

Die Welt zusammen/denken: Krisen, Lebenswelten und Handlungsspielräume – ein Jahr Blog Medizinethnologie

Datum : 15. Dezember 2015

Vor einem Jahr erschienen die ersten Beiträge des Blogs „medizinethnologie.net“. Erster inhaltlicher Schwerpunkt war, mit gleich fünf in kurzer Folge erscheinenden Texten, das große Krisenthema des Jahres 2014: [Ebola in Westafrika](#). Inzwischen, im Dezember 2015, sind wir viele Krisen weiter – und die Distanz zu dem, was die „Weltgemeinschaft“ und auch uns als Moderatoren dieses Blogs vor einem Jahr so intensiv beschäftigte, erscheint weit zurückliegend. Heute sind die „Flüchtlingskrise“ und der mit den Anschlägen von Paris endgültig vor unserer Haustür angekommene Terror die alles dominierenden Themen. Ebola erscheint wieder sehr weit weg; Sierra Leone, Guinea und Liberia ebenso; genauso wie viele andere Länder und Regionen unserer zunehmend vernetzten, aber gleichzeitig auch fragmentierten Welt. Die Lebenswelten von Ebola-Betroffenen und Überlebenden sind wieder fern und bleiben fremd. Dasselbe gilt allerdings, trotz räumlicher Nähe, auch für diejenigen Menschen, die nach ihrer Flucht über das Mittelmeer oder die Balkanroute in einer Erstaufnahmeeinrichtung irgendwo in Deutschland versuchen, gesund über den Winter zu kommen ([Leydel 2015](#)). Es gilt für ausländische Ärzt_innen, die zum Beispiel in Thüringen für ihren Zugang auf den deutschen Arbeitsmarkt büffeln ([Schnepf 2015](#)) und für diejenigen Fragenden und Hoffenden, die mit einem Sufi-Heiler Berliner Türme und Baudenkmäler als sakrale, heilende Orte erfahren und nutzen ([Selim 2015](#)).

Mit der Einrichtung dieses Blogs hatten die [Arbeitsgruppe Medical Anthropology](#) in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e.V. und wir als Blogmoderatoren uns vorgenommen, ein Forum zu schaffen für vielfältige ethnologische Beiträge zu „Körper, Gesundheit und Heilung in einer zunehmend vernetzten Welt“ – so der Untertitel des Blogs. Wo stehen wir nach einem Jahr? Was kam bei uns „nach Ebola“? Wir wollen diese Frage in diesem Text auf zwei Ebenen behandeln, wobei die erste – die quantitative – interessant aber recht schnell beantwortet ist. Was die Anzahl der Beiträge sowie die Nutzung und Verbreitung des Blogs angeht, wurden unsere Erwartungen weit übertroffen: 19 Beiträge zu einer Vielfalt von Themen wie Ebola, Albinismus, Flucht, Public Health-Forschungen und Sexarbeit, in den verschiedensten Kategorien (Forschungsbeiträge, Interviews, Rezensionen und *Think Pieces*) und von Autor_innen unterschiedlicher akademischer Qualifikationsstufen. Eine kontinuierlich wachsende Leser_innenschaft, die unsere Blogseiten inzwischen beinahe 17.000 Mal angeklickt hat, und die stetig zunehmende Anzahl von Verlinkungen über soziale Medien wie [Facebook](#) und [Twitter](#) sowie andere Websites^[1] belegen die positive Resonanz. Mindestens ebenso spannend ist jedoch die Frage nach unserem inhaltlichen Resümee: Welches Bild von der Medizinethnologie vermittelt unser Blog, was hat er in einem Jahr an Themen, Zugängen und Einsichten geboten? Gibt es so etwas wie einen gemeinsamen Nenner, jenseits aller thematischen, geographischen und methodischen Vielfalt?

Mit dem vorliegenden Text schauen wir als Blogmoderatoren auf die Texte und Diskussionen

des vergangenen Jahres zurück und skizzieren, zu welchen Debatten und Themenfeldern der Blog auch in Zukunft einen Beitrag leisten will. Gleichzeitig zeigen wir, dass die Beiträge dieses Blogs exemplarisch verdeutlichen, in welcher markanter Weise das Diktum der Welt als „globales Dorf“ (Marshall McLuhan) in den letzten Jahren an neuer Bedeutung gewonnen hat. Mit der Metapher des „Zusammen/denkens“ gegenwärtiger Entwicklungen im Bereich von Medizin, Gesundheit und Befindlichkeit weltweit beziehen wir uns dabei nicht nur auf die Einsicht, dass räumlich entfernte Phänomene und Lebenszusammenhänge in oft unvermittelter Weise zueinander in Beziehung treten können – und dass Phänomene wie „Ebola“ und „Flucht“ sowohl in wissenschaftlichen als auch gesellschaftlichen Debatten häufig in ebendieser gegenseitigen Durchdringung wahrgenommen werden. Auch sehen wir die Notwendigkeit, die Komplexität solcher globalen Vernetzungen – die das stetige Zusammenwachsen ebenso wie die parallel zunehmende Fragmentierung der Welt umfasst – auch aus medizinethnologischer Sicht weitaus systematischer zu denken als bisher. Hierfür benötigen wir nicht nur eine Stärkung inter- und transdisziplinärer Perspektiven, die der Vielfalt methodischer, theoretischer und gesellschaftspolitischer Positionen in Debatten über Medizin, Gesundheit und Befindlichkeit tatsächlich gerecht wird und sie in ihrer gegenseitigen Positionierung kontinuierlich reflektiert. Es bedarf auch neuer Foren der Vermittlung an den Schnittstellen von Wissenschaft und Gesellschaft, die neue Formen der Kommunikation und Wissensproduktion ermöglichen. Der Blog Medizinethnologie ist *eine* Möglichkeit, diesen Weg zu gehen.

