

# Mittendrin statt nur dabei: Die ethnografische Erforschung von Gesundheit und Krankheit

*Malin Houben & Ann Kristin Augst*

**Zusammenfassung:** Der Artikel diskutiert die Potenziale und Herausforderungen von Ethnografie in Bezug auf den Forschungsgegenstand Gesundheit/Krankheit und verortet diese im Feld der multidisziplinären Gesundheitsforschung. Feldforschung und teilnehmende Beobachtung sind bewährte wie traditionsreiche Forschungsmethoden und Erkenntnisinstrumente zur Untersuchung von Krankheit und Gesundheit, scheinen bislang in der deutschsprachigen Gesundheitsforschung als Methode jedoch wenig etabliert bzw. institutionalisiert. Anhand von klassischer und neuerer ethnografischer Literatur werden vier zentrale Forschungsthemen mit einem Schwerpunkt auf die Verschränkungen von Körper- und Sozialität vorgestellt. Herausforderungen betreffen forschungspraktische und forschungsethische Fragen ebenso wie disziplinspezifische Akzeptanz- und Rezeptionsbarrieren in Wissenschaft und Praxis.

**Schlagwörter:** Ethnografie, Feldforschung, Gesundheitsforschung, Medizinsoziologie, Körper

## From the sidelines to the center: ethnographic research on health and illness

**Abstract:** This article discusses the potentials and challenges of ethnography concerning the research subject of health and illness and locates this approach in the field of multidisciplinary health research. Fieldwork and participatory observation are reliable methods for the inquiry of various phenomena concerning health issues. Despite its rich tradition, ethnography has not been fully established and institutionalized in current German health research. We present four significant themes which focus on conjunctions of the body and the social, based on classic and recent ethnographic literature. The challenges of ethnographic health research are concerned with practical issues and research ethics, as well as barriers towards reception and acceptance within scientific disciplines and practitioners.

**Keywords:** Ethnography, fieldwork, health research, medical sociology, body

## 1 Einleitung

Feldforschung und teilnehmende Beobachtung haben sich als Forschungsmethoden zur Untersuchung von Krankheit und Gesundheit bewährt. Ethnografisch angelegte Forschungsprojekte haben insbesondere dazu beigetragen, gegenstandsnahe Konzepte und Theorien an den Schnittstellen von Körper und Sozialität zu entwickeln. Obwohl sie sich besonders für die Erforschung von Lebenswelten und implizitem Wissen, professionellem Handeln und der

Partizipation von Patient\*innen (Ohlbrecht 2019, S. 99) eignen, sind Beobachtungsverfahren in der deutschsprachigen Gesundheitsforschung derzeit wenig präsent.

Deshalb diskutieren wir in diesem Artikel die Potenziale und Herausforderungen, denen eine ethnografische Forschungspraxis in Bezug auf spezifische Forschungsgegenstände – Phänomene und Prozesse, die Aspekte von Gesundheit und Krankheit tangieren – sowie auf eine Verortung innerhalb des Feldes der qualitativen Gesundheitsforschung begegnet. Als qualitative Gesundheitsforschung fassen wir dabei pragmatisch Forschungshandeln aus und in Disziplinen wie den Gesundheitswissenschaften und *Public Health*, Pflegewissenschaften und *Nursing Studies*, Versorgungsforschung, Psychologie und Medizin sowie Soziologie, das sich empirisch-methodisch mit Aspekten von Gesundheit und Krankheit menschlicher Akteur\*innen befasst. Eine Besonderheit der Gesundheitsforschung ist ihr Praxisbezug und ihr Changieren zwischen Individuen, Bevölkerungsgruppen und Institutionen: „Als angewandte Forschung ist sie thematisch auf alle gesundheitsrelevanten Phänomene ausgerichtet, die in der Alltagswelt von Patient\*innen, im professionellen Handeln von Gesundheitsprofessionellen oder in der Praxis von Gesundheitsorganisationen wie Krankenhäusern, Arztpraxen usw. eine Rolle spielen“ (Meyer et al. 2020, S. 273). Mittels heterogener und interdisziplinärer Forschungsansätze können u.a. Interaktionsordnungen zwischen Ärzt\*innen, Patient\*innen und Umwelt, subjektive Lai\*innentheorien von Gesundheit und Krankheit, Erleben und Erfahren von (chronischer) Krankheit, die professionellen Herausforderungen in der Versorgungspraxis sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Ohlbrecht et al. 2020) in den Blick genommen werden.

Die anglo-amerikanischen Pflege- und Gesundheitswissenschaften verfügen über eine lange Tradition ethnografischer Forschung, die sich auch in der Publikation einschlägiger Methodenlehrbücher (exemplarisch: Chesnay 2014; Hackett/Hayre 2021) ausdrückt.<sup>1</sup> Zwar stellen ethnografisch gewonnene Erkenntnisse, Konzepte und Theorien auch für die deutschsprachige Gesundheitsforschung zentrale Bezugspunkte dar (siehe Abschnitt 3), Ethnografie als Methode findet dort jedoch eher randständig Beachtung: Bis auf wenige Ausnahmen (Schaeffer/Müller-Mundt 2002) überwiegen in den Methodenbeschreibungen aktueller gesundheitswissenschaftlicher Lehr- und Handbücher (Siegrist 2005; Dockweiler/Fischer 2018; Hartung/Wihofszky/Wright 2020; Ohlbrecht 2020; Razum/Kolip 2020) nach wie vor rein quantitative sowie sprachzentriert-qualitative Forschungsdesigns. Weder die Hinwendung zur Perspektive und Lebenswelt von Patient\*innen, Interaktionen mit Gesundheitsdienstleister\*innen noch zu implizitem Wissen der Akteur\*innen (vgl. Ohlbrecht 2019) hat bislang dazu geführt, Ethnografie als Forschungsprogramm in der deutschsprachigen Gesundheitsforschung zu etablieren.

Mit diesem Artikel wollen wir einer „Renaissance“ ethnografischer Verfahren in der Gesundheitsforschung (ebd., S. 96) Vorschub leisten.<sup>2</sup> Zu diesem Zweck werden wir aus einer (medizin- und gesundheits-)soziologischen Perspektive die methodologischen Prämissen von Ethnografie als Forschungsprogramm skizzieren (Abschnitt 2) und anhand klassischer und neuerer Literatur die empirisch-theoretischen Stärken ethnografischen Forschens illustrieren (Abschnitt 3). Dabei nehmen wir die Vielfalt ethnografischer Forschungsthemen in den Blick und schauen insbesondere auf Verschränkungen von Körperlichkeit und Sozialität. Abschließend diskutieren wir die Herausforderungen ethnografischen Forschungshandelns

1 Jan Savage (2000) merkt jedoch kritisch an, die anglo-amerikanische Methodendebatte innerhalb der evidenzbasierten Gesundheitsforschung habe zwar den Dualismus zwischen qualitativen und quantitativen Methoden angegangen, Ethnografie sei dabei jedoch wenig berücksichtigt worden.

