

### Forschen mit und für Communities - Wissenschaft diversitätssensibel gestalten

Jünger, Saskia; Kutschmann,, Marcus; Betscher, Silke; Falge, Christiane

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Jünger, S., Kutschmann,, M., Betscher, S., & Falge, C. (2022). Forschen mit und für Communities - Wissenschaft diversitätssensibel gestalten. In *Community Health: Grundlagen, Methoden, Praxis* (S. 84-97). Weinheim: Beltz Juventa. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-91224-3>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC Licence (Attribution-NonCommercial). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

# Forschen mit und für Communities – Wissenschaft diversitätssensibel gestalten

Saskia Jünger, Marcus Kutschmann, Silke Betscher,  
Christiane Falge

## Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel werden Besonderheiten, Herausforderungen und Spannungsfelder hinsichtlich der Gestaltung von Community-Health-Forschung beleuchtet und methodische Herangehensweisen reflektiert. Die zentrale Frage lautet hierbei, wie eine Kohärenz zwischen dem Anspruch und den Leitkonzepten von Community Health (vgl. den Beitrag zu Leitkonzepten) und der Umsetzung wissenschaftlicher Forschung gelingen kann – angefangen bei der Identifikation von Forschungsbedarfen und der Formulierung von Fragestellungen, über die Gestaltung von Forschungsbeziehungen, die Wahl der Methoden, die Analyse und Interpretation der Daten bis hin zur Nutzung und Veröffentlichung der Erkenntnisse. Es ist nicht der Anspruch dieses Beitrags, einen umfassenden Blick über Methoden zu geben; hierfür sei verwiesen auf die einschlägige Literatur zur Community-Health-Forschung. Vielmehr möchten wir zur Reflexion darüber anregen, welche Aspekte bei der Gestaltung des Forschungsprozesses zu bedenken sind, sowie zwei exemplarische methodische Ansätze vorstellen. Nicht zuletzt möchten wir dazu einladen, bewährte methodische Rezepte den Anforderungen des jeweiligen Forschungsgegenstands anzupassen und sie mutig weiterzuentwickeln.

## Abstract

In the present chapter, special features, challenges and areas of tension with regard to the design of community health research are highlighted, and methodological approaches are reflected. The central question is how a coherence between the claim and the guiding concepts of community health (cf. the contribution on guiding concepts) and the implementation of scientific research can be achieved – starting with the identification of research needs and the formulation of questions, through the creation of research relationships, the choice of methods, the analysis and interpretation of data to the use and publication of findings. This contribution does not aim to provide a comprehensive overview of methods; for this purpose, we would like to refer to the relevant literature on community

health research. Rather, we would like to encourage reflection on which aspects need to be considered when designing the research process, and present two exemplary methodological approaches. Last but not least, we would like to invite the reader to adapt well-established methodological recipes to the requirements of the respective research object, and to courageously develop them further.

## **1. Forschung mit und für Communities – Wissenschaft diversitätssensibel gestalten**

„[There is] a need to re-story the word research and draw from the diversity of knowledges in order to reimagine and understand our place in this world.“ (Hall/Etmanski/Dawson 2018, S. 309).

Im Zentrum der Community-Health-Forschung stehen soziale, strukturelle, ökonomische und ökologische Ungleichheiten im Hinblick auf Gesundheit (Israel et al. 1998). Sie versteht sich als partnerschaftlicher Ansatz mit dem Bestreben, die Mitglieder der Community, Vertreter\*innen relevanter Organisationen und Institutionen sowie Forschende nach Möglichkeit aktiv und auf Augenhöhe in den Forschungsprozess zu involvieren (Israel et al. 2005, S. 5). Community-Health-Forschung vereint unterschiedliche Disziplinen (vgl. Köckler et al. 2018) und methodische Ansätze. Diese verbindet die Gemeinsamkeit, dass sie sich einer Forschung verpflichten, in der Deutungs- und Handlungsmacht mit den Partner\*innen in der Community geteilt werden.

## **2. Erkenntnistheoretische und methodologische Prämissen**

In der Geschichte der Forschung finden sich zahlreiche Hinweise darauf, wie in und durch Forschung Normen menschlichen Daseins, Ein- und Ausgrenzungen, Defizite, kulturelle Stereotype sowie Diskriminierung und Marginalisierung konstruiert und reproduziert werden (Henrich/Heine/Norenzayan 2010; von Unger/Odukoya/Scott 2016; Samerski 2019). Eine zentrale Frage im Hinblick auf erkenntnistheoretische und methodische Erwägungen in der Gestaltung von Community-Health-Forschung muss daher lauten, wie die wissenschaftliche Reproduktion von Ungerechtigkeit, Marginalisierung und Unterdrückung durchbrochen werden kann. Will eine Community-Health-Forschung ihrem Anspruch Rechnung tragen, sich an den Lebenswelten, Werten, Wissensverständnissen und Ressourcen von Communities zu orientieren, ist hier ein teils grundlegendes Umdenken (*re-storying the word research*) (Hall/Etmanski/Dawson 2018, S. 309) erforderlich. Der Fokus auf Ungleichheit impliziert das Erfordernis einer kritischen Neuorientierung – wenn nicht gar radikalen Dekonstruktion – im Hinblick auf

bestehende Machtverhältnisse nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in der wissenschaftlichen Forschung selbst (Pellegrino 1992). Als besonders kompatibel mit dieser Forderung kann eine erkenntnistheoretische Grundhaltung der kritischen Theorie und des Konstruktivismus betrachtet werden; ebenso wie ein salutogenetisches und systemtheoretisches Verständnis von Gesundheit. Die internationale Landschaft der Community-Health-Forschung ist stark geprägt durch ausschlaggebende Impulse und Ansätze wie beispielsweise der *decolonizing methodologies* indigener Gruppen in Australien, Nord- oder Südamerika (Smith 2017; Cain/Mill 2016), des *critical feminist research* (Wigginton/Lafrance 2019) oder der *queer studies* (Babka 2008), die ihren Ursprung in der Auflehnung gegen Unterdrückung haben.