Vernetzt und fragmentiert, oder: Die Zukunft der Globalisierung hat schon lange begonnen

Vernetzt und immer enger verbunden, aber gleichzeitig fragmentiert: Bei der Mehrheit der Blogbeiträge im letzten Jahr standen Aspekte von Gesundheit und Krankheit, Körperlichkeit und Heilung in unterschiedlichsten lokalen Lebenswelten und sozialen Räumen im Mittelpunkt. Dabei zeigten die Beiträge deutlich, dass sich etablierte Grenzziehungen zwischen dem „globalen Süden“ und „globalen Norden“ – oder auch „dem Westen“ und „Nicht-Westen“ – Anfang des 21. Jahrhunderts nicht länger aufrechterhalten lassen. Und sie verdeutlichen exemplarisch, was dies für das breite Themenfeld von Medizin, Krankheit und Gesundheit konkret bedeuten kann.

Mit *Global Health* wurde in den letzten Jahren im Bereich der Gesundheitspolitik ein Ansatz etabliert, der ebendiesem Aspekt einer „zusammenwachsenden Welt“ Rechnung trägt. Gemäß der *Global Health*-Agenda sind gesundheitliche Herausforderungen heute nicht nur durch international grenzüberschreitende Bewegungen – von Viren und Krankheiten, Patient_innen oder Gesundheitspersonal – geprägt. Auch ist dieser Ansatz durch das politische und gesellschaftliche Bewusstsein motiviert, dass gegenwärtige Herausforderungen im Bereich von Medizin und Gesundheit häufig nicht allein durch nationalstaatliches oder internationales (und dabei meist bilaterales) Handeln, sondern nur durch multinationale ebenso wie inter- und transdisziplinäre Lösungsansätze bewältigt werden können. Dabei stellt sich jedoch die Frage, ob mit dem neuen Begriff „Global Health“ in der Tat auch eine *neue* Perspektive verbunden ist, zum Beispiel im Hinblick auf eine differenzierte Berücksichtigung der soziokulturellen, politischen und ökonomischen Aspekte und Dynamiken von Krankheit, individueller und kollektiver Gesundheit, von Heilung und Gesundheitspolitik in einer globalisierten Welt? Oder

orientiert sich die *Global Health*-Agenda nicht nach wie vor – explizit oder auch nur implizit – an einander ausschließenden Kategorien des „Globalen Südens“ und „Globalen Nordens“ und favorisiert weiterhin Lösungsansätze für medizinische und gesundheitliche Herausforderungen entlang historisch angelegter Denkstrukturen und Machtgefälle zwischen „Hier“ und „Dort“ oder „entwickelter“ und „unterentwickelter“ Welt?

Wie etwa Meyers & Rose Hunt (2014) in ihrem Text „The Other Global South“ zeigen, gibt es in urbanen Kontexten der USA und der Demokratischen Republik Kongo heute eine signifikante Parallele zwischen verfallenden Infrastrukturen im Kontext staatlicher Sparprogramme, und einer damit einhergehenden Zunahme von Armut, Kriminalität und *public health emergencies*. Die „Finanzkrise“ und die Beispiele Griechenlands und Spaniens wiederum zeigen, dass sich die Implementierung von Strukturprogrammen im Kontext politischer und ökonomischer Abhängigkeiten – und die drastische Auswirkung auf die Gesundheitssysteme (wie die Zunahme von Infektionskrankheiten und der Säuglingssterblichkeit) – nicht nur in Ländern Afrikas und Lateinamerikas, sondern unmittelbar vor unserer eigenen Haustür ereignen (Kehr 2014; Kentikelenis et al. 2014; Stuckler & Basu 2013).

Beispiele wie „Ebola“ und „Flucht“ schließlich verweisen darauf, dass die als gegeben angenommenen Grenzziehungen zwischen einem als sicher definierten „Westen“ – der durch stabile *Public Health*- und Sozialsysteme gekennzeichnet ist – sowie einem als ressourcenarm und defizitär angenommenen „Rest der Welt“ – der bislang vor allem als Objekt der *Global Health*-Agenda fungierte – sehr schnell bedeutungslos werden können. Wie Comaroff & Comaroff in ihrem Buch *Theory from the Global South* (2012) schreiben, liegt die Zukunft des „Globalen Nordens“ in den Ländern des „Globalen Südens“: Letztere haben im Zuge kolonialer und postkolonialer Regierungskonstellationen, sowie der Etablierung einer neoliberalen Wirtschaftsordnung in den letzten Dekaden, zahlreiche Prozesse und Erfahrungen bereits durchlaufen, die auf die ehemaligen kolonialen Metropolen (teilweise) erst noch zukommen werden. Diese Zukunft beinhaltet nicht nur die destruktiven Tendenzen eines global expandierenden Spätkapitalismus, die sich in der Kontinuität von Krisenerfahrungen und der zunehmenden Verschärfung gesellschaftlicher Gegensätze manifestieren. Auch bezieht sie sich auf die – teils kreativen, teils erzwungenen – Antworten, die Menschen in der südlichen Hemisphäre in Bezug auf solche Dynamiken und Herausforderungen bereits gefunden haben.

Die Texte des Blogs zeigen, dass weit weg verortete Krisen zu Herausforderungen für Gesellschaften des Globalen Nordens werden und dort nachhaltige Unsicherheiten in Bezug auf Grenzziehungen zwischen dem „Hier“ und „Dort“ sowie dem „Wir“ und den „Anderen“ hervorrufen können (Kehr 2015; Leydel 2015). Des Weiteren verweisen die Beiträge darauf, dass Menschen unter oft prekären Lebensbedingungen Strategien des Über- und Zusammenlebens entwickeln (Abdalla 2015; Wilhelm-Solomon 2015) – und hierbei zunehmend auch im globalen Norden von humanitären Interventionen und Freiwilligen-Initiativen unterstützt werden, die zu einem festen Bestandteil gesellschaftlicher und politischer Ordnungen weltweit geworden sind (Bochow 2015; Brocco 2015; Castañeda 2011; Fassin 2011; ; Huschke 2013). Schließlich fokussieren die Blogbeiträge auf die alltäglichen Ideen und Handlungsweisen, die die Lebenswelten unterschiedlichster Akteur_innen im Kontext global und transnational vernetzter medizinischer Landschaften kennzeichnen. Sie legen damit nicht nur den Blick frei auf Phänomene der Einschreibung religiös-spirituelle Sufipraktiken in den räumlichen und

sozialen Alltag einer nordeuropäischen Großstadt wie Berlin, die lange als „Hauptstadt des Atheismus“ galt ([Selim 2015](#)). Auch machen sie beispielsweise die Erfahrungen sichtbar, die internationale Fachärzt_innen bei ihrer Wanderung in das deutsche Gesundheitssystem machen und die oft durch umfassende, über die medizinische Praxis hinausweisende Aspekte der Bürokratisierung, Fremdheit und institutionellen Hierarchisierung gekennzeichnet sind ([Schnepf 2015](#)).

