

## **Metastudien-Methodik - ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung<sup>1</sup>**

**Peter Nowak**

### *Abstract*

Die Diskursforschung hat bisher einige hundert Studien zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion vorgelegt, aber nicht übergreifend analysiert. In anderen Forschungsdisziplinen wurden nach dem Vorbild von quantitativen Metaanalysen qualitative Methoden der systematischen Auswahl, Analyse, Aggregation und Synthese von vorliegender qualitativer Forschung entwickelt und erprobt. In diesem Beitrag wird die erstmalige Anwendung von systematischen Synthesemethoden in der Diskursforschung vorgestellt und in den Zusammenhang der laufenden internationalen Methodendiskussion gestellt. Die fünf Prozessschritte der hier entwickelten Metastudien-Methodik für Diskursforschung werden detailliert beschrieben. Die abschließende Diskussion der Methodik zeigt zunächst das Besondere einer Metastudie über Diskursforschungen, erschließt dann die methodischen Stärken gegenüber gängigen Literaturübersichten, um mit (kritischen) Perspektiven für die zukünftige Weiterentwicklung der Diskursforschung als Forschungsdisziplin zu schließen.

*Keywords:* Metastudie, Synthesemethode, qualitative Forschung, Diskursforschung, Arzt-Patient-Interaktion

### *English abstract*

Discourse research on German-speaking doctor-patient interaction has produced some hundred studies, which were not comprehensively analysed to date. Following the success of quantitative meta-analysis methodology, other research disciplines have developed and tested new approaches to a systematic selection, analysis, aggregation and synthesis of qualitative primary research over the last ten years. This article presents the methodology of the first systematic synthesis of discourse research in the context of the ongoing international methodical discussion. The five steps of this meta-study methodology are described in detail. The concluding discussion will focus on the specifics of a meta-study in discourse research, on its advantages over conventional literature overviews and it will finally open (critical) perspectives on the future development of discourse research as a research discipline.

*Keywords:* Meta-study, synthesis of qualitative research, doctor-patient interaction, discourse research

---

<sup>1</sup> Innerhalb der Angewandten Sprachwissenschaft werden sehr unterschiedliche, z.T. konkurrierende Ansätze der Gesprächsanalyse genutzt. Da es bisher keinen allgemein verbindlichen Überbegriff für die unterschiedlichen theoretischen Ansätze und Methoden gibt, wird in Anlehnung an die Diskussion im Arbeitskreis Angewandte Gesprächsforschung (Brünner/Fiehler et al. 1999) der nominale Begriff "Diskursforschung" bzw. "Gesprächsforschung" und in adjektivischer Verwendung der Begriff "diskursanalytisch" als Überbegriffe verwendet, ohne sie auf einen bestimmten Ansatz einzuschränken.

Ich möchte an dieser Stelle Thomas Spranz-Fogasy, Arnulf Deppermann und den zwei anonymen Gutachter/inne/n der Zeitschrift für Gesprächsforschung für die Diskussion dieses Artikels und wertvolle Überarbeitungshinweise herzlich danken.

1. Ausgangspunkt, Ziel und Forschungsfrage
2. Grundlegender Methodischer Zugang und seine Anschlüsse an den Internationalen Methodendiskurs
  - 2.1. Schritt 1: Erkunden des Forschungsfeldes und Formulieren von Forschungsfragen für die Metastudie - "Mapping"
  - 2.2. Schritt 2: Suche und Auswahl von Primärstudien - "Sampling"
    - 2.2.1. Literatursuche
    - 2.2.2. Auswahl der Primärstudien
  - 2.3. Schritt 3: Analyseverfahren für Primärstudien – Arbeit mit einem "Datenentnahmeraster"
    - 2.3.1. Entwicklung eines Datenentnahmerasters
    - 2.3.2. Definition eines Analyseprozesses
  - 2.4. Schritt 4: Verfahren der Aggregation von Einzelanalysen – Arbeit mit einer Metamatrix
    - 2.4.1. Herausforderungen und Integrationsentscheidungen im Aggregationsprozess
  - 2.5. Schritt 5: Das Syntheseverfahren – Weiterentwicklung der Metamatrix in eine kognitiven Landkarte ("Systematik") der Ergebnisse
3. Diskussion und Schlussfolgerung
  - 3.1. Besonderheiten von Metastudien in der Diskursforschung
  - 3.2. Methodische Stärken von Metastudien gegenüber gängigen Literaturübersichten
  - 3.3. Schlussfolgerungen für die deutschsprachige Diskursforschung als Forschungsdisziplin
    - 3.3.1. Ein übergreifender Wissensentwicklungsprozess fehlt für die Ergebnisse der Diskursforschung
    - 3.3.2. Reflexion der methodischen Qualität von qualitativen Diskursforschungen
    - 3.3.3. Entwicklung bzw. Dekonstruktion einer "Theorie der Interaktion"
  - 3.4. Ein weiterer Blick in die Zukunft: Forschungsdesiderata für die zukünftige Diskursforschung über Arzt-Patient-Interaktion
4. Literatur
5. Anhang: Liste der Primärstudien

## 1. Ausgangspunkt, Ziel und Forschungsfrage der Metastudie

Ausgangspunkt der Entwicklung einer Metastudien-Methodik für die Diskursforschung war mein Versuch herauszufinden, welche Ergebnisse die diskursanalytische Forschung über deutschsprachige Interaktion zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en bisher vorlegen konnte. Arzt-Patient-Interaktion kann mit einer großen Zahl qualitativer Studien seit Beginn der 1970er Jahre als ein gut etabliertes Forschungsfeld der linguistisch und soziologisch fundierten Gesprächsforschung angesehen werden. Die erarbeiteten Forschungsergebnisse sind zwar zum Teil in Sammelbänden (z.B. Köhle/Raspe 1982; Löning/Rehbein 1993; Brünner/Gülich 2002; Neises/Ditz et al. 2005) zusammengefasst, aber bisher nicht übergreifend analysiert worden und daher auch nicht systematisch überblickbar.

Die deutschsprachige Diskursforschung hat wohl auch deswegen nur wenig Resonanz in anderen Wissenschaftsdiskursen gefunden. Ohne die übergreifende Analyse vorliegender Studien - so die methodische Grundposition dieses Artikels - wird eine substantielle Weiterentwicklung des Forschungsfeldes und eine systematische Rezeption der vorliegenden Ergebnisse in anderen Forschungsdisziplinen nicht stattfinden. Trotz methodischer Fortschritte ist dies für viele Sozialwissenschaften nicht ungewöhnlich. So stellt Solesbury (2002:92) eine Präferenz für Primärforschung in den Sozialwissenschaften gegenüber einer breiteren Nutzung vorhandener Forschungsergebnisse fest:

Most research effort is expended on new primary research and yet, on virtually any topic you can name, there is a vast body of past research that may have some

continuing value but mostly remains ignored. Social science is very bad at the cumulation and re-use of past research results.

Die Grundfrage dieses Artikels ist also "Mit welcher Methodik können Ergebnisse unterschiedlicher qualitativer Diskursforschungen systematisch analysiert und synthetisiert werden?" Damit wird für die Diskursforschung methodisches Neuland betreten. Nicht zuletzt mit dem Wunsch, Nachahmung zu finden, wendet sich dieser Artikel nachdrücklich an die Diskursforschung. Die Syntheseergebnisse dieser Metastudie werden hier nur angedeutet und an anderer Stelle als "*simplest systematics*" des interaktiven Handelns von Ärzt/inn/en publiziert (Nowak 2007b, c).<sup>2</sup>

### **Ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung**

Üblicherweise nehmen fast alle Forschungen in ihrer Vorbereitung von Problem- und Fragestellungen Bezug auf den Stand der wissenschaftlichen Diskussion, verfahren dabei jedoch hoch selektiv und dem Anlass entsprechend meist sehr eingeschränkt. Nun wurden in den letzten 10 Jahren - vor dem Hintergrund einer inzwischen hochentwickelten Synthesemethodik für quantitative Forschungsergebnisse - auch für qualitative Sozialforschungen nachvollziehbare Methoden der Analyse und der systematischen Akkumulation von Theorien, Methoden und Ergebnissen vorliegender qualitativer Studien entwickelt und erprobt. Wenn im Folgenden von "Synthese" die Rede sein wird, geht mit Campbell, Pound et al. (2003) dieser Begriff über herkömmliche Zusammenfassungen hinaus und meint eine spezifischere Technik, die mehr Wissen erzeugt als die Summe der von ihr zusammengefassten Primärstudien.

This implies that qualitative synthesis would go beyond the description and summarising associated with a narrative literature review and be quite distinct from a quantitative meta-analysis in that it would not entail the simple aggregation of findings. Like a secondary analysis, qualitative synthesis could involve reinterpretation, but unlike secondary analysis it would be based on published findings rather than primary data (Campbell/Pound et al. 2003:672).

Ein solcher systematischer Syntheseversuch ist bis dato in der Diskursforschung nicht durchgeführt worden. Mit der Integration verschiedener theoretischer Zugänge und noch nicht erprobter methodischer Verfahren kann die diesem Artikel zugrunde liegende Metastudie im Sinne von Kuhn (1962) als prä-paradigmatische Forschung verstanden werden. Sollte dieses methodische Vorgehen tatsächlich Resonanz finden und breiter umgesetzt werden, dann kann ein Paradigmenwechsel in der Diskursforschung erwartet werden. Insbesondere die dominierende Tradition, isolierte Einzelstudien an kleinen Gesprächskorpora zu hoch spezifischen Forschungsinteressen durchzuführen, sollte gegenüber verstärkten Syntheseanstrengungen in den Hintergrund treten. Mit solcher Art besser integrierten und generalisierten Ergebnissen könnten interdisziplinäre Diskussionen wesentlich gewinnen.

---

<sup>2</sup> Die vollständige Arbeit ist als Dissertation am Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien unter der Leitung von Prof. Florian Menz 2007 vorgelegt worden (Nowak 2007a). An dieser Stelle möchte ich Florian Menz ganz herzlich für seine vorbehaltlose Unterstützung und wertschätzende Anerkennung danken.

