; FALGE, CHRISTIANE; FALLER, GUDRUN; JAHNSEN, KATRIN; FEHR, JENNIFER; MIKHOF, ANNA; MARLA-KÜSTERS, SANDHYA; SCHMIDT, CLAUDIA;

- SCHMIDT, MURIEL-SOPHIE; SEGMÜLLER, TANJA; SIMON, DANIEL; TRÜMMER, ANDREA; VAN ESSEN, FABIAN & WESSELS, MICHAEL 2018. Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland. *Sicher ist sicher* 69, 4: 198–199.
- RUESS, JULIA; GESS, CHRISTOPHER & DEICKE, WOLFGANG 2016. Forschendes Lernen und forschungsbezogene Lehre – empirisch gestützte Systematisierung des Forschungsbezugs in hochschulischer Lehre. *ZFHE* 11, 2: 23–44, <https://www.zfhe.at/index.php/zfhe/article/view/914> [15.10.2021].
- SATILMIS, AYLÄ 2020. Tackling Inequalities! In WULF, CARMEN, HABERSTROH, SUSANNE & PETERSEN, MAREN (eds). *Forschendes Lernen*. Wiesbaden: Springer VS: 101–115.
- VON UNGER, HELLA 2012. Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 13, 1, Art. 7: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120176> [15.10.2021].
- WRIGHT, MICHAEL T.; VON UNGER, HELLA & BLOCK, MARTINA 2010. Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In MICHAEL T. WRIGHT (eds). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber Verlag: 35–52.

**SILKE BETSCHER**, Ph.D., ist Kultur- und Sozialanthropologin. Sie ist Vertretungsprofessorin für Gesundheit und Diversität an der Hochschule für Gesundheit in Bochum und Universitätslektorin am Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft der Universität Bremen. Nach ihrem Studium der Kulturwissenschaft und Ethnologie, Geschichte, Rechts- und Politikwissenschaften an der Universität Bremen promovierte sie an der School of Languages, Cultures and Area Studies der University of Liverpool. Ihr Interesse an sozialen Prozessen der Inklusion und Exklusion führte sie von der visuellen Diskursanalyse in das Feld der Engaged Anthropology. Seit vielen Jahren arbeitet sie nun an der Schnittstelle von Anthropologie und Sozialer Arbeit mit einem besonderen Interesse an verschiedenen Formen und Methoden der kollaborativen Wissensproduktion in postmigrantischen Gesellschaften.

Universität Bremen, Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft  
Enrique-Schmidt-Str. 7, 28359 Bremen  
e-mail: betscher@uni-bremen.de

**CHRISTIANE FALGE** ist Ethnologin und seit 2014 Professorin für Gesundheit und Diversity am Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. 2016 gründete sie das Stadtteillabor Bochum, einen Ort der langzeitbezogenen, kollaborativen Forschung und Lehre. Hier forscht sie gemeinsam mit Studierenden und Bewohner\*innen zu gesundheitlicher Ungleichheit, woraus in kollaborativen Prozessen kultursensible Gesundheitsinterventionen entstehen und umgesetzt werden. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind Armut/Migration und Gesundheit, Ungleichheit/Anti-Diskriminierung, Medizinethnologie und Diversity.

Hochschule für Gesundheit, DOCH – Department of Community Health  
Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum  
e-mail: christiane.falge@hs-gesundheit.de

# The Spirit Catches You and You Fall Down

Die Faszination ethnografischer Fallbeispiele in der Lehre

ANGELIKA WOLF

Das Buch von Anne FADIMAN (1997) *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures* schildert die Behandlungsversuche eines an Epilepsie erkrankten Kleinkindes im Widerspruch zwischen biomedizinischer und spiritueller Therapie im Kontext von Migration, ökonomischen Zwängen und kulturellen Zuschreibungen. Das jeweilige Verhaftetsein der behandelnden Ärzt\*innen im kulturellen Gerüst der Biomedizin einerseits und andererseits der Eltern im Konzept des Seelenverlustes führte letztendlich zum Hirntod des Kindes. Die literarische Inszenierung der Fallgeschichte als „clash of cultures“, gepaart mit einer einfühlsamen Darstellung der jeweiligen ethischen Konflikte, bei der Verschlechterung des Gesundheitszustandes die angemessene therapeutische Entscheidung zu treffen, verschafften dem Buch weitreichende fachliche und gesellschaftliche Beachtung. Innerhalb nur eines Jahres erhielt es drei Preise: den *National Book Critics Circle Award for Nonfiction*, den *Los Angeles Times Book Prize Award for Current Interest* sowie den *Boston Book Review Rea Award for Non-Fiction*. Es fand aber vor allem Niederschlag im Medizinstudium an vielen Universitäten der USA, wo eine Schulung der kulturellen Kompetenz von Ärzt\*innen in das Curriculum der medizinischen Ausbildung einfluss (TAYLOR 2003).