Es ist uns als Moderatoren des Blogs wichtig zu betonen, dass die Akzentuierung von Kreativität und Handlungsoptionen im Lebensalltag von Menschen weltweit nicht ausblenden soll, dass Machtbeziehungen und strukturelle Gewalt die Handlungsspielräume einzelner Personen und ganzer Gruppen in spezifischen Situationen nachhaltig begrenzen. Wenn Sexarbeiter_innen in Berlin Verbesserungsmöglichkeiten der rechtlichen, medizinischen und sozialen Situation in ihrem Arbeitsalltag benennen und einfordern, bedeutet dies nicht, dass gesellschaftliche Abhängigkeiten und Strukturen die Aufnahme und Ausübung von Sexarbeit *nicht* bestimmen können ([Probst 2015](#)). Eine rechtliche Regelung allerdings, die die Erfahrungen und die Expertise der betroffenen Personen in weiten Teilen einfach ausblendet, wird letztlich keine greifbaren Verbesserungen dieser größeren Strukturen und Abhängigkeiten zur Folge haben.

Auch schreiben sich neoliberale Wirtschaftslogiken, Gewalt- und Krisenereignisse, und der konstante Rückbau staatlicher Wohlfahrtsstrukturen nachhaltig in das Bewusstsein von Menschen und ganzen Bevölkerungsteilen ein; und die begrenzten Möglichkeiten, unter diesen Bedingungen für körperliches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, sind in vergleichsweise atemberaubender Geschwindigkeit zu einem festen, oft nicht weiter hinterfragten Bestandteil der Alltagserfahrungen in Großstädten weltweit geworden ([Abdalla 2015](#); Keshavjee 2014). Die zunehmende Verlagerung gesundheits- und sozialpolitischer Interventionsmodi auf humanitäre Maßnahmen schließlich schafft Raum für willkürliche, oft auf moralischen Diskursen basierende Entscheidungen und Ressourcenzuweisungen (Fassin 2011; Ticktin 2006), die dann wiederum zu erhöhter Unsicherheit unter vulnerablen Personengruppen beitragen und gleichzeitig Raum für die Etablierung teils wertkonservativer bzw. polarisierender zivilgesellschaftlicher Interventionen werden ([Ecke 2015](#)). Im Zuge immer wieder neu definierter „Ausnahmesituationen“ – und ihrer moralischen Bewertung – kommt es somit zu einer zunehmenden Fragmentiertheit gesundheitsbezogener Handlungs- und Erfahrungsräume, die die Gegensätze und Abhängigkeit zwischen denjenigen, die „helfen“ und denjenigen, die „Hilfe empfangen“, immer wieder neu festschreiben. Solche Momente des humanitär motivierten Nothandelns können ebenso durch Solidarität und Empathie, als auch durch Dynamiken der Abgrenzung, Fremdheit und des Misstrauens charakterisiert sein ([Beisel & Dilger 2014](#); [Menzel 2014](#); [Schroven 2014](#)).

Als (Medizin-)Ethnolog_innen sehen wir es als unsere Aufgabe an, solche Tendenzen, Widersprüche und Reibungen in einer zunehmend inderdependenten Welt offenzulegen und kritisch zu hinterfragen. Unsere Aufgabe ist es dabei, global und translokal verflochtene Erfahrungsräume von Vulnerabilisierung, Prekarisierung und Hierarchisierung – sowie der politischen, ökonomischen und sozialen Architekturen, die diese Dynamiken weltweit in sehr ähnlicher Weise hervorbringen – zu markieren und zu analysieren. Gleichzeitig wollen wir jedoch betonen, dass Ethnolog_innen nicht allein für die Untersuchung besonders vulnerabler

Gruppen oder Alltagssituationen, sondern auch von sozial privilegierteren Personen und Lebenszusammenhängen zuständig sind, und dabei insbesondere die Wechselwirkungen, und teils spannungsreichen Dynamiken, zwischen sozial und kulturell hochdiversen Erfahrungs- und Handlungsräumen in den Blick nehmen.

Des Weiteren möchten wir ein Bewusstsein dafür erzeugen, dass die Identifikation von Handlungsspielräumen zwar auf eine Verbesserung individueller und kollektiver Lebenssituationen in bestimmten Situationen verweisen kann – dass damit aber keine Legitimation für die Festschreibung ebendieser sozialen, ökonomischen und politischen Konfigurationen in einer vernetzten Welt geschaffen werden soll. Wir wollen in diesem Blog konsequent – und mit Blick auf spezifische lokale Situationen – der Frage nachgehen, wie die „Architektur“ dieser global und transnational vernetzten Welt entstanden ist, und in welcher Weise grundsätzlich andere Denk- und Herangehensweisen überhaupt noch möglich sind, die gerechtere Formen des Zusammenlebens in der postkolonial-globalen Ordnung hervorbringen können. Trotz unseres Fokus auf kulturelle und soziale Vielfalt in Bezug auf menschliche Befindlichkeiten halten wir damit eine anhaltende Diskussion über globale gesundheitliche Standards – zum Beispiel von „Gesundheit als Menschenrecht“ (Ely Yamin 2015; Farmer 2005) – und das Nachdenken über möglicherweise utopisch erscheinende Gesellschaftsentwürfe weiterhin für unerlässlich.