## 2. Grundlegender methodischer Zugang und seine Anchlüsse an den internationalen Methodendiskurs

Grundlegend ist die hier vorgeschlagene Metastudien-Methodik als *Grounded Theory* Ansatz (Glaser/Strauss 1967) zu erkennen. Der Prozess des "*theoretical samplings*", in dem mit Blick auf die Entwicklung neuer theoretischer Konzepte die Primärdaten gesucht und eingegrenzt werden, eignet sich, den Umfang von Metastudien (d.h. die Anzahl von analysierten Primärstudien) gezielt zu beschränken. Die "*constant comparative method*" der *Grounded Theory* findet in den meisten Forschungsschritten dieser und vieler anderer Metastudien Anwendung: Daten unterschiedlicher Primärstudien werden verglichen und in übergreifende Kategorien subsumiert; neu entwickelte theoretische Konzepte werden mit Daten aus Primärstudien verglichen und daran überprüft, etc.<sup>3</sup> Schließlich ist die Reflexivität im Prozess der Generalisierung (Thorne/Jensen et al. 2004:1354) in diesem Zugang betont. Dies geschieht über die Explizierung sowohl der Beiträge der Primärstudien als auch der Schritte der Verarbeitung dieser Beiträge in der Analyse und Synthese von Ergebnissen. Diese grundlegende Herangehensweise der *Grounded Theory* wurde mit Elementen aus mehreren Synthesemethodiken<sup>4</sup> kombiniert und für die Anwendung in der Diskursforschung adaptiert. An dieser Stelle kann kein vollständiger Überblick über den Stand der Diskussion zu qualitativen Synthesemethoden gegeben werden, aber die wesentlichen methodischen Anchlüsse sollen kurz angesprochen werden.<sup>5</sup>

Aus der *Meta-Ethnography* (Noblit/Hare 1988; Thorne/Jensen et al. 2004) wird die Abgrenzung zur Re-Analyse der Daten der Primärstudien übernommen. Die Metastudie nimmt also keine eigenen Analysen von Gesprächsausschnitten vor, sondern wählt die Interpretationen und Konzepte der Primärstudien als die Objekte der Analyse, Aggregation und Synthese. Damit bleibt das spezifische Kontextwissen der Primärstudien als Grundlage der Metastudie erhalten. Zwei von Noblit und Hare entwickelten Syntheseprozesse eignen sich besonders die Integration von Primärstudien anzuleiten: In der *Reciprocal translational analysis* werden für die Metastudie wichtige Konzepte einer Primärstudie identifiziert und mit den Konzepten der anderen Primärstudien verglichen oder in diese "übersetzt" und auf Widersprüchlichkeit überprüft. Bleiben Widersprüche zwischen den Interpretationen der Primärstudien fordern Noblit und Hare die Ableitung von Erklärungen auf einer höheren konzeptuellen Ebene (*Refutational synthesis*). Konkret heißt dies für diese Metastudie, die Bildung neuer, übergreifender Kategorien

---

<sup>3</sup> Tesch sieht Vergleichen als den zentralen Bestandteil vieler qualitativer Forschungen: "The main intellectual tool is comparison. The method of comparing and contrasting is used for practically all intellectual tasks during analysis: forming categories, establishing the boundaries of the categories, assigning the segments to categories, summarizing the content of each category, finding negative evidence, etc. The goal is to discern conceptual similarities, to refine the discriminative power of categories, and to discover patterns" (Tesch 1990:96).

<sup>4</sup> Für eine ausführliche Diskussion, der derzeit vorliegenden Synthesemethoden und der "Entwicklungsgeschichte" der hier vorgestellten Methodik siehe Nowak (2007a).

<sup>5</sup> Damit folgt diese Metastudie dem Vorschlag von Dixon-Woods und Kolleg/inn/en (Dixon-Woods/Agarwal et al. 2005:51), die zur Verwendung der nützlichsten Elemente unterschiedlicher Synthesetechniken auffordern: "In the longer term, methods that incorporate the most useful elements of these approaches may be developed; it is important that future work builds on the existing approaches".

des interaktiven Handelns von Ärzt/inn/en (vgl. weiter unten die Erläuterungen zum Aggregationsprozess).

Die *Meta-Interpretation* (Weed 2005) baut selbst auf mehreren anderen Synthesemethoden auf und half bei der ursprünglichen Planung und Dokumentation des Gesamtprozesses dieser Metastudie. In Weeds Vorgangsweise werden schrittweise Primärstudien identifiziert, analysiert und im Sinne eines *saturation samplings* vervollständigt, dabei werden Analysemethodik und Auswahlkriterien für Primärstudien iterativ zirkulär weiterentwickelt und dokumentiert. Weed steht in der Dokumentationstradition der *"audit trails"* (Yin 2003), um maximale Nachvollziehbarkeit dieser Selektions- und Analyseentscheidungen im Forschungsprozess zu garantieren. Die zirkuläre Weiterentwicklung von Analysen sowie die detaillierte Dokumentation dieses Prozesses wurden in dieser Metastudie vor allem aufgrund des Pioniercharakters für die Diskursforschung übernommen.<sup>6</sup>

Die sechs Phasen des *Meta-narrative Review* (Greenhalgh/Robert et al. 2005) strukturierten über weite Strecken den Prozessplan dieser Metastudie (s. Abb. 1):

1. Planungsphase
2. Suchphase
3. Konzeptionsphase ("Mapping")
4. Bewertungsphase ("Appraisal") und Analysephase
5. Synthesephase
6. Schlussfolgerungen

Im Vergleich zur Methodik der *Meta-Interpretation* wird von Greenhalgh et al. mehr die theoretische Entwicklungsarbeit einer Metastudie betont. Als spezifische methodische Instrumentarien wurden die Nutzung eines *data extraction form* (Datenentnahmeraster) in der Analyse der Primärstudien und die Unterstützung der Synthese mit kognitiven Landkarten (*mind maps*) in diese Metastudie übernommen (s. Erläuterungen weiter unten).

Der *Metastudy*-Ansatz (Paterson/Canam et al. 2001) gab diesem methodischen Zugang den Namen, weil auch er mehrere Synthesemethoden integriert und explizit die jeweilige Synthese von Theorien, Methoden und Ergebnissen der Primärstudien unterscheidet. Theorien, Methoden und Ergebnisse können so getrennt analysiert und ausgewertet werden bzw. auch mit spezifischen Fragestellungen in der Synthese aufeinander bezogen werden. Wie später noch zu zeigen sein wird, hat diese Metastudie zwar die Analyse aller drei Aspekte der Primärstudien durchgeführt, sich aber in der Aggregation und Synthese nur noch auf einen Teil der Primärstudienresultate konzentriert.

Während der *Metastudy*-Ansatz als sehr aufwändige Synthesemethodik eingeschätzt werden muss, zeigt die *Realist Synthesis* (Pawson/Greenhalgh et al. 2004) Methoden, wie Primärstudien in sehr großer Zahl und mit großen Unterschieden bei komplexen Fragestellungen der Metastudie in "realistischem" Aufwand integriert werden können. Der wesentliche Schritt ist dafür die Entwicklung konzeptueller Landkarten (*programme theory*), die helfen die Primärstudien gezielt auszuwählen und die selbst schrittweise weiterentwickelt werden. Mit diesem methodi-

---

<sup>6</sup> Aus Platzgründen kann auf den Entwicklungsprozess der Metastudie hier nicht genauer eingegangen werden (vgl. Nowak 2007a:114).

schen Zugang kann die Anfangsphase dieser Metastudie (*mapping*) und die Entwicklung der grundlegenden Strukturierung der Ergebnisse in neun Gesprächskomponenten gut beschrieben werden.

Ferner boten die kritischen Bewertung unterschiedlicher Synthesemethoden und die methodischen Vorschläge zur Integration von quantitativer und qualitativer Forschung von Dixon-Woods, Agarwal et al. (2005) wichtige Anregungen für mein eigenes Vorgehen. Die Synthese komplexer, qualitativer und quantitativer Forschung führte Mitglieder dieser britischen Forschungsgruppe zur Entwicklung der *Critical Interpretive Synthesis* (CIS), die aktuell als eine der bestentwickelten qualitativen Synthesemethoden eingeschätzt werden kann (Dixon-Woods/Sutton et al. 2007; Dixon-Woods/Cavers et al. 2006).

Schließlich fokussieren die fünf Fragen von Louise Jensen (Thorne/Jensen et al. 2004:1346) die kritischen Probleme eines systematischen Syntheseprozesses, deren Lösung den relevanten Unterschied zwischen einer herkömmlichen Literaturzusammenschau und einer ausreichend reflektierten und nachvollziehbaren Metastudienmethodik in der Diskursforschung markiert:

- Wie werden Primärstudien ausgewählt?
- Wie werden Widersprüche in den Ergebnissen der Primärstudien gelöst?
- Wie wird die eingeschränkte Sicht (*bias*) des Forschers reduziert?
- Wie werden Ergebnisse (theoretische Konzepte, Methoden) der Primärstudien selektiert, verglichen bzw. zusammengefasst?
- Wie werden (neue) Ergebnisse interpretiert und synthetisiert?

Für die Beantwortung dieser Fragen und die Erfüllung weiterer Qualitätskriterien, die aus der hier angedeuteten Methodendiskussion abzuleiten waren, wurde ein fünfstufiges Metastudienverfahren (vgl. Abb. 1) entwickelt und erprobt.

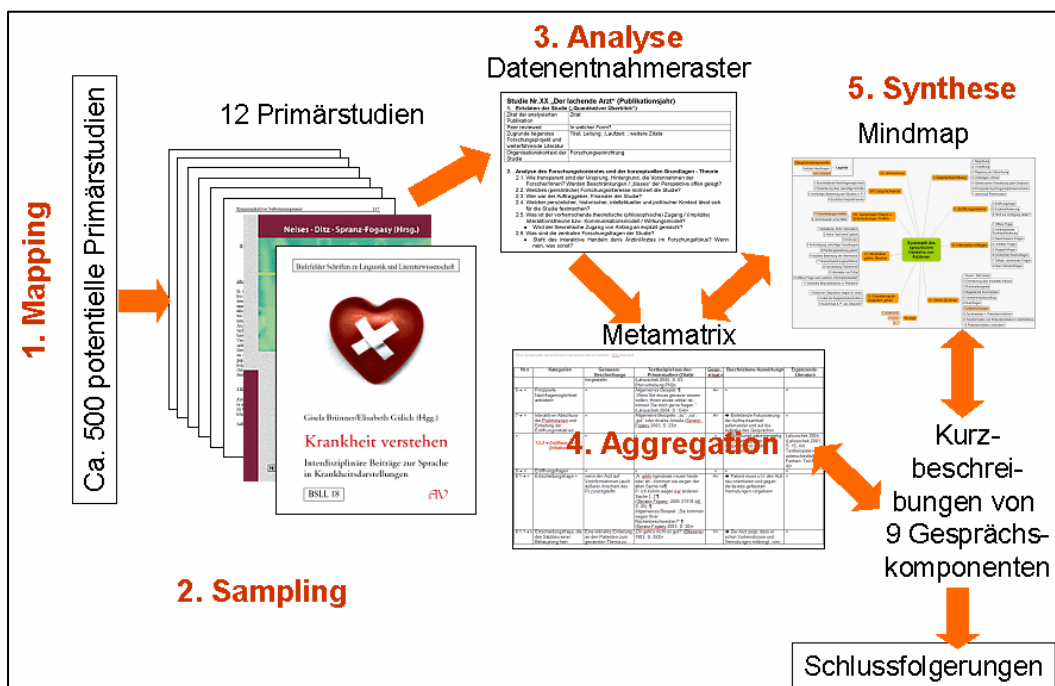


Abbildung 1: Forschungsprozess in 5 Schritten

## **2.1. Schritt 1: Erkunden des Forschungsfeldes und Formulieren von Forschungsfragen für die Metastudie – "Mapping"**

Forschung beginnt immer mit einem – mehr oder weniger explizit reflektierten und dokumentierten - Prozess des Erkundens des Forschungsfeldes, der Entwicklung erster Konzepte, der Formulierung eines Ausgangsproblems oder eines Forschungsfokus und dem Schärfen der Forschungsfragen. Dieser Prozess muss offensichtlich für komplexe Forschungsbereiche (vgl. Pawson/Greenhalgh et al. 2004; Greenhalgh/Robert et al. 2005; Dixon-Woods/Cavers et al. 2006) unsicherer, ausführlicher und systematischer erfolgen als für relativ eingegrenzte und wohl definierte Forschungsbereiche, wo konventionelle, stark standardisierte, aggregierende Methoden angemessen sind.

Ein solcher Art offener Beginn ermöglicht den beteiligten Forscher/innen, den breiteren Kontext des Forschungsfeldes besser zu verstehen und gegebenenfalls in Verlauf der Synthese Randbereiche zu berücksichtigen bzw. in der Formulierung der Schlussfolgerungen darauf Bezug zu nehmen. Eine breit angelegte Planungs- und Konzeptionsphase war im Fall dieser Metastudie auch notwendig, weil auf keine Vorarbeiten in der Diskursforschung zurückgegriffen werden konnte.