Grundprinzipien der Community-Health-Forschung werden getragen durch eine Forschungshaltung kritischer Reflexivität sowie der Sensibilität gegenüber Normativität und Machtbeziehungen in der Wissenschaft (Caine/Mill 2016; Israel et al. 2005). Im Folgenden werden diese Prinzipien entlang der drei eng miteinander verwobenen Felder ‚Wissen‘, ‚Beziehungen‘ und ‚Methoden‘ ausgeführt.

## 2.1 Forschungshaltung

Grundlegend für die Community-Health-Forschung ist die Auseinandersetzung mit der Frage, wie ‚Community‘ definiert wird – und auch mit der Rolle als Forschende\*r in Beziehung zu dieser Community. Fühle ich mich selbst der Community zugehörig und rührt meine Forschungsmotivation aus einem eigenen biographischen Interesse? Sehe ich meine Rolle eher als ‚Außenstehende\*r‘, die\*der von außen auf die Community blickt? Welche (forschungs-)politische Haltung leitet mein Erkenntnisinteresse und meinen methodischen Zugang? In einem gesundheitswissenschaftlich-biomedizinisch geprägten Forschungsumfeld werden diese Fragen in der Regel nicht expliziert, da die individuelle, subjektive, forschende Person im Idealfall hinter einer der Objektivität und Neutralität verpflichteten Wissenschaft verschwinden soll (Fine 1994; Heintz/Merz/Schumacher 2004). Die (selbst-)kritische Reflexion dieser Fragen ist jedoch von Belang, da das Forschen in und mit Communities die Gefahr der Reifizierung und Essenzialisierung sowie das Risiko des ‚Othering‘ birgt – also der Konstruktion, Verstärkung oder Festschreibung der Andersartigkeit, wie Michelle Fine es in ihrem einflussreichen Beitrag ‚Working the hyphens‘ (Fine 1994) darlegt. Das Prinzip der Reflexivität (von Unger 2012) ist hier von zentraler Bedeutung für die Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle sowie einer konstruktiven Aushandlung der Beziehungen zu den Mitgliedern der Community im Forschungskontext.

## 2.2 Wissen, Sprache, Definitionen und Ressourcen

Die Deutungshoheit und Definitionsmacht in der gesundheitswissenschaftlichen, biomedizinischen und Public Health Forschung liegt traditionell bei den Vertreter\*innen der Wissenschaft; sie legen – auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz – Kategorien, Grenzwerte und Normen für Gesundheit, Krankheit sowie für gesundheitsbezogenes Wissen und Handeln („Gesundheitskompetenz“) fest. Dies kann zur wissenschaftlichen Konstruktion von Defiziten führen, wenn beispielsweise Kriterien und Sollwerte innerhalb eines bestimmten Bezugsrahmens definiert werden (z.B. die Operationalisierung von „Gesundheitskompetenz“) und dann als Schablone über andere Kontexte gelegt werden, für die sie möglicherweise unpassend sind. In der Community-Health-Forschung als Raum gesundheitsbezogener Wissensproduktion gilt es daher zu überprüfen, inwiefern bestimmte Kategorien, Begrifflichkeiten und Normen unter dem Aspekt der Diversität vielfältigen Gruppen oder Kontexten gerecht werden.

Im Sinne einer kritischen Diskursanalyse sind Konzepte und Begriffe als Effekte von diskursiven Praxen zu begreifen, die „systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen“ (Foucault 1981, S. 74). Denn Kategorisierungen prägen unser Denken und entfalten institutionelle, strukturelle und interpersonelle Machteffekte (von Unger/Odukoya/Scott 2016, S. 160). Aus der Perspektive der Community Health mit ihrem Anspruch der Diversitätssensibilität sind somit nicht nur die mit gesundheitsbezogenen Kategorien verbundenen Zuschreibungen kritisch zu hinterfragen, sondern auch das Zustandekommen ebendieser Kategorisierungen selbst.

Der Fokus in der Community-Health-Forschung richtet sich idealerweise auf die Ressourcen der Community, verbunden mit dem Anspruch des Empowerments. Welche Ressourcen, Stärken, Strukturen und Dynamiken kennzeichnen die Community und bilden damit den Ausgangspunkt für die Forschung sowie für die Entwicklung von Lösungsansätzen? Wie werden Gesundheit und Wohlbefinden verstanden und welche Praktiken und Rituale sind damit verbunden? Darüber hinaus ist im Sinne einer systemischen Perspektive ein gesellschaftskritischer Blick auf die sozialen Determinanten von Gesundheit von Belang, was eine partizipative Analyse von Herrschafts- und Machtbeziehungen einschließt.