Methodologische Tiefe, Transdisziplinarität und Engagement

Welche Art ethnographischen Forschens und medizinethnologischen Arbeitens ist überhaupt notwendig, möglich und wünschenswert in einer Welt, die sich nicht alleine im Zug krisenhafter Szenarien immer stärker „verdichtet“? Diese Frage möchten wir in diesem Abschnitt zunächst im Hinblick auf methodologische Aspekte erörtern: Wie viele der im vergangenen Jahr erschienenen Blogbeiträge zeigen, ergibt sich der spezifische Erkenntnisgewinn (medizin-)ethnologischer Analysen von aktuellen, politisch kontrovers diskutierten und medial überaus präsenten Themen wie Ebola in Westafrika oder der sogenannten Flüchtlingskrise in Europa insbesondere daraus, wie „genuin ethnologische“ Forschungsvorhaben methodisch angelegt sind.

So beinhalten Letztere in der Regel mehrmonatige Feldaufenthalte in den jeweiligen regionalen Kontexten, den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses mit lokalen Akteur_innen, das tiefe Kennenlernen lokaler politischer Strukturen und gesellschaftlicher Wertvorstellungen, und oftmals tiefgreifender innergesellschaftlicher Spannungsverhältnisse. Auch ermöglicht erst der empirisch fundierte Einblick in lokale Situationen eine kritische Analyse der Verflechtungen dieser Lebenswelten mit überregionalen und globalen politisch-ökonomischen Prozessen. Gerade die Texte zur Arbeit mit moralisch stigmatisierten oder sozial und ökonomisch marginalisierten Forschungsteilnehmer_innen – wie beispielsweise die „kommodifizierten“ Patient_innen in Kairo ([Abdalla 2015](#)) oder die Sexarbeiter_innen in Berlin ([Probst 2015](#)) – zeigen dabei, dass nur eine behutsame und sensible Annäherung – also nicht eine lediglich im Rahmen einer qualitativen Schnellerhebung erfolgte einmalige Kontaktaufnahme – sowie eine dichte Teilnahme am Lebensalltag von Personen(-Gruppen) die Annäherung an deren emische

Perspektive ermöglicht. Die Repräsentation dieser Innensichten wiederum ist unverzichtbar, da sie oftmals in zentraler Weise zur Hinterfragung sozialer Konfigurationen, Ungleichheiten und Machtkonstellationen anregt – gerade wenn diese Konfigurationen beispielsweise von privilegierten Akteur_innen innerhalb einer spezifischen Gesellschaft, aber auch von Vertreter_innen „professioneller Kulturen“ wie des öffentlichen Gesundheitswesens oder des Forschungs- und Arbeitsfelds *Global Health*, bereits als gegeben angenommen werden (Adams, Burke & Whitmarsh 2014; Pigg 2013).

Gleichzeitig soll diese Formulierung eines „Idealtypus“ ethnographischen Arbeitens aber nicht bedeuten, dass Ethnolog_innen sich nur dann in öffentlichen Debatten zu gesundheitsbezogenen Themen und Problemlagen zu Wort melden können, wenn sie selbst bereits über umfassende Forschungserfahrung in dem entsprechenden thematischen und regionalen Kontext verfügen. Nicht zuletzt aufgrund ihres theoretischen Grundverständnisses der komplexen kulturellen, sozialen und politischen Verfasstheit von Gesundheit und Krankheit – sowie ihres Einblicks in bestimmte regionale Zusammenhänge, den sie anhand der Arbeiten ihrer Kolleg_innen mit entsprechender Expertise auch unabhängig von einem aktuell auftauchenden Thema haben – sind sie selbst ohne diese Vorbedingung in der Lage, spezifisch ethnologische und kritische Perspektiven in öffentlich-mediale Diskussionen einzubringen. Die im Blog veröffentlichte Stellungnahme zu einem Zeitungsartikel mit dem Titel „Böser Zauber Ebola: Ethnologen im Hilfseinsatz“ ([Beisel, Menzel, Park, Schroven & Umlauf 2014](#)), Janina Kehrs „Denkeinstieg“ zur aktuellen „Flüchtlingskrise“ ([Kehr 2015](#)) sowie Eva Jansens ([2015](#)) Buchrezension zu „Interkulturalität und Ethik“ dienen hier als gute Beispiele.

Unentbehrliche Voraussetzung für inhaltlich substanzielles ethnographisches Arbeiten ist allerdings eine grundsätzliche methodologische, theoretische und konzeptuelle Offenheit, die es erlaubt, flexibel auf spezifische soziale Situationen und Dynamiken *in situ* einzugehen und vorherige Forschungshypothesen und Fragenkataloge gegebenenfalls zu modifizieren. Nur durch eine solche methodologische Offenheit und Freiheit – die allerdings explizit nicht mit forschungsethischer Willkür verwechselt werden darf^[2] – können (medizin-)ethnologische Forscher_innen beispielsweise auch auf nicht vorhersehbare Ereignisse reagieren oder Perspektiven unerwartet in Erscheinung tretender Akteur_innen mit in die Analyse einschließen. Nur auf diese Weise wiederum werden Forschungsergebnisse gewährleistet, welche die kulturelle, soziale und politische Heterogenität und Komplexität des jeweiligen lokalen Forschungskontexts abbilden, andererseits aber auch den bisweilen radikalen und sich schnell ereignenden globalen Transformationsprozessen Rechnung tragen, die diesen Kontext maßgeblich beeinflussen.