2 Medizinische und pflegerische Felder sind hingegen häufig Gegenstand sozialwissenschaftlicher Ethnografien, siehe etwa die Beiträge im Abschnitt „Medizinische Betreuung und Krankheit“ im Sammelband „Ethnographie der Situation“ (Pofel et al. 2020).

anhand methodischer, praktischer und forschungsethischer Aspekte sowie disziplinärer Akzeptanz- und Rezeptionsbarrieren (Abschnitt 4).

## 2 Ethnografie als Forschungsstrategie

Die Ethnografie ist eine pragmatische, methodenplurale und kontextbezogene sowie streng empirische Forschungsstrategie (Breidenstein et al. 2013, S. 39), deren ‚Markenkern‘ aus Feldforschung und teilnehmender Beobachtung besteht. Ihre disziplinären Ursprünge liegen in der Anthropologie und der ethnologischen Analyse ‚fremder‘ Kulturen sowie der urbanen Soziologie der *Chicago School*. Unter dem Einfluss von Alltagssoziologie und Ethnomethodologie untersuchen neuere Ethnografien aus unterschiedlichen Fachdisziplinen auch hierzu-lande alltägliche Phänomene und Praktiken, Szenen und Lebenswelten sowie Organisationen und Institutionen.<sup>3</sup> Als „Befremdung der eigenen Kultur“ (Amann/Hirschauer 1997) eignet sich zeitgenössisches ethnografisches Forschen in besonderer Weise, scheinbar gewöhnliche Alltagspraktiken, implizites Wissen und stumme Akteur\*innen sozialer Handlungen zum Sprechen zu bringen. Das Tun der Ethnograf\*innen zeichnet sich dabei durch ein permanentes Grenzgänger\*innentum (Pfadenhauer 2017) zwischen sozialweltlicher Teilnahme und wissenschaftlicher Beobachtung, zwischen Datenerhebung im Feld und Dateninterpretation am Schreibtisch aus.

Die ethnografische Erkundung sozialer Phänomene erfolgt nicht in eigens dafür hergestellten, strukturieren oder quasi-experimentellen Settings, sondern *in situ* (Hammersley/Atkinson 2007, S. 4) und folgt damit der Grundidee, „Menschen in ihren situativen oder institutionellen Kontexten beim Vollzug ihrer Praktiken zu beobachten“ (Breidenstein et al. 2013, S. 7). Als „mimetische Form der Sozialforschung“ (Amann/Hirschauer 1997, S. 20) setzt sie sich den Methodenzwängen des Gegenstandes aus und löst damit die qualitativ-methodologischen Postulate der Offenheit und der Gegenstandsangemessenheit ein. Ziel dieser Beobachtung ist weder eine positivistisch-standardisierte Darstellung noch eine naturalistische Abbildung. Vielmehr wird die ethnografische Nähe zum Ausgangspunkt eines reflexiven Wissenschaftsverständnisses, in dem subjektive Erfahrungen, die Sozialität, Biografie und Forschungsinteressen der Forschenden nicht als Störgröße gelten, sondern selbst zum Objekt der Wissensproduktion über das Feld gemacht werden (Hammersley/Atkinson 2007, S. 14–19). Der ethnografische Erkenntnisstil folgt einer Logik des Entdeckens (Amann/Hirschauer 1997, S. 8), ist offen für Überraschungen und entzieht sich in der Regel einer linearen Planbarkeit, weil er die Gesetzmäßigkeiten des Feldes in den Mittelpunkt des Forschens stellt. Hierzu identifizieren Ethnograf\*innen relevante Orte, Situationen oder Gemeinschaften und suchen diese auf, um sie zu beobachten, an ihren Aktivitäten zu partizipieren und eine längerfristige Forschungsbeziehung einzugehen.<sup>4</sup> Ausgangspunkt hierfür ist Herstellung eines Feldzuganges, der insbesondere den Aufbau von Beziehungen (Wax 1979) und die sukzessive Etablierung einer Teilnehmer\*innenrolle beinhaltet. Ethnograf\*in und die

3 Zur Heterogenität ethnografischer Ansätze siehe auch das ZQF-Sonderheft „Varianten von Ethnographie und ihre Erkenntnispotentiale“, insbesondere den Beitrag der beiden Herausgeber Jürgen Budde und Michael Meier (2015).

4 Ähnlich wie in partizipativen Forschungsansätzen (Unger 2014) sind Ethnograf\*innen in hohem Maße an den Perspektiven und Expertisen ihrer Gegenüber interessiert und auf diese angewiesen. Dies erreichen sie jedoch nicht durch die Etablierung von Positionen und Strukturen für Co-Forschende, sondern durch die Dauerhaftigkeit der Feldforschung, den Rapport zu dessen Protagonist\*innen sowie die analytisch-reflexive Distanzierung von der Felderfahrung zurück am Schreibtisch.

Teilnehmenden des Feldes beobachten sich dabei wechselseitig. Wie sich Ethnograf\*innen ihren Feldern nähern, sich darin bewegen und beobachten können, an welchen Aktivitäten sie teilnehmen und von welchen sie ausgeschlossen werden, hängt deswegen auch damit zusammen, welchen (eigenen) Reim sich die Protagonist\*innen eines Feldes auf sie machen, also ob ihre Anwesenheit durch die Zuschreibung bekannter Sozialtypen wie Missionar\*innen oder Spion\*innen (Lindner 1981, S. 58), Journalist\*innen oder Praktikant\*innen normalisiert oder assimiliert wird.

Für die Etablierung einer Beobachtersposition spielen auch Fremdheit und Vertrautheit der Ethnograf\*in mit dem Feldgeschehen eine Rolle: Als „Fremde“ (Schütz 1972) müssen sich Ethnograf\*innen mit den Gepflogenheiten und Wissensbeständen ihnen unbekannter oder unverständlicher Vorgänge erst vertraut machen und sich diese aneignen, als bereits involvierte Insider\*innen (etwa: eine Pflegekraft, die die Krankenversorgung in ihrer Einrichtung untersucht) hingegen das scheinbar Vertraute befremden. Ihre Teilnehmer\*innenrolle im Feld bewegt sich auch deswegen zwischen den idealtypischen Polen des reinen Beobachtens und der vollständigen Teilnahme (Hammersley/Atkinson 2007, S. 177f.). Beide Extreme können den Erkenntnisprozess in unterschiedlicher Weise behindern (Scheffer 2002, S. 355): Wer als Teilnehmer\*in im Feld aufgeht, büßt Lernfähigkeit und analytische Perspektive zugunsten feldimmanenter Dringlichkeiten ein; den distanzierten Beobachter\*innen hingegen bleibt die Eigenlogik des Feldes bis zuletzt unzugänglich. Entsprechend kann und soll die Teilnehmer\*innenrolle im Forschungsverlauf reflektiert und angepasst werden.

Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode ist ein sinnlich-körperliches Unterfangen und umfasst „alle Formen der Wahrnehmung unter Bedingungen der Co-Präsenz [...] also alle Sinneswahrnehmungen, die sich per Teilnahme erschließen“ (ebd., S. 353). Weitere Methoden der Datenerhebung zentrieren sich um die Beobachtung des sozialen Geschehens, indem sie diese ergänzen und kontrastieren: „ethnography usually involves the researcher participating, overtly or covertly, in people’s daily lives for an extended period of time, watching what happens, listening to what is said, and/or asking questions through informal and formal interviews, collecting documents and artefacts – in fact, gathering whatever data are available to throw light on the issues that are the emerging focus of inquiry“ (Hammersley/Atkinson 2007, S. 3).