Das grundlegende Ausgangsproblem dieser Metastudie wurde, wie oben beschrieben, im gesamten Verlauf der Arbeit immer gleich gesehen. Die Formulierung der Forschungsfragen dieser Metastudie veränderte sich hingegen im Prozess der Forschungsarbeit, verschob sich, engte sich ein. Diese Veränderungen resultierten zum einen aus notwendigen Verschiebungen von Prioritäten im Forschungsprozess: So wurde bald klar, dass die sorgfältige Erarbeitung und Fundierung des methodischen Zugangs - die Entwicklung einer Metastudienmethodik für die Diskursforschung - selbst eine vorrangige (methodische) Forschungsfrage darstellte. Demgegenüber musste im Umfang der Metastudie die Aufarbeitung aller vorliegenden Primärstudien zur Arzt-Patient-Interaktion - wie ursprünglich geplant - auf die Analyse, Aggregation und Synthese von 12 Primärstudien reduziert werden.

Zum anderen wurde der inhaltliche Fokus der Metastudie vor dem Hintergrund möglicher Anwendungen der Ergebnisse für quantitative Messverfahren auf zwei Fragen gerichtet: "Welche Formen des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en in der Arzt-Patient-Interaktion wurden in der ausgewählten Gruppe von Diskursforschungen beschrieben?" und "Welche Auswirkungen auf die beteiligten Patient/inn/en werden diesen Formen sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en jeweils zugeschrieben?" Die Forschungsfragen werden also in einem solchen, offenen Forschungsprozess mehr "zu einem Kompass als zu einem Anker" (Eakin/Mykhalovskiy 2003). Dies erlaubt nicht zuletzt, dass die Kategorisierungen aus der Interpretation der Primärstudien entstehen können und nicht in vorgefertigte konzeptuelle Bahnen passen müssen.

## **2.2. Schritt 2: Suche und Auswahl von Primärstudien - "Sampling"**

Das "Sampling" der Primärstudien bedarf dreier Schritte:

- Die Definition von Einschlusskriterien für die Literatursuche auf Basis der (vorläufigen) Forschungsfragen der Metastudie

- Die methodische Konzeption, Durchführung und Dokumentation der Literatursuche
- Die systematische Auswahl der Primärstudien aus der erstellten Literaturliste

Ausgehend von der grundlegenden Forschungsfrage der Metastudie wurde ein Set von einfachen Einschlusskriterien formuliert, die helfen sollten, "Diskursforschung zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion" anhand des Titels bzw. vorliegender Zusammenfassungen (*abstracts*) zu identifizieren:

- Mündliche, deutschsprachige Interaktion zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en ist Forschungsgegenstand der Primärstudie (nicht: andere Gesundheitsberufe wie Pflegepersonal, Psychotherapeut/inn/en, Physiotherapeut/inn/en etc.; Angehörigen; nicht schriftliche Kommunikationen).
- Alle Gesprächstypen der Arzt-Patient-Interaktion in allen Organisationskontexten werden eingeschlossen: Krankenhaus, Ambulanz, niedergelassene Praxis; Behandlung, Training, Forschung.
- Nur Realinteraktionen werden eingeschlossen (keine gespielte Kommunikation, z.B. Talkshow).
- Die Gespräche sind technisch aufgezeichnet (nicht nur teilnehmende Beobachtung, Befragungen).
- Die Analyse der Gespräche erfolgt auf Basis von Transkripten.

### 2.2.1. Literatursuche

Unter Anwendung dieser Kriterien wurden bis zum Abschluss insgesamt 493 Publikationen aus Diskursforschungen zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion als potentielle Primärstudien identifiziert. Die dafür notwendige Literatursuche wurde in mehreren Schritten (vgl. Abb. 2) durchgeführt und begleitete die gesamte Metastudie. Das Motiv für eine so umfassende Literaturdokumentation war die Beobachtung, dass die deutschsprachige Diskursforschung zur Arzt-Patient-Interaktion wenig Notiz von den Arbeiten der Kolleg/inn/en und fast keine Notiz von den internationalen Forschungen in diesem Bereich nimmt. Somit wurde jede Literaturstelle zur Arzt-Patient-Interaktion in eine übergeordnete Literaturdatenbank eingegeben und nach den genannten Einschlusskriterien als potentielle Primärstudie identifiziert (oder eben nicht).

Mit Abschluss dieser Arbeit liegt nun die bisher umfangreichste Literaturliste zur Diskursforschung über deutschsprachige Arzt-Patient-Interaktionen vor. Die 493 als potentielle Primärstudien identifizierten Publikationen und Berichte konnten direkt von der im November 2006 angelaufenen "Metastudie und Forschungsdatenbank zum sprachlichen Handeln von ÄrztInnen in der Diskursforschung"<sup>7</sup> genutzt werden.

---

<sup>7</sup> Vgl. [www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Metastudie/](http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Metastudie/); durchgeführt mit Unterstützung der Österreichischen Nationalbank; Team: Florian Menz, Sabine Nezhiba, Peter Nowak, Anita Rapp. Die dabei entstandene, umfassende, internationale Bibliografie zur Arzt-Patient-Interaktion konnte in einer Kooperation mit dem Institut für Deutsche Sprache in Mannheim (No-



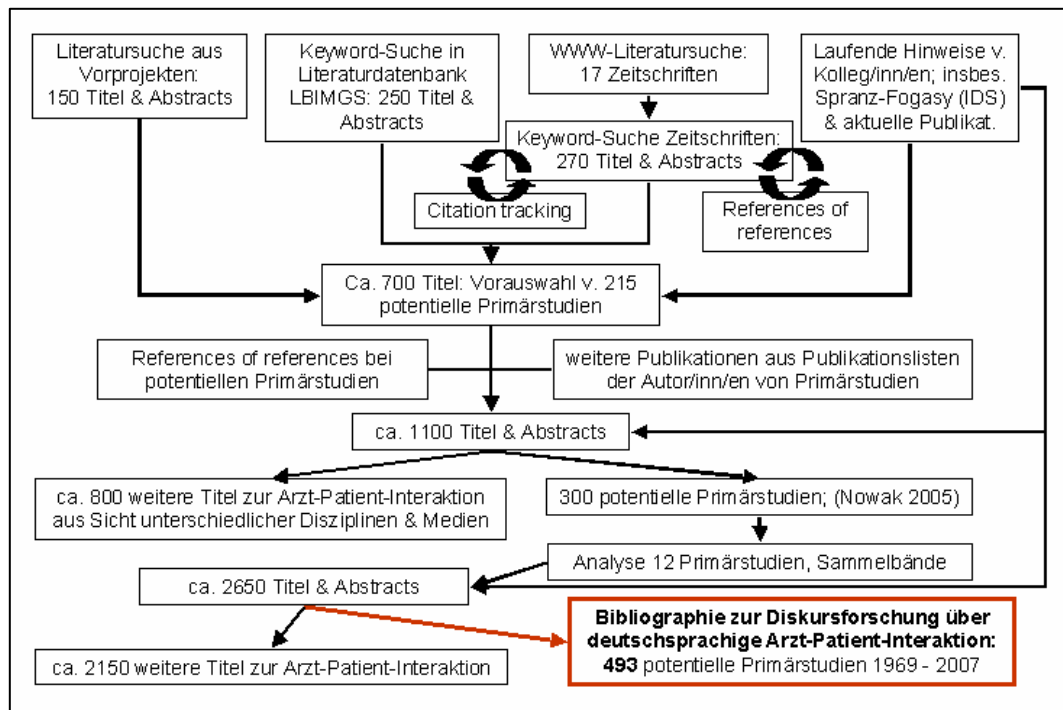


Abbildung 2: Überblick Literatursuche

### 2.2.2. Auswahl der Primärstudien

Der ursprüngliche (naive) Ausgangspunkt dieser Metastudie war das Ziel, sämtliche Publikationen der Diskursforschung über deutschsprachige Arzt-Patient-Interaktionen zu analysieren und deren Ergebnisse in diese Synthese einzubringen. Nach der Analyse der ersten sechs Primärstudien und der vertieften Auseinandersetzung mit der Methodendiskussion zur Synthese qualitativer Forschung war klar, dass der Aufwand für die Entwicklung der Methodik und für die Analyse einer so großen Anzahl von Studien höher als gedacht war. Diese Einsicht führte zur Umorientierung der gesamten Studie auf die Erprobung der Metastudienmethodik anhand eines kleinen Samples an Primärstudien.

Das Grundziel der Auswahl der ersten sechs Primärstudien war es, qualitativ hochwertige und rezente Diskursforschungen für die erste Erprobung der Analysemethodik auszuwählen, d.h. eine zweckorientierte Suche "*purposive sampling*" (Pawson/Greenhalgh et al. 2004:20) durchzuführen. Dahinter stand die Annahme, dass mit rezenten Publikationen rasch ein differenzierter und umfassender Blick in die Materie gelingen könnte. Die geringe Streuung bei den Autor/inn/en und Publikationsmedien<sup>8</sup> wurde dafür zunächst in Kauf genommen, da ja noch eine Gesamtanalyse aller Publikationen geplant war. Die Auswahl der sechs weiteren Primärstudien sollte dann die Streuung der Primärstudien im Sinne eines "maximum variation samplings" (Lincoln/Guba 1985) erweitern, um die Syntheseme-

wak/Spranz-Fogasy 2007) ergänzt werden und enthält derzeit ca. 2650 Referenzen unter: <http://hypermedia.ids-mannheim.de/pls/prag/bib.ansicht>

<sup>8</sup> Daher findet sich in der Liste der Primärstudie eine Autorin zweifach und ein Sammelband mit vier Artikeln vertreten (s. Anhang).

thodik für sehr unterschiedliche Diskursforschungen zu erproben. Neben der theoretischen und methodischen Streuung der Studien sollten in der zweiten Auswahlphase die weiteren Primärstudien nach folgenden Kriterien möglichst breit streuen: Autor/inn/en, Publikationszeitpunkt, Größe des Patientensamples, Gesprächstyp und Interaktionskontext.

Diese beiden Schritte des Auswahlverfahren erzeugten ein breit gefächertes Spektrum von 12 Primärstudien (s. folgende Tabelle; Referenzen im Anhang).

<b>Kriterium</b>	<b>Variation</b>
Publikationsdatum	1979 - 2005
Forschungsdiskurs, Forschungsinteresse	Diskursanalyse, Dolmetschforschung, Experten-Laien-Kommunikation, Handlungstheorie, Kommunikationstraining, Konversationsanalyse, Medizinische Diagnostik, Medizinische Psychologie, Medizinsoziologie, Psychoonkologie, Psychosomatik
Personenmerkmale der Gesprächspartner/innen	Unterschiedliches Alter, Bildung, Geschlecht, beruflicher Status
Anzahl der analysierten Interaktionen	1 - ~500 ( $\Sigma$ ~800)
Gesprächstypen	Anamnese, Visite, Folgegespräch, diagnostische und therapeutische Aufklärung
Interaktionskontexte	Krankenhaus, Ambulanz, Einzelpraxis
	Behandlung, Forschung, Training

Tabelle 1: Kurzcharakterisierung des Samples von Primärstudien

### 2.3. Schritt 3: Analyseverfahren für Primärstudien – Arbeit mit einem "Datenentnahmeraster"

De facto werden die ersten Analysen von Primärstudien häufig, wie auch in dieser Metastudie, schon in der ersten Phase der Erkundung des Forschungsbereiches unsystematisch, explorativ durchgeführt (vgl. Greenhalgh/Robert et al. 2005). Die so vorweg analysierten Primärstudien müssen dann in der eigentlichen Analyse- und Synthesephase noch einmal analysiert werden, weil sich die Forschungsfragen der Metastudie und das Beobachtungsraster durch die dazwischen liegenden Arbeitsprozesse weiterentwickelt haben.