Gleiches gilt für die Forschungsagenda, d.h. welche Themen und Fragestellungen als untersuchungswürdig gelten, da hier die Weichen für die Art des als ‚Evidenz‘ anerkannten Wissens gestellt werden. Bereits im Vorfeld der Forschung wird durch die Festlegung eines Forschungsgegenstands und die Formulierung der Fragestellung ein Rahmen für die Wissensproduktion geschaffen – beispielsweise, in dem in einer Studie bestimmte Gruppen oder Merkmale im Hinblick auf ein ‚inadäquates‘ Gesundheitsverhalten problematisiert werden. Auch die Communities selbst werden häufig von dieser Perspektive aus ‚identifiziert‘

und als epidemiologisches Problem konstituiert, beispielsweise als so genannte vulnerable Gruppen oder Personen mit besonders ausgeprägten Gesundheitsrisiken (Grabovschi et al. 2013; Falge 2018). Eine solche Fokussierung kann zu einer Essenzialisierung von gesundheitsbezogenen Phänomenen im Zusammenhang mit bestimmten Gruppen führen. Es empfiehlt sich daher, die Entwicklung einer Forschungsfrage als iterativen und kollaborativen Prozess zwischen Community-Partner\*innen und akademischen Wissenschaftler\*innen zu gestalten (Burke/Albert 2014, S. 246 ff.).

## 2.3 Beziehungen und Macht

Partnerschaftliche Beziehungen werden als Kern der Community-Health-Forschung beschrieben (Israel et al. 2005). Tragende Grundlage bildet der langfristige und nachhaltige Aufbau von Forschungspartnerschaften und -infrastrukturen als Gegenentwurf zu der im akademischen Setting üblichen ‚one-off‘-Forschung mit einer Ungleichverteilung von Macht und Kontrolle sowie einer fehlenden gegenseitigen Vertrauensbasis (Israel et al. 1998; vgl. die Beiträge zu Gesundheitssystem und Ethnologie in diesem Band). Hier sind kreative Lösungswege zu bedenken, um mit Konflikten zwischen den Rahmenbedingungen und Projekt-Logiken akademischer Forschung einerseits und dem Anspruch einer ‚echten‘ partnerschaftlichen Forschung andererseits umzugehen. Dies erfordert auch das Ausräumen von Ansprüchen wissenschaftlicher Rigorosität mit dem Anspruch der Demokratisierung von Wissenschaft, ebenso wie das Umgehen mit unterschiedlichen Grundannahmen, Perspektiven, Sprachen, Prioritäten und Werten (Blumenthal/Yancey 2004).

Die kritische Reflexion akademischer Machtstrukturen und der Rollen im Forschungsprozess sind hierfür eine grundlegende Voraussetzung; dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass Forschung bis dato zumeist von Personen ‚außerhalb‘ der Community initiiert wird. Forschende sind hier gefordert, ein reflektiertes Selbst-Bewusstsein zu erlernen. Ein Verständnis des Forschens als gegenseitiger Lernprozess sowie eine Haltung des Zuhörens aufseiten der akademischen Wissenschaftler\*innen sind Voraussetzung für die Beziehungsgestaltung und für alle methodologischen Entscheidungen im Forschungsprozess (Israel et al. 2005, S. 10; Caine/Mill 2016, S. 51). Auch die Frage, wem die gewonnenen Erkenntnisse ‚gehören‘ und wie der Transfer zu für die Community hilfreichen Maßnahmen und Veränderungen gewährleistet werden kann, ist in diesem Kontext von zentraler Bedeutung (Israel et al. 1998; von Unger 2012).

Es empfiehlt sich daher, gemeinschaftlich abgestimmte Forschungsprinzipien, Zielsetzungen, Rollen- und Aufgabenverständnisse zu formulieren, die in einer gemeinsamen Absichtserklärung festgehalten werden. Aus einer forschungsethischen Perspektive kann der Anspruch einer kritischen Reflexion von

Machtbeziehungen auch dazu führen, sich bewusst gegen kollaboratives Forschen zu entscheiden, wenn ein Interagieren auf Augenhöhe aufgrund struktureller Ungleichheitsbedingungen nicht möglich ist (Betscher 2019).

## 2.4 Methoden

Das seit den 1990er Jahren für die biomedizinische und Public Health Forschung maßgebliche Paradigma der Evidenzbasierten Medizin (EBM)<sup>1</sup> impliziert eine Hierarchisierung von Methoden und Vorgehensweisen, die zur Generierung hochrangiger Evidenz geeignet sind (Pope 2003). Forschungsprozesse sind der Logik dieses Ansatzes folgend auf die Analyse quantitativ messbarer Parameter ausgerichtet, während qualitatives, erlebnis- und erfahrungsbasiertes Wissen eher außen vor bleiben. Zudem besteht die Gefahr, dass vorrangig solche Phänomene, Behandlungen und Ergebnisse („Outcomes“ bzw. „Endpunkte“) untersucht werden, die der Logik randomisiert-kontrollierter Studien (RCTs) folgen, während komplexe Interventionen, personenzentrierte Ansätze, individuelle Lebenswelten sowie qualitative und interpersonale Aspekte im Kontext von Versorgungsprozessen sich durch diese Art der Studien weniger gut oder gar nicht erfassen lassen. Dieser Bezugsrahmen ist prägend für Definitionen und Operationalisierungen von ‚Gesundheit‘, für die Beziehungsgestaltung im Forschungskontext sowie für die Qualitäts- und Legitimitätsdefinition von Forschung.