Das Buch verwendete ich gerne in Seminaren zur Einführung in die Medizinanthropologie. In einer Lehrveranstaltung auf Bachelorniveau bildete es den roten Faden durch das Seminar. Seine einzelnen Kapitel dienen als ethnografische Beispiele, die wir jeweils parallel zu den theoretischen Einführungstexten in die Medizinethnologie diskutierten. Im Folgenden werde ich kurz auf die Inhalte einzelner Kapitel des Buches von FADIMAN eingehen, um diese dann mit Themen und Theorien der Medizinanthropologie in Ver-

bindung zu setzen. Dabei gehe ich auf die Inhalte des ersten Drittels des Buches von FADIMAN ausführlicher ein, weil die Fallgeschichte und ihre Bezüge zur Grundlagenliteratur des Faches dichter als im weiteren Verlauf sind. Darauf folgt die exemplarische Darstellung einer Diskussion von Studierenden. Mit einer kritischen Gesamteinschätzung endet dieser Beitrag.

In „Birth“, dem ersten Kapitel des Buches, beschreibt FADIMAN die Geburt von Lia Lee in einem US-amerikanischen Krankenhaus im Juli 1982 auf einem mit sterilen Tüchern bedeckten „Stahltisch“ ohne Anwesenheit weiterer Familienangehöriger. FADIMAN kontrastiert diese Geburt mit den Geburten der älteren Geschwister im elterlichen Holzhaus im Nordwesten von Laos sowie der Geburt einer Schwester in einer Unterkunft für Geflüchtete in Thailand. Dass das Buch mit einem Kapitel zu Geburt beginnt, deckt sich gut mit dem Beginn einer Lehrveranstaltung und stimmt Studierende auf die zu erwartenden Inhalte ein.

Das zweite Kapitel führt die Leser\*innen in den Kontext und das Leben in Laos, während die Studierenden sich dem Feld der Medizinethnologie (DILGER & HADOLT 2012) durch die Lektüre und Diskussion von Texten im Sinne eines *reading the field* annähern (GOOD 1994).

Im dritten Kapitel schildert FADIMAN, wie die Eltern von Lia den ersten epileptischen Anfall des Kindes im Alter von drei Monaten als *qaug dab peg* – als „the spirit catches you and you fall down“ – diagnostizieren. Im Gemeindekrankenhaus der Stadt Merced, Kalifornien wurde mangels ausgebildeter Übersetzer\*innen bei den ersten beiden Anfällen jeweils eine falsche Diagnose gestellt und die Familie wieder nach Hause geschickt. Erst beim dritten epileptischen Anfall konnte eine biomedizinisch korrekte Diagnose gestellt werden. Dieser dritte Hospitalbesuch er-

folgte in Begleitung eines englischsprachigen Verwandten, durch dessen sprachliche und kulturelle Übersetzungsleistung schließlich eine Zuordnung der Symptome erfolgen konnte. Im Seminar diskutierten wir parallel zu diesem Kapitel die Begriffe *medical systems* (LESLIE 1976) und *medical pluralism* (LESLIE 1980)<sup>1</sup>, um zu veranschaulichen, wie unterschiedliche Konzepte von Krankheit und Therapie parallel bestehen.