Die real angewendete Analyse- und Synthesemethodik scheint am schwierigsten zu beschreiben zu sein, da sie offensichtlich komplexe und kreative Wahrnehmungs-, Selektions-, Abstraktions- und Beschreibungsprozesse der Forscher/innen explizieren müssen. Der Hinweis einiger Forscher/innen (Pawson/Greenhalgh et al. 2004:37ff.; Thorne/Jensen et al. 2004:1343), dass Synthese von

qualitativer Forschung nichts für Anfänger sei und dass sehr erfahrene Forscher/innen die Analysen und Synthese am besten in eng kooperierenden Teams durchführen sollten, zeigt die Komplexität und die methodisch schwer abzusi-chernden Qualitätsrisiken dieses Prozesses. Diese Hinweise belegen auch, dass viel mehr und in langen Jahren erworbenes Wissen über das Forschungsfeld, über den Forschungsprozess und dem eigenen Prozess des Erkennens in die Synthese einfließen, als beschreibbar und in simpler methodischer Technik standardisierbar ist. Die folgende Beschreibung des Analyseverfahrens wird in diesem Sinn nur eine Annäherung bleiben.

### 2.3.1. Entwicklung eines Datenentnahmerasters

Mit Dixon-Woods, Agarwal et al. (2005:48) geht die hier entwickelte Methodik von der grundlegenden Unterscheidung zwischen Analyse der Primärstudien und Synthese neuen Wissens aus:

- Analyse wird verstanden als selektiver und hermeneutischer Prozess der Gewinnung von Daten.<sup>9</sup>
- Synthese wird verstanden als dialektischer Prozess des Vergleichens, der Aggregation und der Synthese dieser Daten zu neuem Wissen.

Für den hermeneutischen Prozess der nachvollziehbaren Selektion von "Daten" wurde auf Basis der Forschungsfragen der Metastudie eine Vorstrukturierung der Analyse der Primärstudien als Instrument entwickelt. In Anlehnung an das *data extraction form* von Greenhalgh, Robert et al. (2005:421) wurde dieses Analyse-instrument als "Datenentnahmeraster" bezeichnet.<sup>10</sup> Dieses Raster und die genaue Dokumentation des Analyse- und Syntheseprozesses sollten folgenden Zwecken dienen (Thorne, Jensen et al. 2004:1356):

[...] guidelines for search and retrieval, for creating an analytic dialogue, and for interpreting the findings deriving from a diverse set of studies into one another and into the possibilities of a coherent new whole.

Die Grundstruktur des Datenentnahmerasters folgt inhaltlich den Unterscheidun-gen des *Metastudy*-Ansatzes (Paterson/Canam et al. 2001). Die 36 Fragen bzw. Datenfelder des Datenentnahmerasters wurden auf die Diskursforschung zur Arzt-Patient-Interaktion und die Forschungsfragen der Metastudie zugeschnitten. Am Beginn steht eine formale Grundbeschreibung der Primärstudie (Zitat, Laufzeit, Leitung, Forschungseinrichtung). Es folgen Fragen zum theoretischen Rahmen (Vorannahmen, Forschungsinteresse, theoretischer Zugang, Forschungsfragen), zur Datengrundlage (Organisationskontext der Arzt-Patient-Interaktion, Patienten-sample, Arztsample, Gesprächskorpus, Aufzeichnungs- und Transkriptionsmetho-den, andere Datenquellen), zum methodischen Vorgehen (Auswahl der Daten, Analysemethodik und -schritte, Anwendungsbezug und Transdisziplinarität) und zu den Ergebnissen der Primärstudie (generelle Ergebnisse, interaktive Verfahren von Ärzt/inn/en, Patientenempowerment, Originalität der Ergebnisse).

---

<sup>9</sup> "Daten" meint hier alle dokumentierbaren Informationen, die zum Zweck der Synthese aus der Primärstudie "herausgelesen" werden.

<sup>10</sup> Der Datenentnahmeraster ist beim Autor erhältlich.

Ergänzt wurde das Analyseraster durch Fragen zur Qualitätsbeurteilung der Primärstudien. Die Qualitätsbewertung von qualitativen Studien wird generell als schwierig eingestuft. Als ersten Zugang haben Dixon-Woods, Shaw und Kolleg/inn/en (2004:224) sieben generelle Bewertungsfragen<sup>11</sup> für qualitative Primärstudien im Kontext eines Syntheseprozesses vorgeschlagen. Diese und Reflexionsfragen von Kip Jones (2005) dienen als Leitfragen für die Einschätzung jeder Primärstudie im Datenentnahmeraster.

Ein irritierender Nebenbefund dieser Metastudie ist, dass nur wenige Publikationen der Diskursforschung im deutschsprachigen Raum alle Qualitätskriterien für gute qualitative Studien erfüllen und einige in strengen Synthesearbeiten als "*fatally flawed*" (Dixon-Woods/Cavers et al. 2006) einzustufen und aus der Synthese auszuschließen wären. So konnte häufig schon bei oberflächlicher Durchsicht der Publikationen das Fehlen von Anschlüssen an die bisherige Forschung, von Forschungsfragen, von Beschreibungen der Daten (Gesprächs-, Patienten-, Ärztecharakteristika), von Explizierungen der Erhebungs-, Auswahl- und Analysemethodik festgestellt werden. Auch die Reflexivität der Arbeiten, im Sinne des Aufzeigens von Beschränkungen und Schwierigkeiten im Forschungsprozess und -ergebnis scheint gering. Es ist zwar ein Trend zur Qualitätsverbesserung zu beobachten, aber das Aufgreifen eines systematischen Methodendiskurses in der Diskursforschung scheint vor diesem Hintergrund drängend (s. Schlussfolgerungen in Kap. 3.3.2).

### 2.3.2. Definition eines Analyseprozesses

Neben dem Datenentnahmeraster ist die Definition des Arbeitsprozesses in der Einzelanalyse eine zweite methodische Absicherung für einen systematischen, vergleichbaren und effizienten Umgang mit allen Primärstudien. Er ist vor dem Hintergrund der Heterogenität der Primärstudien nicht als strenge Vorgabe, sondern als Leitfaden für ein halb-standardisiertes Vorgehen zu konzipieren. Grundsätzlich ist für die Qualitätssicherung komplexer Selektionsprozesse, wie es diese Datenentnahme aus den Primärstudien darstellt, die parallele Analyse durch zwei Forscher/innen zu empfehlen. In großen Metastudien und anderen "Ratingprozessen" der quantitativen und qualitativen Forschung<sup>12</sup> gilt diese doppelte Beurteilung als Selbstverständlichkeit. Die Angabe der "*inter-rater reliability*" kann damit als Qualitätsmerkmal des Analyseprozesses angegeben werden. Da diese Metastudie als Dissertationsprojekt eines Einzelforschers durchgeführt wurde,

---

<sup>11</sup> Die sieben Bewertungsfragen von Dixon-Woods und Kolleg/inn/en sind:

1. Are the research questions clear?
2. Are the research questions suited to qualitative inquiry?
3. Are the following clearly described? (sampling, data collection, analysis)
4. Are the following appropriate to the research question? (sampling, data collection, analysis)
5. Are the claims made supported by sufficient evidence?
6. Are the data, interpretations, and conclusions clearly integrated?
7. Does the paper make a useful contribution?

<sup>12</sup> Vgl. z.B. Greenhalgh/Robert et al. (2005:421).

konnte keine zweite Ratingperson eingesetzt werden.<sup>13</sup> Für weitere Anwendungen des Metastudiendesigns in der Diskursforschung wird (zumindest für die erste Phase der Analyse) eine doppelte und dann auch gut überprüfbare Datenentnahme unbedingt empfohlen.

#### **2.4. Schritt 4: Verfahren der Aggregation von Einzelanalysen – Arbeit mit einer Metamatrix**

Durch den Prozess der Einzelanalysen werden jeweils spezifische Dokumentationen für jede Primärstudie erstellt, die einen breiten Einblick in die theoretischen Ansätze, die verwendete Methodik, die Ergebnisse und die Qualität der einzelnen Primärstudien geben. Die Objekte des Aggregationsverfahrens waren aufgrund der gewählten Fragestellungen ausschließlich die Kategorien und Beschreibungen des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en, deren interaktive Auswirkungen auf die Patient/inn/en und die korrespondierenden Transkriptbelege und Literaturzitate der Primärstudien. Große Teile der Einzelanalysen wurden damit nicht aggregiert und könnten noch für weitere Forschungen genutzt werden.

Das verwendete Verfahren stützt sich auf die von Miles, Huberman (1994) beschriebene *cross-case technique*, in der mittels Meta-Matrizen, die untersuchten Fallstudien nach vorweg entwickelten Kriterien vergleichend dargestellt werden. Dixon-Woods, Agarwal et al. (2005) zeigen anhand derselben Vorgangsweise, wie aus einer ersten Startliste von groben Beschreibungskategorien im Verlauf der Kodierung der einzelnen Fallstudien schrittweise zusätzliche Kategorien eingeführt werden. Diese ergänzen oder spezifizieren die ursprünglichen Kategorien. Damit werden alle Fälle in einer Meta-Matrix zusammengeführt und vergleichend analysiert.

Dem handlungstheoretischen Ansatz von Spranz-Fogasy (2005:18ff.), der die Arzt-Patient-Interaktion als Handlungsschema begreift, folgend wurde für die Metamatrix auf der obersten Ebene eine zeitlich funktionale Grundstruktur gewählt. Auf dieser Ebene werden neun zentrale Gesprächskomponenten<sup>14</sup> der Arzt-Patient-Interaktion unterschieden:

1. Gesprächseröffnung
2. Eröffnungsinitiative
3. "Zuhören" und "Nicht-Zuhören"
4. Informationen erfragen
5. Orientierung geben
6. Information geben, Anleiten, Beraten
7. Gemeinsame Planung und Entscheidungsfindung

---

<sup>13</sup> Die auch für diese Arbeit notwendigen "*checks and balances*" (Dixon-Woods/Cavers et al. 2006:10) wurden über mehrere Präsentationen und Diskussionen von Zwischenergebnissen auf internationalen Konferenzen und Arbeitstreffen realisiert.

<sup>14</sup> Die Ableitung und Begründung dieser Grundstruktur der Systematik und der neun Gesprächskomponenten erfolgte auf Basis vorliegender Strukturierungsversuche der Arzt-Patient-Interaktion (vgl. Nowak 2007a), kann hier aber aus Platzgründen nicht ausgeführt werden.