Da Situationen und Ereignisse im Vollzug komplex, detailreich und flüchtig sind, kann ihre Beobachtbarkeit nicht bloß durch besondere Aufmerksamkeit oder ein geschultes Auge des\*der Ethnograf\*in erfasst werden. Außer den unterschiedlichen räumlich-sozialen Positionierungen, repetitiven Beobachtungszyklen sich wieder und wieder ereignender Situationen und Prozesse sowie zeitlichen, räumlichen, personalen und thematischen Fokussierungen ermöglichen auch elektronische Aufnahmegeräte, das Führen von Interviews oder das Zurückgreifen auf Dokumente und Artefakte eine sinnrekonstruierende, analytische Erschließung der interessierenden Gegenstände (Scheffer 2002, S. 362).

Neben der sinnlich-analytischen Teilnahme am Feldgeschehen ist das Schreiben ein weiteres zentrales ethnografisches Erkenntnismedium. Indem sie Beobachtungen als Protokolle verschriftlichen, fixieren Ethnograf\*innen ihre körperlichen Wahrnehmungen des flüchtigen Geschehens, implizite Erfahrungen und sprachlose Ereignisse im Medium der Schrift (Bredenstein et al. 2013, S. 95). Das Formulieren von Hypothesen und Schlussfolgerungen in Memos und Forschungstagebüchern leitet bereits während der Feldforschung das Ineinandergreifen von Theorie und Empirie ein: Die Bildung und Nutzung von Begriffen dienen als „Sehhilfen“ für weitere Beobachtungen, Theorien fungieren als „Kompass“ und „Modelliermasse“ (Scheffer 2002, S. 370). Das Endprodukt des ethnografischen Schreibens sind dann „dichte Beschreibungen“ (Geertz 1987), die das Beobachtete nicht nur oberflächlich darstellen, sondern Bedeutungsstrukturen des Normalen und des Besonderen eines Gegenstandes

herausarbeiten, d.h. einen interpretativ-deutenden Zugang zum Geschehen entwickeln und Generalisierungen im Rahmen des Einzelfalls anstreben.

### 3 Gesundheit und Krankheit als Gegenstand ethnografischer Forschung

Ethnografische Forschungsvorhaben, die Aspekte menschlicher Gesundheit und Krankheit zum Gegenstand machen, wurden in zahlreichen Feldern und mit vielfältigen Erkenntnisinteressen durchgeführt (zur Übersicht siehe z.B. Bloor 2001). Im Folgenden skizzieren wir anhand klassischer und neuerer ethnografischer<sup>5</sup> Studien vier verschiedene Forschungsbereiche innerhalb und an den Rändern von medizinischen Institutionen. Ein Teil dieser anglo-amerikanischen und deutschsprachigen Forschungsarbeiten fokussiert den Körper und seine Materialität nicht nur als ‚Behälter‘ oder biomedizinisches Konstrukt, sondern nimmt ihn als Akteur sozialer Handlungen, symbolischer Bedeutungen und praktischer Vollzüge in den Blick.

#### 3.1 Kultur- und Organisationsanalysen

In vielen ethnografischen Kultur- und Milieustudien wurden Aspekte von Gesundheit und Krankheit beiläufig erwähnt. Eine explizite Hinwendung zur Kultur von Behandelnden und Behandelten findet sich ab der Mitte des 20. Jahrhunderts in der anglo-amerikanischen Medizinsoziologie, in der zumeist die Kultur von Institutionen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen, Arztpraxen oder Psychiatrien (Goffman 2016) im Zentrum steht. Von Interesse ist hier, in welchem Verhältnis die ‚dauerhaften‘ Mitglieder der Institution (Ärzt\*innen, Kranken- und/oder Altenpfleger\*innen, Therapeut\*innen, aber auch Reinigungspersonal) zu dieser stehen. Ethnografische Forschung wirft hier einen Blick auf die affirmativen wie subversiven Praktiken der Akteur\*innen und wie Institutionen diese zu implementieren und zu regulieren versuchen. Die Entstehung dieses *Mindsets*, der Perspektiven und Einstellungen zu Medizin und Medizinpraxis, war und ist Gegenstand der Forschung: Für die Studie *Boys in White* begleitete ein Forscher\*innenteam um Howard S. Becker Medizinstudierende über mehrere Jahre während ihrer Ausbildung und dokumentierte, wie innerhalb der Kohorten eine je spezifische Kultur entstand, die deren Denken als angehende Ärzt\*innen formte – und sich im Laufe der Zeit veränderte (Becker et al. 1992, S. 435–443).

In solchen Kultur- und Organisationsanalysen von medizinischen *Professionals* geraten insbesondere Rituale in den Blick, die spezifischen Gruppen innerhalb der medizinischen Felder eigen sind und nach bestimmten ‚Regeln‘ ablaufen (Hitzler 2015, S. 95). Weil z.B. die „Übergabe“ beim Schichtwechsel regelrecht automatisiert abläuft, sind Ethnograf\*innen besonders an der „Explikation des Impliziten“ (ebd., S. 97) interessiert. Ziel ist die Beleuch-

5 Nicht alle der im Folgenden zitierten Autor\*innen beanspruchen für ihre Arbeit explizit das Label Ethnografie, alle jedoch zeichnen sich durch ein methodisch organisiertes, auf Feldforschung und dauerhafte Teilnahme fokussiertes Forschungshandeln aus. So verstanden die Gründungsväter der *Grounded Theory*, Barney Glaser und Anselm Strauss, sich selbst (wohl auch in Abgrenzung zu naturalistischen Beschreibungen damaliger Ethnografien) zwar nicht als Ethnografen, die von ihnen entwickelten theoretischen Begriffe und Konzepte gründeten jedoch stets in der Empirie sorgfältiger Beobachtungen und langanhaltender Feldforschung über Arbeit in medizinischen Institutionen.

tung von organisatorischen Rahmenbedingungen sowie interaktiven Routinen und Handlungsstrategien der Gesundheitsdienstleister\*innen. Fokussiert werden Inhalte und Strukturen (semi-)professioneller Wissensbestände (ebd., S. 92), die zwischen gesellschaftlich allgemein verbreitetem und Spezialwissen von *Professionals* fluktuieren. Bereits Paul Atkinson (1995) beschrieb in seiner Untersuchung über die Arbeit von Hämatolog\*innen in einer Klinik anhand von routinierten kollegialen Fallbesprechungen die Heterogenität und Widersprüchlichkeit professionellen medizinischen Wissens. Er wies eindrücklich darauf hin, dass die Produktion medizinischer Fakten und Diagnosen nicht nur in der dyadischen Interaktion zwischen Ärzt\*in und Patient\*in am Krankenbett, sondern auch in „professional talk“ über (statt mit) Patient\*innen sowie bei der Arbeit im Labor stattfindet.