Israel et al. (1998) argumentieren, dass es diese Betonung von Objektivität und Expert\*innen-tum ist, die der Trennung zwischen akademischer Forschung und lebensweltlicher Praxis in der Gesundheitsforschung zugrunde liegt. Im Sinne der Kohärenz sollten sich die methodischen Entscheidungen hingegen an den Grundverständnissen der Community Health orientieren (vgl. Teil 1 des Bandes). Dies bedeutet, dass das Forschungsdesign und die Methodik so gewählt werden, dass das Sinnverstehen, die Bedeutungen und die Lebenswelt der Community im Zentrum des Vorhabens stehen. Es wird daher eine methodologische Flexibilität im Einklang mit den Bedürfnissen und Interessen der Community gefordert sowie eine stärkere Bewertung der Güte und Validität der Forschung anhand der praktischen Relevanz (Cain/Mill 2004, S. 128; Israel et al. 1998) – *„multiple ways of knowing [demand for] alternative inquiry paradigms“* (Israel et al. 1998; S. 175). Hierzu eignen sich insbesondere partizipative und kollaborative Forschungszugänge, die den Fokus auf Teilhabe, Empowerment,

---

1 „Evidenzbasierte Medizin ist die gewissenhafte, explizite und umsichtige Nutzung der aktuell besten Evidenz bei der Entscheidungsfindung über die Versorgung einzelner Patienten. Die Praxis der evidenzbasierten Medizin bedeutet die Integration der individuellen klinischen Expertise mit der besten verfügbaren externen klinischen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Sackett et al. 1996)

Ressourcen- und Handlungsorientierung legen und die Anerkennung der Deutungshoheit sowie die Unterstützung der Handlungsmacht (*agency*) auf Seiten der Community als zentrales Element beinhalten. Diese Prinzipien sind während aller Phasen des Forschungsprozesses zu bedenken, angefangen von der Identifikation eines Forschungsbedarfs über die Formulierung der Forschungsfrage, die Wahl der Methodik, bis hin zur Interpretation, Veröffentlichung und Nutzung der Ergebnisse (von Unger 2012). Zudem wird eine Methodenpluralität unter Hinzuziehung unterschiedlicher Datenquellen, Methoden und Disziplinen empfohlen, um die Vertrauenswürdigkeit der Forschungsergebnisse zu stärken.

### **3. Communities in Zahlen, Worten und Bedeutungen – ausgewählte methodische Zugänge**

Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, die gesamte Methodenvielfalt im Bereich Community-Health-Forschung abzubilden; ein Spektrum möglicher Ansätze findet sich in den unterschiedlichen Praxisbeispielen in diesem Sammelband sowie in der Literatur. Im Folgenden werden zwei ausgewählte methodische Zugänge vorgestellt, um beispielhaft darzulegen, wie die zuvor beschriebenen Überlegungen in der konkreten Umsetzung von Community-Health-Forschung Gestalt annehmen können. Der Fokus liegt hier auf der besonderen Eignung der jeweiligen Ansätze in diesem Kontext; für Einzelheiten der erkenntnistheoretischen und methodologischen Prinzipien, der konkreten methodischen Realisierung, sowie Varianten und Anwendungsbeispiele sei verwiesen auf die jeweils zitierte Literatur.

#### **3.1 Ethnographie und kollaboratives Forschen**

Der methodische Zugang der ethnografischen Methode ist disziplinär im Fachgebiet Ethnologie verortet und somit einer Wissenschaft „[that] asks large questions, while at the same time it draws its most important insights from small places.“ (Eriksen 2010, S. 3)

Der erkenntnistheoretische Zugang dieser Methode ist die detaillierte Erforschung kultureller Praktiken in einer bestimmten Gesellschaft oder in einem weniger klar begrenzten sozialen Kontext. Das ethnografische Erforschen detaillierter Innenansichten kultureller Praktiken erfordert dabei eine besondere Sensibilität für deren Sinnschichtung (Breidenstein et al. 2013). Im Zentrum des integrierten Forschungsansatzes der Ethnografie, der verschiedene Forschungsmethoden (audiovisuelle Daten, Interviews, Archivarbeit etc.) kombiniert, steht die teilnehmende Beobachtung. Für die ethnografisch Forschende gilt es dabei, sich das Forschungsfeld durch persönliches Aufsuchen selbst zu erschließen,