## 8. Gesprächsabschluss

## 9. Körperliche Untersuchung

Die Gesprächsanalysen und Textbeispiele der Primärstudien werden darin auf drei weiteren Kategorisierungsebenen des interaktiven, sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en differenziert bzw. in diese subsumiert. Die Unterscheidung dieser Kategorien des Handelns erfolgte auf der ersten Ebene unter dem funktionalen Aspekt ("Handlungstyp") und auf den weiteren Kategorisierungsebenen inhaltlich und nach den verwendeten sprachlichen Mitteln ("Einzelhandlung" und "Varianten von Einzelhandlungen"). Die hierarchische Strukturierung dieser Kategorien entstand im Aggregationsprozess der Metastudie vor allem aus der Notwendigkeit, die Komplexität der Befunde systematisch zu reduzieren. Die Ebenen und Kategorien spiegeln Konzepte der Primärstudien wieder, sind aber (bisher) keine theoretisch fundierte Ableitung der Struktur interaktiven Handelns. Dies wird noch wesentlicher Forschungsanstrengungen bedürfen (vgl. die Schlussfolgerungen in 3.4). Die konkreten, der Primärstudie entnommenen Einzeläußerungen stehen als Textbeispiele hinter diesen Zuordnungen und werden als Transkripte mit ihrem interaktiven Kontext in die Metamatrix aufgenommen. Die Zuordnung von konkreten Einzeläußerungen zu den entwickelten Kategorien des sprachlichen Handelns wird damit in der Metamatrix nachvollzieh- und kontrollierbar, enthält aber auch prinzipielle methodische Herausforderungen, die weiter unten noch weiter erläutert werden.

Tabelle 3 zeigt beispielhaft die Differenzierung des Handlungstyps "Eröffnungsfrage" aus der Gesprächskomponente "Eröffnungsinitiative". Die hierarchisierte Nummerierung in der ersten Spalte verweist auf die Kategorienebene des Handelns: einstellig => "Handlungstyp", zweistellig => "Einzelhandlung", drei- und vierstellig => "Varianten von Einzelhandlungen". Die fünf weiteren Spalten der Matrix versammeln genauere oder alternative Beschreibung der Handlung der Ärzte/Ärztinnen (Spalte 3), die Transkriptbeispiele (Spalte 4), den analysierten Gesprächstyp (Spalte 5),<sup>15</sup> die Auswirkungen auf die Patient/inn/en (Spalte 6)<sup>16</sup> sowie spezifische Literaturverweise auf weitere Forschungen oder theoretische Grundlagen (Spalte 7), soweit solche in den Primärstudien auffindbar waren.

Nr.	Kategorie	Genauere Beschreibung	Textbeispiel aus den Primärstudien (vgl. Anhang)	G. typ	Beschriebene Auswirkung	Ergänz. Literatur
1	Eröffnungsfrage					
1.1	Inhaltliche Frage	Ärztliche Elizitierungsstrategie				Elizitierung vgl. Rehbein 1984,

<sup>15</sup> Insgesamt werden in Nowak (2007a) 6 Gesprächstypen (Abkürzung in der Tabelle) unterschieden: Anamnese / Erstgespräch (A), Aufklärungsgespräch (AK), Befundgespräch (B), Entlassungsgespräch / Abschlussgespräch (E), Folgegespräch / Zweitgespräch (F), Visitengespräch / Hausbesuch (V).

<sup>16</sup> In der ursprünglichen Konzeption war eine detailliertere Auswertung und Synthese der interaktiven Auswirkungen der einzelnen Handlungstypen auf die Patient/inn/en geplant, die aufgrund von Ressourcenbeschränkungen nicht realisiert werden konnte (vgl. auch Forschungsdesiderata Kap. 3.4).

Nr.	Kategorie	Genauere Beschreibung	Textbeispiel aus den Primärstudien (vgl. Anhang)	G. typ	Beschriebene Auswirkung	Ergänz. Literatur
						1985
1.1.1	Inhaltliche Frage nach dem Konsultationsanlass	Nach dem Anliegen des Patienten / der Patientin	Allgemeines Beispiel: "Was führt Sie zu mir / ins Krankenhaus?" (Lalouschek 2004:154)  "A: so naa – was führt sie denn hierher – [2 sek. Pause] P: guten morgen A: setzen sie sich mal – mh P: ich bin mit mei"  (Spranz-Fogasy 2005:23)	A		Köhle/Korfer et al. 2005
1.1.2	inhaltliche Frage nach Beschwerden	die explizit auf den Beschwerdesachverhalt zielt	Allgemeines Beispiel: "Was haben Sie denn für Beschwerden?" (Spranz-Fogasy 2005:25)	A	➔ konkreter Antwortzwang mit inhaltlicher Einengung	
1.1.2.1	Eingangsfrage, die die Bestätigung bekannter akuter Beschwerden sucht	die keine Aufforderung enthält, eine eigenständige Darstellung zu liefern	"A: ja und sie sagen seit gestern – haben sie dann auch die Herzbeschwerden P: seit / Herzbeschwerden - ja" (Lalouschek 2005:56)	A	➔ Arzt / Ärztin weist dem Patienten / der Patientin eine passiv-reaktive Gesprächsrolle zu	

Tabelle 3: Beispielausschnitt aus der Metamatrix

#### 2.4.1. Herausforderungen und Integrationsentscheidungen im Aggregationsprozess

Im Aggregationsverfahren wird durch iteratives Vergleichen und Kombinieren zwischen Primärstudie, Datenentnahmeraster und verschiedenen Ebenen und Orten der Matrix versucht, die passende Zuordnung eines Beleges zu finden. Dabei stellen sich zwei Herausforderungen:

- Die Ergebnisse der einzelnen Primärstudien müssen durch Vergleich mit den Ergebnissen oder durch "Übersetzung" in die Ergebnisse der bereits analysierten Primärstudien (vgl. den Prozess der *Reciprocal translational analysis* in der *Meta-Ethnografie*; Noblit/Hare 1988) integriert werden.
- Bei widersprüchlichen oder unvereinbaren Ergebnissen müssen Restrukturierungen der Matrix selbst erfolgen, d.h. Wissen höherer Ordnung muss erzeugt werden (vgl. *Refutational synthesis*: Noblit/Hare 1988; Thorne/Jensen et al. 2004:1346; Greenhalgh/Robert et al. 2005)

Es wird somit prinzipiell über vier Arten der Integration der identifizierten, interaktiven Handlungen der Ärzt/inn/en entschieden:

- Wenn eine sprachliche Handlung bereits aufgrund einer vorausgegangenen Einzelanalyse annähernd identisch als "Einzelhandlung" vorlag, dann wird das neue Zitat mit Textbeispiel als weiterer Beleg eben dort ergänzt.
- Wenn sie sich als eine neue Variante eines Handlungstyps beschreiben lässt, wird eine neue "Einzelhandlung" als Kategorie dieses Handlungstyps angelegt.
- Wenn sie sich keinem vorliegenden Handlungstyp zuordnen lässt, wird entweder die von den Autor/inn/en der Primärstudie verwendete Bezeichnung als neuer Handlungstyp angelegt oder versucht eine eigene übergeordnete Formulierung zu finden, die die Konzeption dieses Handlungstyps voraussichtlich auch für andere Primärstudien verwendbar macht.
- Wenn sie sich gar nicht zuordnen lässt, wird sie in einer Restkategorie "Sons-tige" vorläufig deponiert. Dort "wartet" sie darauf, dass durch weitere Analysen ein geeigneter Platz in der Systematik bzw. eine Erklärung für die "Widerspenstigkeit" dieses Befundes zu finden ist.<sup>17</sup>

Um diesen Aggregationsprozess deutlich zu machen, zeigt Tabelle 4, wie Einzelhandlungen aus vier unterschiedlichen Primärstudien in zwei Handlungstypen der Gesprächskomponente "(Nicht) Zuhören" integriert wurden.

Auszug aus der Systematik der	Quelle des Kategorie (ggf. ursprüngliche Formulierung)
1 Aufwertung von Patientenäußerungen	
1.1 <sup>②</sup> Aufwertung von abgeschwächten Symptombeschreibungen <sup>①</sup>	Menz/Lalouschek et al. 2002
1.2 Aufwertung von Patientenschilderungen	Gulich 2005 ("Bewertende Kommentare")
2 Abwertung von Patientenäußerungen <sup>⑤</sup>	
2.1 <sup>④</sup> Problematisierung von Patientenverhalten	Bliesener 1982
2.2 <sup>③</sup> Abwertung von Krankheitsvorstellungen der Patient/inn/en	Spranz-Fogasy 2005 ("Abwertende Kommentare")

Tabelle 4: Demonstration des Aggregations- und Syntheseprozesses<sup>18</sup>

Am Ende des Aggregationsprozesses waren ca. 140 unterschiedliche, interaktive Handlungen von Ärzt/inn/en erfasst (vgl. Nowak 2007a). Eine Metamatrix als Aggregationsinstrument ermöglicht also, die vielen analysierten Einzelbeobach-

<sup>17</sup> Alle Belege der Primärstudien konnten in dieser Metastudie bis Projektabschluss in die Systematik und die neun Gesprächskomponenten integriert werden.

<sup>18</sup> <sup>①</sup> Ausgehend von der zunächst identifizierten Einzelhandlung "Aufwertung von abgeschwächten Symptombeschreibungen" wurde eine Spezifizierung der groben Kategorie "Bewertende Kommentare" in "Aufwertung einer Patientenschilderung" durchgeführt.

<sup>②</sup> Zu beiden Einzelhandlungen wurde ein übergreifender Handlungstyp gesucht und in "Aufwertung von Patientenäußerungen" gefunden.

<sup>③</sup> und <sup>④</sup> Angeregt durch die Kategorie "Abwertende Kommentare" war es nahe liegend einen diametral gegenüberstehenden Handlungstyp "Abwertung von Patientenäußerungen" zu formulieren und eine Spezifizierung der Einzelhandlung durchzuführen.

<sup>⑤</sup> Dadurch war es möglich, auch die Einzelhandlung "Problematisierung von Patientenverhalten" zu integrieren.



tungen so weit zu strukturieren, dass ein Vergleich und eine nachvollziehbare Synthese möglich werden. Eine Metastudie über qualitative Forschung muss, um zu generelleren Aussagen als die Primärstudien zu kommen, den Kontext der Einzelbeobachtungen der Primärstudien reduzieren, tut dies jedoch systematisch und nachvollziehbar entsprechend der Forschungsfragen der jeweiligen Metastudie. Die hier angeführten Beispiele zeigen aber auch den vorläufigen Charakter der hier entwickelten Systematik des interaktiven Handelns durch die Aggregation von nur 12 Primärstudien. Die Analyse und Aggregation von weiteren Primärstudien wird nicht nur eine weitere Differenzierung der vorgelegten Systematik sondern eventuell auch neue Zuordnung einzelner Gesprächsausschnitte ermöglichen. Neue und differenziertere Fragestellungen können auch mit denselben Primärstudien andere Antworten erzielen, so könnten Fragen zu triadischen Kommunikationssituationen oder zur interaktiven Logik in der Arzt-Patient-Interaktion aufgeworfen werden. Die abschließend diskutierten Forschungsdesiderata werden darauf detaillierter eingehen.

## **2.5. Schritt 5: Das Syntheseverfahren – Weiterentwicklung der Metamatrix in eine kognitive Landkarte ("Systematik") der Ergebnisse**

Selbstverständlich enthält die Aggregation von Einzelanalysen bereits Elemente einer Synthese im Sinne der Entwicklung von Wissen, das über die Ergebnisse der Einzelanalyse hinausgeht.<sup>19</sup> Insbesondere die Formulierung neuer, übergreifender Handlungstypen, die in dieser Weise in keiner der Einzelanalysen formuliert waren, ist bereits demonstriert worden (vgl. Tab. 4). Dieser Prozess der Neuformulierung von Kategorien des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en wurde in der Ausformulierung der Synthesergebnisse fortgesetzt. Im Sinne der "*critical interpretive synthesis*" ist dies der entscheidende Schritt der Entwicklung neuer "*synthetic constructs*" (Dixon-Woods/Cavers et al. 2006:9), in dem sich das Syntheseverfahren kritisch von den Konzepten der Primärstudien abhebt und eigenständige, kreative Theoriearbeit leistet.