Im Sinne einer möglichst geringen Prädeterminierung medizinethnologischer Forschung sprechen wir uns daher gegen eine allzu starke Formalisierung und Bürokratisierung der ethischen Überprüfung (medizin-)ethnologischer Forschungsvorhaben in Analogie zur ethischen Begutachtung medizinischer Forschungsprojekte – oder zur Praxis in allen Humanwissenschaften in den USA – aus ([Dilger 2015](#)). Die genaue Angabe von Forschungsorten, -methoden, -teilnehmer_innen und -fragen zur Voraussetzung der Vergabe einer Forschungs- bzw. Ethikgenehmigung zu machen – wie es im angelsächsischen Raum bereits vielerorts der Fall ist ([McBride 2015](#)) –, vor allem aber die Abweichung von diesen apriorischen Angaben während der eigentlichen Forschung mit dem Entzug der Erlaubnis zu

sanktionieren, halten wir für eine dem ethnographischen Anliegen diametral entgegengesetzte Praxis (Dilger, Huschke & Mattes 2015).

Neben den forschungsmethodischen und -ethischen Fragestellungen möchten wir unser Augenmerk in diesem Abschnitt aber auch auf die Frage des Engagements von Medizinethnolog_innen richten. Im Hinblick auf die eklatante medizinische Unterversorgung von Flüchtlingen, Asylbewerber_innen und undokumentierten Migrant_innen in Deutschland und weltweit (Castañeda et al. 2015; Hanewald et al. 2015; Huschke 2013) – um nur ein aktuelles Beispiel unter vielen Manifestationen struktureller Gewalt und sozialer Ungleichheit herauszugreifen – liegt es unseres Erachtens auf der Hand, dass medizinethnologisches Forschen und Arbeiten sich nicht auf distanziert-wissenschaftliche Analysen beschränken muss und darf. Abgesehen von der Frage, wo Medizinethnolog_innen sich selbst an der Schnittstelle von Forschung, politischem Aktivismus und praktischer Hilfestellung positionieren (Huschke 2015), sollten Forscher_innen verstärkt Bemühungen anstellen, ihre Untersuchungsergebnisse in einer Sprache und einem Format zugänglich zu machen, die beispielsweise auch von politischen Entscheidungsträger_innen und Behördenmitarbeiter_innen rezipiert und verstanden werden können. Auch wenn Letztere Situationen sozialer Marginalisierung in der Praxis zwar oftmals mitverursachen, bedeutet dies nicht, dass sie solche Strukturen *nicht* kritisch reflektieren würden oder diese nicht auch nachhaltig verbessern könnten (Singer 2012; Whiteford & Manderson 2000).

In diesem Zusammenhang kann und sollte medizinethnologisches Engagement des Weiteren bedeuten, sich aktiv für eine zunehmende Transdisziplinarität im Feld der Gesundheitsforschung und -intervention einzubringen. Wie der Beitrag von Ruari McBride (2015) zeigt, kann die Mitarbeit in inter- und transdisziplinären Forschungsverbänden im Bereich der Medizin und Gesundheitswissenschaften mit einer überwiegend positivistischen Grundausrichtung Ethnolog_innen vor verschiedenste Herausforderungen stellen. So besteht eine grundsätzliche Schwierigkeit einerseits darin, Kolleg_innen aus anderen Disziplinen den Erkenntnisgewinn verständlich zu machen, der sich aus ethnographischen Fallstudien ergibt: Erstere wiederum sehen dabei die Ergebnisse systematischer evaluativer (und in der Regel quantifizierender) Methoden in der Regel als „hochwertigere Evidenz“ an (vgl. Pigg 2013; Adams, Burke & Whitmarsh 2014).

Andererseits schwimmen Sozialwissenschaftler_innen mit einem vorrangigen Interesse an der Einbettung individueller Leidenserfahrungen in größere, die Gesundheit und Gestaltungsspielräume einzelner Menschen einschränkende politische und ökonomische Prozesse möglicherweise „gegen den Strom“. Denn im Gegensatz zu diesem Anliegen besteht die Zielsetzung von Interventionen im Bereich der *Public Health* vornehmlich darin, als rational und eigenständig handelnd verstandene Subjekte zu einer selbstverantwortlichen Veränderung ihrer „gesundheitsschädlichen“ Verhaltensweisen zu bewegen (Petersen & Lupton 1996). Dass sich die Mühe aber lohnt, Forschungsergebnisse nicht nur „anwendbar“ zu machen, sondern auch soziale und kulturelle Dynamiken im Bereich von Gesundheit und Medizin *grundlegender* zu hinterfragen, zeigen eine Vielzahl von Kooperationen zwischen Medizinethnolog_innen, Medizinern_innen, Epidemiolog_innen und Public Health Expert_innen: Deren nachhaltiger Erfolg ist insbesondere auf die „epistemologische Gleichstellung“ fundierter ethnographisch-qualitativer Methoden mit quantitativ-standardisierten Verfahren sowie den Konsens über die

Notwendigkeit einer solchen Kontextualisierung zurückzuführen (Luby 2013; Obrist 2010).

Dies führt schließlich zu einer weiteren Form von Engagement, das wir besonders angesichts immer stärkerer Tendenzen zur Ökonomisierung, Technologisierung und Medikalisierung sowohl innerhalb staatlicher Gesundheitsversorgung als auch globaler, verstärkt durch transnational agierende Nichtregierungsorganisationen durchgeführter Gesundheitsprogramme als essenziell ansehen. So sollten sich Medizinethnolog_innen kontinuierlich darum bemühen, unter Angehörigen gesundheitsbezogener Berufsgruppen und in medizinischen und politischen Institutionen ein Verständnis von Krankheit und Leiden zu schärfen, das der fundamental sozialen und moralischen Konstitution dieser existenziellen menschlichen Erfahrungen Rechnung trägt (s. [Interview mit Arthur Kleinman](#) in diesem Blog), gleichzeitig aber auch den Blick auf politisch-ökonomische Dimensionen ihrer Verursachung öffnet. Nur das konsequente Zusammendenken der *local moral worlds* (Kleinman 2006) von Krankheit, Not, und Leid betroffener Menschen mit den diese Mikrowelten maßgeblich prägenden, politisch induzierten globalen „Epidemiologien der Ungleichheit“ (Heggenhougen 2005; s. auch WHO 2008) ermöglicht eine Perspektive auf Gesundheit, Krankheit und Befindlichkeit im weitesten Sinne, die weder dem neoliberal gedachten, selbstverantwortlichen Subjekt allein die Schuld für seine Situation zuweist, noch einzelnen Menschen jegliche Handlungsmacht im Kontext globaler Machtstrukturen abspricht.