indem sie sich mit allen Sinnen darauf einlässt, Freundschaften schließt, Vertrauen zu den Feldteilnehmer\*innen aufbaut und somit einen Perspektivwechsel ermöglicht. So wurden im Rahmen einer kollaborativen Forschung im Stadtteillabor Bochum (vgl. den Beitrag Berchems, Falges und Pajonks) etwa über zwei Jahre an drei Tagen pro Woche eine teilnehmende Beobachtung bei einer geflüchteten Familie durchgeführt und daraus Forschungsfragen generiert (Falge 2019, S. 62). Entgegen dem Paradigma einer evidenzbasierten Gesundheitsforschung mit der entsprechenden Hierarchisierung von Methoden und Vorgehensweisen zur Generierung ‚hochrangiger Evidenz‘ wird hier das Forschungsdesign nicht vorab festgelegt, sondern vielmehr im Kontext eines dynamischen Feldes bzw. mit den Feldteilnehmer\*innen generiert. Über intensive Beobachtungen und die eigene Teilnahme am Leben der Beforschten wird der\*die Feldforscher\*in selber zum Forschungsinstrument. Im Vergleich zu den Laborwissenschaften mit den Forschungswerkzeugen Reagenzglas, Pipette usw. sind es die Ethnograf\*innen selbst, die als verkörperte Forschungswerkzeuge mit all ihren Sinnen Erfahrungen machen und das implizite Wissen<sup>2</sup> der Feldteilnehmer\*innen mittels des Verfassens und Analysierens ihrer Feldnotizen herausfiltern (vgl. Emerson et al. 1995). Dies umfasst auch eine stetige Reflexion wissenschaftlicher Grundannahmen und (multipler) Situiertheiten im Feld als „vergeschlechtlichte, rassifizierte Akademiker\*innen“ (vgl. Haraway 1988; Hilger/Rose/Wanner 2018). Von besonderer Relevanz für Community Health ist zudem die abermals aus der Ethnologie hervorgegangene kollaborative Methode (Low/Merry 2010). Neben der interdisziplinären Zusammenarbeit der Ethnologie mit anderen Fachgebieten bezeichnet diese Methode vor allem das gemeinsame Forschen mit Nicht-Wissenschaftler\*innen. Beginnend mit der gemeinsamen Erstellung eines Forschungsdesigns über die Datengenerierung bis hin zur Produktion und Veröffentlichung von Texten impliziert diese Methode das Streben nach Augenhöhe bei gleichzeitiger Anerkennung der strukturellen Ungleichheit und ihrer Effekte. Darüber hinaus zeichnet die kollaborative Methode eine unmittelbare Kausalität zwischen Forschung und Interventionen vor Ort aus, die im Sinne eines Wissenstransfers dem materiellen, sozialen und politischen Nutzen der Adressat\*innen-gruppe dienen soll (vgl. Falge 2020, S. 399; Klocke/Daffa 2020, S. 21). Somit zielt die kollaborative Methode – ganz im Sinne von Community Health – darauf ab, die Stärken und Ressourcen der Feldteilnehmer\*innen in den Blick zu nehmen und über die Entwicklung von Lösungsansätzen Ungleichheit zu verringern. Das kollaborative Forschen bewirkt *per se* bei den beteiligten Bürger\*innen bereits einen Prozess des stetigen Empowerments. Gleichzeitig sind die auf der Basis des koproduzierten, situierten Wissens (Haraway 1988) generierten Interventionen

---

2 Mit implizitem Wissen sind die als selbstverständlich erachteten Normen und Werte der Feldteilnehmer\*innen gemeint.

lokal relevant und werden von der oftmals als schwer erreichbar geltenden Adressat\*innengruppe angenommen.

Im Wissen darum, dass klassische sozialwissenschaftliche Erhebungsmethoden Forschungspartner\*innen eher befremden „und sie von ihren persönlichen Erfahrungen und potentiellen Quellen der Selbsterkenntnis und Veränderung distanzieren“ können (Gray et al. 2010), arbeitet die Ethnologie von Beginn an auch mit kreativen Methoden kollaborativer Wissensproduktion, wie z. B. ethnografischem Film oder Ethnofiction. Letzteres ist ein von Johannes Sjöberg (2008) systematisch beschriebenes filmisches Genre, das es ermöglicht, situierte und kollektive Erfahrungen, welche dokumentarisch nicht abbildbar sind, da sie sich im Verborgenen oder in abgeschotteten Räumen von Machtasymmetrien abspielen (z. B. bei Ärzt\*innen oder in Behörden), szenisch mit Hilfe von anderen Personen nachzustellen. Die Betroffenen werden dabei als Expert\*innen ihrer selbst zu Regisseur\*innen und können durch Regieanweisungen implizites und inkorporiertes Wissen explizit und sichtbar machen.

### **3.2 Modellierung komplexer Systeme (Agent-Based Modelling)**

Forschung und Praxis im Bereich Public Health basieren in der Regel auf einem kausalen Paradigma, verbunden mit dem Ziel, möglichst exakte und zugleich generalisierbare Vorhersagen für gesundheitsrelevante Aspekte in der Bevölkerung treffen zu können (Resnicow/Page 2008). Menschliches Verhalten und Gesundheit unterliegen jedoch oft nicht-generalisierbaren, nicht-linearen Dynamiken, wie sie in der Chaostheorie und der Theorie Komplexer Adaptiver Systeme beschrieben werden. Gesundheitsbezogenes Verhalten oder gesundheitsrelevante Phänomene ähneln demnach häufig eher einem hoch variablen, wenig vorhersehbaren Prozess mit vielfältigen Komponenten und Interaktionen, denn einem geplanten und planbaren Ablauf (ebd., S. 1382). Diese Form der Komplexität lässt sich durch die gängigen statistischen Verfahren der Gesundheitsforschung mitunter nur schwer erfassen. Zum einen basieren Analysemethoden wie beispielsweise die Regressionsanalyse auf bestimmten Vorannahmen sowie auf der statistischen Aggregation von Eigenschaften. Zum anderen besteht das Bestreben einer größtmöglichen Kontrolle von ‚Störvariablen‘; für nicht kontrollierbare Abweichungen wird ein Restfehler kalkuliert, während hier gerade die relevanten Aspekte individueller und kollektiver gesundheitsbezogener Phänomene verborgen liegen können. Selbst wenn in Betracht gezogen wird, Interaktionsterme höherer Ordnung in statistische Modelle einzubeziehen, um Wechselwirkungen zwischen Variablen im Modell Rechnung zu tragen, sind die Möglichkeiten diesbezüglich endlich.

Im Bereich der Community-Health-Forschung werden daher Formen der Modellierung als vielversprechend diskutiert, die der Annahme vielschichtiger

Wechselwirkungen multipler Faktoren in komplexen Systemen gerecht werden. Ein Beispiel dafür ist das agentenbasierte Modellieren (*Agent-Based Modelling, ABM*) (Grefenstette/Burke 2014). Dieses Verfahren erlaubt die Identifikation von Mustern und das Modellieren von Szenarien unter komplexen, nicht-linearen Bedingungen. Die Methode wird für unterschiedliche Zielsetzungen eingesetzt, beispielsweise zur Modellierung von Infektionsgeschehen, Gesundheitsverhalten, sozialepidemiologischen Fragestellungen, Dynamiken nicht-übertragbarer Krankheiten oder der Simulation unterschiedlicher Szenarien in Bezug auf Variationen einer bestimmten gesundheitsbezogenen Intervention (Tracy et al. 2018).