Während Ronald Hitzler (2015) am Beispiel Wachkoma die Grenzen sozialer Interaktion mit Patient\*innen auslotete, untersuchte Stefan Hirschauer (2015) die Rolle medizinischer und psychologischer Expert\*innen im Prozess der Geschlechtsangleichung transgeschlechtlicher Personen. Indem er Gesundheitsdienstleister\*innen bei der Arbeit, in Gesprächen untereinander sowie mit Patient\*innen beobachtete, mit ihnen sprach und Dokumente analysierte, rekonstruierte er die „medizinische Fabrikation authentischer Geschlechtszugehörigkeit“ (Hirschauer 2015, S. 328). Dabei stieß er auf eine Kultur der Zweigeschlechtlichkeit und einen Verweisungszusammenhang zwischen der kulturellen und der medizinischen Konstruktion von Geschlecht (ebd., S. 321).

Die ‚Kultur der Behandelten‘ findet auch in Harold Garfinkels Studie über die Patientin Agnes ihren Platz (Garfinkel 2016, S. 116–185): Anhand einer für viele Ethnografien typischen Beschreibung am Einzelfall wurden die Strategien der jungen trans Frau<sup>6</sup> Agnes dargestellt, durch die Präsentation ihrer ‚natürlichen‘ Weiblichkeit die von ihr gewünschten medizinischen Eingriffe zu erhalten und zugleich möglichst ungeoutet ihren Alltag zu bestreiten. Da sich letzteres in medizinischen Kontexten schwierig bis unmöglich gestaltete, bestand ihre Strategie primär aus der Vermeidung medizinischer Untersuchungen (ebd., S. 168). Dieses Handlungsmuster besteht bis heute bei einigen Personen aus der queeren *Community* und verweist auf die immer noch bestehenden Unzulänglichkeiten in der Gesundheitsversorgung von LSBTIAQ\*-Personen (Houben et al. 2019).

### 3.2 Prozessanalysen von Gesundheit und Krankheit

Veränderungen des Körpers sind seit jeher von gesundheitlicher Relevanz und angesichts der zunehmenden Prävalenz chronischer Krankheiten in modernen Gesellschaften ein wichtiger Gegenstand gesundheitsbezogener Forschung. Einen bedeutenden Beitrag zum Verständnis der Zeitlichkeit fortschreitender und lebenslaufbezogener Veränderungsprozesse haben die Arbeiten von Anselm Strauss und Barney Glaser geleistet. In ihren Untersuchungen über das Sterben im Krankenhaus (Glaser/Strauss 1968) entwickelten die beiden erstmals das Konzept der Verlaufskurven (*Trajectory*). Damit lieferten sie eine analytische Sicht auf das Sterben als Statuspassage (ebd., S. 244) und konzeptualisierten diese als eine soziale Handlung mit einer prozessualen Eigenlogik, der die darin befindlichen Akteur\*innen mehr oder weniger ausgeliefert sind. Nicht der physiologische Prozess des Sterbens, sondern der erwartete Verlauf, der Zeitraum und die Form einer fortschreitend absinkenden Kurve sind demnach entscheidend dafür, wie sich eine Verlaufskurve des Sterbens entwickelt (ebd., S. 5–6). Als besondere Aspekte bzw. „Dimensionen“ dieser Verlaufskurve hoben Glaser und Strauss den

6 Anders als der Titel „Passing and the managed achievement of sex status in an ‚intersexed‘ person, part 1“ suggeriert, ist Agnes nicht inter- sondern transgeschlechtlich, da ihr Brustwachstum in der Pubertät durch die heimliche Einnahme von Hormonen evoziert wurde (Garfinkel 2016, S. 287).

Umstand hervor, dass Sterben fast immer ungeplant, die Abfolge der Schritte nicht institutionell vorgeschrieben und die Handlungen der verschiedenen Beteiligten nur teilweise geregelt sei/en. Sie betonen außerdem, dass der Übergangstatus des Sterbens in der Regel als unerwünscht definiert werde (ebd., S. 247). Das (vom Sterben abstrahierte) handlungstheoretische Konzept der Verlaufskurven wurde außerhalb der Gesundheitsforschung auch in der Biografieforschung und der Wissenssoziologie intensiv rezipiert (Strübing 2007, S. 124).

Eine andere Art der Prozessanalyse lieferte die von Stefan Hirschauer, Birgit Heimerl, Anika Hoffmann und Peter Hofmann (2014) vorgelegte ethnografische Studie zur Soziologie der Schwangerschaft. Schwangerschaft wurde hier zwar als Gegenstand von Gesundheitshandeln betrachtet, jedoch explizit nicht als ein Krankheitsphänomen gefasst. Anhand der Leitfrage „Was ist eigentlich eine Schwangerschaft, wenn nicht ein medizinisches Ereignis?“ erkunden die Autor\*innen einen sozialen (Ausnahme-)Zustand, der mittels biografischer Erwartungen, interaktiver und technischer Praktiken sowie körperlich-leiblicher Zeichen ein Geflecht vorgeburtlicher Beziehungen sowie die pränatale Sozialität eines werdenden Menschen prozessual hervorbringt. Die Schwangerschaft beginnt demnach nicht mit der Befruchtung der Eizelle und endet mit der Geburt, sie ist ein in die Zukunft gerichteter „Erwartungszustand, der sowohl in Schwangeren als auch um sie herum herrscht“ (ebd., S. 261) und nicht nur körperlich, sondern auch „kommunikativ zur Welt gebracht werden“ muss (ebd., S. 259). Um die dem körperlichen Prozess vorgelagerten biografischen Erwartungen, intimen Paarinteraktionen und leiblichen Schwangerschaftserfahrungen untersuchen zu können, ergänzten die Autor\*innen die Feldforschung um offene Interviews mit Schwangeren und Paaren und ließen Schwangerschaftstagebücher schreiben. Auf dieser Grundlage rekonstruierten sie ein Stationenmodell in Form einer idealtypischen Chronologie.

Ethnografische Forschungen über den Anfang und das Ende des Lebens verdeutlichen die Komplexität von Ereignissen als „transsituative Prozesse“ (Scheffer 2002, S. 358). Ethnografische Feldforschung und Erkenntnisbildung ermöglichen es hier, einzelne Ereignisse in ihrer Dynamik zu verstehen, indem ihre Geschichte und Bedeutung in einem prozessualen Zusammenhang rekonstruiert werden.

### 3.3 Mikroanalysen von Interaktionen und Praktiken

„Die heutige Mikroethnographie versucht, in den Details von Interaktionssituationen die Praktiken zu identifizieren, mit denen Akteure ihre soziale Wirklichkeit gemeinsam und im Zusammenspiel hervorbringen“ (Meyer 2015, S. 60). Hierzu nutzen Mikroethnografien neben Beobachtungsprotokollen insbesondere Feinanalysen von im Feld aufgenommenen Audio- und Videodaten. Für die Gesundheitsforschung relevant sind die intensiv beforschten institutionalisierten Interaktionen zwischen Professionellen und Patient\*innen und insbesondere das dyadische Gespräch zwischen Ärzt\*in und Patient\*in. Wiederkehrende analytische Themen sind dabei Wissens- und Statusasymmetrien, verfestigte Schemata der Kommunikation sowie das Wechselspiel aus Worten, Gesten, Blicken und Bewegungen.