Die einzelnen Arbeitsschritte dieses abschließenden Syntheseverfahrens waren:

- Die vollständige Überprüfung der Struktur der Systematik, um gegebenenfalls Kategorien neu zu gruppieren und um bisher nicht erkannte Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kategorisierungen abzubilden. Dies erfordert in einzelnen Fällen eine letzte Überprüfung der Zuordnung anhand der Ergebnisse der Einzelanalyse im Datenentnahmeraster oder sogar im Originaltext der jeweiligen Primärstudie (zirkulär, iterativer Syntheseprozess).
- Das Einholen von kritischem Feedback von Kolleg/inn/en zur Absicherung der Ergebnisse.
- Darauf aufbauend wurden in Hinblick auf die Forschungsfragen der Metastudie, auf die theoretischen Vorarbeiten und auf die internationale Forschungsdiskussion die Systematik einer abschließenden Interpretation unterzogen und die zentralen Ergebnisse zusammengefasst.

---

<sup>19</sup> Zur weiteren Unterscheidung von Aggregation und Synthese s. Dixon-Woods/Cavers et al. (2006).

- Schließlich wurden Schlussfolgerungen für die Praxis der Arzt-Patient-Interaktion und die weitere Forschung formuliert.

Eine Metamatrix dieser Größenordnung ist nicht überblickbar. Hier bieten sich grafische, software-gestützte "Mindmap"-Techniken an, die Grundstrukturen und ihre Differenzierungen erkennbar machen und damit die Entwicklung kognitiver Landkarten erleichtern. Die Kategorien des sprachlichen Handelns wurden in ihrer hierarchischen Ordnungsstruktur in Mindmap-Diagramme übersetzt, wodurch Verdopplungen, Widersprüche und Lücken in der Struktur der Matrix bearbeitbar wurden. Die größte Herausforderung ist einen sinnvollen Überblick über die Vielzahl der Befunde zu behalten und Unterscheidungen und Zusammenhänge in angemessener Komplexität nachvollziehbar zu machen. Ein entscheidender Vorteil dieser grafischen Visualisierungstechniken ist, dass sie Bilder erzeugen, die eine rasche und differenzierte Präsentation der Systematik erlauben. Diese unterstützen dann die vertiefte Diskussion mit Kolleg/inn/en. Abbildung 3 zeigt beispielhafte die entwickelte Systematik der Gesprächskomponente "Eröffnungsinitiative".

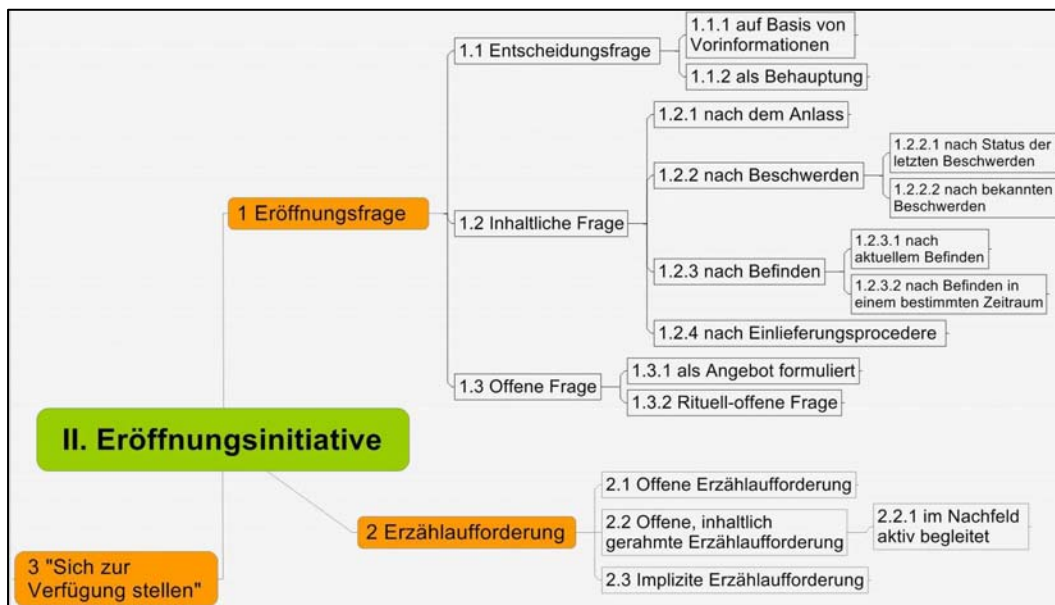


Abbildung 3: *Mind-map* der Gesprächskomponente "Eröffnungsinitiative"

Den letzten Schritt bildete die Ausformulierung der Systematik als Ergebnis dieser Metastudie unter Einbezug wesentlicher internationaler Forschungsarbeiten zur Arzt-Patient-Interaktion und führender Ausbildungshandbücher für Ärzt/inn/en (vgl. Nowak 2007a,c). Die so entstandene Systematik, das sei hier angemerkt, ist ein Fragment: eingeschränkt in der Breite und Differenzierung der sprachlichen Handlungen durch die Auswahl der Primärstudien; eingeschränkt in der Tiefe und Strukturierung durch fehlendes, vor allem auch theoriegeleitetes Überdenken. Einzelne Überschneidungen und Verdopplungen von Kategorien in der Systematik sind nicht nur als Problem der Darstellung komplexer Zusammenhänge zu sehen, sondern auch Hinweise auf noch nicht erkannte theoretische Zusammenhänge. Dennoch zeigt dieses "Fragment" das Potential der Theoriebildung einer Metastudie und bietet einen konzeptuellen Referenzpunkt, den zu kritisieren und weiterzuentwickeln weitere Forschungen aufgerufen sind.

### 3. Diskussion und Schlussfolgerung

Diese abschließende Einschätzung der Methodik versucht im ersten Schritt das Besondere einer Metastudie über Diskursforschungen festzumachen, dann die methodischen Stärken gegenüber gängigen Literaturübersichten zu zeigen, um schließlich den Blick in die Zukunft zu riskieren.

#### 3.1. Besonderheiten von Metastudien in der Diskursforschung

Zunächst sind Diskursforschungen zur Arzt-Patient-Interaktion aus Sicht der internationalen Diskussion zur Synthese qualitativer Forschung ein relativ homogenes Korpus an Forschungsarbeiten, das durch ähnliche Erhebungs-, Transkriptions-, Analyse- und Auswertungsprozesse geleitet ist.<sup>20</sup> Dies unterstützt die Vergleichbarkeit und legt nahe, systematische Synthesemethoden in der Diskursforschung breit einzusetzen. Im Sinne der Unterscheidung von aggregierenden und interpretativen Verfahren (Dixon-Woods/Cavers et al. 2006:3) von Synthesearbeiten ermöglicht diese größere Vergleichbarkeit der "Daten" mit Einschränkungen auch aggregierende Verfahren einzusetzen, die üblicherweise der quantitativen Forschung vorbehalten sind.

Weiters sind die Primärdaten von diskursanalytischen Studien – anders als in anderen qualitativen Sozialforschungen – prinzipiell direkt zugänglich, weil in der Diskursforschung nur Analysen auf Basis von Transkripten als akzeptabel gelten und diese zumindest in Ausschnitten in die Publikationen Eingang finden müssen.<sup>21</sup> Persönliche Beobachtungen der Forscher/innen im Feld und deren Beschreibung (z.B. als Beobachtungsprotokolle) werden unterstützend, aber nicht als Grundlage der Interpretation genommen. Diskursforschungen machen also über ihre Transkripte einen wesentlichen Teil der Primärdaten direkt zugänglich.

Schließlich ist aus einem systemtheoretischen (und konversationsanalytischen) Grundverständnis von Interaktion die Interaktion selbst der wesentlichste Kontext der Interaktion (Kieserling 1999). Der notwendigerweise in jeder Metastudie auch zu interpretierende Kontext der Ergebnisse der Primärstudien (im Sinne von Weed 2005), ist also im Falle der Diskursforschung in der im Transkript nachvollziehbaren Interaktion selbst zu sehen. D.h. in gut dokumentierten Diskursforschungen sollte der unmittelbare, systemische Kontext der interaktiven Prozesse direkt für die Metastudie zugänglich sein. Damit verfügt eine Metastudie in der Diskursforschung in den veröffentlichten Transkripten über die Primärdaten UND den Kontext der Primärdaten.

Die Kategorien, Konzepte und Interpretationen der Autor/inn/en werden weiterhin das zentrale "Objekt" einer Metastudie in der Diskursforschung bleiben,

---

<sup>20</sup> Als Vergleich können die komplexen Synthesearbeiten von Dixon-Woods/Cavers et al. (2006) und von Greenhalgh/Robert et al. (2005) dienen.

<sup>21</sup> Freilich sind nur wenige Publikationen mit dem Gesamttranskript der analysierten Gespräche ausgestattet. Das erlauben die wenigsten Verleger. Damit ist es de facto sehr schwierig bis unmöglich, in die Transkripte Einsicht zu nehmen. Auch deshalb werden in den letzten Jahren verstärkt Anstrengungen unternommen, öffentlich zugängliche Datenbanken von linguistischen Primärdaten aufzubauen. Für die Gesprächsforschung des deutschen Sprachraumes sind beispielhaft das Repertorium "Deutsche Transkripte" (Glas/Ehlich 2000) und die bisher am weitesten entwickelte Datenbank Gesprochenes Deutsch (DGD) (vgl. Fiehler/Wagener 2005) am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim zu nennen.

denn der Aufwand für Re-Analysen ist höher als für eine Metastudie, die direkt mit den Interpretationen der Autor/inn/en der Primärstudien arbeitet. Auch ist jede Primärstudie ein einzigartiges Zusammenkommen von Kompetenzen, Einsichten und Forschungsanstrengungen - ein Schatz also, der nicht leichtfertig verworfen werden sollte (außer es gibt begründete Zweifel an der Qualität der Primärstudie). Aber genau hier haben Metastudien in der Diskursforschung den besonderen Vorteil gegenüber anderen qualitativen Sozialwissenschaften, da sie stichprobenartig Einblick in die Analyse- und Interpretationsarbeit der Primärstudien nehmen können. Sie finden damit erleichterte Bedingungen für die methodische Qualitätssicherung der Metastudie vor.

Will die Diskursforschung auch Anschluss an die quantitativen Paradigmen der medizinischen, psychologischen und soziologischen Forschung finden, bedarf es vorerst aber noch der Anstrengungen, Qualitätsbewertungskriterien für Primärstudien und Standards für das analytische Vorgehen in der Diskursforschung so zu formulieren, dass relativ rasch "Weizen von Spreu" in einem Metastudienprozess trennbar wird. Denn "fatale Fehler" sollten im Kontext der theoretischen und methodischen Perspektive der jeweiligen Forschungsdisziplin erkannt werden. Dixon-Woods und Kolleg/inn/en (Dixon-Woods/Shaw et al. 2004:225) stellen zusammenfassend fest:

Unless we can move to these kinds of definitions and expectations, the diversity - indeed, near anarchy - in qualitative methodology means that it is very difficult to identify, or at least gain agreement, on what might constitute a fatal flaw.

### **3.2. Methodische Stärken von Metastudien gegenüber gängigen Literaturübersichten**

Nicht nur die quantitativen Forschungen zur Arzt-Patient-Interaktion anderer Disziplinen würden aus Metastudien zu qualitativen Diskursforschungen Nutzen ziehen, sondern insbesondere die Weiterentwicklung der Forschungsdisziplin "Diskursforschung" selbst würde durch systematische Synthesearbeiten wesentliche Impulse erhalten. Daher sollen die Stärken dieses methodischen Zugangs gegenüber gängigen Literaturübersichten noch einmal zusammenfassend verdeutlicht werden.