Das Konzept von Unglück oder Hexerei als Krankheitsursache in der anthropologischen Diskussion lässt sich wiederum gut mit dem 4. Kapitel des Buches mit dem provokanten Titel „Do doctors eat brains?“ verknüpfen. Es zeigt deutliche Unterschiede im therapeutischen Verständnis bei „den Hmong“ und „der Biomedizin“: Innerhalb von vier Jahren nahmen die Ärzt\*innen des Krankenhauses 23 unterschiedliche Verschreibungen vor. Während Mediziner\*innen trotz vieler Tests bezüglich der korrekten Diagnose lange unsicher wirken würden, erkenne ein\*e Schaman\*in den Seelenverlust einer Klient\*in sehr rasch. Ein\*e Schaman\*in würde viele Stunden in einem Haushalt bei den Hmong verbringen, eine Untersuchung in der ambulanten Sprechstunde dauert ca. 20 Minuten. Schaman\*innen berührten ihre Klient\*innen nicht ungebührlich, während Ärzt\*innen nicht nur in Körperöffnungen eindringen, sondern auch Blut entnehmen – Blut, das in der Kosmologie der Hmong als begrenzte körperliche Ressource gelte. Vor allem aber wurde die Entnahme von Körperorganen bei einer Autopsie mit dunkler Magie in Verbindung gebracht. Zur theoretischen Reflexion dieses Kapitels eigneten sich für die Studierenden die Publikationen zum Thema Unglück und Hexerei von Edward EVANS-PRITCHARDS (1937) oder zum Organhandel von Nancy SCHEPER-HUGHES (2000).

Kapitel fünf eignet sich, um *medical systems as cultural systems* zu untersuchen (KLEINMANN 1978). Während die Ärzt\*innen erwarteten, dass die Eltern von Lia die Antiepileptika und andere Medikamente pünktlich und regelmäßig verabreichten, waren diese davon überzeugt, dass vor allem Rituale ihrem Kind helfen würden. An diesem Beispiel lassen sich gut die Unterschiede und Kritik an den Begrifflichkeiten *disease*, *illness* und *sickness* herausarbeiten.

Kapitel sechs thematisiert das Verständnis von Sorge um den/die Patient\*in. Die im Gemeinde-

krankenhaus tätigen Personen, die auf strikte Einhaltung ihrer Vorgaben bestanden oder deren medizinische Sorge zu umfassenderen Untersuchungen führte, waren bei Mitgliedern der Hmong-Gemeinde oft weniger beliebt als ein Arzt, der bei seinen Kolleg\*innen eher schlecht angesehen war. Dieser Arzt versuchte den Wünschen der Patient\*innen zu entsprechen, möglichst ohne den Einsatz von Kaiserschnitt oder Dammschnitt zu entbinden. Er gab ihnen auf Wunsch auch die Plazenta mit nach Hause. Er entsprach somit den Anliegen der Patient\*innen, ohne sich für deren Beweggründe zu interessieren, er nahm Besonderheiten einfach hin. Bei den anderen Ärzt\*innen galt er hingegen als weniger engagiert. Sein Umgang mit den Patient\*innen entsprach nicht dem Verständnis guter medizinischer Standards, wie sie von seinen Kolleg\*innen gesetzt wurden. An diesem Kapitel wird für Studierende erkennbar, dass auch „die Biomedizin“ kein monolithisches Denkgebäude ist, sondern die innerhalb ihrer Räume tätigen Personen ein sehr unterschiedliches Verständnis vom jeweils richtigen und angemessenen therapeutischem Weg haben können. Diese Themen lassen sich gut mit der Lektüre von Rudolf VIRCHOWS *The Charity Physician* (2010 [1879]) oder dem Kapitel „How medicine constructs its objects“ von Byron GOOD (1994) reflektieren.

Michel FOUCAULT (1988) stellt in „Die Geburt der Klinik“ die Objektivität der Medizin in Frage und beschreibt sie in ihrer kulturellen Bedingtheit als dem der jeweiligen Epoche unterliegenden Epistem verpflichtet. Gleich einem Archäologen geht er in die historische Tiefe, um die strukturellen Grundlagen der Herausbildung einer modernen Medizin zu erarbeiten, welche zunehmend gesundheitspolitische Macht gewinnt. Kapitel sieben mit dem Titel „Government Property“ schildert, wie sich einer der behandelnden Ärzte von Lia verpflichtet fühlt, sie aufgrund der elterlichen *non-compliance* der staatlichen Aufsicht zu melden. Diese ordnete die Unterbringung der Patientin in einer Pflegefamilie gegen den Willen der Eltern an. Obwohl sich der Gesundheitszustand von Lia nicht verbessert, wird sie erst nach zehn Monaten und nach einer intensiven Schulung der Mutter bezüglich der Umsetzung der ärztlichen Verordnungen in die elterliche Obhut zurückgegeben. Das Kapitel zeigt das von Foucault geschil-

derte Zusammenspiel von politischem Status der Medizin einerseits und der Herstellung eines medizinischen Bewusstseins auf staatlicher Ebene andererseits.