In ihrer Studie über gynäkologische Untersuchungen befasste sich Joan Emerson (1987) mit den Mechanismen der Aufrechterhaltung der medizinischen Situation. Sie zeigte die Prekarität der für die Behandlung zwingend notwendigen medizinischen Situationsdefinition durch opponierende „counter themes“, insbesondere der möglichen sexuellen Konnotation der Berührung von Genitalien der Patientin durch einen fremden männlichen Arzt. Indem sich die Situationsteilnehmenden permanent wechselseitig beobachteten, stellten sie aktiv und reflexiv ein Verhältnis von Nähe und Distanz her, indem sie Störungen (Äußerungen und andere Anzeichen von Scham, Angst, Schmerzen, Erregung etc.) produzierten, korrigierten

und reparierten. Diese Art der „sentimental work“ (Strauss et al. 1985) beinhaltet, dass Gynäkologen die Patientinnen sich nur teilweise entkleiden ließen, medizinische Terminologie oder Umgangssprache zur Desexualisierung nutzen, Anzughelmen ignorierten oder mit Humor konterten.

Ethnografische Mikroanalysen nehmen außerdem den praktischen Gebrauch von Apparaten und Technologien in den Blick, um sowohl deren Bedeutung in der Interaktion als auch die technisch vermittelte Genese von Diagnosen zu verstehen. Der Einsatz von Technik in der medizinischen Praxis erfordert von ihren Nutzer\*innen eine spezifische Art von Arbeit an Menschen und Maschinen, die Strauss et al. (1985, S. 45f.) als „machine work“ bezeichnet haben. Atkinson (1995, S. 61f.) wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der technisch vermittelte klinische Zugriff keineswegs auf den Körper als Ganzes, sondern oftmals auf einzelne Organe, Gewebe und Körperflüssigkeiten gerichtet ist, die in Form externalisierter Proben unabhängig von der Anwesenheit des Patient\*innenkörpers untersucht werden können.

Die komplexe Koordination zwischen Technik, Wissen, den Körpern der Behandelnden und den Körpern der Behandelten untersuchte Cornelius Schubert (2018) im Operationssaal. Er beschrieb dabei unter anderem routinierte Reparaturhandlungen von Anästhesist\*innen und Pfleger\*innen in Bezug auf Störungen im Verlauf chirurgischer Operationen. So beobachtete er, wie die Anzeige am Monitor eines Beatmungsgerätes kollektiv nicht als Zeichen einer mangelnden Sauerstoffsättigung des\*der narkotisierten Patient\*in, sondern auf Grundlage alltagspraktischer Erfahrungen als Fehlfunktion des Gerätes diagnostiziert und durch das Rekalibrieren der Messsonde behoben wurde. Die Technik ist hier nicht einfach ein passives Werkzeug, sie entwickelt in der Situation eine widerspenstige Eigendynamik, welche von den Anwesenden erkannt und bearbeitet bzw. repariert werden muss.

Zuletzt werden insbesondere bildgebende Verfahren wie der Ultraschall in den Blick genommen. Birgit Heimerl (2013) zeichnete anhand des Verlaufs der klinischen Untersuchung in der „Ultraschallsprechstunde“ für Schwangere die „diagnostische Fabrikation des Kindskörpers“ (ebd., S. 30) nach. Indem sie sich nicht nur mit der verbalen Interaktion, sondern auch mit der visuellen und körperlichen Ebene befasste, zeigte Heimerl, wie die visuellen Zeichen auf dem Monitor für die Schwangere und eventuelle Begleiter\*innen erst durch Zeigegesten und Erklärungen des\*der regieführenden Arzt\*in verständlich werden. Die Ultraschallsonografie wurde dabei als eine situierte interaktive Praxis aus spezifischem Wissen, technischen Artefakten, interagierenden Teilnehmer\*innen und körperlichen (visuellen, taktilen, auditiven, deiktischen ...) Praktiken beschrieben, welche „die epistemische Vagheit des ungeborenen Körpers in den einzelnen Etappen der Sprechstunde über den Zugewinn an diagnostischen Erkenntnissen sukzessive reduziert“ (ebd., S. 333).

### 3.4 Dokumenten- und Aktenanalysen

Akten sind eigentümliche Erscheinungsformen von (medizinischer) Praxis, die ihre eigene Entstehung immer auch mitdokumentieren (Garfinkel 2016, S. 198). Ihr praktischer Nutzen besteht in ihrer Erinnerungsfunktion und sie dienen der Kommunikation der Behandelnden untereinander (Heath/Luff 2000, S. 31–60). In Akten und Dokumenten werden Patient\*innenkarrieren erzeugt und verstetigt sowie der Blick auf Patient\*innen vorstrukturiert. Ihre Eigenlogik erschwert jedoch ein dekontextualisiertes Fremdverstehen, weshalb ethnografische Analysen die praktischen Entstehungsbedingungen sowie kontingenten Verwendungskontexte von Akten berücksichtigen und mitbeobachten müssen (Garfinkel 2016, S. 201–203; Prior 2003, S. 68). Akten- bzw. Dokumentenanalysen stellen häufig eine fruchtbare Er-

gänzung zu Beobachtungen in medizinischen Kontexten dar, die ethnografische Kontextualisierung bietet gleichzeitig einen Bezugs- und Deutungsrahmen für die Analyse dieser Seditimentierung von Praktiken eines Kollektivs (vgl. Prior 2003, S. 10–11, 26).

Da sie in der Regel nicht für den\*die Forscher\*in erstellt werden, in Gänze eigenen (institutionsinternen) Logiken folgen, und somit keinem ‚Explikationszwang‘ unterliegen, bieten Akten einen weitgehend unverstellten (wenngleich nicht unvermittelten) Zugang zum Relevanzsystem der Forschungssubjekte. Harold Garfinkel illustrierte in seinem Aufsatz *„Good organizational reasons for ‚bad‘ clinic records“* (2016, S. 186–207), wie sich spezifische institutionelle Gebote unmittelbar in der (Art der) Erstellung von Klinikakten niederschlagen: Um mögliche Rechtsansprüche gegenüber dem Klinikpersonal (präventiv) zu vermeiden, müssten Krankengeschichten in Akten lückenhaft dokumentiert werden. Zudem wird so ermöglicht, dass die Beziehung zwischen Ärzt\*in bzw. Therapeut\*in und Patient\*in zu einem gewissen Grad immer wieder neu hergestellt werden kann (oder muss). *„From the perspective of clinicians, records are made for the purposes of documenting and coordinating care and treatment, not for managerial or statistical aims. Documenting for the latter purposes demands extra work for which clinicians have little time and interest; indeed, such time may be better spent on patient care“* (Pine/Bossen 2020, S. 2).