Im Mittelpunkt steht dabei die methodisch angeleitete und instrumentell gestützte Analyse und Synthese von Primärforschungen, wobei die methodische Trennung von Analyse (Selektion und Dokumentation der Daten der Primärstudien) und Synthese (Aggregation und Entwicklung neuen Wissens) die Nachvollziehbarkeit<sup>22</sup> des Forschungsprozesses unterstützt. Im Besonderen werden folgende Forschungsschritte und die damit erzielten Syntheseergebnisse selbst überprüfbar:

- die Literatursuche und die Auswahl von Primärstudien,

---

<sup>22</sup> Mit Recht weisen Dixon-Woods, Cavers et al. (2006) darauf hin, dass vollständige Transparenz und Reproduzierbarkeit in einem solchen kreativen, interpretativen Forschungsprozess nicht möglich ist.

- die Analyse von Primärstudien, vor allem auch die Selektion der Daten aus den Primärstudien; von Bedeutung erscheint hier in der Synthese von Diskursforschung die Einbeziehung von Transkriptausschnitten (siehe oben),
- der Syntheseprozess: d.h. die Transformation von Texten der Primärstudien zu "Daten" und Interpretationen der Metastudie und die Entwicklung neuen Wissens.

Die besondere Stärke einer Metastudienmethodik besteht in der nachvollziehbaren Übernahme und Integration der Konzepte unterschiedlicher Forschungen – die "Interpretation der Interpretationen", ohne den Kontext der Primärstudien ganz aus den Augen zu verlieren. Selbstverständlich müssen in einem solchen Syntheseprozess auch Kontextinformationen ausgeblendet werden. Es hängt von Zielen und Fragestellungen der Metastudie sowie der Heterogenität der Primärstudien ab, wie viel Kontext erhalten werden kann und muss.

Die methodische Diskussion über Kontextsensitivität der qualitativen Forschung ("*meaning in context*" Mishler 1979) und Metastudien ist nicht abgeschlossen (s. z.B. Weed 2005). Neben Fragen der Qualitätsbewertung von Primärstudien stehen vor allem Fragen der Verarbeitung von Komplexität und Generalisierbarkeit von Ergebnissen zur Diskussion. Hier eröffnen sich bemerkenswerte epistemologische Fragen und Anschlussmöglichkeiten an andere Forschungsdisziplinen, die ein fundiertes Einbringen von Diskursforschung und ihren methodischen Erkenntnissen in interdisziplinäre Methodendiskurse zu Metastudien nahelegen. Am Beispiel von Fragen der "Ko-konstruktion" von Interaktion oder des Zusammenhangs zwischen Interaktion und Makrokontexten (Levinson 2005) könnten wesentliche Beiträge zur interdisziplinären Reflexion der Methodik von der Diskursforschung geleistet werden. Aber zunächst scheinen auch noch wesentliche Entwicklungsschritte in der Diskursforschung selbst zu leisten zu sein.

### **3.3. Schlussfolgerungen für die deutschsprachige Diskursforschung als Forschungsdisziplin**

#### **3.3.1. Ein übergreifender Wissensentwicklungsprozess fehlt für die Ergebnisse der Diskursforschung**

Die unzureichende Kenntnisnahme, Bewertung und Integration vorliegender Primärforschung lässt die deutschsprachige Diskursforschung (zumindest für den Bereich der Arzt-Patient-Interaktion) als individualisierte, fragmentierte Forschungsdisziplin erscheinen, in der wertvolle Studienanstrengungen zu keinem sichtbaren, übergreifenden Wissenszuwachs führen. Systematische Metastudien können demgegenüber verlässliche, studienübergreifende Ergebnisse den Fachdiskussionen in der Gesprächsforschung und in den Forschungsdisziplinen der Anwendungsbereiche zur Verfügung stellen und damit eine wesentlich differenziertere und komplexere Erforschung und Darstellung verbaler Kommunikation als bisher ermöglichen. Sie ermöglichen auch die präzise Identifizierung offener Forschungsfragen für zukünftige Primärforschungen. Auf dieser Basis lässt sich die Diskursforschung für bestimmte Forschungsfelder aufbauend weiterentwickeln. Ohne eine solche in der *scientific community* konsensuierte Wissensentwicklung sollte eine geringe Rezeption von empirischen Diskursforschungen zur Arzt-

Patient-Interaktion in der Medizin, Psychologie und Soziologie niemanden wundern. Insbesondere bessere Anchlüsse an quantitativ orientierte, empirische Forschung in diesen Forschungsdisziplinen sind durch systematische Syntheseanstrengungen zu erwarten. Neben der Durchführung von Metastudien wäre die Etablierung von mehr qualitätsgesicherten Publikationsmedien (*peer-reviewed*) eine zweite, zentrale Voraussetzung für diesen Entwicklungsprozess in der deutschsprachigen Diskursforschung.

### 3.3.2. Reflexion der methodischen Qualität von qualitativen Diskursforschungen

In einer frühen Phase dieser Metastudie wurde ähnlich wie in der "*meta-method synthesis*" (Paterson/Thorne et al. 2001) auch eine Forschungsfrage zum Zusammenhang von Methoden der Primärstudien und den damit gewonnenen Analyseergebnissen formuliert. Doch wurde diese Frage zugunsten der fundierten Methodenentwicklung der Metastudie und der Konzeption der Systematik des interaktiven Handelns von Ärzt/inn/en wieder fallengelassen. Dennoch bieten systematische Metastudien von Diskursforschungen die Möglichkeit, die tatsächlich eingesetzten diskursanalytischen Methoden, die Qualität ihrer Anwendung und die Auswirkungen auf die so gewonnenen Ergebnisse vergleichend zu untersuchen. Dies würde ohne Zweifel den seit längerem kaum geführten Methodendiskurs in der deutschsprachigen Diskursforschung wesentlich beleben und fruchtbare methodische Weiterentwicklung nach sich ziehen. Insbesondere die Formulierung der oben geforderten Qualitätsstandards für qualitative Primärforschung in der Gesprächsanalyse wäre in diesem Zusammenhang das dringlichste Vorhaben. Die in dieser Metastudie entwickelten Fragen zur Studienqualität<sup>23</sup> könnten dafür einen Ausgangspunkt bieten. Unbedingt ist jedoch eine wesentlich intensivere Anbindung an internationale und interdisziplinäre Methodendiskurse hier anzuraten, der aktuell auch in der deutschen, medizinischen Forschung gesucht wird (Hasseler 2007).

### 3.3.3. Entwicklung bzw. Dekonstruktion einer "Theorie der Interaktion"

Auch wenn diese Metastudie sich nicht der Synthese von theoretischen Zugängen der Primärstudien widmen konnte, so ist doch in den Einzelanalysen deutlich geworden, dass die Diskursforschung zwar über einen reichen Schatz an Detailkon-

---

<sup>23</sup> 11 Fragen zur Qualitätsbeurteilung von Primärstudien (Nowak 2007a):

1. Sind die Forschungsfragen klar?
2. Sind zentrale Schritte des Forschungsprozesses klar beschrieben?
3. Wurden die Gespräche systematisch analysiert?
4. Sind die Schritte des Forschungsprozesses für die Forschungsfragen angemessen?
5. Werden auch Fehler, Umwege und Störungen im Forschungsprozess beschrieben?
6. Reflexivität. Sind mögliche Einschränkungen/*biases* der Perspektive der Autor/inn/en im Forschungsprozess berücksichtigt?
7. Sind die formulierten Ergebnisse durch ausreichende Gesprächsanalysen belegt?
8. Sind der theoretische Zugang, die Gesprächsausschnitte, die Interpretationen und die Schlussfolgerung klar integriert?
9. Wie wurde mit widersprüchlichen Ergebnissen umgegangen?
10. Wie gut ist die "Geschichte" der Studie erzählt?
11. Trägt die Studie neue Erkenntnisse zum interaktiven Handeln von Ärzt/inn/en bei?

zepten und theoretischen Zugängen verfügt, aber keineswegs über eine übergreifende Interaktionstheorie. Eine solche linguistisch fundierte Interaktionstheorie könnte als ein grundlegendes und ambitioniertes Forschungsdesideratum für die Diskursforschung gesehen werden. Unter anderem wäre meines Erachtens auch die systematische Berücksichtigung, Kritik bzw. Dekonstruktion der systemtheoretischen Interaktionssoziologie (s. z.B. Kieserling 1999) ein zentraler Bestandteil eines solchen Theorieprojektes. Die Synthese der theoretischen Zugänge bereits durchgeführter Diskursforschungen könnte ein weiterer Wissenspool sein, dessen kritische Reflexion und Integration sicherstellen würde, dass die Fülle an empirischen Ergebnissen der Diskursforschung systematisch in der Theorieentwicklung - im Sinne eines abduktiven Forschungsprozesses - berücksichtigt werden. Ein solches Vorgehen würde den anekdotischen und idiosynkratischen Empiriezitate der soziologischen Systemtheorie wesentlich überlegen sein. Die Komplexität, die ein solches Theoriegebäude erfassen und erklären müsste, ist freilich ungeheuerlich. Zudem wird aus manchen Perspektiven die Entwicklung einer Theorie der Interaktion prinzipiell unmöglich erscheinen. Dies sollte dennoch nicht abschrecken, damit zu beginnen, grundlegende Zusammenhänge interdisziplinär neu zu ergründen.

Ein erster Schritt eines solchen Theorieprojektes, der direkt an diese Metastudie anschließen könnte, wäre die systemtheoretische Überprüfung der Struktur der vorgelegten Systematik des interaktiven Handelns von Ärzt/inn/en (vgl. Nowak 2007a).

### **3.4. Ein weiterer Blick in die Zukunft: Forschungsdesiderata für die zukünftige Diskursforschung über Arzt-Patient-Interaktion**

Eine systematische und umfassende Synthese der bisher vorliegenden Forschungen zur Arzt-Patient-Interaktion würde die präzise Eingrenzung noch offener Forschungsfragen und fehlender Forschungsergebnisse ermöglichen. Diese Grundlage ist aus jetziger Sicht noch keineswegs geschaffen. Daher sind im Folgenden erste Vorschläge für weitere Metastudien zur Arzt-Patient-Interaktion als vorrangige Forschungsdesiderata angeführt.

Die hier nur angedeuteten Ergebnisse dieser ersten Metastudie zeigen in den zwei Gesprächskomponenten "Gemeinsame Planung und Entscheidung" und "Körperliche Untersuchung" fast keine Belege für das interaktive Handeln von Ärzt/inn/en aus den eingeschlossenen Primärstudien. Die bereits erwähnte "Metastudie und Forschungsdatenbank zum sprachlichen Handeln von ÄrztInnen in der Diskursforschung" am Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien (<http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Metastudie/index.htm>) wird weitere Grundlagen liefern können. In der dort entwickelten Forschungsdatenbank werden alle Diskursforschungen zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion unter anderem nach ihrem Analyseschwerpunkt entlang der neun Gesprächskomponenten dokumentiert. Mit den nach Abschluss online zur Verfügung stehenden Daten wird es möglich sein, gezielt weitere spezifische Metastudien mit geringem Suchaufwand durchzuführen. Die bisher vorliegenden Einträge in dieser Forschungsdatenbank identifizieren bereits einige Diskursforschungen, die Analysen in den beiden bisher kaum ausdifferenzierten Gesprächskomponenten vornahmen.