Hierzu werden Eigenschaften und das Verhalten von ‚Agenten‘ (von lat. ‚agens‘ = handelnd) im System simuliert (Badham et al. 2018). Agenten können dabei unterschiedliche Entitäten sein, beispielsweise Personen, Haushalte oder Versorgungseinrichtungen. Gemäß der Theorie Komplexer Adaptiver Systeme basiert ABM auf der Annahme einer gegenseitigen Beeinflussung von Agenten und System, da Agenten ihr Verhalten in Reaktion auf ihre Erfahrungen, ihre Interaktionen mit anderen Agenten und ihre Interaktionen mit der Umgebung anpassen, was wiederum Auswirkungen auf das gesamte System hat (Tracy et al. 2018).

Eine konzeptionelle und methodologische Stärke des Verfahrens liegt in seinem Bottom-Up-Ansatz, da ABM die Möglichkeit bietet, die einem Gesundheitsgeschehen zugrundeliegenden Mechanismen zu identifizieren. Zudem können Rahmenbedingungen für die Wirkung einer geplanten Intervention simuliert werden, einschließlich potenzieller nicht-intendierter Konsequenzen. ABM lässt sich mit anderen Methoden kombinieren; so können beispielsweise die Erkenntnisse aus qualitativen Studien in das Modell einfließen (Resnicow/Page 2008). Eine weitere Besonderheit ist das Potenzial der Beteiligung von Community-Partner\*innen an der Modellentwicklung, da diese über das lebensweltnahe Wissen hinsichtlich der für das zu untersuchende Phänomen relevanten ‚Agenten‘ verfügen.

Eine Herausforderung von ABM besteht in der Balance zwischen Vereinfachung und Realitätsnähe des Modells. Zudem kann die zur Verfügung stehende Vorabinformation hinsichtlich der Eigenschaften und des Verhaltens der ‚Agenten‘ im System ungenau oder unvollständig sein, wenn beispielsweise zu gesundheitsrelevanten Aspekten nur Ergebnisse aus Querschnittstudien vorliegen und somit Annahmen über Entwicklungen im zeitlichen Verlauf schwer zu treffen sind. Hier ist seitens der Forschenden Offenheit sowie die Bereitschaft zur kontinuierlichen Anpassung und Weiterentwicklung des Modells gefordert.

#### **4. Spannungsfelder und Herausforderungen**

Neben den in diesem Beitrag geschilderten Potenzialen ist partizipative Community-Health-Forschung mit Herausforderungen und Grenzen verbunden.

Allen voran bedarf es Zeit und Ausdauer, um tragfähige Forschungspartnerschaften aufzubauen und auch den Abstimmungen im Forschungsprozess genügend Raum zu widmen.

Eine weitere zentrale Herausforderung betrifft das Spannungsfeld wissenschaftlicher Güte und Qualitätssicherung. Hier gilt es Konflikte bezüglich der Anforderungen im Hinblick auf Planbarkeit und Gütekriterien mit den Erfordernissen einer oft wenig vorhersehbaren Community-Health-Forschung zu antizipieren und konstruktive Umgangsweisen zu finden. Für alle Beteiligten bedeutet dies auch das stetige Aushandeln zwischen Forschen und Handeln, zwischen wissenschaftlicher Rigorosität und angemessener Teilhabe der Community.

Zudem sind – insbesondere in Deutschland – die institutionellen und (forschungs-)politischen Rahmenbedingungen häufig nicht für die auf Partnerschaft und Kollaboration basierende Art des Forschens ausgelegt. Partnerschaften bringen komplexe Aushandlungsprozesse mit sich; Zielsetzungen und Prioritäten können sich im Forschungsprozess verändern. Die mangelnde Planbarkeit der Forschung birgt Schwierigkeiten im Hinblick auf institutionelle Vorgaben wie beispielsweise Förderanträge oder Ethikanträge, die in der Regel eine detaillierte Vorausplanung aller Schritte voraussetzen. Darüber hinaus fehlt es gegenwärtig an entsprechenden Fördermöglichkeiten.

Nicht zuletzt stellt sich die Frage, ob und wie ‚echte‘ partnerschaftliche Zusammenarbeit im Forschungsprozess tatsächlich gelingen kann (Schaefer/Narimani 2021; Viswanathan et al. 2004; von Unger 2012). Im Forschungskontext treffen unterschiedliche Forschungs-, Kommunikations- und Wissenskulturen aufeinander – Partnerschaften benötigen also zunächst eine Grundlage für ‚interkulturelle‘ Verständigung. Akademische Wissenschaftler\*innen fühlen sich nicht zwangsläufig mit den relevanten Kompetenzen ausgestattet, derer es für ein kollaboratives Forschen mit Community-Partner\*innen bedarf; zudem bleibt aufgrund ihrer wissenschaftlichen Ausbildung und Sozialisation selbst bei hoher Motivation und Selbstreflexion vermutlich ein Ungleichgewicht bestehen. Umgekehrt kann die kritische Frage gestellt werden, ob und inwieweit Kooperation auf Augenhöhe praktikabel ist bzw. es überhaupt erstrebenswert wäre, dass Wissenschaftler\*innen ihre professionelle Hoheit zurückstellen – ist nicht immerhin das Forschen Kern ihrer beruflichen Expertise?

Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen und offenen Fragen ist es mit Blick auf die Ausschöpfung der Potenziale der Community-Health-Forschung unabdingbar, einen Raum für Dialog zwischen Forschenden verschiedener Disziplinen, Vertreter\*innen unterschiedlicher Communities sowie weiterer relevanter Akteur\*innen aus der Praxis und der Politik zu schaffen, um förderliche Rahmenbedingungen gemeinsam zu gestalten und neues Terrain konstruktiv beschreiten zu können.

## 5. Fazit und Ausblick – Methoden für eine diversitäts- und machtsensible Wissensproduktion

Community-Health-Forschung hat das Potenzial, Erkenntnisse hervorzu- bringen, die in gelebten sozialen Erfahrungen gründen und Lebenswelten Rechnung tragen – und damit die Lücke zwischen Theorie, Forschung und Praxis zu verringern (Israel et al. 1998). Wie aber kann für die Forschung eine neue Geschichte geschrieben werden (*re-story the word research*) (Hall/Etmanski/ Dawson 2018, S. 309), die einer Diversität von Wissen gerecht wird? Es be- darf dazu Forscher\*innen, die sich als Lernende verstehen und bereit sind, die Forschung als Begegnungsraum zu gestalten, innerhalb dessen gegenseitiges Zuhören und Aushandlungsprozesse mit Community-Partner\*innen möglich werden. Wenn Wissen Macht bedeutet, so ist es wichtig, sich auf den Weg zu einer gleichberechtigteren Teilhabe an der Wissensproduktion zu machen – mit Implikationen für die Konstruktion von Gesundheitswirklichkeiten, von Norm- vorstellungen sowie von Stereotypen und ‚Problemgruppen‘ im Hinblick auf Gesundheit(-sverhalten). Insbesondere im Kontext von Community Health ist dies von zentraler Bedeutung, um den Ansprüchen an Diversität im Sinne einer Vielfalt an Lebenskontexten, Gesundheitsverständnissen und Werthaltungen gerecht zu werden. Damit einhergehend ist ein kritisches Hinterfragen an- gebracht, was als legitimes Gesundheitswissen zählt, welche Problemstellungen Anlass zu Forschung geben und wie die Fragestellungen in einem gemeinschaft- lichen Prozess unter Einbeziehung aller relevanten Interessensvertreter\*innen formuliert werden können. Dies bedeutet auch ein Neu-Denken bezüglich methodologischer Entscheidungen und der Gestaltung von Forschungs- prozessen; hier möchten wir ausdrücklich dazu anregen, bewährte methodische Rezepte den Anforderungen der jeweiligen Community anzupassen und sie mutig weiterzuentwickeln.

### Literatur

- Babka, A. (2008): Quer durch Queer. Queer Studies. Queer Theory. Judith Butlers Peformanz. In: Die Maske 3 (S. 31-34).
- Badham, J./Chattoe-Brown, E./Gilbert, N./Chalabi, Z./Kee, F./Hunter, R. F. (2018): Developing agent- based models of complex health behaviour. In: Health & place, H. 54, S. 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.08.022>
- Betscher, S. (2019): „They come and build their careers upon our shit“ oder warum ich 2014/15 nicht über Geflüchtete geforscht habe und sie dennoch maßgeblich zu meiner Forschung beitragen. In: Kaufmann, M./otto, L./Nimführ, S./Schütte, D. (Hrsg.): Forschen und Arbeiten im Kontext von Flucht. Wiesbaden: Springer VS, S. 237-259.
- Blumenthal, D. S./DiClemente, R. J. (2003): Community- Based Health Research: Issues and Methods. New York: Springer Publishing.
- Breidenstein, G./Hirschauer, S./Kalthoff, H./Nieswand, B. (Hrsg.) (2013): Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung (1. Aufl.). Stuttgart: UTB GmbH.