Die heutige Praxis sieht in der Regel anders aus: Aus Gründen der Abrechenbarkeit, aber auch der Sammlung möglichst vieler und möglichst akkurater Daten zum Zweck der (algorithmischen) Verbesserung der Gesundheitsversorgung müssen Patient\*innenakten mittlerweile sehr viel akkurater geführt werden (Heath/Luff 2000, S. 31–60; Pine/Bossen 2020). Die digitale Weiterverarbeitung dieser Einträge erzeugt wiederum neue Zwänge: Um abgerechnet und/oder in den Algorithmus eingepflegt werden zu können, müssen die vermerkten Diagnosen kodierbar sein, also ICD-Kriterien exakt entsprechen (Pine/Bossen 2020), weshalb Mediziner\*innen sich diese Art der Dokumentation aneignen müssen. Im Fokus ethnografischer Akten- bzw. Dokumentenanalysen steht demnach immer die Relation zwischen Struktur(en) und/oder Materialität(en) und Handlung(smöglichkeiten) innerhalb spezifischer Entstehungskontexte. Anhand dieser Art von Dokumenten lässt sich die Funktionslogik einer Organisation nachzeichnen und nachvollziehen.

## 4 Ethnografisches Forschungshandeln: Eine Herausforderung für die Gesundheitsforschung?

Bis hierhin haben wir die Fruchtbarkeit von Ethnografie als Methode und Forschungsprogramm für die Untersuchung von Aspekten von Gesundheit und Krankheit aufgezeigt. Auf dieser Grundlage diskutieren wir nun abschließend einige methodische und forschungspraktische, forschungsethische und disziplinäre Herausforderungen für ethnografisches Forschungshandeln im Feld der Gesundheitsforschung.

Die Vielfalt und Heterogenität ethnografischer Forschungsgegenstände – Verläufe und Dynamiken biografischer Ereignisse, das praktische Navigieren und aktenförmige Verwalten von Patient\*innen durch Einrichtungen des Gesundheitssystems, ritualisierte Interaktionen zwischen Dienstleister\*innen und Patient\*innen, die medizinische Arbeit an bzw. mit Körpern und Maschinen, die Formierung und Zirkulation medizinischen Wissens – zeigt, dass das kulturalanalytische Potenzial der Ethnografie nicht allein auf das Verstehen ‚fremder‘ (Sub-)Kulturen oder für die Gesundheitsversorgung schwer erreichbarer sozialer Gruppen begrenzt ist, wie manch fokussierte Methodenbeschreibung (Olliffe 2005) es nahelegt. Ein

Forschungsprogramm, das nicht eine singuläre Kultur fokussiert, sondern das kulturell Besondere in vielfältigen und vielschichtigen Phänomenen offenlegt, kann einen wichtigen Beitrag zum Verstehen von Gesundheit in all ihren Erscheinungsformen leisten.

Zwar ermöglichen die ethnografischen Qualitäten der dichten Teilnahme und detaillierten Beobachtung, ‚stumme Akteure‘ wie Wissensbestände, Körper oder technische Artefakte methodisch zu fassen. Ein Großteil der hier vorgestellten Untersuchungen ist jedoch auf institutionalisierte Organisationen der Gesundheitsversorgung und ihre relativ stabilen Strukturen fokussiert. Wir sehen ein enormes Potenzial für weitere Forschung an den Rändern und außerhalb dieser professionellen Institutionen, beispielsweise in Form von weniger formalisierten Sorgebeziehungen (Seeck 2021) oder vorwiegend individualisiertem, digitalem Gesundheitshandeln (Wiedemann 2019). Während weitgehend digitale Praktiken nicht an ein physisches Feld gebunden sind und sich vor allem im digitalen Raum ‚ereignen‘, ist der Zugang zu ortsgebundenen Feldern oft hürdenreich und manchmal fragil. Die weltweite Covid-19-Pandemie hat durch regionale Lockdowns und Reisebeschränkungen sowie Zugangsrestriktionen zu Pflegeheimen und Krankenhäusern eine ko-präsente Feldforschung für Außenstehende zeitweise so gut wie unmöglich gemacht. Zwar können digitale Zugänge und auf verbale Äußerungen fokussierte Forschungsmethoden ebenfalls Zugänge zu den interessierenden Phänomenen schaffen, Forschungsfragen, die auf das Verstehen durch Nähe und Mitvollziehen des Geschehens angewiesen sind, lassen sich so jedoch nicht beantworten (Reichertz 2021).

Die Involviertheit der Ethnograf\*in in das Feld hat nicht nur eine epistemologische Relevanz, es gehen damit auch forschungsethische Fragen einher. Ethnograf\*innen müssen sich damit auseinandersetzen, dass das Einholen der informierten Einwilligung (*informed consent*) nicht in jedem Fall und teilweise nur schwer umzusetzen ist, etwa weil der beobachtete Personenkreis oft schwer einzugrenzen ist (Bell 2014). Während eine Doppelrolle von Ethnograf\*in und Gesundheitsdienstleister\*in einen verhältnismäßig leichten Zugang zu sonst schwer zugänglichen Feldern verspricht (Olliffe 2005), ergeben sich mitunter forschungsethische Probleme, wenn Patient\*innen ihre Behandlung/Versorgung als abhängig von der Einwilligung zur Teilnahme an einem Forschungsvorhaben verstehen (Herrmann 2020).<sup>7</sup> Weder die verdeckte, heimliche Beobachtung, noch der generelle Verzicht auf Forschung sind hier gangbare Alternativen. Die Reflexion der eigenen Positionierung im Feld und eine hohe Sensibilität für Forschungsethik sind die Voraussetzungen, um situationsangemessen vertretbare Lösungen zu finden.

Ethnografisches Forschungshandeln kann bereits vor Beginn der Feldforschung ausgebremst werden, wenn es sich formellen Prüfverfahren in Ethikbegutachtungen stellen muss. Das Problem liegt nicht etwa in der ethischen Unzulässigkeit der Methode und ihrer Umsetzung, vielmehr sind Praxis und Prozesse solcher Verfahren in der Regel nicht auf qualitative Forschungslogiken ausgelegt und werden insofern zum Problem, wenn das Feld, die eigene Forschungsinstitution oder ein Publikationsorgan ein Ethikvotum verlangt (Unger/Dilger/Schönhuth 2016).

Das methodologische Postulat „weicher“ Methoden gegenüber eines „harten“ Empiriebegriffs (Amann/Hirschauer 1997, S. 9) sowie die unausweichliche Nähe zum Geschehen gehen mit zahlreichen Anforderungen und praktischen Zumutungen an Ethnograf\*innen einher: „ethnography is a demanding activity, requiring diverse skills, including the ability to make decisions in conditions of considerable uncertainty“ (Hammersley/Atkinson 2007, S. 4). Um die entsprechenden Kompetenzen entwickeln zu können, benötigen (angehende)

7 Harold Garfinkel markiert seine Rolle – zumindest in der Publikation – nicht; es bleibt unklar, ob Agnes ihn für einen der Psychologen/Psychiater hält und deswegen (überhaupt) mit ihm spricht (Garfinkel 2016, S. 121). Zur methodisch-feministischen Kritik an der Studie siehe auch Rogers 1992.

Ethnograf\*innen eine fundierte und qualitativ hochwertige Ausbildung und Begleitung ihrer Forschungsvorhaben. Die marginale Berücksichtigung von Ethnografie in den Methodenbeschreibungen gesundheitsbezogener Hand- und Lehrbücher (vgl. Abschnitt 1) lässt sich als ein Indiz dafür deuten, dass in Disziplinen wie *Public Health*, Psychologie und Medizin in Bezug auf die qualitative und spezifisch ethnografische Methodenausbildung noch Nachholbedarf besteht.