Hier ist also eine Erweiterung und Ausdifferenzierung der Systematik durch weitere Metastudien anzustreben, bevor weitere Primärforschung durchgeführt wird.

Die Synthese der Auswirkungen der interaktiven Handlungen von Ärzt/inn/en auf die beteiligten Patient/inn/en konnte in dieser ersten Metastudie nur bis zur Phase der Aggregation durchgeführt werden. Eine systematische Auswertung, welche spezifischen Auswirkungen einzelne Handlungstypen haben, fehlt also und sollte insbesondere in Hinblick auf eine patientenorientierte Koproduktion der Arzt-Patient-Interaktion ("*co-construction*", Heritage/Maynard 2006:19f.) bzw. auf Fragen des Patienten-*Empowerments* durchgeführt werden. Auch die Bearbeitung von klassischen konversationsanalytischen Fragen zum interaktiven Zusammenhang von Redebeiträgen, wie die Unterscheidung in strukturelle Zwänge der ärztliche Redebeiträge (*structural provision*) oder interaktive Umgangsweisen in den Folgebeiträgen der Patient/inn/en (*participant work*) (vgl. Jefferson 1972), wäre denkbar und lohnenswert.

Es ist zu erwarten, dass auch in einigen Bereichen Primärforschung zur (deutschsprachige) Arzt-Patient-Interaktion fehlt, doch ist zum gegebenen Zeitpunkt der Durchführung weiterer Metastudien unbedingt der Vorzug zu geben. Zur Weiterentwicklung der Struktur der Systematik ist auch ein wesentlich stärker theoretisch und interdisziplinär verankerter Diskurs wünschenswert. Dies würde die systematische Rezeption von Diskursforschungsergebnissen in der medizinischen, psychologischen und soziologischen Forschung in diesem Feld, aber auch in der Anwendung im Gesundheitswesen wesentlich verbessern.

All dies möge Interesse, Nachahmung, Auseinandersetzung und Kooperation stimulieren. Oder wie schon Glaser, Strauss (1967:82) Wright Mills (1959:65) zitieren:

there are too few good synthesizers who wish to search out the bricks and thus put the wall together. These worthy people are usually too busy working on their own data!

#### 4. Literatur

- Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walther (1999): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth (2002): Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis Verlag. (Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft; 18)
- Campbell, Rona / Pound, Pandora / Pope, Catherine / Britten, Nicky / Pill, Roisin / Morgan, Myfanwy / Donovan, Jenny (2003): Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. In: *Social Science & Medicine*, 56, 4, 671-684.
- Dixon-Woods, Mary / Agarwal, Shona / Jones, David / Young, Bridget / Sutton, Alex (2005): Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. In: *J Health Serv Res Policy*, 10, 1, 45-56.
- Dixon-Woods, Mary / Cavers, Debbie et al. (2006): Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. In: *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35.



- Dixon-Woods, Mary / Shaw, Rachel L. / Agarwal, Shona / Smith, Jonathan A. (2004): The problem of appraising qualitative research. In: *Qual Saf Health Care*, 13, 223-225.
- Dixon-Woods, Mary / Sutton, Alex / Shaw, Rachel L. / Miller, Tina / Smith, Jonathan A. / Young, Bridget / Bonas, Sheila / Booth, Andrew / Jones, David (2007): Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: a quantitative and qualitative comparison of three methods. In: *Journal of Health Services Research and Policy*, 12, 42-47.
- Eakin, Joan M. / Mykhalovskiy, Eric (2003): Reframing the evaluation of qualitative health research: reflections on a review of appraisal guidelines in the health sciences. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9, 2, 187-194.
- Fiehler, Reinhard / Wagener, Peter (2005): Die Datenbank Gesprochenes Deutsch (DGD) - Sammlung, Dokumentation, Archivierung und Untersuchung gesprochener Sprache als Aufgaben der Sprachwissenschaft. In: *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 6, 136-147.
- Glas, Reinhold / Ehlich, Konrad (2000): Deutsche Transkripte 1950 bis 1995: Ein Repertorium. Homepage: <http://www.daf.uni-muenchen.de/DTR/DTR.HTM>.
- Glaser, Barney G. / Strauss, Anselm L. (1967): *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Greenhalgh, Trisha / Robert, Glenn / Macfarlane, Fraser / Bate, Paul / Kyriakidou, Olympia / Peacock, Richard (2005): Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. In: *Social Science & Medicine*, 61, 2, 417-430.
- Hasseler, Martina (2007): Qualitative Methoden: Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheitsforschung als Grundlage evidenz-basierter Praxis. In: *Das Gesundheitswesen*, 5, 297-302.
- Heritage, John / Maynard, Douglas W. (2006): Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care. In: Heritage, John / Maynard, Douglas W. (Hg.); *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 1-21.
- Jefferson, Gail (1972): Side sequences. In: Sudnow, David: *Studies in interaction*. New York, 294-338.
- Jones, Kip (2005): Mission Drift in Qualitative Research, or Moving Toward a Systematic Review of Qualitative Studies, Moving Back to a More Systematic Narrative Review. In: *The Qualitative Report*, 9, 1, 95-112.
- Kieserling, André (1999): *Kommunikation unter Anwesenden. Studien über Interaktionssysteme*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Köhle, Karl / Koerfer, Armin / Kretschmer, Britta / Obliers, Rainer/ Reimer, Thomas / Thomas, Walter / Romotzky, Verena (2005): *Manual Ärztliche Gesprächsführung + Mitteilung schwerwiegender Diagnosen*.
- Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich (1982): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Kuhn, Thomas S. (1962): *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Levinson, Stephen C. (2005): Living with Manny's dangerous idea. In: *Discourse Studies*, 7, 4-5, 431-453.

- Lincoln, Yvonne S. / Guba, Egon G. (1985): *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Löning, Petra / Rehbein, Jochen (1993): *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin [u.a.]: de Gruyter.
- Miles, Matthew B. / Huberman, A. Michael (1994): *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mishler, Elliot G. (1979): *Meaning in context: Is there any other kind?* In: *Harvard Educational Review*, 49, 1-19.
- Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (2005): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Noblit, George W. / Hare, R. Dwight (1988): *Meta-ethnography: synthesising qualitative studies*. London: Sage. (Qualitative Research Methods, Volume 11)
- Nowak, Peter (2007a): *Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen*. Wien: Dissertation Universität Wien.
- Nowak, Peter (2007b): *Systematisierung von Komplexität des interaktiven Handelns - Was kann der zukünftige Beitrag der Diskursforschung zur Entwicklung der Arzt-Patient-Interaktion sein?* In Vorbereitung.
- Nowak, Peter (2007c): *Neun Komponenten des interaktiven Handelns von Ärzt/inn/en – Ergebnisse einer Metastudie von Diskursforschungen und Stand der internationalen Forschungsdiskussion*. In Vorbereitung.
- Nowak, Peter / Spranz-Fogasy, Thomas (2007): *Literatur zur Arzt-Patient-Kommunikation*. Mannheim: Institut für Deutsche Sprache. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Paterson, Barbara L. / Canam, Connie / Jillings, Carol R. (2001): *Meta-Study of Qualitative Health Research: A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Thorne, Sally E. / Paterson, Barbara L. (2000): *Two decades of insider research: What we know and don't know about chronic illness experience*. In: Fitzpatrick, Joyce J. / Goepfing, Jean: *Annual review of nursing research*. New York: Springer, 3-25.
- Pawson, Ray / Greenhalgh, Trisha / Harvey, Gill / Walshe, Kieran (2004): *Realist synthesis: an introduction*. Manchester. (ESRC Research Methods Programme. RMP Methods Paper 2/2004)
- Rehbein, Jochen (1984): *Beschreiben, Berichten und Erzählen*. In: Ehlich, Konrad: *Erzählen in der Schule*. Tübingen: Narr, 67-124.
- Rehbein, Jochen (1985): *Institutionelle Veränderungen. Fokustätigkeit, Fragen und sprachliche Muster am Beispiel einer Geschichts- und Biologiestunde*. In: Kokemohr, R. / Marotzky, W.: *Interaktionsanalysen in pädagogischer Absicht*. Frankfurt/Main: Lang, 11-45.
- Solesbury, William (2002): *The ascendancy of evidence*. In: *Planning Theory and Practice*, 3, 1, 90-96.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): *Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen - Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration*. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas: *Psychosomatische Gesprächs-*

- führung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.
- Tesch, Renata (1990): *Qualitative Research. Analysis Types and Software*. London: Falmer Press.
- Thorne, Sally E. / Jensen, Louise A. / Kearney, Margaret H. / Noblit, George / Sandelowski, Margarete (2004): *Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda*. In: *Qualitative Health Research*, 14, 10, 1342-1365.
- Weed, Mike (2005): "Meta Interpretation": A Method for the Interpretive Synthesis of Qualitative Research [53 paragraphs]. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 6, 1, Art. 37.
- Wright Mills, Charles (1959): *The sociological imagination*. New York: Grove Press.
- Yin, Robert K. (2003): *Case study research, design and methods*. (3rd Ed.) California: Sage Publication.

## **5. Anhang : Die 12 Primärstudien:**

1. Bliesener, Thomas (1982): *Konfliktaustragung in einer schwierigen "therapeutischen" Visite*. In: Köhler, Karl; Raspe, Hans H.: *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. Wien, München, Baltimore: Urban & Schwarzenberg. S. 249-268.
2. Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth (2002): *Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation*. In: Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth: *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis Verlag. S. 17-94.
3. Gülich, Elisabeth (2005): *Krankheitserzählungen*. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas: *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 73-89.
4. Lalouschek, Johanna (2004): *Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung*. In: Becker-Mrotzek, Michael / Brünner, Gisela: *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*. Verlag für Gesprächsforschung. S. 137-158.
5. Lalouschek, Johanna (2005): *Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung - am Beispiel der psychosomatischen Anamnese*. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas: *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 48-72.
6. Löning, Petra (1993): *Psychische Betreuung als kommunikatives Problem. Elizitierte Schilderung des Befindens und 'ärztliches Zuhören' in der onkologischen Facharztpraxis*. In: Löning, Petra / Rehbein, Jochen: *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin [u.a.]: de Gruyter. S. 191-227.
7. Menz, Florian / Lalouschek, Johanna (2005): *Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz*. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas: *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 174-185.

8. Meyer, Bernd (2000): Medizinische Aufklärungsgespräche. Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht. Hamburg: Universität Hamburg, Sonderforschungsbereich 538. (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit - Folge B, Nr. 8/2000)
9. Quasthoff, Uta M. (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Urban & Schwarzenberg. S. 70-101.
10. Raspe, Hans-Heinrich / Siegrist, Johannes (1979): Zur Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung im stationären Bereich. In: Siegrist, Johannes / Hendel-Kramer, Anneliese: Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient- Beziehung. München, Wien: Urban & Schwarzenberg. S. 113-138/101.
11. Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen - Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas: Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 17-47.
12. Wimmer, Helga (1993): Information und Beratung von Krebspatienten im Krankenhaus. Voraussetzungen und Möglichkeiten von Patienten im Gespräch mit dem Arzt. In: Löning, Petra / Rehbein, Jochen: Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin, New York: de Gruyter. S. 403-418

Dr. Peter Nowak  
Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie  
Universität Wien  
Rooseveltplatz 2  
A-1090 Wien  
peter.nowak@univie.ac.at

Veröffentlicht am 15.10.2007

© Copyright by GESPRÄCHSFORSCHUNG. Alle Rechte vorbehalten.