- Burke, J.G./Albert, S.M. (2014): *Methods for Community Public Health Research*. New York: Springer Publishing.
- Caine, V./Mill, J. (2016): *Essentials of Community-Based Research*. London: Routledge.
- Denzin, N.K./Lincoln, Y.S. (1994): *Handbook of qualitative research*. New York: Sage Publications, Inc.
- Emerson, R.M./Fretz, R./Shaw, L.L. (2011): *Writing Ethnographic Fieldnotes* (2nd revised edition). Chicago: University of Chicago Press.
- Etmanski, C./Hall, B.L./Dawson, T. (2014): Conclusion: Walking on Thin Ice: Tensions and Challenges in Community-Based Research. In: Etmanski, C./Hall, B.L./Dawson, T. (Hrsg.): *Learning and Teaching Community-Based Research*. Toronto: University of Toronto Press, S. 308-316. <https://doi.org/10.3138/9781442699397>
- Falge, C. (2019): Dynamics of informal exclusion. Migrants' health as experienced in the City Lab Bochum. In: Kuehlmeier, K./Klingler, C./Huxtable, R. (Hrsg.). *Ethical, Legal and Social Aspects of Healthcare for Migrants: Perspectives from the UK and Germany*. Oxford: Taylor & Francis Routledge, S. 57-76.
- Falge, C. (2021): Medizinethnologie im Anwendungskontext: theoretische und methodische Orientierungen im Stadteillabor Bochum. In: *Handbuch Migration und Gesundheit*. Spallek, J./Zeeb, H. (Hrsg.). Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 397-405.
- Fine, M. (1994): Working the Hyphens: Reinventing Self and Other in Qualitative Research. In N.K.Denzin & Y.S.Lincoln (Hrsg.): *Handbook of qualitative research*. New York: Sage Publications, Inc., S. 70-82.
- Foucault, M. (1981): *Archäologie des Wissens*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Grabovschi, C./Fortin, M./Loignon, C. (2013): Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. In: *BMC Health Services Research*, H. 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>
- Gray, N./Oré de Boehm, C./Farnsworth, A./Wolf, D. (2010): Integration of creative expression into community-based participatory research and health promotion with Native Americans. In: *Family & community health*, H. 33, S. 186-192. <https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e3181e4bbc6>
- Grefenstette, J.J./Burke, J.G. (2014): Agent-Based Modeling of Factors Influencing Community Health. In: Burke, J.G./Albert, S.M. (2014): *Methods for Community Public Health Research*. New York: Springer Publishing, S. 54-68.
- Haraway, D. (1988): Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. In: *Feminist Studies*, H. 14, S. 575-599.
- Heintz, B./Merz, M./Schumacher, C. (2004): Wissenschaft, die Grenzen schafft: Geschlechterkonstellationen im disziplinären Vergleich. Bielefeld: transcript. <https://doi.org/10.25595/379>
- Henrich, J./Heine, S.J./Norenzayan, A. (2010): The Weirdest People in the World? In: *RatSWD Working Paper Series*, H. 139.
- Hilger, A./Rose, M./Wanner, M. (2018): Changing Faces: Roles of Researchers in Real-world Laboratories. In: *GAIA*, H.27, S. 138-145.
- Israel, B.A./Eng, E./Schulz, A.J./Parker, E.A. (2005): *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Israel, B.A./Schulz, A.J./Parker, E.A./Becker, A.B. (1998): REVIEW OF COMMUNITY-BASED RESEARCH: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. In: *Ann. Rev. Public Health*, H. 19, S. 173-202.
- Klocke-Daffa, S. (2019): Angewandte Ethnologie – Zwischen anwendungsorientierter Wissenschaft und wissenschaftsorientierter Praxis. In: Klocke-Daffa, S. (Hrsg.): *Angewandte Ethnologie. Perspektiven einer anwendungsorientierten Wissenschaft*. Wiesbaden: Springer, S. 3-76.
- Köckler, H./Berkemeyer, S./Falge, C./Faller, G., Jahnsen, K., Fehr, J., Mikhof, A., Marla-Küsters, S., Schmidt, C., Schmidt, M.-S., Segmüller, T., Simon, D., Trümner, A., van Essen, F. & Wessels, M. (2018): Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland. In: *sicher ist sicher*, H. 69, S. 198-199.
- Low, S.M./Merry, S.E. (2010): Engaged Anthropology: Diversity and Dilemmas. An Introduction to Supplement 2. In: *Current Anthropology*, H. 51, S. 204-224.
- Michaels, J.A. (2020): Potential for epistemic injustice in evidence-based healthcare policy and guidance. In: *Journal of Medical Ethics*, S. 1-6. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106171>

- Pellegrino, E. D. (1992): *InterSections of Western Biomedical Ethics and World Culture: Problematic and Possibility*. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, S. 191-196.
- Resnicow, K./Page, S. E. (2008): *Embracing chaos and complexity: a quantum change for public health*. In: *American journal of public health*, H. 98, S. 1382-1389. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.129460>
- Sackett, D. L./Rosenberg, W. M./Gray, J. A./Haynes, R. B./Richardson W. S. (1996): *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *British Medical Journal*, H. 312, S. 71-72.
- Samerski, S. (2019): *Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare*. In: *Social Science & Medicine*, H. 226, S. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024>
- Schaefer, I./Narimani, P. (2021): *Ethische Aspekte in der partizipativen Forschung – Reflexion von Herausforderungen und möglichen Beeinträchtigungen für Teilnehmende*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, H. 64, S. 171-178. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03270-0>
- Sjöberg, J. (2008): *Ethnofiction: Drama as Creative Research Practice in Ethnographic Film*. In: *Journal of Media Practice*, H. 9, S. 229-242.
- Smith, L. T. (2017): *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. London: Zed Books Ltd.
- Tracy, M./Cerdá, M./Keyes, K. M. (2018): *Agent-Based Modeling in Public Health: Current Applications and Future Directions*. In: *Annual review of public health*, H. 39, S. 77-94. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014317>
- Viswanathan, M./Ammerman, A./Eng, E./Gartlehner, G./Lohr, K. N./Griffith, D./Rhodes, S., Samuel-Hodge, C./Maty, S./Lux, L./Webb, L./Sutton, S. F./Swinson, T./Jackman, A./Whitener, L. (2004): *Community-based Participatory Research: Assessing the Evidence*. In: *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, H. 99.
- von Unger, H. (2012): *Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?* In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, H. 13, Artikel 7.
- von Unger, H./Odukoya, D./Scott, P. (2016): *Kategorisierung als diskursive Praktik: Die Erfindung der „Ausländer-Tuberkulose“*. In: S. Bosančić & R. Keller (Hrsg.): *Perspektiven wissenssoziologischer Diskursforschung: Theorie und Praxis der Diskursforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 157-176. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13610-99>
- Wigginton, B./Lafrance, M. N. (2019): *Learning critical feminist research: A brief introduction to feminist epistemologies and methodologies*. In: *Feminism & Psychology*, S. 1-17. <https://doi.org/10.1177/0959353519866058>