Ein weiteres Bündel von Herausforderungen betrifft die Passung und Anschlussfähigkeit von Methode und Erkenntnissen in verschiedenen Disziplinen der Gesundheitsforschung und der Praxis. Die Rezeption qualitativer, fall- bzw. feldzentrierter Ergebnisse gestaltet sich in traditionell eher quantitativ forschenden Disziplinen sowie in Forschungsfeldern, welche Bevölkerungsgruppen zum Gegenstand haben, nach wie vor eher schwer. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass quantitative Methoden und daraus abgeleitete Erkenntnisse durchaus kompatibel mit ethnografischem Forschungshandeln sind: Sowohl ethnografische „Klassiker“ (Glaser/Strauss 1968) als auch neuere Arbeiten (siehe die Beiträge in Hackett/Hayre 2021) haben Konzepte und Theorien auch unter Bezugnahme auf quantitative Analysen entwickelt. Wann immer es der Gegenstand erlaubt bzw. aufzwingt, können und sollten Erhebungsmethoden kombiniert werden. Im ethnografischen Methodenpluralismus steht allerdings, anders als bei *Mixed Methods*-Designs, immer der genuin explorative Charakter der Feldforschung im Vordergrund; die Prüfung von Hypothesen wird – wie auch (normative) Vorannahmen – (zunächst) ins „Off“ verschoben.

Praxiswissenschaften wie *Public Health*, die sich dem normativen Ziel einer gesünderen Bevölkerung verpflichtet fühlen (Schnabel/Bittlingmayer/Sahrai 2009), können über methodische Fragen hinaus mitunter nur bedingt an ethnografische Wissensproduktionen anschließen, die sich genuin in Zurückhaltung gegenüber einer Einmischung ins Feld und dem Erteilen von Ratschlägen sowie politischen Agenden üben (Anspach/Mizrachi 2006, S. 720f.; Hammersley/Atkinson 2007, S. 18). Renée Anspach und Nissim Mirzachi geben zu bedenken, dass sich mögliche Anerkennungsprobleme in der Praxis aus dem „debunking ethos“ (2006, S. 715) medizinsoziologischer Studien in der Traditionslinie der *Chicago School* speisen, die mit ihrer Inversion konventioneller Weisheiten in ein antagonistisches Verhältnis zu den beforschten Professionellen eintritt. Michael Bloor hingegen gibt sich weit optimistischer und glaubt, dass Praktiker\*innen ethnografische Erkenntnisse eher zum Anlass für Veränderungen nähmen als Vertreter\*innen von Gesundheitsmanagement und *Policy Making*, die sich am qualitativen „humanistic commitment to authentic representation“ stoßen (2001, S. 179). Wenngleich eine solche Argumentation dem reflexiv-analytischen statt deskriptiv-naturalistischen Anspruch heutiger ethnografischer Forschung nicht gerecht wird, wird deren Stärke, Generalisierungen im Rahmen des Einzelfalls (Geertz 1987, S. 37) zu liefern, in (antizipierten) Objektivierungs- und Quantifizierungsbestrebungen als Schwäche ausgelegt.

Dabei stellt gerade die analytische Durchdringung, deren Originalität und wissenschaftlicher Gebrauchswert sich darin bemisst, die Wissensbestände der Forschung, des Alltages und Feldteilnehmenden nicht zu unterbieten (Strübing et al. 2018, S. 85), ein Gütekriterium qualitativer und damit auch ethnografischer Forschung dar. Erneut nehmen diesbezüglich die von Anselm Strauss (mit)verfassten Werke eine Vorreiterrolle ein (Glaser/Strauss 1968; Strauss et al. 1985): Sie adressieren bereits im Vorwort doppelte Leser\*innenschaft aus Praktiker\*innen und Forschenden, entwickeln gehaltvolle Beschreibungen und analytische Konzepte und formulieren darauf aufbauend explizite Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung von Patient\*innen. Heutigen Ethnograf\*innen bieten sie nicht nur methodische und konzeptionelle Inspiration, auch hinsichtlich des Praxisbezugs von Gesundheitsforschung laden sie zur Nachahmung bzw. Anknüpfung ein.

## Literatur

- Amann, K./Hirschauer, S. (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: Hirschauer, S./Amann, K. (Hrsg.): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie. Frankfurt a.M., S. 7–47.
- Anspach, R.R./Mizrachi, N. (2006): The field worker's fields: ethics, ethnography and medical sociology. In: *Sociology of Health & Illness*, 28. Jg., H. 6, S. 713–731. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00538.x>
- Atkinson, P. (1995): *Medical talk and medical work. The liturgy of the clinic*. London.
- Becker, H.S./Geer, B./Hughes, E.C./Strau (1992) [1961]: *Boys in White. Student Culture in Medical School*. New Brunswick/London.
- Bell, K. (2014): Resisting Commensurability: Against Informed Consent as an Anthropological Virtue. In: *American Anthropologist*, 116. Jg., H. 3, S. 511–522. <https://doi.org/10.1111/aman.12122>
- Bloor, M. (2001): The Ethnography of Health and Medicine. In: Atkinson, P./Coffey, A./Delamont, S./Lofland, J./Lofland, L. (Hrsg.): *Handbook of Ethnography*. London, S. 177–187. <https://doi.org/10.4135/9781848608337.n12>
- Breidenstein, G./Hirschauer, S./Kalthoff, H./Nieswand, B. (2013): *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz.
- Budde, J./Meier, M. (2015): Ethnographie und ihre Erkenntnispotentiale – Methodologische Reflexionen. In: *Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 16. Jg., H. 1, S. 3–6. <https://doi.org/10.3224/zqf.v16i1.22850>
- Chesnay, M.d. (2014): *Nursing Research Using Ethnography. Qualitative Designs and Methods in Nursing*. New York.
- Dockweiler, C./Fischer, F. (2018): *ePublic Health*. Bern. <https://doi.org/10.1024/85846-000>
- Emerson, J.P. (1987): Behavior in private places. Sustaining definitions of reality in gynecological examinations. In: Stoeckle, J.J. (Hrsg.): *Encounters between patients and doctors: An anthology*. Cambridge.
- Garfinkel, H. (2016) [1967]: *Studies in Ethnomethodology*. Oxford.
- Geertz, C. (1987): *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt a.M.
- Glaser, B.G./Strauss, A.L. (1968): *Time for dying*. Chicago. <https://doi.org/10.1097/00000446-196812000-00048>
- Goffman, E. (2016) [1961]: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a.M.
- Hackett, P.M./Hayre, C.M. (Hrsg.) (2021): *Handbook of Ethnography in Healthcare Research*. London/New York. <https://doi.org/10.4324/9780429320927>
- Hammersley, M./Atkinson, P. (2007): *Ethnography. Principles in practice*. 3. Auflage London.
- Hartung, S./Wihofszky, P./Wright, M.T. (2020): *Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden*. Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7>
- Heath, C./Luff, P. (2000): *Technology in Action*. Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489839>
- Heimerl, B. (2013): *Die Ultraschallsprechstunde. Eine Ethnografie pränataldiagnostischer Situationen*. Berlin/Bielefeld. <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839425510>
- Herrmann, W.J. (2020): Qualitative Forschung in der Allgemeinmedizin: Stand und Herausforderungen. In: *Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung (Hrsg.): Perspektiven qualitativer Forschung*. Weinheim/Basel, S. 80–97.
- Hirschauer, S. (2015) [1993]: *Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Über die Medizin und den Geschlechtswechsel*. Frankfurt a.M.
- Hirschauer, S./Heimerl, B./Hoffmann, A./Hofmann, P. (2014): *Soziologie der Schwangerschaft. Explorationen pränataler Sozialität*. Berlin.
- Hitzler, R. (2015): *Praktische Deutungen. Eine komplexe Ethnographie zum Umgang mit Menschen im Wachkoma*. In: Hitzler, R./Gothe, M. (Hrsg.): *Ethnographische Erkundungen. Methodische Aspekte aktueller Forschungsprojekte*. Wiesbaden, S. 89–102. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-07257-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-658-07257-5_7)