In den folgenden Kapiteln beschreibt FADIMAN den familiären Hintergrund der Familie Lee, ihre Herkunft, Kriegs- und Fluchterfahrungen, kosmologisches Wissen, therapeutische Netzwerke und den Transfer ihres Wissens und ihrer Praktiken in den Kontext einer US-amerikanischen Kleinstadt. Die Kapitel lassen sich gut mit Lektionen zu *therapy managing group* (JANZEN 1978; KRAUSE 2008), zu Ritual (TURNER 1969) sowie zu Globalisierung (WOLF & HÖRST 2003) verknüpfen. Die Teilhabe am Alltag der Familie eröffnete der Autorin einen anderen Zugang und ein sehr anderes Bild von der Sorge und der Pflege für das Kind – ein Bild, das die Eltern dem Krankenhauspersonal nie vermitteln konnten.

Im Krankenhaus standen die Verordnung von Medikamenten und die Vorschriften zu deren Einnahme stets im Vordergrund – ungeachtet der Tatsache, dass sowohl die Medikamente als auch deren Dosierung häufig wechselten. Hier lassen sich mit den Studierenden Fragen zum kommerziellen Umgang, der Distribution und des Zugangs zu Medikamenten erörtern (HÖRST & WOLF 2014; PETRYNA *et al.* 2006; WHYTE *et al.* 2002). Trotz der verschiedenen Medikationen verbesserte sich Lias Zustand nicht. Im Alter von vier Jahren erlitt sie einen außerordentlichen *grand mal* und fiel in einen verlängert *Status epilepticus* mit Erstickungsanzeichen und Atemstillstand. Ein septischer Schock führte schließlich zu einer irreversiblen Hirnschädigung. Das Krankenhaus erwartete Lias baldigen Tod und entließ die Patientin in vegetativem Stadium in die palliative Behandlung im Elternhaus. Zum Erstaunen der Krankenhausmitarbeiter\*innen verstarb sie jedoch nicht, sondern wurde als geliebtes Familienmitglied für viele Jahre mit Massagen, Umräumungen und Waschungen umsorgt.

Im vorletzten Kapitel beschreibt FADIMAN die bewusste Ansiedlung der Hmong-Gemeinde in Merced, ihre Netzwerke der gegenseitigen Unterstützung, die daraus entstehenden Verpflichtungen innerhalb der Gemeinde sowie ihre zögerliche Einforderung von Rechten bezüglich Fürsorge. In diesem Kontext lässt sich das Konzept des *biological citizenship* (ROSE & NOVAS 2004)

gut diskutieren. Im letzten Kapitel des Buches beschreibt FADIMAN schließlich die Anrufung von Lias verlorener Seele durch einen Schamanen, welches auf die emotionalen Aspekte von Erkrankung und Heilung verweisen lässt (SCHEPER-HUGHES & LOCK 1987).

Im Zentrum der studentischen Diskussion standen immer wieder Auseinandersetzungen um kulturalistische versus universalistische Erklärungs- und Behandlungsstrategien. Vor allem Studierende der Politikwissenschaften kritisierten den ethnologischen Blick als verklärend und vertraten die Ansicht, dass mit adäquater Sozialarbeit die Eskalation zwischen Elternhaus und Hospital hätte vermieden werden können. Studierende der Sozial- und Kulturanthropologie setzten dem entgegen, dass das Krankenhaus als strukturierter Raum wenig individuelles Handeln erlauben würde und ein der Biomedizin immanenter Überlegenheitsanspruch auch den Sozialarbeitenden in Kalifornien Grenzen im Handeln setzte. Erst das ethnografische Herangehen von FADIMAN und ihr Eintauchen in die Lebenswelt der Eltern von Lia hätten eine differenzierte Perspektive ermöglicht.