Perspektiven, oder: „Wohin führt die Medizinethnologie?“

Mit dem Blog Medizinethnologie haben wir uns als Moderatoren die Aufgabe gesetzt, einer breiten Leser_innenschaft Texte zugänglich zu machen, die einen ethnographisch-empirisch fundierten Einblick in aktuelle Forschungsthemen und -orte unserer Disziplin geben. Insbesondere wollen wir mit diesem Forum ein Verständnis dafür schaffen, dass Erfahrungen und Praktiken rund um Krankheit, Heilung und Gesundheit – und Befindlichkeit im weitesten Sinn – weltweit mit den sozialen, kulturellen, ökonomischen und moralischen Gegebenheiten einer globalisierenden Welt verbunden sind. Gleichzeitig wollen wir zeigen, dass diese Erfahrungen und Praktiken zwar einerseits in hohem Maße von Gemeinsamkeiten ebenso wie globalen und transnationalen Vernetzungen geprägt sind, dass die „medizinische Globalisierung“ (Wolf & Hörbst 2003) aber auch durch wachsende Fragmentiertheit und Disparität in individuellen und kollektiven Lebenswelten und Handlungsspielräumen gekennzeichnet ist.

Mit Blick auf das große Potenzial und die Herausforderungen, die die Beschäftigung mit individueller und kollektiver Befindlichkeit in einer ebenso vernetzten wie ungleichen Welt mit sich bringt, stehen Medizinethnolog_innen in der Pflicht, ihre Erkenntnisse sowohl in inter- als auch transdisziplinäre Zusammenhänge einzubringen. Der Beitrag des Fachs geht hierbei deutlich darüber hinaus, als allein auf die vielfältigen Konvergenzen und Differenzen in den Befindlichkeiten von Menschen weltweit – und den lokalspezifischen Bedingungen, die diese jeweils konstituieren – hinzuweisen. Vielmehr sehen wir das Fach auch in der Pflicht, anhand der kontinuierlichen (Weiter-)Entwicklung theoretischer Konzepte über disziplinäre Grenzen hinweg darauf hinzuweisen, wie der Aspekt „des Sozialen“ die Lebensbereiche Gesundheit,

Medizin und Krankheit weltweit prägen kann.

Konzepte wie „strukturelle Gewalt“ (Farmer 2005; [Farmer et al. 2006](#)) „Social Suffering“ (Kleinman, Das & Lock 1997), „strukturelle Vulnerabilität“ (Quesada, Hart & Bourgois 2011) oder „Deservingness“ (Willen 2012) werden zunehmend auch in Forschungs- und Praxiszusammenhängen jenseits der Medizinethnologie rezipiert und fruchtbar gemacht. Solche Konzepte besitzen hohes Potenzial für eine interdisziplinär angelegte, und politisch fundierte Auseinandersetzung über Medizin und Gesundheit, da sie neue Ebenen der Reflexion einbringen und möglicherweise zu einer grundlegenden methodischen und inhaltlichen Neuausrichtung von Gesundheitsinterventionen im Bereich von *Global* oder *Public Health* führen können. Theorie ist in dieser Perspektive kein „Ballast“, der gesundheitspolitisches Handeln unnötig „blockieren“ würde, sondern ein wichtiger Bestandteil, um die Grundbedingungen – und Grenzen – von Interventionen im Bereich von Medizin und Gesundheit systematischer, und damit auch effektiver, zu denken (Hanna & Kleinman 2013; Kleinman 2010).

Wie ein solches Engagement des Fachs im deutschsprachigen und näheren europäischen Umfeld aussehen kann, wollen wir abschließend mit Blick auf zwei aktuelle Initiativen beleuchten. Einerseits mit Bezug auf den Bericht der *Lancet Commission of Culture and Health*, der im Oktober 2014 im *Lancet* veröffentlicht wurde und der auf die Bedeutung von „Kultur“ im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit verweist (Napier et al. 2014). Dieser, vorwiegend von Ethnolog_innen verfasste Bericht nimmt ein breites Verständnis von Kultur ein, das sowohl Praktiken und Ideen rund um Gesundheit, Krankheit und Medizin umfasst als auch die „Kultur“ des Gesundheitssystems – oder, spezifischer, einer Gesundheitseinrichtung, Klinik etc. – selbst.

Das andere Beispiel ist der im Juni 2015 veröffentlichte Bericht „Public Health in Germany“, der von drei großen Wissenschaftsakademien (Leopoldina, acadtech & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften 2015) vorgelegt wurde und der bestehende Initiativen in Deutschland in Bezug auf lokale, nationale und globale gesundheitliche Herausforderungen beleuchtet. Während in diesem Bericht ebenfalls eine Intensivierung inter- und transdisziplinärer Zusammenarbeit gefordert wird, wird die Ethnologie (bzw. hier: *anthropology*) in diesem Zusammenhang nur stichwortartig als *ein* möglicher disziplinärer Ansatz unter vielen anderen erwähnt, und im Fach zentrale Analysekategorien wie „Kultur“ oder „Diversität“ sind kaum nennenswert vertreten.

Beide Berichte haben somit einen sehr spezifischen (regionalen, inhaltlichen und disziplinären) Fokus, und räumen den Ansätzen und Themen der Medizinethnologie auf sehr unterschiedliche Weise Raum ein. Gleichzeitig sehen wir in der Veröffentlichung dieser Berichte aber wichtige Schritte in Bezug auf ein breit angelegtes Denken und Handeln im Bereich Medizin und Gesundheit, das zunehmend auf eine Öffnung und Kommunikation über disziplinäre und akademische Grenzen hinweg abzielt. In den Handlungs- und Diskussionsspielräumen, die sich hier auftun, wollen wir uns auch als Medizinethnolog_innen in Zukunft noch stärker beteiligen.