- Houben, M./Dennert, G./Athenas González, M./Ohms, C. (2019): Gesundheit „jenseits der Mann/Fraubinarenismen“: Bedarfe an eine nicht-normative Versorgung in Bezug auf Körper, Geschlecht und sexuelle Orientierung. In: Appenroth, M.N./Castro Varela, M.d.M. (Hrsg.): *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. Bielefeld, S. 103–123. <https://doi.org/10.1515/9783839445990-007>
- Lindner, R. (1981): Die Angst des Forschers vor dem Feld. Überlegungen zur teilnehmenden Beobachtung als Interaktionsprozeß. In: *Zeitschrift für Volkskunde: Beiträge zur Kulturforschung*, 77. Jg., H. 1, S. 51–66.
- Meyer, C. (2015): Mikroethnographie. Praxis und Leib als Medien der Kultur. In: Bender, C./Zillinger, M. (Hrsg.): *Handbuch der Medienethnographie*. Berlin, S. 57–76. <https://doi.org/10.5771/9783496030065-57>
- Meyer, T./Peter, C./Herzberg, H./Tiesmeyer, K./Herrmann, W. J./Stamer, M. (2020): Methoden im Wandel? Überlegungen zur Weiterentwicklung der Methoden der Gesundheitsforschung. In: *Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung* (Hrsg.): *Perspektiven qualitativer Forschung*. Weinheim/Basel, S. 272–280.
- Ohlbrecht, H. (2019): Qualitative Methoden der empirischen Gesundheitsforschung. In: Haring, R. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Wiesbaden, S. 91–102. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_9)
- Ohlbrecht, H. (2020): *Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung*. Weinheim/Basel.
- Ohlbrecht, H./Bartel, S./Detka, C./Meyer, T./Seltrrecht, A./Tegethoff, D. (2020): Einleitung. In: *Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung* (Hrsg.): *Perspektiven qualitativer Forschung*. Weinheim/Basel, S. 9–23.
- Oliffe, J. (2005): Why not Ethnography? In: *Urologic Nursing*, 5. Jg., H. 25, S. 395–399.
- Pfadenhauer, M. (2017): Grenzziehungen, Grenzverläufe, GrenzgängerInnen. Zum kulturanalytischen Potenzial der Ethnografie. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, 18. Jg., H. 1., Art. 12.
- Pine, K.H./Bossen, C. (2020): Good organizational reasons for better medical records. The data work of clinical documentation integrity specialists. In: *Big Data & Society*, 7. Jg., H. 2, S. 1–13. <https://doi.org/10.1177/2053951720965616>
- Poferl, A./Schröer, N./Hitzler, R./Klemm, M./Kreher, S. (Hrsg.) (2020): *Ethnographie der Situation: Erkundungen sinnhaft eingrenzbarer Feldgegebenheiten*. Essen.
- Prior, L. (2003): *Using Documents in Social Research*. London/Thousand Oaks/New Delhi. <https://doi.org/10.4135/9780857020222>
- Razum, O./Kolip, P. (Hrsg.) (2020): *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim/Basel.
- Reichertz, J. (2021): Die coronabedingte Krise der qualitativen Sozialforschung. In: *Soziologie*, 50. Jg., H. 3, S. 313–335.
- Rogers, M.F. (1992): They All Were Passing: Agnes, Garfinkel, and Company. In: *Gender and Society*, 6. Jg., H. 2, S. 169–191. <https://doi.org/10.1177/089124392006002002>
- Savage, J. (2000): Ethnography and health care. In: *BMJ (Clinical research ed.)*, 321. Jg., H. 7273, S. 1400–1402. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7273.1400>
- Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.) (2002): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.16.5.305c>
- Scheffer, T. (2002): Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode – von den Grenzen der Beobachtbarkeit und ihrer methodischen Bearbeitung. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern, S. 351–374.
- Schnabel, P.-E./Bittlingmayer, U.H./Sahrai, D. (2009): Normativität und Public Health. Einleitende Bemerkungen in problempräzisierender und sensibilisierender Absicht. In: Bittlingmayer, U.H. (Hrsg.): *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden, S. 11–43. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-91762-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-531-91762-7_1)
- Schubert, C. (2018): Medizinische Reparaturkulturen. In: Krebs, S./Schabacher, G./Weber, H. (Hrsg.): *Kulturen des Reparierens*. Bielefeld, S. 327–346. <https://doi.org/10.1515/9783839438602-014>
- Schütz, A. (1972): Der Fremde. Ein sozialpsychologischer Versuch. In: Schütz, A. (Hrsg.): *Gesammelte Aufsätze: Band 2. Studien zur soziologischen Theorie*. Den Haag. [https://doi.org/10.1007/978-94-010-2849-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-94-010-2849-3_3)
- Seeck, F. (2021): *Care trans formieren. Eine ethnographische Studie zu trans und nicht-binärer Sorgearbeit*. Bielefeld. <https://doi.org/10.1515/9783839458358>

- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie*. 6. Auflage München/Jena.
- Strauss, A.L./Fagerlaugh, S./Suczek, B./Wiener, C. (1985): *Social Organization of Medical Work*. Chicago/London.
- Strübing, J. (2007): Anselm Strauss. Konstanz.
- Strübing, J./Hirschauer, S./Ayaß, R./Krähnke, U./Scheffer, T. (2018): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 47. Jg., H. 2, S. 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Unger, H.v. (2014): *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden.
- Unger, H.v./Dilger, H./Schönhuth, M. (2016): Ethikbegutachtung in der sozial- und kulturwissenschaftlichen Forschung? Ein Debattenbeitrag aus soziologischer und ethnologischer Sicht. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, 17. Jg., H. 3, Art. 20.
- Wax, R. (1979): Das erste und unangenehmste Stadium der Feldforschung. In: Gerdes, K. (Hrsg.): *Explorative Sozialforschung: einführende Beiträge aus "Natural sociology" und Feldforschung in den USA*. Stuttgart, S. 68–76.
- Wiedemann, L. (2019): *Self-Tracking. Vermessungspraktiken im Kontext von Quantified Self und Diabetes*. Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27158-9>