Die Stärke des Buches ist somit gleichzeitig seine Schwäche. Durch die Inszenierung der Krankengeschichte als „Tragödie“ (TAYLOR 2003), in welcher alle Beteiligten in jeweils bester Absicht handeln, werden die unterschiedlichen Vorstellungen von Heilung und Wohl für die kleine Patientin anschaulich und die Konflikte zwischen Krankenhaus und Elternhaus gut nachvollziehbar. Allerdings basiert dieses Verständnis auf einer Darstellung von Kultur als festgelegt, essentiell und statisch. Ein Aufeinanderprallen unterschiedlicher Kulturen wird erst durch diese Festschreibung von Kultur möglich. Insofern ermöglicht aber die Lektüre des Buches gleichzeitig eine Auseinandersetzung mit dem Kulturbegriff im klinischen Setting.

### Anmerkungen

1 All medical systems can then be conceived of a pluralistic structure in which cosmopolitan medicine is one component in competitive and complimentary relationships to numerous 'alternative therapies' (LESLIE 1980: 191).

## Literatur

- DILGER, HANSJÖRG & HADOLT, BERNHARD 2012. Medizinethnologie. In BEER, BETTINA & FISCHER, HANS (eds) *Ethnologie. Einführung und Überblick*. Berlin: Reimer: 309–329.
- EVANS-PRITCHARD, EDWARD E. 1937. *Witchcraft, Oracles, and Magic Among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.
- GOOD, BYRON 1994. *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- FADIMAN, ANNE 1997. *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- FOUCAULT, MICHEL 1988. *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- HÖRST, VIOLA & WOLF, ANGELIKA 2014. ARVs and ARTs: Medicoscaping and the Unequal Place-making for Biomedical Treatments in sub-Saharan Africa. *Medical Anthropology Quarterly* 28, 2: 182–202.
- JANZEN, JOHN M. 1978. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, ARTHUR 1978. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science & Medicine* 12: 85–93.
- KRAUSE, KRISTINE 2008. Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 34, 2: 235–251.
- LESLIE, CHARLES 1976. *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- LESLIE, CHARLES 1980. Medical Pluralism in World Perspective. *Social Science & Medicine* 14B, 4: 191–195.
- ROSE, NIKOLAS & NOVAS, CARLOS 2004. *Biological Citizenship*. In ONG, AIHWA & STEPHEN COLLIER (eds) *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell Publishing: 439–463.
- PETRYNA, ADRIANA; LAKOFF, ANDREW & KLEINMAN, ARTHUR 2006. *Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices*. Durham: Duke University Press.
- SCHEPER-HUGHES, NANCY 2000. The Global Traffic in Human Organs. *Current Anthropology* 41, 2: 191–224.
- SCHEPER-HUGHES, NANCY & LOCK, MARGARET 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1, 1: 6–41.
- TAYLOR, JANELLE S. 2003. The Story Catches You and You Fall down: Tragedy, Ethnography, and “Cultural Competence”. *Medical Anthropology Quarterly* 17, 2: 159–181.
- TURNER, VICTOR 1969. *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. New York: de Gruyter.
- VIRCHOW, RUDOLF (2010) [1879]. The Charity Physician. In GOOD, BYRON J.; FISCHER, MICHAEL M.; WILLEN, SARAH S. & DELVECCHIO GOOD, MARY-JO (eds) *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. Blackwell: Wiley: 47–49.
- WHYTE, SUSAN REYNOLDS; VAN DER GEEST, SJAAK & HARDON, ANITA 2002. *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WOLF, ANGELIKA & HÖRST, VIOLA (eds) 2003. *Medizin und Globalisierung: Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster: Lit.

**ANGELIKA WOLF** M.A. ist Medizinanthropologin und Studienkoordinatorin am Institut für Sozial- und Kulturanthropologie der FU Berlin. Sie hat Ethnologie an der Freien Universität Berlin und Medizinanthropologie bei Charles Leslie an der University of Delaware studiert. Die thematischen Schwerpunkte ihrer Forschung sind HIV/Aids, Kindheit und der Aufbau von Krankenversicherungen mit regionalen Fokussen auf Deutschland, Malawi und Senegal. Sie hat für die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), die Universität Bayreuth und die Deutsche Aidshilfe gearbeitet, bevor sie ihre derzeitige Stelle als Studienkoordinatorin antrat.

Freie Universität Berlin, Institut für Sozial- und Kulturanthropologie  
Landoltweg 9–11, 14195 Berlin  
e-mail: Angelika.Wolf@fu-berlin.de