Fußnoten

[1] siehe z.B. <http://savageminds.org/2015/08/10/around-the-web-digest-week-of-august-2/>;
<http://www.antropologi.info/blog/ethnologie/2014/ethnologie-blogs>

[2] Siehe Ethikerklärung der AG Medical Anthropology abrufbar auf
<http://www.medicalanthropology.de/ethikerklaerung/>

Dank

Unser besonderer Dank gilt allen Autor_innen, die in wesentlicher Weise zur Herausbildung des inhaltlichen Profils des Blogs im ersten Jahr seines Bestehens beigetragen haben. Des Weiteren möchten wir Ursula Probst und Max Schnepf für ihren intensiven Einsatz im Bereich der sozialen Medien danken, die zu einer stetig wachsenden Leser_innenschaft via Facebook und Twitter geführt hat.

Die Autoren sind seit Dezember 2014 Moderatoren des Blogs Medizinethnologie:

Hansjörg Dilger ist Professor für Medizin- und Religionsethnologie am Institut für Sozial- und Kulturanthropologie der Freien Universität Berlin. Zwischen 2004 und 2010 war er Vorsitzender der Arbeitsgruppe Medizinethnologie in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e.V. Er forscht zu Themen rund um Gesundheit, Religion und Bildung im ländlichen und urbanen Tansania.

Dominik Mattes ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozial- und Kulturanthropologie der Freien Universität Berlin und Vorsitzender der Arbeitsgruppe Medizinethnologie in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e.V. Im Rahmen seines Dissertationsprojektes erforschte er die ökonomischen, sozio-kulturellen, moralischen und religiösen Dimensionen der Implementierung einer globalen Gesundheitsintervention (antiretrovirale HIV-Therapie) im nordöstlichen Tansania.

Michael Knipper ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin und Koordinator des „Schwerpunktcurriculum Global Health“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen, sowie Ko-Vorsitzender des Ausschusses „Interkulturelle Kompetenz und Global Health“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Er arbeitet medizinhistorisch und -ethnologisch zu medizinischem Pluralismus, Medizin und Migration sowie Gesundheit als Menschenrecht.

Referenzen

Abdalla, Mustafa. 2015. Productive Pathologies: Poverty, Biovalue and Commodification of Disease in Urban Egypt. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/productive-pathologies/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Adams, Vincanne, Nancy J. Burke & Ian Whitmarsh. 2014: Slow Research: Thoughts for a Movement in Global Health. In: Medical Anthropology 33 (3), 179-197.

Beisel, Ulrike, Anne Menzel, Sung-Joon Park, Anita Schroven & René Umlauf, 2014. Ebola, Medien und Ethnologie – Offener Brief zum SZ-Artikel „Böser Zauber Ebola“. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/ebola-medien-ethnologie/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Beisel, Ulrike & Hansjörg Dilger. 2014. Die Ebolakrise aus Sicht der Medizinethnologie: von Misstrauen zu lokal angepasster Patientenversorgung. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/ebolakrise-aus-sicht-der-medizinethnologie/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Bochow, Astrid. 2015. „We Are Only Helping!“ Volunteering and Social Media in Germany's New „Welcome Culture“. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/volunteering-and-social-media-in-germanys-new-welcome-culture/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Brocco, Giorgio. 2015. People with Albinism and Humanitarian NGOs in Tanzania: Identities between Local and Global Worlds. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/people-with-albinism-in-tanzania/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Castañeda, Heide 2011. Medical Humanitarianism and Physicians' Organized Efforts to Provide Aid to Unauthorized Migrants in Germany. In: Human Organization 70 (1), 1–10.

Castañeda, Heide, Seth Holmes, Daniel Madrigal, Maria-Elena De Trinidad Young, Naomi Beyeler & James Quesada. 2015. Immigration as a Social Determinant of Health. In: Annual Review of Public Health 36, 375-392.

Comaroff, Jean & John L Comaroff. 2011. Theory from the South, or, How Euro-America Is Evolving toward Africa. Boulder: Paradigm Publishers.

Dilger, Hansjörg. 2015. Ethik und Ethnologie: Ethikkommissionen, ethnographisches Arbeiten und Epistemologie – nicht nur in der Medizinethnologie. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/ethik-und-ethnologie/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Dilger, Hansjörg, Susann Huschke & Dominik Mattes (2015): Ethics, Epistemology and Engagement: Encountering Values in Medical Anthropology. In: Medical Anthropology 34 (1),

1-10.

Dilger, Hansjörg & Angelika Wolf. 2015. On the History and Future of Medical Anthropology in Germany – and the Close Relationship between Medicine, Technology and Society in a Globalizing World: Interview with Arthur Kleinman. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/interview-arthur-kleinman/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Ecke, Jonas. 2015. „Ebola is Real“: Christliche Rhetorik und Wahrnehmungen des Dämonischen in Liberia. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/christliche-rhetorik-und-wahrnehmungen-des-daemonischen-in-liberia/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Ely Yamin, Alicia. 2015. Power, Suffering, and the Struggle for Dignity. Human Rights Frameworks for Health and Why They Matter. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Farmer, Paul (2005): Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press.

Farmer, Paul, Bruce Nizeye, Sara Stulac & Salmaan Keshavjee. 2006. Structural Violence and Clinical Medicine. In: PLoS Med 3(10), e449. doi:10.1371/journal.pmed.0030449

Hanewald, Bernd, Janina Giesecking, Oliver Vogelbusch, Inessa Markus, Bernd Gallhofer & Michael Knipper. 2015. Asylrecht und psychische Gesundheit: Eine interdisziplinäre Analyse des Zusammenwirkens medizinischer und juristischer Aspekte. In: Psychiatrische Praxis 2015. DOI: 10.1055/s-0035-1552730

Hanna, Bridget & Arthur Kleinman. 2013. Unpacking Global Health: Theory and Critique. In: Paul Farmer, Jim Yong Kim, Arthur Kleinman & Matthew Basilio (Hg). Reimagining Global Health. An Introduction. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 15-32.

Heggenhougen, Harald. 2005. The Epidemiology of Inequity: Will Research Make a Difference? In: Norsk Epidemiologi 15 (2), 127-132.

Huschke, Susann. 2015. Giving Back: Activist Research with Undocumented Migrants in Berlin. In: Medical Anthropology 34 (1), 54-69.

Huschke, Susann. 2013. Kranksein in der Illegalität: Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie. Bielefeld: Transcript Verlag.

Jansens, Eva. 2015. Rezension „Interkulturalität und Ethik – Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege“ (Hg.: Michael Coors, Tatjana Grützmann & Tim Peters, 2014) In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/rezension-interkulturalitaet-und-ethik/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Kehr, Janina. 2015. Alltägliche Krisen: Flucht, Medizin und Migration. Ein Denkeinstieg. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/alltaegliche-krisen/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Kehr, Janina. 2014. Against Sick States: Ebola Protests in Austerity Spain. In: Somatosphere. <http://somatosphere.net/2014/10/against-sick-states.html>.

Kentikelenis, Alexander, Marina Karanikolos, Aaron Reeves, Martin McKee & David Stuckler. 2014. Greece's health crisis: from austerity to denialism. In: The Lancet 383 (9918), 748–753.

Keshavjee, Salmaan. 2014. Blind Spot. How Neoliberalism Infiltrated Global Health. Oakland: University of California Press.

Kleinman, Arthur. 2010. Four social theories for global health. In: The Lancet 375 (9725), 1518–1519.

Kleinman, Arthur. 2006. What Really Matters: Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger. New York: Oxford University Press.

Kleinman, Arthur, Veena Das & Margaret Lock (Hg). 1997. Social Suffering. Berkeley: University of California Press.

Leopoldina, acatech & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften. 2015. Public Health in Germany. Structures, Developments and Global Challenges. In: Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften. http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Public_Health_LF_DE.pdf. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Leydel, Tamara. 2015. „Deserted Island“. Gedankengänge nach einer Begegnung mit Geflüchteten. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/deserted-island/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Luby, Stephen. 2013. The Cultural Anthropological Contribution to Communicable Disease Epidemiology. In: Cathy Banwell, Stanley Ulijaszek & Jane Dixon (Hg). When Culture Impacts Health. Global Lessons for Effective Health Research. Amsterdam u.a.: Elsevier, 43-52.

McBride, Ruari-Santiago. 2015. Ethnographic Practice within Public Health: Hierarchies of Evidence, the Political Economy of Practice and the Possibilities of Transdisciplinarity. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/ethnographic-practice-within-public-health/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Menzel, Anne 2014. „Ebola ist nur eins unserer Probleme“ ? Ebola-Bewusstsein, Misstrauen und Entwicklungshoffnungen in Sierra Leone. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/ebola-bewusstsein->

[misstrauen-entwicklungshoffnungen-in-sierra-leone/](#). Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Meyers, Todd & Nancy Rose Hunt. 2014. The other global South. In: The Lancet 384 (9958), 1921–1922.

Obrist, Brigit. 2010. Soziale Vulnerabilität im städtischen Kontext. Eine medizinethnologische Perspektive. In: Hansjörg Dilger & Bernhard Hadolt (Hg). Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt. Frankfurt a.M.: Peter Lang, 411-428.

Petersen, Alan & Deborah Lupton. 1996. The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk. London u.a.: Sage.

Pigg, Stacy Leigh. 2013. On Sitting and Doing: Ethnography as Action in Global health. In: Social Science & Medicine 99, 127-134.

Probst, Ursula. 2015. Stigma, Moral und Zwangsmaßnahmen – Gesundheitsversorgung für Sexarbeiterinnen? In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/stigma-moral-zwangsmassnahmen/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Quesada, James, Laurie Kain Hart & Phillippe Bourgois. 2011. Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. In: Medical Anthropology 30 (4), 339-362.

Schnepf, Tabea. 2015. Medizinisches Fachwissen auffrischen – ist das schon alles? Die Vorbereitung zugewanderter ÄrztInnen auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/vorbereitung-zugewanderter-aerztinnen/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Schroven, Anita. 2015. Ebola in Guinea: Zustandsanalyse eines erkrankten Staatskörpers. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/ebola-in-guinea/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Selim, Nasima. 2015. Healing the City: Sufi Prayers in Berlin's Towers. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/sufi-prayers-in-berlins-towers/>. Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Singer, Merrill. 2012. Medical Anthropology and Public Policy. Using Research to Change the World from What It Is to What We Believe It Should Be. In: Marcia Inhorn & Emily Wentzell (Hg). Medical Anthropology at the Intersections. Histories, Activism, and Futures. Durham and London: Duke University Press, 183-205.

Stuckler, David & Sanjay Basu. 2013. The Body Economic: Why Austerity Kills. NY.

Ticktin, Miriam. 2006. Where Ethics and Politics Meet. The Violence of Humanitarianism in France. In: American Ethnologist 33 (1), 43-49.

Whiteford, Linda & Lenore Manderson (Hg). 2000. Global Health Policy, Local Realities. The Fallacy of the Level Playing Field. Boulder, CO und London: Lynne Rienner.

Wilhelm-Solomon, Matthew. 2015. Blind Pathways and Precarious Power in Inner-City Johannesburg. In: Blog Medizinethnologie: Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt. <http://www.medizinethnologie.net/blind-pathways-and-precarious-power/>.
Letzter Zugriff am: 14.12.2015.

Willen, Sarah. 2012. How is health-related “deservingness” reckoned? Perspectives from unauthorized im/migrants in Tel Aviv. In: Social Science & Medicine 74 (6), 812-821.

Wolf, Angelika & Viola Hörbst (Hg). 2003. Medizin und Globalisierung: Universelle Ansprüche - lokale Antworten. Münster: Lit Verlag.

World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. 2008. Closing the Gap in a Generation. Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO.