

Arzt-Patient-Interaktion im deutschsprachigen Raum: Eine Online-Forschungsdatenbank (API-on©) als Basis für Metaanalysen

Florian Menz / Peter Nowak / Anita Rappl / Sabine Nezhiba

Abstract

Die Gesprächsforschung zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion hat einige hundert empirische Studien vorgelegt, die – wie andere Vorarbeiten bereits feststellten – bisher weder systematisch zugänglich noch übergreifend ausgewertet sind. Auf Basis einer neu entwickelten Metastudienmethodik wurden alle bis Mitte 2007 erschienenen und zugänglichen Studien (n=549) einer qualitätsgesicherten Analyse und systematischen Dokumentation als Forschungsdatenbank zugeführt. Dargestellt wird neben dem methodischen Zugang und den Selektionskriterien für die Auswahl der Primärstudien insbesondere die Metadatenstruktur der Forschungsdatenbank. Erste Sekundäranalysen und Synthesergebnisse der 236 eingeschlossenen Publikationen zu Gesprächskorpora, methodischen Verfahren, Untersuchungsschwerpunkten und theoretischen Zugängen der Primärstudien geben erstmals einen quantitativen Überblick über das gesamte Forschungsfeld. Abschließend werden die Ergebnisse dieser ersten Auswertung diskutiert, Forschungsdesiderata abgeleitet sowie der Open-Access-Zugang und die zukünftige Weiterführung der Online-Forschungsdatenbank *API-on©* vorgestellt.

Keywords: Arzt-Patient-Interaktion, Diskursforschung, Forschungsdatenbank, Metastudie.

English abstract

Discourse research on German-speaking doctor-patient-interaction has produced hundreds of empirical studies, which have neither been systematically accessible nor analysed in an overarching metastudy. On the basis of a newly developed methodology on qualitative metastudies all available research publications (published until June 2007; n=549) have been analysed and documented in an online research database. The methodological approach, the selection criteria for primary studies, and the data structure of the research database are presented. For the first time a systematic quantitative overview over this particular research area is provided through secondary analysis and synthesis of the corpora, the methods involved, the research foci and the theoretical approaches of the 236 included studies. In the conclusion these results are discussed, and future research and the open access to the online research data base *API-on©* is outlined.

Keywords: doctor-patient interaction, discourse research, research database, metastudy.

1. Einleitung: Ausgangspunkt und Ziel
2. Methodik
 - 2.1. Methodische Grundlagen der Datenbank
 - 2.2. Struktur der Datenbank
 - 2.2.1. Eckdaten der Primärstudien
 - 2.2.2. Der inhaltliche Rahmen der Primärstudien
 - 2.2.3. Die Eckdaten des Samples der Primärstudien
 - 2.2.4. Ergebnisse der Primärstudien
 - 2.2.5. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Homogenisierungen
3. Syntheseergebnisse: Analyse der eingeschlossenen Studien
 - 3.1. Quantitative Aspekte der Primärstudien
 - 3.1.1. Publikationen und ihre Autor/inn/en
 - 3.1.2. Forschungsprojekte zur Arzt-Patient-Interaktion
 - 3.2. Quantitative Aspekte der Gesprächskorpora der Primärstudien
 - 3.2.1. Institutioneller Kontext der Gesprächskorpora
 - 3.2.2. Patientenpopulation und Charakteristika der Gesprächskorpora
 - 3.2.3. Methodische Aspekte der Primärstudien
 - 3.2.4. Untersuchte Gesprächskomponenten der Arzt-Patient-Interaktion
 - 3.3. Theoretische Zugänge der Primärstudien
 - 3.3.1. Sekundäranalyse der Beschlagwortung
 - 3.3.2. Sekundäranalyse der Einträge zum theoretischen Rahmen
4. Schlussfolgerungen, Forschungsdesiderata und Benutzung der Datenbank
 - 4.1. Diskussion der ersten Auswertung
 - 4.2. Forschungsdesiderata
 - 4.3. Online-Zugang und Benutzung der Datenbank API-on©
5. Literatur
6. Anhänge

1. Einleitung: Ausgangspunkt und Ziel

Die Arzt-Patient-Interaktion¹ ist seit Beginn der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts ein wesentliches Forschungsfeld der Soziologie und der Linguistik (insbesondere der Konversations- und Diskursanalyse). Eine Vielzahl von Gesprächsanalysen ist seither entstanden, die mit unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen und theoretischen Ansätzen ebenso vielfältige Beschreibungen der Arzt-Patient-Interaktion vorlegten. Diese Ergebnisse sind zwar in kleinen Teilen in Sammelbänden zusammengefasst (z.B. Heritage/Maynard 2006; Neises/Ditz et al. 2005; Redder/Wiese 1994; Löning/Rehbein 1993; Ehlich/ Koerfer et al. 1990; Fisher/Todd 1983; Köhle/Raspe 1982; Atkinson/Heath 1981), aber bisher nicht systematisch dargestellt worden. Methodische Formen wie Metastudien wären dazu geeignet, sind aber bisher – wie generell in den Geisteswissenschaften und anders als etwa in den Disziplinen der Medizin, der Psychologie und neuerdings der Psycholinguistik (Schaner-Wolles 2001) – auch im Bereich der Diskursforschung noch kaum zum Einsatz gekommen.

Für die Wahrnehmung von außen sowie die Etablierung und die Positionierung nach innen sind solche Lücken für eine Forschungsdisziplin problematisch. Daher wurde am Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien ein Projekt initiiert, das versucht, dieses Manko ein Stück weit zu beheben.² In Form einer For-

¹ Mit allen männlichen Bezeichnungen sind im gesamten Text die jeweils entsprechenden weiblichen Formen gemeint und umgekehrt.

² "Metastudie und Forschungsdatenbank zum sprachlichen Handeln von ÄrztInnen in der Diskursforschung". Gefördert vom Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank (ÖNB).

scheidungsdatenbank wurden alle Studien und Publikationen erfasst, die sich aus diskursanalytischer³ Perspektive mit deutschsprachiger Arzt-Patient-Kommunikation befassen. Ziel war neben einer möglichst vollständigen Erfassung vor allem eine systematische, nachvollziehbare und transparente Kategorisierung der einzelnen Studien. Als geeignete Methode wurde die Form einer Metastudie, wie sie Nowak (2007a) für die Diskursforschung entwickelt hat, zu Grunde gelegt, da sie u.E. die entscheidenden Vorteile der relativen Objektivität, der Transparenz und Nachvollziehbarkeit und der damit einhergehenden Reliabilität bietet.⁴ Als weitere Ressource konnte das Projektteam auf eine Bibliographie mit ca. 290 potentiellen Studien zurückgreifen (Nowak 2005), die als Ausgangspunkt für die Datenbank verwendet werden konnte.

Drei Ziele haben wir mit der Erstellung der Forschungsdatenbank vor Augen: Erstens soll die Datenbank zur Konsolidierung und theoretischen Weiterentwicklung des Forschungsbereichs Arzt-Patient-Kommunikation beitragen und im besten Falle einen Referenzpunkt für zukünftige Studien darstellen. Dazu haben wir uns entschlossen, die systematisch beschriebenen Metadaten und Einzelanalysen aller Primärstudien in Form einer Open-Access-Datenbank⁵ der *scientific community* unentgeltlich zugänglich zu machen. Gleichzeitig sind alle interessierten Forscherinnen und Forscher eingeladen, sich kritisch mit der Datenbank auseinanderzusetzen und sich aktiv an ihrem weiteren Ausbau zu beteiligen. Nur dann kann sie einen nachhaltigen Wert entwickeln, nur dann hat eine solche Anstrengung auch den gewünschten Nutzen und nur dann kann die Weiterentwicklung der Gesprächsforschung selbst von einer systematischen Auswertung profitieren. Wichtigste Kriterien der Datenbank waren allgemeine Zugänglichkeit, Offenheit, sowohl in Bezug auf Kategorien als auch auf die Zahl der Studien, leichte Bedienbarkeit, problemlose Wartung und Aktualisierung. Damit verschreibt sich diese Datenbank einer internationalen Entwicklung für den offenen Zugang zu wissenschaftlichen Forschungsergebnissen, die bereits seit den 1960er Jahren und verstärkt seit den 1990er Jahren versucht, freien Zugang zu öffentlich finanzierten Forschungsergebnissen zu befördern.⁶ Hintergrund dieser Open-Access-Bewegung ist, dass steigende Preise für wissenschaftliche Zeitschriften dazu führten, dass viele Wissenschaftler/innen – angesichts knapper Forschungsbudgets – nur

unter der Nummer 12015. Leitung: Florian Menz; Mitarbeiterinnen: Sabine Nezhiba, Anita Rapp (alle Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien); Kooperationspartner: Peter Nowak, Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS), Wien. Homepage des Projekts (letzter Zugriff: 4.12.2007):

<<http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Metastudie/index.htm>>

³ Uns ist selbstverständlich klar, dass innerhalb der Angewandten Sprachwissenschaft unterschiedlichste, z.T. konkurrierende Ansätze der Gesprächsanalyse existieren. Wie in der vorliegenden Sammlung von Primärstudien (Nowak 2005) ersichtlich, sollen alle unterschiedlichen Richtungen erfasst werden. Da es jedoch keinen allgemein verbreiteten Überbegriff für die unterschiedlichen Ansätze und Modelle gibt, benutzen wir hierfür in Anlehnung an die Diskussion im Arbeitskreis Angewandte Gesprächsforschung (Brünner, Fiehler et al. 1999) den nominalen Begriff "Diskursforschung" und in adjektivischer Verwendung den Begriff "diskursanalytisch", ohne ihn auf einen bestimmten Ansatz einzuschränken. In der Datenbank selbst wird allerdings selbstverständlich auf die Differenzierungen eingegangen.

⁴ Zu einer umfassenden Diskussion vgl. Nowak (2007a, b).

⁵ <www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/index.htm>

⁶ Für einen historischen Überblick vgl. "Timeline of the Open Access Movement" (Suber, Peter; <<http://www.earlham.edu/~peters/fos/timeline.htm>> letzter Zugriff 26.9.2007).

mehr eingeschränkten Zugriff auf die Publikationen ihrer Kolleg/inn/en hatten. Inzwischen haben eine Reihe von internationalen Deklarationen⁷ Rahmenbedingungen und Regelungen für Open Access formuliert, denen auch mit dieser Datenbank entsprochen werden soll.

Zweitens ist die Forschung zur Arzt-Patient-Interaktion ein Feld, das von unterschiedlichsten Disziplinen (Medizinpsychologie, Medizinsoziologie, Medizin selbst, Diskursforschung) mit je eigenen Forschungsmethoden und Forschungsfragen untersucht wird. In den medizinischen und medizinsoziologischen Wissenschaftsdiskursen wird jedoch kaum eine bis gar keine Verbindung zu den Ergebnissen der Diskursforschung hergestellt. Eine systematische, übergreifende Darstellung macht nun die Ergebnisse auch für andere als diskursanalytische Forschungsdisziplinen und –traditionen zugänglich, ja ist eine Voraussetzung, um in der ärztlichen Ausbildung und der medizinischen Kommunikationsforschung rezipierbar zu sein. Dieser Anschluss an andere wissenschaftliche Diskurse über Gesundheitskommunikation ist ein absolutes Desiderat diskursanalytischer Forschung.

Drittens kann und soll die Forschungsdatenbank Basis für übergreifende Metaanalysen zur Arzt-Patient-Kommunikation auf diskursanalytischer Basis sein. Durch ihre öffentliche Zugänglichkeit und ihre Offenheit bezüglich neuer Studien ist diese Möglichkeit nicht nur auf das ursprüngliche Forschungsteam beschränkt, sondern steht allen interessierten Wissenschaftler/innen zur Verfügung.

Im Folgenden wollen wir den Aufbau der Datenbank beschreiben und eine erste Auswertung einiger Aspekte der Primärstudien beispielhaft vorstellen. In Abschnitt 2 werden die Methodik und unsere Vorgangsweise näher beschrieben. Samplingstrategien, Ein- und Ausschlusskriterien von Primärstudien sowie die beiden ersten Schritte einer umfassenden Auswertung, Analyse und Aggregation werden diskutiert. Abschnitt 3 enthält erste Syntheseergebnisse der Auswertung der eingeschlossenen Studien. Einige quantitative Beschreibungsparameter sowie erste Annäherungen zur Einschätzung der Korpusqualität und der theoretischen Zugänge der Primärstudien werden präsentiert. Im abschließenden Abschnitt 4 werden offene Fragen, Desiderata und methodische Einschränkungen diskutiert, aber auch Überlegungen zur Nutzung der Datenbank angestellt, um zu einer möglichst umfassenden Diskussion und Mitarbeit einzuladen.

2. Methodik

2.1. Methodische Grundlagen der Datenbank

Die Entwicklung dieser Datenbank greift auf eine Synthesemethodik für qualitative Forschung zurück, die auch jenseits der Diskursforschung ein neuer und noch viel diskutierter methodischer Ansatz ist. Vor dem Hintergrund quantitativ ausgerichteter Synthesemethoden in der Medizin und Psychologie hat zunächst im Bereich der Pflegeforschung und der Gesundheitswissenschaften die Frage nach der

⁷ Hier sind insbesondere zu nennen: "Budapest Open Access Initiative" (2002); "European Cultural Heritage Online Charter" (2002); "Bethesda Stellungnahme zur offen zugänglichen Veröffentlichung" (2003); "Berliner Erklärung über den offenen Zugang zu wissenschaftlichem Wissen" (2003); "ERC Scientific Council Statement on Open Access" (2006).

Synthese von qualitativer Forschung in den letzten zehn Jahren große Bedeutung erlangt. Erste methodische Vorschläge und Anwendungen liegen nun vor und wurden als Ausgangspunkt für eine Anwendung in der Diskursforschung genommen.⁸ Der hier verwendete Begriff "Synthese" geht über Zusammenfassungen des bisherigen Wissens hinaus, indem darin mehr und neues Wissen erzeugt wird, als die analysierten Primärstudien beinhalten. Auch wenn die systematische Sammlung und Analyse von Studien notwendige Voraussetzungen für die Synthesearbeiten sind, so wird erst durch Neuinterpretation von Primärstudien im dialektischen Prozess des Vergleichs und des Zusammenführens im Rahmen der Synthese neues Wissen erzeugt (Campbell/ Pound et al. 2003). In diesem Sinn stellt die Datenbank über Diskursforschungen zur Arzt-Patient-Interaktion nur die Grundlagen für Synthesen zur Verfügung. Erste Syntheseversuche werden im Abschnitt 3 vorgestellt, aber viele weitere sind denkbar und wünschenswert und können unter Nutzung der öffentlich zugänglichen Datenbank durchgeführt werden. In dem hier zugrunde gelegten methodischen Verfahren werden fünf wesentliche Forschungsschritte unterschieden, die in Vorarbeiten entwickelt und an anderer Stelle ausführlich dargestellt und begründet wurden (Nowak 2007a,b) und daher hier nur im Überblick für diese Metastudie (Abb. 1) charakterisiert sind.

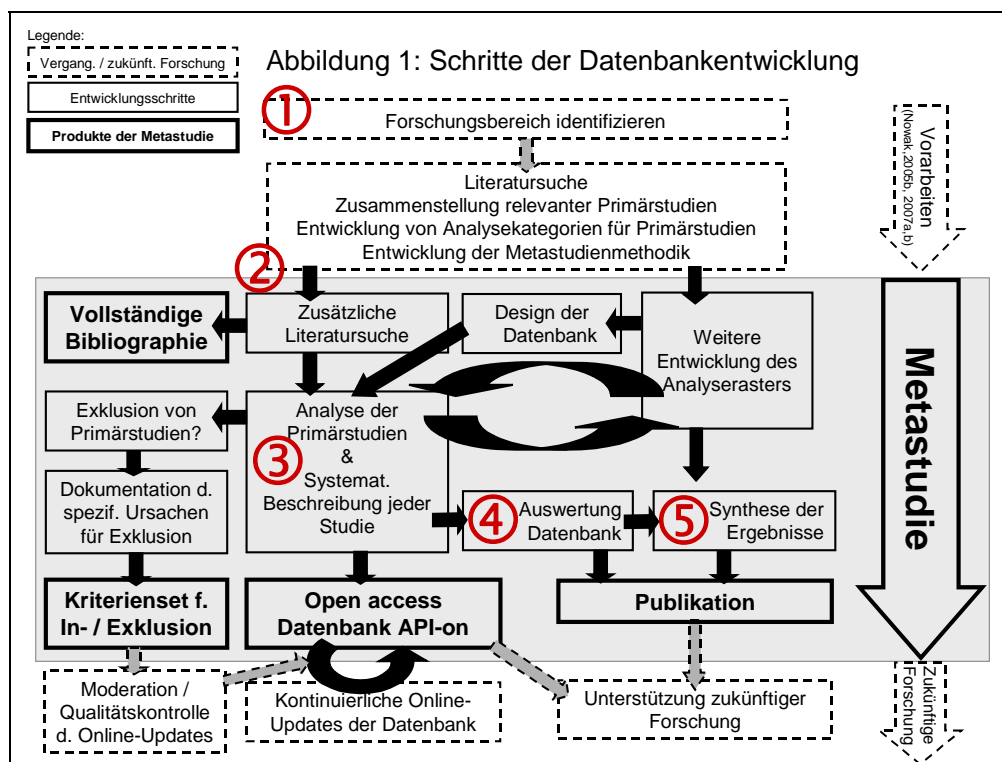


Abb. 1

⁸ Für einen Überblick über die wesentlichen Methodenansätze und zur Begriffsklärung "Metastudie" vgl. Nowak (2007a:56ff.) und Nowak (2007b).

Etwas genauer werden der zweite und dritte Forschungsschritt erläutert, da er für die Entwicklung und Qualität der Datenbank entscheidend war:

1. *Mapping - Erkunden des Forschungsfeldes und Formulierung der Forschungsfragen:* Dieser erste offene Schritt des Erkundens wurde, wie in den meisten Studien, bereits im Antragsverfahren für das hier zugrunde liegende Forschungsprojekt und in den spezifischen Vorarbeiten von Nowak (2007a,b) geleistet. Zwei Forschungsfragen leiteten die Entwicklung der Forschungsdatenbank: Welche Diskursforschungen zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion liegen vor? Und wie können die Ergebnisse dieser Forschung systematisch beschrieben und zugänglich gemacht werden?
2. *Sampling – Suche und Auswahl von Primärstudien:* Auch hier wurde auf die erwähnten Vorarbeiten zurückgegriffen. Die prinzipiellen Ein- und Ausschlusskriterien wurden übernommen, und eine erste umfassende Literaturliste konnte als Ausgangspunkt für eine möglichst vollständige Erfassung aller Diskursforschungen zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion genommen werden (Nowak 2005), die schrittweise im Vorfeld des Projekts erweitert wurde (vgl. Nowak 2007a:63ff.). Insbesondere durch eine umfassende Liste mit Literaturzitierten von Thomas Spranz-Fogasy vom Institut für Deutsche Sprache in Mannheim konnten wesentliche Ergänzungen durchgeführt werden (Nowak/Spranz-Fogasy 2007). Konnte die Literatur nicht auf herkömmlichen Wegen beschafft werden, wurden die Publikationen – soweit möglich – bei den Autoren angefragt, von denen uns einige die betreffenden Werke zukommen ließen.⁹

Eingeschlossen wurden Publikationen in Büchern und Zeitschriften sowie Forschungsberichte, wenn diese folgenden Einschlusskriterien entsprachen:

- Deutschsprachige, mündliche Arzt-Patient-Interaktion
- Diskursforschung auf Basis transkribierter Gespräche
- Authentische Gespräche aus Behandlung, Forschung und Lehre/Training

Ausgeschlossen wurden schriftliche Arzt-Patient-Kommunikation, mündliche Pflege-Patient-Kommunikation und Therapeut-Patient-Kommunikation, wenn nicht explizit angegeben war, dass der Therapeut ein Arzt ist.

Insgesamt wurden so 549 Publikationen als potentielle Primärstudien identifiziert und analysiert, von denen nach den Einschlusskriterien 281 ausgeschlossen wurden. Von den verbleibenden 268 Primärstudien konnten 26 Publikationen nicht beschafft werden und sechs stellten Zweitpublikationen bereits eingeschlossener Publikationen dar. Damit stehen Metadaten für 236 Publikationen in der Datenbank zur Verfügung.

3. *Analyse der Primärstudien:* Die Analyse der potentiellen Primärstudien wurde nach einem standardisierten Verfahren durchgeführt, um vergleichbare Datengrundlagen für die Forschungsdatenbank zu erhalten. Das Datenentnahmeraster der Vorstudie (Nowak 2007a) wurde dafür als Analyseinstrument schrittweise weiterentwickelt. In der ersten Phase des Projekts wurden in regelmäßi-

⁹ An dieser Stelle ergeht unser besonderer Dank an Ottomar Bahrs, Elisabeth Gülich, Armin Koerfer, Bernd Meyer für die bereitgestellten Publikationen und Thomas Spranz-Fogasy für seine Literaturliste.

gen Besprechungen im Zweier-, Dreier- oder Viererteam Entscheidungen über Ein- und Ausschlüsse einzelner Publikationen getroffen, Probleme und Zweifelsfälle geklärt sowie in einem zyklischen Prozess laufend Anpassungen und Ergänzungen des Datenentnahmerasters durchgeführt, die sich aus der Anwendung ergaben. Zur Protokollierung der Entwicklung des Datenentnahmerasters wurden *rationalis* erstellt, d.h. alle Veränderungen des Rasters wurden begründet und dokumentiert.¹⁰

Zusätzlich zu den Besprechungen bestand auch die Möglichkeit, in einem Kommentarfeld der Datenbank Rückfragen zu Unklarheiten und Problemen bei der Bearbeitung an weitere Begutachter zu stellen. Jede Analyse wurde einem doppelten bzw. dreifachen Rating unterzogen. Die Wirksamkeit der Methodik zeigte sich schließlich dadurch, dass Besprechungen in späteren Phasen weniger oft notwendig wurden, da Unklarheiten und Fragen in immer geringerem Maße auftauchten. Damit entstand in den ersten zwei Projektmonaten ein einheitlicher Dokumentations- und Selektionsstandard, der auf die weiteren Publikationen angewendet werden konnte. Die anfänglich durchgeführten Analysen von Primärstudien wurden auf dieser Basis ein zweites Mal durchgeführt.

4. *Aggregation der Einzelanalysen:* Für die Zusammenführung der Analysen der einzelnen Primärstudien wurde von Beginn an eine *MS-Access*-Datenbank entwickelt, die neben einer komfortablen Dateneingabe eine systematische Auswertung und Synthese, aber auch mit geringem Aufwand den Online-Zugang zu allen Einzelanalysen nach Abschluss des Projekts erlauben sollte. Nach Abschluss der Eintragungen wurde die Datenbank bereinigt, indem die Datensätze vereinheitlicht wurden, z. B. durch das Entfernen von Doppelnennungen und synonymen Keywords oder das nachträgliche Ergänzen von ausgelassenen Einträgen.
5. *Synthese:* Abschließend wurden erste einfache Auswertungsschritte gesetzt, die neben der Überprüfung der Datenqualität vor allem der Entwicklung erster quantitativer Auswertungen und Syntheseversuche dienten (siehe unten).

2.2. Struktur der Datenbank

Der Aufbau der Datenbank¹¹ entspricht dem Aufbau des Datenentnahmerasters. In den Eingabefeldern wurden die entsprechenden Informationen zur Publikation eingetragen, soweit diese aufgrund der Primärstudien identifizierbar waren. In Kapitel 3 wird die Problematik von Datenlücken in den Primärstudien im Hinblick auf deren Qualitätsbewertung diskutiert.

Für die Eingabe stehen in der Datenbank vier verschiedene Arten von Feldern zur Verfügung, die die Eingabe bestimmen. Neben Text- und Zahlenfeldern gibt es Entscheidungsfelder, bei welchen bei der Eingabe zum Beispiel zwischen ja und nein gewählt werden kann. Bei Listenfeldern ist hingegen die Auswahl einer oder mehrerer Angaben aus einer vorweg erstellten Liste möglich, die im Team

¹⁰ Einige illustrierende Beispiele finden sich in den folgenden Abschnitten.

¹¹ An dieser Stelle möchten wir Ernst Steininger, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, für die Konzeption und Betreuung der Datenbank herzlich danken. Ebenso danken wir Franz Nowak für die Entwicklung der Online-Version der Datenbank.

erstellt wurde und nach Abstimmung adaptiert werden konnte. Durch die vordefinierten Listenfelder wurde die Verwendung von Synonymen unterbunden. Der Vorteil von Textfeldern besteht darin, dass die Eingabe von größeren Textmengen möglich ist. Das gesamte Datenentnahmeraster, das die Struktur der Datenbank abbildet, ist im Anhang zu finden.

Die einzelnen Datensätze in der Datenbank sind in fünf Abschnitte unterteilt: die Eckdaten der Studie, den inhaltlichen Rahmen, die Eckdaten des Samples und der Datengewinnung, die Ergebnisse sowie den Bearbeitungsstatus. Diese fünf Abschnitte sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

2.2.1. Eckdaten der Primärstudien

Der erste Abschnitt *Eckdaten der Studie* beinhaltet allgemeine Angaben zu den Publikationen, wie Titel, Autor/inn/en, Erscheinungsjahr, Art der Publikation (Buchbeitrag, Monographie, Zeitungsartikel etc.), Quelle (Verlag, Ort, Seitenangabe etc.) und die Sprache, in der die Publikation verfasst wurde. Diese Angaben wurden bei sämtlichen Datensätzen eingetragen, auch wenn es sich um Ausschlüsse oder Zweitzitate handelte, was ebenfalls an dieser Stelle angemerkt wurde. Lediglich wenn keine vollständigen Zitate vorlagen und daher auch keine Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Publikation bestand, konnten nicht alle diese Angaben erfasst werden. In diesem Fall wurde die Publikation mit "Einsichtnahme nicht möglich" gekennzeichnet.

Bei eingeschlossenen Publikationen wurden hier weiters auch ein Abstract angegeben sowie Informationen zu einem eventuellen Peer-Review-Verfahren und einem eventuell zugrunde liegenden Forschungsprojekt.

Zur Veranschaulichung werden im Folgenden Auszüge aus dem Datenentnahmeraster und den *rationals* dargestellt, die das zugrunde liegende Forschungsprojekt betreffen. Im Datensatz wird zuerst eingetragen, ob ein zugrunde liegendes Forschungsprojekt vorhanden ist; ist das der Fall, werden die Angaben zu den untergeordneten Feldern (Tab. 1) angeführt.

Zugrunde liegendes Forschungsprojekt vorhanden
Titel
Leitung
Laufzeit
Auftraggeber, Finanzier
Organisationskontext des Forschungsprojekts
Weitere Angaben

Tabelle 1: Datenfelder zum zugrunde liegenden Forschungsprojekt

In den *rationals* werden Änderungen der einzelnen Felder, die sich im Laufe des Projekts ergaben, sowie Begründungen zu diesen Änderungen festgehalten. Im Fall des zugrunde liegenden Forschungsprojekts wurden die untergeordneten Felder später hinzugefügt. Der hier angeführte Auszug (Tab. 2) aus den *rationals* beinhaltet aus Platzgründen nur die Frage nach dem Vorhandensein eines zugrunde liegenden Forschungsprojekts.

Bezeichnung	Zugrunde liegendes Forschungsprojekt vorhanden		
Eingabetyp	Entscheidungsfeld		
Beschreibung/Definition	<p>Es liegt ein Forschungsprojekt zugrunde, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Gesprächsdaten aus einem Forschungsprojekt entnommen wurden ▪ es sich um eine Publikation eines Projekts handelt <p>Dissertationsprojekte, Habilitationsprojekte sowie universitäre Forschung sind als zugrunde liegende Forschungsprojekte anzuführen.</p> <p>Bei mehr als einem zugrunde liegenden Forschungsprojekt werden alle Angaben dazu in den untergeordneten Feldern mit einer Nummerierung (1., 2. etc.) aufgelistet.</p> <p>Es werden (wenn möglich) nicht mehr als drei zugrunde liegende Forschungsprojekte angeführt</p>		
Angabemöglichkeiten / Beispiele	Ja/Nein (=k.A.)		
Änderung	Begründung	Datum	
<p>"Zugrunde liegendes Forschungsprojekt und weiterführende Literatur"</p> <p>-> "Zugrunde liegendes Forschungsprojekt";</p> <p>Es wurde festgesetzt, welche Informationen zum zugrunde liegenden Forschungsprojekt erfasst werden sollen ("Titel", "Leitung", "Laufzeit", "Auftraggeber/Finanzier", "Organisationskontext des Forschungsprojekts" und "weitere Angaben")</p>	<p>Es soll durch diese differenzierte Darstellung möglich werden, die Datenbank auch forschungsgeschichtlich zu nutzen.</p> <p>Die Beiträge von Forschungsprojekten, -instituten und Forscherpersönlichkeiten zum Forschungsdiskurs sollen rekonstruierbar werden.</p>	2.11.06	
<p>Untergeordnete Felder wurden zu eigenen Feldern umfunktioniert</p> <p>"Zugrunde liegendes Forschungsprojekt" (Textfeld) -> "Zugrunde liegendes Forschungsprojekt vorhanden" (Entscheidungsfeld)</p>	<p>Übersichtlichkeit, Anpassung an das restliche Raster</p> <p>Durch die Umfunktionierung der untergeordneten Felder zu eigenen Eingabefeldern wurde ein Textfeld an dieser Stelle nutzlos. Ein Entscheidungsfeld an dieser Stelle soll ersichtlich machen, ob es (mindestens) ein zugrunde liegendes Forschungsprojekt gibt.</p>	13.11.06	

Tabelle 2: Auszug aus den *rationalis*

2.2.2. Der inhaltliche Rahmen der Primärstudien

Im *Inhaltlichen Rahmen* werden die Forschungsfragen der Publikation, der theoretische und methodische Rahmen sowie die Keywords angegeben. Die Forschungsfragen wurden meist aus der Publikation entnommen; wenn sie nicht explizit angegeben waren, wurde immer versucht, diese zu rekonstruieren.

Im theoretischen und methodischen Rahmen finden sich Schlagworte und Zitate zur angewandten Methodik und zur zugrunde liegenden Literatur. Bei der

Ermittlung des theoretischen Rahmens wurde festzustellen versucht, in welchen theoretischen Kontexten sich die Studien selber verorten. In der ersten Phase des Projekts wurde meist nur ein Stichwort zur Methodik festgehalten, im weiteren Verlauf erwies es sich jedoch als sinnvoll, auch den theoretischen Rahmen stärker zu berücksichtigen, um sichtbar zu machen, auf welche Literatur vermehrt zurückgegriffen wird. Methodische Verfahren wurden nur dann festgehalten, wenn diese ausdrücklich in der Publikation genannt wurden.

Da der theoretische Rahmen in einigen Publikationen sehr umfangreich dargestellt ist, war es teilweise notwendig, eine gewichtete Auswahl bei der Wiedergabe der genannten Literatur zu treffen. Dies sind komplexe Selektionsentscheidungen, weshalb hier die Zweitbegutachtung besonders sorgfältig erfolgte. Dies gilt ebenfalls für die Eingabe der Keywords, die bei Unsicherheiten zuerst als Vorschläge im Kommentarfeld an den Zweitbegutachter angeführt und in einer abschließenden Gesamtbegutachtung als Listenfeld vereinheitlicht wurden.

2.2.3. Die Eckdaten des Samples der Primärstudien

Da die Gestaltung des Untersuchungskorpus ein zentrales Merkmal wissenschaftlicher Studien ist, wurden in einem eigenen Bereich *Eckdaten des Samples und der Datengewinnung* Kontextinformationen zur Arzt-Patient-Kommunikation eingetragen, das Gesamt- und Analysekorpus beschrieben sowie Details zur Erhebungsmethodik und des Forschungsdesigns festgehalten.

Für den Eintrag in das Feld "Institutionskontext" gab es vier Angabemöglichkeiten: "niedergelassene Praxis", "bettenführende Krankenhausstation", "Ambulanz" sowie "keine Angabe". Im Feld "Medizinisches Fach" wurden das betreffende Fach bzw. die Fächer angegeben. Der "primäre Zweck" bietet Behandlung, Lehre und Forschung und Mischformen als Angabemöglichkeiten an. Hieraus sollte hervorgehen, zu welchem Zweck die in der Publikation untersuchten Gespräche geführt worden waren.

Da die in den Primärstudien beschriebenen Interaktionen meist aus einem größeren Gesamtkorpus stammen, welches teilweise ebenfalls in den Primärstudien beschrieben wird, erschien es sinnvoll, sowohl Angaben zum Gesamt- als auch zum Analysekorpus in die Datenbank aufzunehmen. Es ist dabei von Bedeutung, ob wenige Beispiele exemplarisch für ein größeres Korpus analysiert werden, oder ob die Analyse sich auf ein oder zwei Beispiel(e) konzentriert, ohne ein größeres Korpus im Hintergrund.

Die Angabemöglichkeiten zu Gesamt- und Analysekorpus sind dabei identisch aufgebaut. Die Korpora bestehen aus Angaben zu den PatientInnen (Angaben zu Anzahl, Geschlecht, Alter, Erkrankungstyp), den ÄrztInnen (Angaben zu Anzahl, Geschlecht, organisatorische Position) und den Gesprächen (Angaben zu Anzahl, Gesprächstyp, Authentizität, Gesprächslänge und Auswahlverfahren).

Die Vollständigkeit der Angaben in der Publikation zum Gesamt- und zum Analysekorpus variierte stark (vgl. Abschnitt 3.2). Wenn aus der Publikation klar hervorging, dass ein größeres Korpus existiert, wurde dieses als Gesamtkorpus angegeben, soweit Angaben dazu vorhanden waren. Gab es jedoch keinen Hinweis auf ein größeres Korpus, dann wurden Gesamt- und Analysekorpus als identisch angesehen.

Angaben zu Alter, Geschlecht, organisatorischer Position bzw. Gesprächslänge führten zu Problemen, wenn diese Angaben nur für Teile der Korpora gegeben waren. Es wurde so vorgegangen, dass, sobald 50 % der Angaben vorhanden waren, deren Vorhandensein mit "ja" beantwortet wurde, bei weniger Angaben hingegen mit "nein".

Hinsichtlich des Gesprächstyps gab es grundsätzlich die Kategorien "Erstgespräch", "Folgegespräch", "Anamnesegespräch", "Visitengespräch", "Beratungsgespräch" bzw. "keine Angabe". In Fällen, in denen die Angaben aus der Publikation nicht diesen Kategorien zugeordnet werden konnten, wurde die Bezeichnung des Autors übernommen.¹²

Da die Auswahl von Datenkorpora die Qualität von Diskursforschung zentral mitbestimmt und die Aussagefähigkeit einer Studie stark beeinflussen kann, wurden die Auswahlverfahren für die Analyse von Gesprächen in den Primärstudien sowohl für das Gesamt- als auch für das Analysekorpus dokumentiert. Weiters wurde festgehalten, wie die Gespräche dokumentiert wurden (Tonband-, Videoaufnahmen, beides bzw. keine Angabe), ob ein Transkriptionsverfahren beschrieben wurde, ob Gesamttranskripte von Gesprächen publiziert wurden und ob zusätzlich weitere Erhebungsmethoden durchgeführt worden sind (Interviews, teilnehmende Beobachtung etc.).

Im Feld "Forschungsschritte" wird die Vorgangsweise in den Studien zusammengefasst. Die Hinweise in den Publikationen variieren hier von sehr ausführlichen bis zu keinen Angaben. Die Hauptforschungsschritte wurden jedoch, auch wenn sie nicht angegeben waren, von den Bearbeiter/inne/n erschlossen. Das Feld "Anwendungsbezüge" beinhaltet Hinweise auf Anwendungsmöglichkeiten der Analyseergebnisse in der Praxis (in der Behandlung und Lehre).

Im Folgenden (Tab. 3) wird ein Auszug aus den *rationalis* dargestellt, der das Eingabefeld "Erkrankungstyp" beinhaltet, um beispielhaft die Entwicklung eines Feldes - im konkreten Fall von einem Listen- zu einem Textfeld - aufzuzeigen, das im Laufe der Zeit mehreren Änderungen unterzogen wurde. Zu Beginn des Projekts sollte an dieser Stelle unterschieden werden, ob PatientInnen eine chronische oder eine akute Erkrankung aufwiesen. Dies stellte sich jedoch bereits bei der Durchführung erster Analysen als problematisch heraus, da häufig zwar die Erkrankungen der PatientInnen angegeben waren, jedoch größtenteils nicht, ob diese einen chronischen oder akuten Verlauf aufwiesen. Es wurde daher im Team entschieden, stattdessen in der Publikation genannte Erkrankungen oder Informationen zu den Erkrankungen, die sich auf das analysierte Sample beziehen (z.B. Brustschmerzen, todkrank, chronisch, akut etc.), anzugeben.

Bezeichnung	Erkrankungstyp
Eingabetyp	Textfeld
Beschreibung / Definition	Name der Erkrankung oder der Erkrankungen wird aus der Publikation entnommen oder es wird auf die Publikation verwiesen (Seitenzahl), wenn es sich um viele verschiedene Erkrankungen handelt. k.A.: Bei keiner Angabe zu Erkrankungen in der Publikation;

¹² Z. B. Therapiegespräch, Zweitgespräch.

	Sonstiges: z.B. bei Gesundenuntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen etc. Auch Informationen zur Erkrankung können angegeben werden, wenn sie für die Untersuchung relevant sind (z.B. todkrank, Brustschmerzen etc.)	
Angabemöglichkeiten / Beispiele	k.A., Epilepsie, Herz-Kreislauf-Erkrankung etc.	
Änderung	Begründung	Datum
"Erkrankung angegeben" -> "Erkrankungstyp"	es wird nicht nur das Vorhandensein, sondern auch der Erkrankungstyp erfragt (Vervollständigung)	2.11.06
Antwortmöglichkeiten "Ja/Nein" -> "chronisch/akut/k.A." (inkl. Doppelnennungen)	aufgrund der vorangegangenen Änderung	
Angabemöglichkeiten: chronisch/akut/k.A./ (inkl. Doppelnennungen) -> chronisch / akut / beides / k.A. / sonstiges	Vervollständigung	13.11.06
Statt chronisch/akut/beides/k.A./ sonstiges wird die Erkrankung bzw. werden die Erkrankungen angegeben. Sind in der Publikation mehrere Erkrankungen aufgelistet kann mit Angabe der Seitenzahl auf die Publikation verwiesen werden Daher: Listenfeld -> Textfeld	Auch wenn die Erkrankungen angeführt sind, ist häufig nicht angegeben oder nachvollziehbar, ob diese als chronisch, akut, beides oder sonstiges einzuordnen sind.	22.12. 06
Auch Informationen zur Erkrankung können angegeben werden, wenn sie für die betreffende Studie relevant sind (z.B. todkrank, Brustschmerzen etc.)	Zusatz	9.1.07

Tabelle 3: Auszug aus den *rationalis*

2.2.4. Ergebnisse der Primärstudien

In den *Ergebnissen* wird erfasst, welche Gesprächskomponenten zum ärztlichen Handeln analysiert wurden und zu welchen Ergebnissen die in der Publikation durchgeführte Diskursforschung führte. Eine Einteilung in neun Gesprächskomponenten (Gesprächseröffnung, Eröffnungsinitiative, Arzt erfragt Information, (Nicht-)Zuhören des Arztes, Orientierung im Gespräch geben, Arzt gibt Information, gemeinsam planen und Entscheidungen treffen, Gesprächsende, körperliche Untersuchung) wurde in der Vorstudie (Nowak 2007a) als Ausgangspunkt für eine Systematik des interaktiven, sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en entwickelt. Diese Gesprächskomponenten stellen eine zeitlich-funktionale Grundstruktur der Arzt-Patient-Interaktion dar, die mit dem Fokus auf das sprachliche Handeln von Ärzt/inn/en aus fünf unterschiedlichen Strukturierungsversuchen dieses Interaktionstyps abgeleitet wurden (ebenda, 148ff). Das sprachliche Handeln von Patient/inn/en ist in dieser Strukturierung nur teilweise erfassbar und wird in der Datenbank über die ebenfalls gegebene narrative Zusammenfassung der Ergeb-

nisse dokumentiert. In den meisten Fällen konnten die wichtigsten Ergebnisse aus einem abschließenden bzw. zusammenfassenden Kapitel der Publikation entnommen werden.

2.2.5. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Homogenisierungen

Zusätzlich zur zyklischen Prozessplanung wurden noch einige weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Vereinheitlichung der Datenbankeingaben gesetzt. Zur internen Zusammenarbeit im Team wurde unter *Bearbeitungsstatus* eine Gruppe von Feldern eingeführt, die die gemeinsame Bearbeitung der einzelnen Publikationen erleichterte. So wurde hier angegeben, von welcher Person die Erstanalyse, die Zweitanalyse, das Erstcontrolling und das Zweitcontrolling durchgeführt wurden. Dadurch wurde auch ersichtlich, ob bei Publikationen bereits eine Analyse oder ein Controlling erfolgt war. In einem Kommentarfeld konnten weiters Rückfragen an den Zweitbearbeiter oder Controller gestellt werden, wenn sich bei der Eingabe Unsicherheiten oder Probleme ergaben. Da diese Felder der internen Organisation dienten, sind sie in der Datenbank jedoch nicht mehr zugänglich.

Beiträge aus Sammelbänden wurden jeweils einzeln in eigenen Datensätzen bearbeitet. Für Sammelbände mit zentraler Bedeutung wurde darüber hinaus auch jeweils ein weiterer Datensatz angelegt. Eingetragen wurden in diesen Fällen jedoch nur die Eckdaten der Studie, wobei anstatt eines Abstracts die Einzelartikel des Bandes aufgelistet und - falls vorhanden - der Klappentext angeführt wurde.

Das Vorhandensein identer Publikationen wurde, soweit es möglich war, erfasst. Als ident wurden Publikationen angesehen, die in ihrer Kapitelstruktur übereinstimmten. Zur Unterscheidung zwischen Erst- und Zweitzitaten war in erster Linie das Publikationsdatum ausschlaggebend, des Weiteren wurden jene Publikationen als Erstzitat angesehen, die im Gegensatz zu einer identen Publikation leichter zugänglich waren. Forschungsberichte, Dissertationen und Diplomarbeiten wurden daher als Zweitzitate angesehen, wenn diese zu einem späteren Zeitpunkt auch veröffentlicht worden waren.

Entsprach eine Publikation nicht den Einschlusskriterien, wurden außer allgemeinen Angaben zur Publikation im Abschnitt "Eckdaten der Studie" keine weiteren Informationen angegeben, und die Publikation wurde als Ausschluss markiert. Zur Nachvollziehbarkeit wurde eine kurze Begründung des Ausschlusses angeführt.

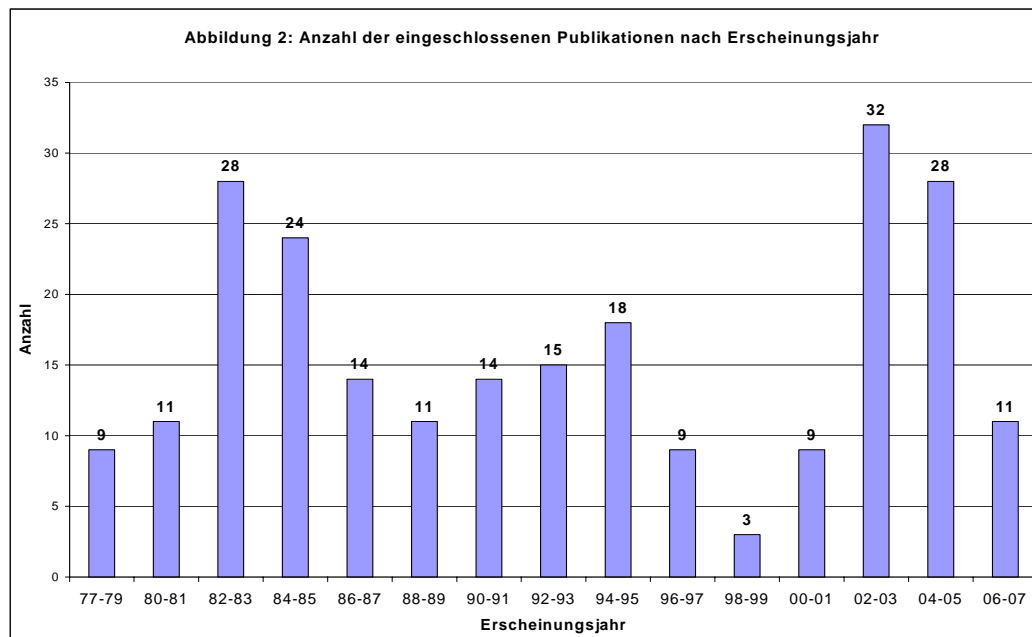
Für Publikationen, die wir innerhalb der Projektdauer nicht beschaffen konnten, wurde unter den "Eckdaten der Studie" ein Feld "Einsichtnahme nicht möglich" eingeführt. Probleme bei der Literaturbeschaffung wurden stets im Team besprochen und daher fiel auch der endgültige Entschluss, eine Publikation als für uns nicht auffindbar zu bezeichnen, stets gemeinsam.

3. Synthesergebnisse: Analyse der eingeschlossenen Studien

3.1. Quantitative Aspekte der Primärstudien

3.1.1. Publikationen und ihre Autor/inn/en

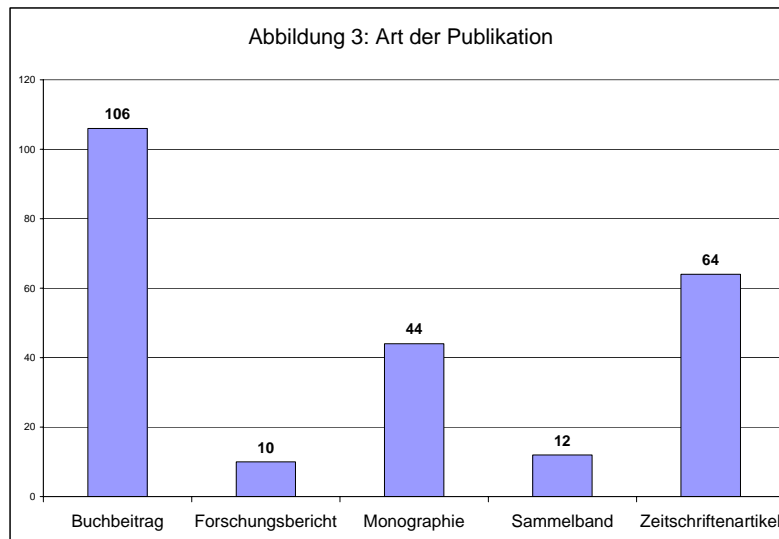
Die 236 eingeschlossenen Publikationen zur Diskursforschung über deutschsprachige Arzt-Patient-Interaktion erschienen im Zeitraum zwischen 1977 bis 2007.¹³ Die zeitliche Verteilung dieser Publikationen nach Erscheinungsjahr wird in Abb. 2 wiedergegeben, in der – abgesehen von der Frühphase – die Publikationen in Zweijahresschritten wiedergegeben werden.



Deutlich zu erkennen ist eine erste breite gesprächsanalytische Auseinandersetzung mit Arzt-Patient-Interaktion am Beginn der 1980er Jahre, die von einer zweiten Publikationswelle Anfang der 1990er Jahre gefolgt wurde. Danach sehen wir einen "Dornröschen-Schlaf" um die Jahrtausendwende, der durch eine sehr rege Publikationstätigkeit zwischen 2002 und 2005 abgelöst wurde. Ein großer Teil dieser Publikationsspitzen geht auf die Herausgabe wichtiger Sammelbände und Zeitschriften-Sonderhefte zum Thema zurück (z.B. Köhle/Raspe 1982; Löning/Rehbein 1993; Redder/Wiese 1994; Brünnner/Gülich 2002; Neises/Ditz et al. 2005), aus denen bis zu 14 Artikel als Einzelpublikationen in die Datenbank Eingang gefunden haben. Diese Sammelbände sind natürlich auch Ausdruck einer regen Diskussion zur jeweiligen Zeit.

Die Beschreibung der Art der Publikation zeigt ebenfalls die Bedeutung der Sammelbände zur Arzt-Patient-Interaktion im deutschsprachigen Raum. Ca. 45 Prozent der Primärstudien waren als Buchbeiträge zu finden (Abb. 3).

¹³ Etwa zehn Publikationen zur Arzt-Patient-Interaktion, die schon vor diesem Zeitraum entstanden waren, wurden zunächst als potentielle Primärstudien identifiziert, konnten aber in der Analyse dann nicht als Diskursforschungen im Sinne der Einschlusskriterien gewertet werden.

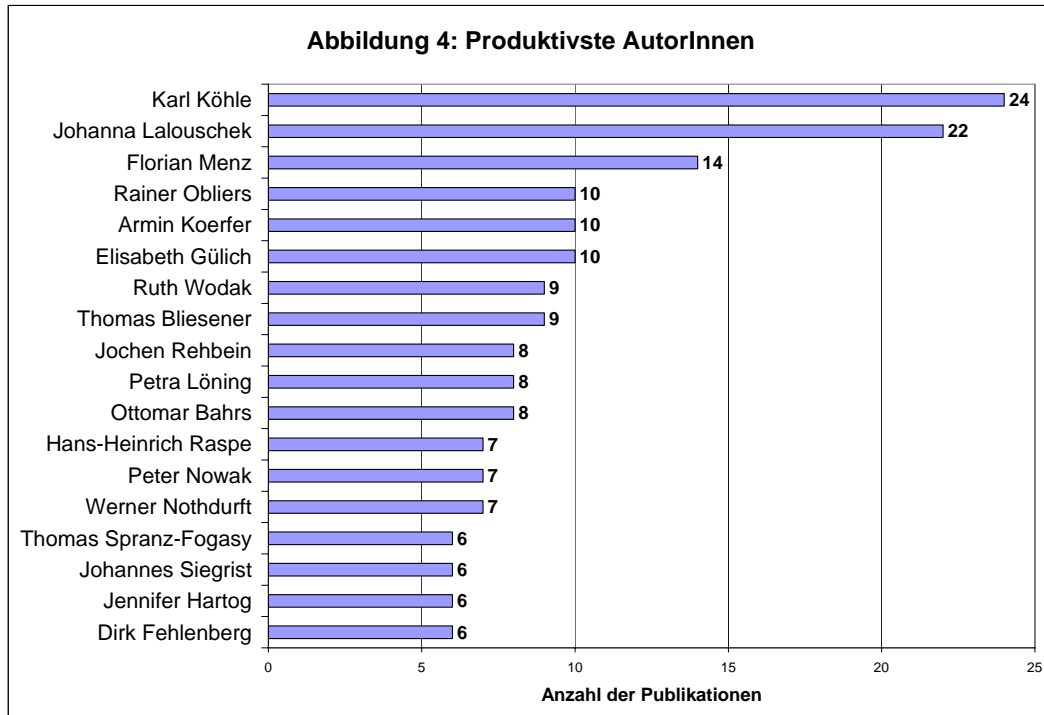


Die 64 inkludierten Zeitschriftenartikel sind in 38 unterschiedlichen Periodika erschienen. Darin zeigt sich auch, dass es kein deutschsprachiges Leitmedium für die Diskursforschung zur Arzt-Patient-Interaktion gibt. Mit 13 inkludierten Publikationen sticht zwar die Zeitschrift "Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung" eindeutig hervor, aber mit Ausnahme von drei Artikeln sind alle anderen in zwei Themenheften (2002: "Wie Anfälle zur Sprache kommen" und 2003: "Der erzählte Schmerz") erschienen. Die folgende Tabelle (Tab. 4) zeigt die Anzahl der inkludierten Publikationen für alle Zeitschriften mit mehr als einer einschlägigen Publikation.

Zeitschrift	Anzahl
Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung	13
Wiener Linguistische Gazette	5
Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion	3
Medizinische Psychologie	3
Aufrisse	2
Deutsche Sprache	2
Therapiewoche	2
Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin	2
Wiener Medizinische Wochenschrift	2

Tabelle 4: Anzahl der inkludierten Artikel nach Zeitschriften

Die Produktivität einzelner Autor/inn/en (Abb. 4) zeigt, dass einige wenige Autor/inn/en einen Großteil der Publikationen zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion veröffentlicht haben. Die in der Abbildung angeführten 18 am häufigsten zum Thema publizierenden Autor/inn/en haben fast die Hälfte aller eingeschlossenen Primärstudien (177 Autorennennungen von 390) verfasst.



Insgesamt sind Publikationen von 148 Autor/inn/en in der Forschungsdatenbank erfasst.¹⁴ An dieser Stelle ist auch eine Reverenz an Karl Köhle zu schreiben, der nach über 40 Jahren Forschungstätigkeit offensichtlich eine entscheidende Bedeutung für die Entwicklung dieses Feldes hat.

3.1.2. Forschungsprojekte zur Arzt-Patient-Interaktion

Hinter den Publikationen der Primärstudien stehen (neben Qualifikationsarbeiten wie Dissertationen) geförderte Forschungsprojekte, die empirische und theoretische Grundlagen erarbeitet haben. Wir haben versucht, diese Forschungsprojekte über die Datenbank zu identifizieren, um den Forschungskontext der Primärstudie zu charakterisieren und um Zusammenhänge und Überschneidungen zwischen den verwendeten Korpora (siehe unten) und Methodenansätzen identifizieren zu können. Von den 224 eingeschlossenen Einzelpublikationen¹⁵ geben 184 irgendeinen Verweis auf ein oder mehrere dahinter stehende Forschungsprojekte. Nun sind diese Forschungsprojekte keinesfalls systematisch in den Publikationen dokumentiert. Vielmehr stechen die Lücken in dieser Dokumentation zunächst ins Auge (Tabelle 5). Vielfach fehlen grundlegende Informationen und erschweren die Rekonstruktion des Forschungszusammenhangs.

¹⁴ Unter den am meisten publizierenden Autor/inn/en waren vier aus dem Institut für Sprachwissenschaft, Universität Wien (Lalouschek, Menz, Nowak, Wodak) stammende Forscher/inn/en und zeigen mit 52 Zitaten, dass dieses Institut eine führende Rolle in der Diskursforschung zur Arzt-Patient-Interaktion innehat. Um eine bessere Vergleichbarkeit herzustellen, wurden in dieser Auszählung Forschungsberichte nicht berücksichtigt, da die "Wiener" Forschungsberichte für die Autor/inn/en leichter zugänglich waren und daher in der Datenbank überrepräsentiert sind.

¹⁵ Die zwölf Sammelbände können hier nicht sinnvoll einbezogen werden.

	Projekttitel	Projektleitung	Laufzeit	Auftraggeber /Förderer	Organisations- kontext
Anzahl der Publikationen ohne Angaben	90	135	130	102	48
% aller Publikationen (n=184)	49 %	73 %	71 %	55 %	26 %

Tabelle 5: Häufigkeit von "keinen Angaben" zum Forschungsprojekt

Trotz dieser lückenhaften Dokumentationsqualität in den Primärstudien konnten durch die Verbindung der unterschiedlichen Informationen 35 Forschungsinitiativen identifiziert werden, die wesentliche Teile der deutschsprachigen Diskursforschung zur Arzt-Patient-Interaktion getragen haben. Eine Tabelle (vgl. Tab. 8) im Anhang zeigt diese in annähernd historischer Reihung. Schon der erste Blick auf die Liste zeigt die wesentliche Rolle, die die Deutsche Forschungsgemeinschaft in der Entwicklung des Forschungsfeldes spielte. Daneben sorgten vor allem unterschiedliche Ministerien und einzelne andere Forschungsfonds für einen mehr oder weniger kontinuierlichen Forschungsprozess in diesem Feld.

3.2. Quantitative Aspekte der Gesprächskorpora der Primärstudien

Die Frage, auf welchen Daten oder Korpora Diskursforschungen aufbauen und wie gut diese dokumentiert werden, ist entscheidend für die Aussagekraft der daraus gewonnenen Analyseergebnisse. Insbesondere auch im Hinblick auf die Verwertung diskursanalytischer Forschungsergebnisse in interdisziplinären Diskussionen zur Arzt-Patient-Interaktion sollten Angaben, z.B. zur Anzahl der eingeschlossenen Patient/inn/en, Anzahl der Gespräche, Art und Schwere der Erkrankung, zum medizinischen Fach oder zum organisatorischen Setting als wichtige Grundlage für die Generalisierbarkeit von Ergebnissen gesehen werden.

Die Datenbank dokumentiert unter dem Abschnitt "Eckdaten des Samples und der Datengewinnung" 31 Einzelangaben zu jeder Primärstudie, sofern diese angegeben sind. Die Einzeldaten sind in vier Bereiche eingeteilt: 1. Kontextinformation, 2. Beschreibung des Gesamtkorpus, 3. Beschreibung des Analysekorpus, 4. Erhebungsmethodik.

3.2.1. Institutioneller Kontext der Gesprächskorpora

Für etwa ein Fünftel aller in den Publikationen analysierten Gespräche fehlen wesentliche Informationen (Tab. 6). Der Schwerpunkt des Forschungsfeldes mit ca. der Hälfte der Gespräche liegt auf Krankenhausstationen, während jeweils nicht ganz ein Fünftel der in den Publikationen analysierten Gespräche in Ambulanzen bzw. beim niedergelassenen Arzt stattfand. Bei den medizinischen Fächern überwiegt die Interne Medizin vor Psychosomatik und Allgemeinmedizin. In diesem Ergebnis spiegelt sich auch das Interesse unterschiedlicher medizinischer Fächer an Gesprächsführung und die Bereitschaft, Diskursforschungen in ihrem Bereich zuzulassen, wider. Der überwiegende Teil aller Gespräche wurde im Kontext der routinemäßigen Patientenbehandlung aufgezeichnet, auch wenn einzelne Studien Arzt-Patient-Interaktion in Forschungs- bzw. Ausbildungskontexten analysierten.

	Organisationskontext der API	Medizinisches Fach	Primärer Gesprächs- zweck
"k.A." (n=224) ¹⁶	20 %	18 %	0 % ¹⁷
	Bettenführende Krankenhaus- abteilung 50 % Ambulanz 19 % Niedergelassene Praxis 17 % Beratungsstelle 4 % Rehab.klinik 2 % Andere 4 %	Interne Medizin 36 % Psychosomatik 14 % Allg.medizin 10 % Epileptologie 8 % Chirurgie 8 % Gynäkologie 7 % Kardiologie 4 % Genetik 4 % Onkologie 3 % Neurologie 2 % Andere 22 %	Behandlung 94 % Forschung 3 % Lehre 3 %

Tabelle 6: Kontextinformation

3.2.2. Patientenpopulation und Charakteristika der Gesprächskorpora

In der Datenbank wird eine Reihe weiterer Charakteristika für das jeweils verwendete Gesprächskorpus (getrennt nach Gesamtkorpus und Analysekorpus) dokumentiert: Anzahl, Typ und Länge der Gespräche; Anzahl, Geschlecht, Alter und Erkrankung der Patient/inn/en; Anzahl, Geschlecht und berufliche Position der Ärzte und Ärztinnen (Abb. 5).¹⁸

Auch hier finden wir große Lücken in den Angaben, die die Aussagekraft und weitere Verwertbarkeit der Diskursforschungsergebnisse einschränken. Die Angaben zum Korpus der tatsächlich analysierten Gespräche ("Analyse") sind zwar vollständiger als zum Korpus der dahinter stehenden Studien ("Gesamt"), aber mit einem durchschnittlichen Anteil von 38 % fehlender Angaben doch erschreckend hoch. Selbst die Angabe des Typs und der Anzahl der analysierten Gespräche fehlt bei etwa einem Siebtel der Publikationen.

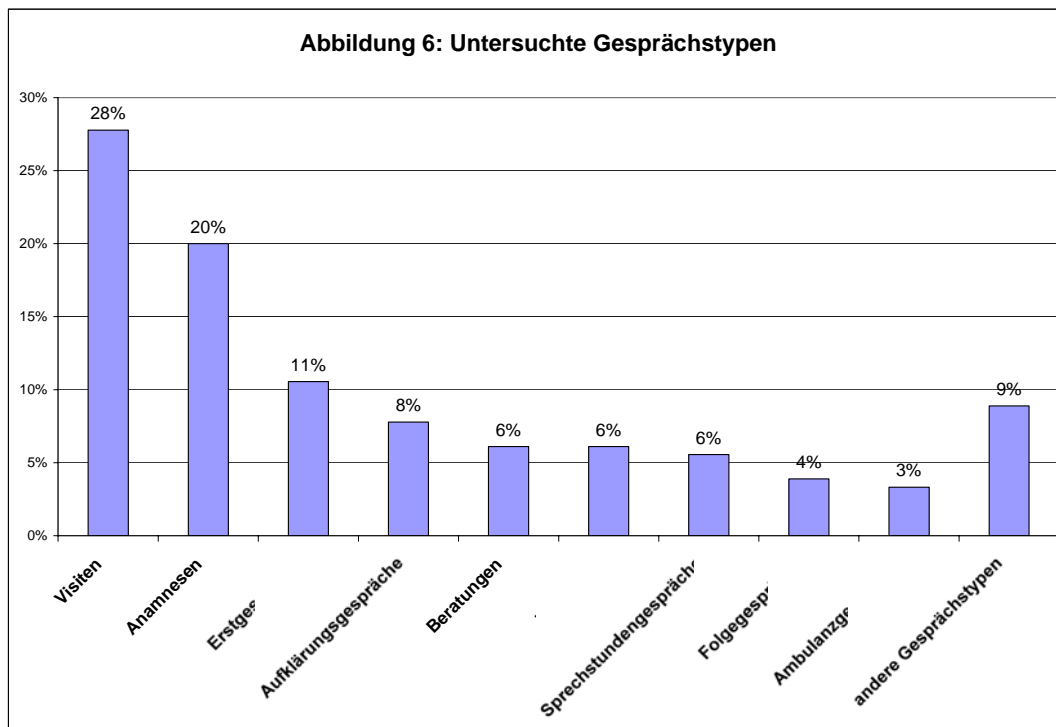
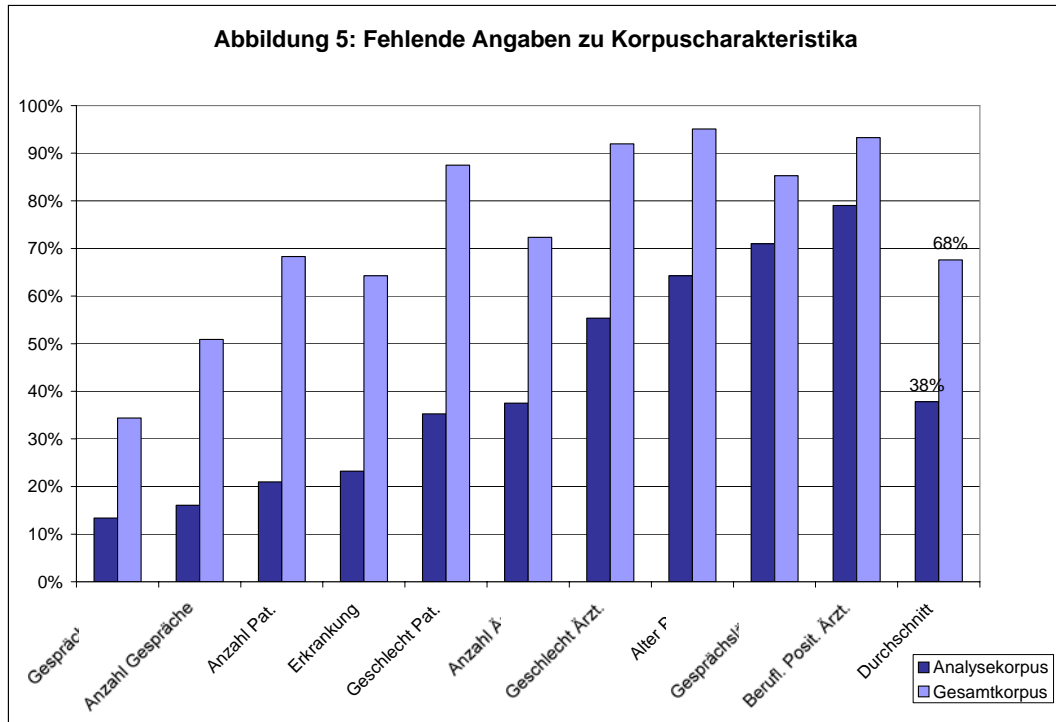
Fast die Hälfte der Primärstudien untersuchten die "klassischen" Gesprächstypen Visite und Anamnese. Doch wird eine Reihe von anderen Gesprächstypen analysiert, die in der folgenden Grafik (Abb. 6) in ihren Anteilen¹⁹ dargestellt sind. Die Bezeichnung dieser Gesprächstypen wurde weitgehend aus den Primärstudien übernommen, sodass es hier auch Überschneidungen durch unterschiedliche medizinische Terminologien und Analysekontexte gibt. So ist anzunehmen, dass die meisten "Erstgespräche" auch als "Anamnesegespräch" bezeichnet werden könnten. Auffallend ist das relative Fehlen von Untersuchungen zu wesentlichen Gesprächstypen, wie Aufklärungsgesprächen (n=14) oder Entlassungsgesprächen (n=1). Hier scheint Forschungsbedarf gegeben.

¹⁶ Auch hier kommen die zwölf Sammelbände für die Grundgesamtheit nicht in Betracht.

¹⁷ Der primäre Gesprächszweck konnte aus den Publikationen immer erschlossen werden, mit Ausnahme einer stark methodisch ausgerichteten Arbeit, für die der Gesprächszweck offensichtlich keine Rolle spielt.

¹⁸ Die Angaben sind gereiht nach den fehlenden Angaben im Analysekorpus der Publikationen.

¹⁹ Die Prozentsätze beziehen sich auf den Anteil der Nennungen von Gesprächstypen, d.h. Publikationen ohne Angaben zum Gesprächstyp sind nicht berücksichtigt (siehe oben).



Um die Bedeutung der in der Forschungsdatenbank repräsentierten Analysen aufzeigen zu können und auch eine Einschätzung der Generalisierbarkeit zu erlauben, stellten wir uns die Frage: Wie viele Gespräche wurden in den eingeschlossenen Primärstudien analysiert? Bzw. wie groß sind die erhobenen Gesprächskorpora

zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion? Dafür suchten wir nach einer eindeutigen Identifikation der dokumentierten Korpora bzw. nach einer Abschätzung des an den analysierten Gesprächen beteiligten Patientensamples.

Wir haben gesehen, dass die Angaben in den Publikationen sehr dürftig sind (vgl. Abb. 5): Bei 38 % der Publikationen fehlen wesentliche Angaben zum Analysekorpus und bei 68 % fehlen Angaben zum dahinter stehenden Gesamtkorpus. Damit ist weitgehend nicht genau feststellbar, inwieweit die analysierten Gesprächskorpora hinter den unterschiedlichen Publikationen identisch sind. Im Anhang werden in der Liste aller identifizierbaren Forschungsprojekte auch die aufgrund der Publikationen einigermaßen gesicherten Angaben zur Größe der jeweils erhobenen Gesprächskorpora bzw. des Patientensamples dokumentiert.²⁰

Dennoch haben wir versucht, aus den vorhandenen Angaben einerseits Durchschnittswerte pro inkludierte Primärstudie zu errechnen und andererseits eine grobe Hochrechnung der in den inkludierten Primärstudien analysierten Gesprächskorpora bzw. des Patientensamples zu erstellen. Unten stehende Tabelle (Tab. 7) zeigt, dass im Schnitt jede Primärstudie auf ein Gesamtsample von 243 Gesprächen (111 Patient/inn/en) zurückgreift, von denen im Schnitt 39 Gespräche (20 Patient/inn/en) tatsächlich in der Publikation analysiert werden. Rechnet man diese Durchschnittszahlen zu einer Gesamtquantifizierung des in der Datenbank repräsentierten Korpus hoch, so würden die inkludierten Primärstudien etwa 8600 Gespräche (mit 4400 Patient/inn/en) beinhalten.

	Inkludierte Gespräche	Inkludierte Patient/inn/en
Gesamtkorpus		
Anzahl der Publikationen mit Angaben	107	71
Summe aller Nennungen	26.048	7.907
Durchschnitt pro Publikation	243	111
Analysekorpus		
Anzahl der Publikationen mit Angaben	186	175
Summe aller Nennungen	7177	3452
Durchschnitt pro Publikation	39	20
Hochrechnung Analysesample (n=224)	8600	4400

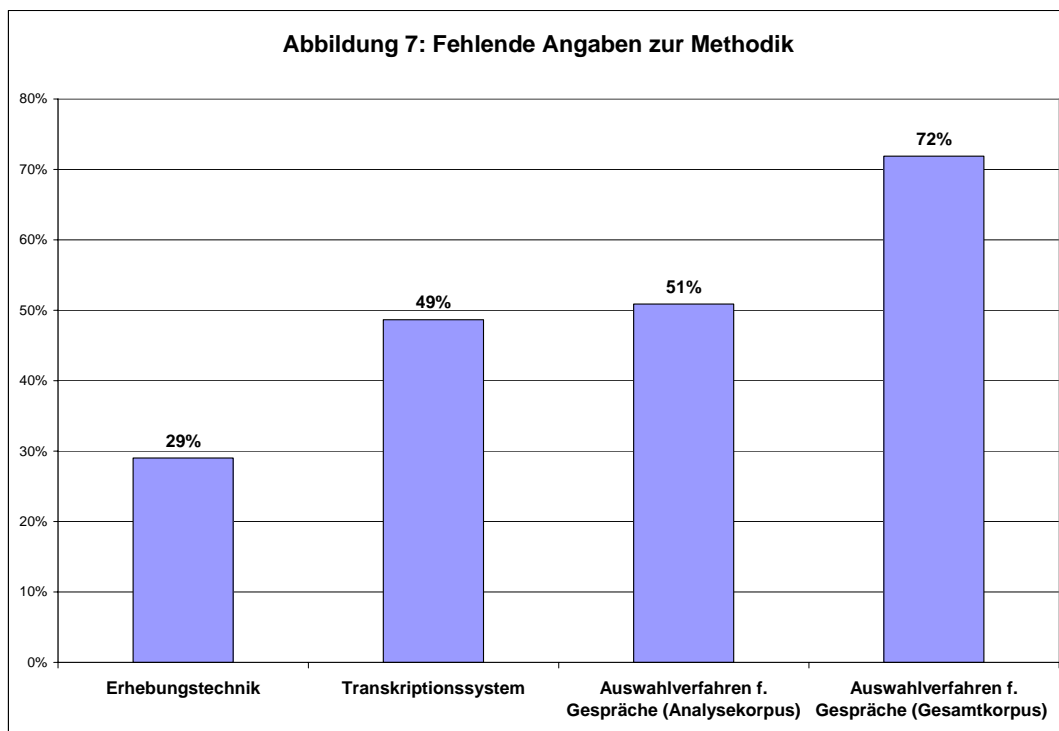
Tabelle 7: Patientensample und Gesprächskorpora

Es ist jedoch anzunehmen, dass die fehlenden Angaben so vieler Studien dieses Ergebnis wesentlich verzerrt und damit nicht valide erscheinen lässt. Es würde einer gesonderten Rekonstruktion in Verbindung mit anderen systematischen Quellen (z.B. Glas/Ehlich 2000) und spezifischer Recherchen bedürfen, um hier einen verlässlichen Überblick zu erhalten.

²⁰ Es wurden keine über die inkludierten Publikationen hinausgehenden Recherchen zu diesen Forschungsprojekten unternommen, die wahrscheinlich eine vollständigere Rekonstruktion erlauben würden.

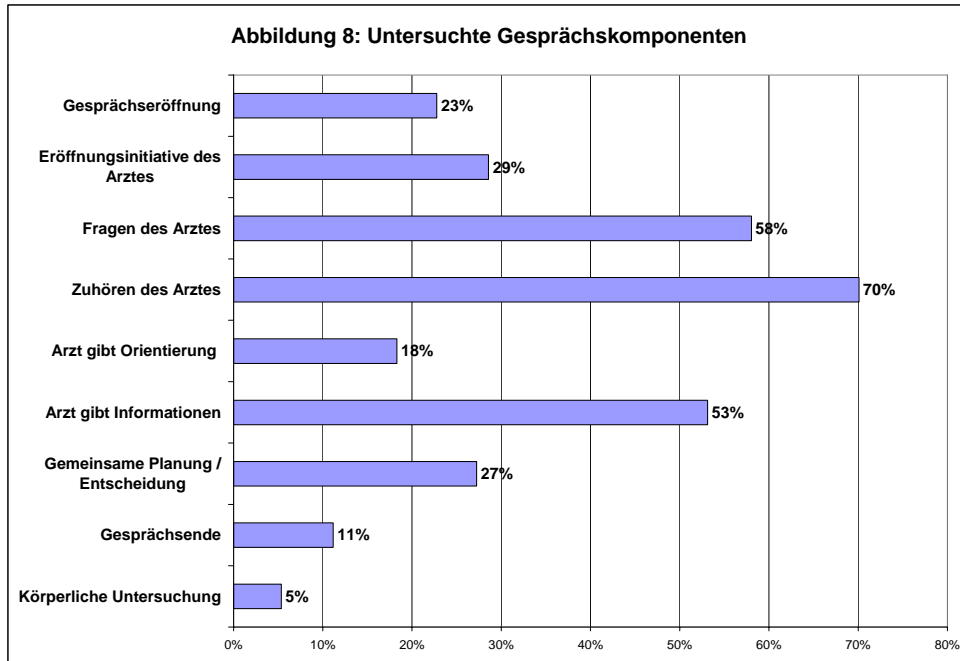
3.2.3. Methodische Aspekte der Primärstudien

Auch methodische Aspekte der Studien sind nur unzureichend dokumentiert. Wie die folgende Abbildung (Abb. 7) zeigt, fehlen bei fast einem Drittel der Publikationen Angaben zur Erhebungstechnik (Tonband-, Videoaufzeichnung) und bei fast der Hälfte spezifische Angaben zum Transkriptionssystem. Auch werden die Auswahlverfahren für Gespräche bzw. Gesprächsausschnitte im Forschungsprozess mehrheitlich nicht begründet, obwohl gerade diese Information Rückschlüsse auf die Selektivität (*bias*) der Forscher/innen und damit auf die Generalisierbarkeit von Ergebnissen zulassen würde. Für einige Publikationen kann angenommen werden, dass diese eher technischen Hinweise aus redaktionellen Gründen im Hinblick auf eine Praktikerzielgruppe weggelassen wurden. Dennoch scheint es uns wichtig, dass die methodischen Grundlagen zumindest in Fußnoten kurz charakterisiert werden, um die wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit durchgängig zu gewährleisten.



3.2.4. Untersuchte Gesprächskomponenten der Arzt-Patient-Interaktion

Um einen ersten quantitativen Überblick zu den in der Datenbank dokumentierten Ergebnissen zu geben, zeigt die folgende Grafik (Abb. 8) die Häufigkeit von Untersuchungen zu den neun in der Vorstudie definierten Gesprächskomponenten der Arzt-Patient-Interaktion (Nowak 2007a).



Es überrascht nicht, dass ärztliches Fragen, Zuhören und Informieren im Mittelpunkt des Interesses der Diskursforschung steht.²¹ Forschungsdefizite können vor allem für die verbale Begleitung der körperlichen Untersuchung, das Gesprächsende und die Orientierungshandlungen (metadiskursive Kommentare) angenommen werden.

3.3. Theoretische Zugänge der Primärstudien

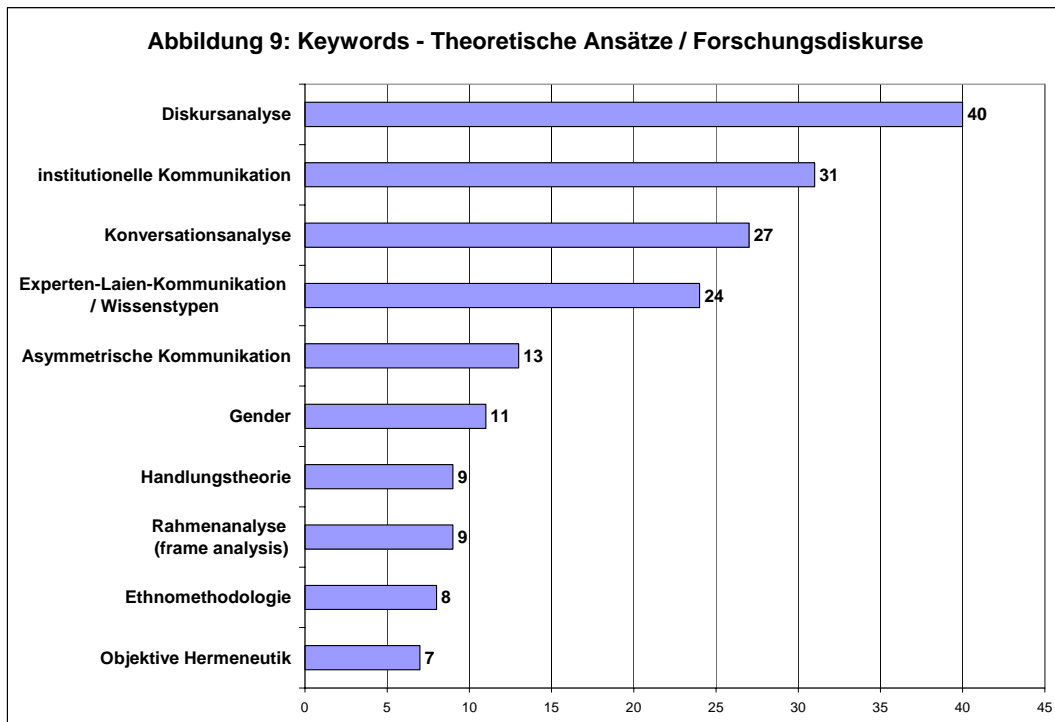
Die Rekonstruktion der theoretischen Zugänge der inkludierten Publikationen kann sich im Wesentlichen auf zwei Bereiche der Datenbank stützen: auf die von uns vergebenen Schlagwörter für die einzelnen Studien und auf die Einträge zum theoretischen Rahmen der Publikationen. Beide Datenbereiche wurden von uns einer Sekundäranalyse unterzogen, um einen ersten vorläufigen Überblick über die theoretischen Ansätze der Primärstudien zu erhalten.

3.3.1. Sekundäranalyse der Beschlagwortung

Jede inkludierte Publikation wurde von den analysierenden Forscher/inn/en mit mehreren Schlagwörtern versehen, die u.a. das Gesprächssetting, Erkrankungen, analysierte interaktive Verfahren und auch theoretische Ansätze der Einzelanalysen rasch auffindbar machen sollten, soweit diese in der Publikation erkennbar wurden. Bei der Schlagwortvergabe wurde auf große Nähe zu den Konzepten der Einzelstudie geachtet. Die folgende Grafik (Abb. 9) zeigt die Häufigkeit der am meisten vorkommenden Schlagwörter, die theoretische Ansätze der Primärstudien dokumentieren. Unter "theoretische Ansätze / Forschungsdiskurse" sind hier keine

²¹ Die Prozentsätze beziehen sich auf die Anteile des Gesamtsamples der inkludierten Publikationen (n=224), die die jeweiligen Gesprächskomponenten analysieren. Mehrfachnennungen waren möglich.

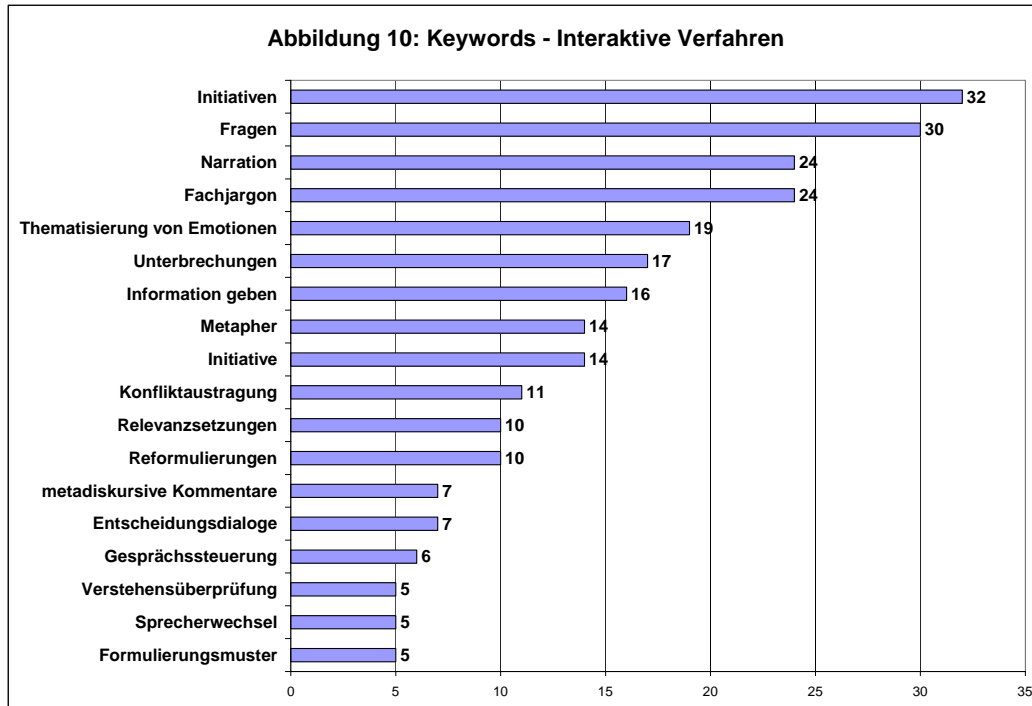
umfassenden Theoriegebäude gemeint, sondern Konzepte und Begriffe, die auf Theorie- und Methodendiskurse Bezug nehmen und in den Primärstudien erkennbar waren. Mehrfachnennungen waren möglich.



Die wesentlichen theoretischen Konzepte und die damit verbundenen methodischen Zugänge der Diskursforschungen zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion werden damit sichtbar.

Zur weiteren Rekonstruktion der theoretischen Fokussierung der Primärstudien haben wir auch eine Keywordanalyse über analysierte interaktive Verfahren durchgeführt, die mit der theoretischen Grundkonzeption in Verbindung gebracht werden können. Folgende Grafik (Abb. 10) zeigt die in den Keywords dokumentierten sprachlichen Verfahren nach Häufigkeit gereiht, auf die sich die Primärstudien konzentrieren.

Die dokumentierten interaktiven Verfahren fördern eine Reihe von theoretischen Teilkonzepten zu Tage, die in der ersten Analyse noch nicht sichtbar wurden. So sind offensichtlich breite Anschlüsse, z.B. zur Erzählforschung, zum Fachsprachendiskurs und zur Metapherntheorie zu finden.

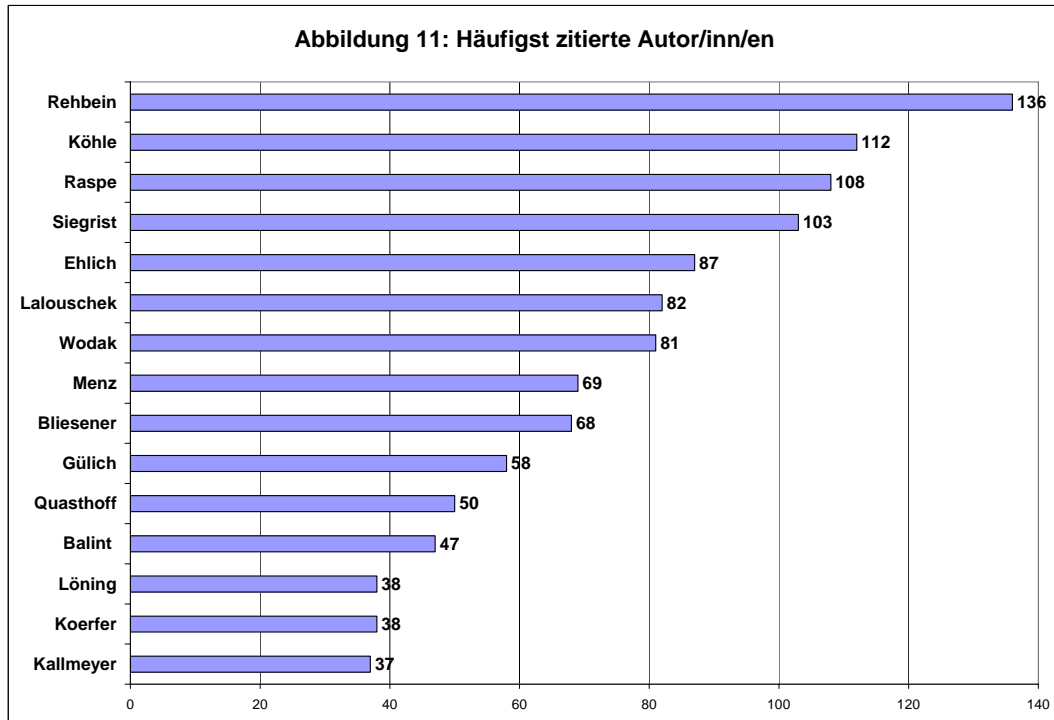


3.3.2. Erste Sekundäranalyse der Einträge zum theoretischen Rahmen

Fast alle der 224 inkludierten Primärstudien machen zumindest minimale Angaben zum theoretischen Rahmen. Lediglich bei zehn Publikationen konnten keinerlei Hinweise auf den theoretischen Hintergrund gefunden werden. Bei der Erstellung der Datenbank standen wir vor der Frage, wie wir die (zum Teil auch sehr umfangreichen) Theorie- und Methodendiskussionen der Primärstudien in relevanter und knapper Form in die Datenbank einbringen. Wir entschieden uns, wie oben bereits beschrieben, wesentliche Stichworte und Überschriften mit den darunter zitierten Literaturangaben einzutragen. Dies schien uns für die potentielle Zielgruppe, interessierte Fachkolleg/inn/en, die beste Form, Anschlüsse zu diversen Forschungsdiskursen zu dokumentieren. Eine quantitative Analyse der Autorennennungen in diesen Literaturzitate liegt daher nahe, um eine erste Annäherung an die Forschungsdiskurse hinter den inkludierten Publikationen zu versuchen.

Der Umfang mancher Literaturlaufarbeitungen (insbesondere im Rahmen von Qualifikationsarbeiten, wie Diplomarbeiten und Dissertationen) machte es aber in diesen Fällen notwendig, nur ausgewählte Referenzen in die Datenbank aufzunehmen. Daher muss die quantitative Analyse dieses Teils der Datenbank zu Verzerrungen führen,²² sodass unten stehende Auswertung als rohes Datum zu betrachten ist, das noch einiger Überlegungen bedarf, um als aussagekräftig gelten zu können. Die folgende Grafik (Abb. 11) zeigt eine Auszählung der im Datenfeld "theoretischer und methodischer Rahmen" am häufigsten zitierten Autor/inn/en.

²² Z.B. eine höhere Gewichtung von Herausgeber/inn/en von Sammelbänden oder von älteren Publikationen. Für einen aktuellen Überblick zu systematischen Methoden des "citation trackings" vgl. z.B. Bakalbas et al. (2006).



Zunächst scheint die Liste einen plausiblen Überblick über das "Who-is-who" der Diskursforschung (zur Arzt-Patient-Interaktion) zu geben. Als eine weitere Annäherung an den theoretischen Hintergrund der in den inkludierten Publikationen geführten Forschungsdiskurse interpretiert, fällt doch die große Bedeutung der medizinsoziologisch und psychosomatisch ausgerichteten Ahnherren (Köhle, Raspe, Siegrist) der Diskursforschung in diesem Feld auf. Natürlich wird dadurch auch das Gewicht der beiden großen DFG-Sonderforschungsbereiche der 1970er und 1980er Jahre (vgl. Tab. 8, im Anhang) für die Entwicklung einer eigenständigen deutschsprachigen Diskursforschung zur Arzt-Patient-Interaktion deutlich.

4. Schlussfolgerungen, Forschungsdesiderata und Benutzung der Datenbank

4.1. Diskussion der ersten Auswertung

Eine erste ausgewählte Analyse zeigt also einige bemerkenswerte Resultate. So bestätigt sich der Eindruck, dass die hauptsächliche Publikationsform von Ergebnissen in Sammelbänden besteht (45 %). Die 64 in Zeitschriften publizierten Beiträge (27 %) sind auf 50 Journale verteilt, das Fehlen eines Leitmediums sticht also ins Auge und hat zur Konsequenz, dass die diskursanalytische Literatur für fachexterne Forscher/innen relativ schwer zugänglich und rezipierbar ist. Hier könnte also die vorgestellte Datenbank einem lange gehegten Desideratum nachkommen und als Schnittstelle zu anderen Forschungsdisziplinen interdisziplinären Austausch ermöglichen.

Ein anderer Aspekt wird jedoch ebenfalls augenscheinlich. Der Umgang mit Datenkorpora ist nicht immer nachvollziehbar. Zwar ist der weitaus überwiegende

Teil diskursanalytischer Forschung zur Arzt-Patient-Interaktion qualitativ orientiert und arbeitet häufig mit vergleichsweise kleinen Korpora, doch diese werden in der überwiegenden Zahl der Publikationen nur unzureichend dargestellt. Insbesondere Angaben zu den Forschungsprojekten aus denen die Gesprächsdaten stammen, aber auch nähere Kontextinformationen zum institutionellen Umfeld und zum medizinischen Fach fehlen bei beinahe 20 % aller Studien, ebenso wie genauere Charakteristika (z.B. Alter, Geschlecht, berufliche Position, Gesprächslänge etc.) der Patienten- und Arztpopulationen. Darin mögen sich die theoretischen Grundannahmen unterschiedlicher Forschungsrichtungen spiegeln, die Verwertbarkeit in anderen Studien wird damit jedoch zwangsläufig eingeschränkt.

Auch das meist im Dunkeln gelassene Verhältnis von Gesamtkorpus und ausgewähltem Analysekorpus zeugt von einer gewissen Unbekümmertheit, die ebenfalls in den Traditionen der theoretischen Forschungsansätze ruhen mag. Hier wäre allerdings interessant zu erforschen, ob sich über die Zeit hinweg signifikante Änderungen zeigen, also eine zunehmende Sensibilisierung der Diskursforscher/innen zu verzeichnen ist.

Noch gravierender, da ein genuiner Bestandteil diskursanalytischer Forschung, scheinen uns jedoch die Mängel in der Dokumentation methodischer Aspekte. Fast ein Drittel der Untersuchungen gibt keine Angaben zur Aufzeichnungstechnik, und bei fast 50 % fehlen Angaben zum Transkriptionssystem. Angesichts des theoretischen und methodischen Stellenwertes dieser Aspekte im Selbstverständnis der Diskursforschung ist dies ein überraschendes Ergebnis. Hingegen wird der theoretische Rahmen mit wenigen Ausnahmen in allen einbezogenen Studien angegeben. Da dies eine Voraussetzung wissenschaftlichen Arbeitens und wissenschaftlichen Publizierens ist, wäre allerdings eine vertiefende Analyse jener zehn Publikationen interessant, in denen keine Angaben zum theoretischen Rahmen der Analysen angegeben wurden.

Die hier präsentierten Ergebnisse können jedoch nur so gut sein wie die Eingaben in die Datenbank. Trotz vielfältiger Qualitätssicherungsmaßnahmen bleibt die Möglichkeit eines Irrtums bei der Eingabe. Daher ist es sinnvoll (und möglich), bei überraschenden Ergebnissen auf die Primärstudien zurückzugreifen und eine Verifikation vorzunehmen.

4.2. Forschungsdesiderata

Die inhaltliche Auswertung der bevorzugt untersuchten Gesprächstypen hat über alle Studien hinweg eine deutliche Unterrepräsentation von Primärforschung zu Entlassungs- und Aufklärungsgesprächen ergeben. Dies ist mit großer Sicherheit einem relativ aktuellen Systemwandel in der Funktion von Krankenhäusern und der juristischen Stärkung von Patientenrechten zuzuschreiben. Die Änderung etwa der Rückvergütungen von Spitalsaufenthalten (DRG, leistungsorientiert), die gewaltige Verbesserung von Operationstechniken bis hin zu einer Stärkung konservativer Behandlungsmethoden hat die Verweildauer in den Spitälern in den letzten Jahrzehnten drastisch verkürzt. Zusätzlich wurde und wird eine verstärkte Integration von ambulanter und stationärer Versorgung betrieben. Dies hat zur Aufwertung des Entlassungsgesprächs im Krankenhaus geführt, weil es an der Schnittstelle zur Organisation liegt. Ähnliches gilt für das Aufklärungsgespräch, das aufgrund der Stärkung von Patientenrechten einen wesentlichen Stellenwert

erhalten hat. In manchen Bereichen ist es bis ins Detail gesetzlich geregelt. Hier ist für die Diskursanalyse großer Forschungsbedarf zu sehen, insbesondere weil dieser letzte Gesprächstyp auch an der Schnittstelle zu juristischen Institutionen steht.

Diese Gesamtauswertung der untersuchten Gesprächskomponenten korrigiert auf der anderen Seite die Annahme von Nowak (2007a:372), dass fast keine Untersuchungen zur Entscheidungsfindung in der Arzt-Patient-Interaktion bis dato vorliegen bzw. keine Entscheidungsprozesse zu beobachten sind. Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung, die Fragen der Entscheidungsfindung zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en in den letzten Jahren in der öffentlichen Diskussion erhalten hat, wäre aber hier dennoch weiterer Analyse- und Synthesebedarf (etwa in spezifischen Metastudien) erkennbar.

Bezogen auf die Phasen ärztlicher Gespräche fällt das fast völlige Fehlen von untersuchungsbegleitender Kommunikation auf. Auch dies wäre ein lohnendes Forschungsfeld der Diskursforschung mit vielfältigen Anschlussmöglichkeiten zu vergleichbaren Untersuchungen in anderen Institutionen (vgl. z.B. bereits Brüner 1987).

Eine entscheidende Einschränkung der vorliegenden Datenbank, die jedoch in Nowak (2007a) ausführlich begründet wurde, liegt in ihrer Fokussierung auf arztseitige Interaktionen. Spezifische Metastudien zu patientenseitigen Redebeiträgen wären daher wünschenswert.

4.3. Benutzung der Datenbank

4.3.1. Beschreibung der Zugangsmöglichkeiten: einfache Literatursuche; gezielte Abfragen

Die *API-on*©-Datenbank soll nach unseren Intentionen mehreren Zwecken dienen (<www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/index.htm>). Zunächst und als allererstes Ziel bietet sie einen umfassenden systematischen Überblick über deutschsprachige Arzt-Patient-Interaktion aus diskursanalytischer Perspektive. Über Stichwortverzeichnisse und Volltextsuche ist sie für Literatursuche und Literaturüberblicke geeignet, da sie, weit über eine kommentierte Bibliographie hinausgehend, systematische Informationen beinhaltet. Des Weiteren schafft sie für Wissenschaftler/innen anderer Disziplinen einen leichten Zugang zu den Ergebnissen der Diskursforschung. Wir hoffen damit, einen wesentlichen Beitrag zur Sichtbarkeit der Diskursforschung als Disziplin im zunehmend wichtiger werdenden Feld der ärztlichen Interaktion zu leisten.

Darüber hinaus ist die Datenbank jedoch mit Einschränkungen auch für weitere Sekundäranalysen geeignet. Da unseres Erachtens wissenschaftliches Arbeiten nur dann sinnvoll funktionieren kann, wenn Informationen und Wissen allgemein zugänglich sind und nicht über Zugangsbeschränkungen reglementiert werden, stellen wir die Datenbank ohne wesentliche Einschränkungen für alle Interessierten zur Verfügung. Durch diesen *Open-Access*-Zugang ist es jedem Forscher und jeder Forscherin möglich, einfache und komplexe Abfragen über die Datenbank zu tätigen, eigene Auswertungen zu erarbeiten und dadurch spezifische Synthesergebnisse zu produzieren. Die hier präsentierten Ergebnisse sind nur ein erster Schritt und sollen vor allem der Illustration der Möglichkeiten dienen. Einzige

Bedingung für die Nutzung der *API-on*©-Datenbank ist daher ihre Nennung als Quelle.

4.3.2. Eingabe neuer Diskursforschungen in die Datenbank

Die Qualität einer Datenbank hängt ganz entscheidend von ihrer Pflege und Aktualisierung ab. Wir haben durch unsere systematischen Recherchen, die hier nicht im Detail beschrieben werden konnten, mit großer Sicherheit einen relevanten Teil der Forschung erfasst. Zumindest zwei Strategien sind jedoch nötig, um die Datenbank funktionsfähig zu erhalten, für die wir um die Mitarbeit aller in diesem Feld Tätigen bitten: nämlich erstens die Vervollständigung durch Studien und Publikationen, die den Einschlusskriterien der Datenbank entsprechen, aber von uns nicht erfasst worden sind, und zweitens die laufende Aktualisierung der Datenbank durch die Ergänzung neuer Studien. Selbstverständlich ist es auch möglich, dass die Autor/inn/en von bereits inkludierten Studien die entsprechenden Einträge in der Datenbank überprüfen und gegebenenfalls ergänzen.

Dazu ist ein zweistufiges Verfahren vorgesehen: Die *API-on*©-Datenbank bietet ein Formular zur Vervollständigung und Ergänzung, das von jeder Nutzerin und jedem Nutzer ausgefüllt werden kann. Im Wesentlichen bildet es die Struktur der Datenbank ab und ermöglicht bzw. benötigt ca. 70 Einträge. Diese Formulare werden automatisch an den verantwortlichen Administrator der Datenbank (Florian Menz) geschickt. Zweitens ist zur Freischaltung die Übersendung der Originalarbeit in Kopie zur Überprüfung notwendig, damit eine relative Einheitlichkeit der Datenbank gewährleistet werden kann.

Nur wenn es gelingt, die Datenbank auf dem Stand der Forschung zu halten, kann sie ihren Zweck erfüllen, zur Konsolidierung und verbreiteten Sichtbarmachung dieses wichtigen Forschungsfeldes beizutragen. Der Erfolg allerdings wird von der Akzeptanz der Nutzer/inn/en innerhalb und außerhalb der Diskursforschung abhängen.

4.3.3. Online-Zugang der Datenbank *API-on*©

Unter folgender Internetadresse ist die Forschungsdatenbank zu erreichen:

<www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/index.htm>

5. Literatur

Atkinson, Paul / Heath, Christian (1981): *Medical Work: Realities and Routines*. Farnborough: Gower.

Bakkalbasi, Nisa / Bauer, Kathleen / Glover, Janis / Wang, Lei (2006): Three options for citation tracking: Google Scholar, Scopus and Web of Science. In: *E-Prints in Library and Information Science E-LIS*, 6080. <<http://eprints.rclis.org/archive/00006080/>>

Brünner, Gisela (1987): *Kommunikation in institutionellen Lehr-Lern-Prozessen. Diskursanalytische Untersuchungen zu Instruktionen in der betrieblichen Ausbildung*. Tübingen: Narr.

- 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 (Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft 18)*. Bielefeld: Aisthesis Verlag.
- 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.
- Ehlich, Konrad / Koerfer, Armin / Redder, Angelika / Weingarten, Rüdiger (1990): *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fisher, Sue / Todd, Alexandra D. (1983): *The Social Organization of Doctor Patient Communication*. Washington: Ablex Publishing.
- Glas, Reinhold / Ehlich, Konrad (2000): *Deutsche Transkripte 1950 bis 1995: Ein Repertorium*. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit* 63. <<http://www.ehlich-berlin.de/DTR/>>
- Heritage, John C. / Maynard, Douglas W. (2006): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients (Studies in Interactional Sociolinguistics 20)*. New York: Cambridge University Press.
- Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich (1982): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Löning, Petra / Rehbein, Jochen (1993): *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: de Gruyter.
- Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (2005): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nowak, Peter (2005): *Literaturliste zu Gesprächsanalysen von (deutschsprachigen) Arzt-Patient-Interaktionen 1969-2005*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- 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): *Metastudien-Methodik – ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung*. In: *Gesprächsforschung* 8, 89-116.
- Nowak, Peter / Spranz-Fogasy, Thomas (2007): *Literatur zur Arzt-Patient-Kommunikation*. Mannheim: Institut für Deutsche Sprache.
- Redder, Angelika / Wiese, Ingrid (1994): *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schaner-Wolles, Chris (2001): *Vom Umgang mit Erstspracherwerbsdaten aus Langzeit-Fallstudien*. In: Gruber, Helmut / Menz, Florian (Hg.), *Interdisziplinarität in der Angewandten Sprachwissenschaft. Methodenmenü oder Methodensalat?* Frankfurt: Lang, 223-249.

Univ.Prof. Mag. Dr. Florian Menz
Mag.^a Sabine Nezhiba
Mag.^a Anita Rappl

Institut für Sprachwissenschaft
Universität Wien
Berggasse 11
1090 Wien

florian.menz@univie.ac.at

snezhiba@gmx.at

anitarappl@gmx.at

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

Veröffentlicht am 29.4.2008

© Copyright by GESPRÄCHSFORSCHUNG. Alle Rechte vorbehalten.

6. Anhänge

Anhang 1: Datenentnahmeraster

1. Eckdaten der Studie ("Quantitativer Überblick")

1.1 Titel	T
1.2 Autor/in 1, 2, 3	L
1.3 Erscheinungsjahr	D
1.4 Art der Publikation	L
1.5 Quelle	T
1.6 Sprache	L
1.7 Abstract/Zusammenfassung vorhanden	E
1.8 Zusammenfassung (Abstract durch Autor):	T
1.9 Peer reviewed Publikation	E
1.10 Zugrunde liegendes Forschungsprojekt vorhanden	E
1.10.1 Titel:	T
1.10.2 Leitung:	T
1.10.3 Laufzeit:	T
1.10.4 Auftraggeber, Finanzier:	T
1.10.5 Organisationskontext des Forschungsprojekts:	T
1.10.6 Weitere Angaben	T
1.11 Zweitzitat	E
1.12 Wenn ja, Zitat	T
Ausschluss	E
Einsichtnahme nicht möglich	E

2. Inhaltlicher Rahmen

2.1 Forschungsfragen der Publikation	T
2.2 Theoretischer und methodischer Rahmen	T
2.3 Keywords	L

3. Eckdaten des Samples und der Datengewinnung

3.1 Kontextinformation	
3.1.1 Institutionskontext der API	L
3.1.2 Medizinisches Fach	L
3.1.3 primärer Gesprächszweck	L
3.2 Beschreibung des Gesamtkorpus	
3.2.1 PatientInnen	
3.2.1.1 Anzahl	Z
3.2.1.2 Geschlecht angegeben	E
3.2.1.3 Alter angegeben	E
3.2.1.4 Erkrankungstyp	L
3.2.2 ÄrztInnen	
3.2.2.1 Anzahl	Z
3.2.2.2 Geschlecht angegeben	E
3.2.2.3 Organisatorische Position angegeben	E
3.2.3 Gespräche	
3.2.3.1 Anzahl:	Z
3.2.3.2 Gesprächstyp:	L
3.2.3.3 Authentizität der Gespräche	E
3.2.3.4 Gesprächslänge angegeben	E
3.2.3.5 Auswahlverfahren von Gesprächen für die Erhebung	T

3.3 Beschreibung des Analysekorpus	
3.3.1 PatientInnen	
3.3.1.1 Anzahl	Z
3.3.1.2 Geschlecht angegeben	E
3.3.1.3 Alter angegeben	E
3.3.1.4 Erkrankungstyp	L
3.3.2 ÄrztInnen	
3.3.2.1 Anzahl	Z
3.3.2.2 Geschlecht angegeben	E
3.3.2.3 Organisatorische Position angegeben	E
3.3.3 Gespräche	
3.3.3.1 Anzahl:	Z
3.3.3.2 Gesprächstyp:	L
3.3.3.3 Authentizität der Gespräche	E
3.3.3.4 Gesprächslänge angegeben	E
3.3.3.5 Auswahlverfahren von Gesprächen für die Analyse	T
3.4 Erhebungsmethodik	
3.4.1 Dokumentation der Gespräche	E
3.4.2 Transkriptionsverfahren	L
3.4.3 Publierte Gesamttranskripte	E
3.4.4 Zusätzlich eingesetzte Erhebungsmethoden	T
3.5 Forschungsdesign	
3.5.1 Welche Forschungsschritte wurden durchgeführt?	T
3.5.2 Anwendungsbezüge	E
3.5.3 Welche?	T

4. Ergebnisse

4.1 Analytierte Gesprächskomponenten:	
4.1.1 Gesprächseröffnung	E
4.1.2 Eröffnungsinitiative	E
4.1.3 Arzt erfragt Informationen	E
4.1.4 "Zuhören" des Arztes	E
4.1.5 Orientierung im Gespräch geben	E
4.1.6 Arzt gibt Information	E
4.1.7 Gemeinsam Planen und Entscheidungen treffen	E
4.1.8 Gesprächsende	E
4.1.9 Körperliche Untersuchung	E
4.2 Zusammenfassung der Analyseergebnisse und Schlussfolgerungen	T

5. Bearbeitungsstatus

5.1. Erstanalyse	L
5.2. Zweitanalyse	L
5.3 Erstcontrolling und Keywordvergabe	L
5.4 Zweitcontrolling	L
5.5 Kommentar	T

Legende:

D: Datumsfeld

E: Entscheidungsfeld

L: Listenfeld

T: Textfeld

Z: Zahlenfeld

Anhang 2: Forschungsprojekte zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktion 1972-2006
(G = Anzahl Gespräche, P = Anzahl Patient/inn/en)

Titel	Laufzeit	Leitung	Förderung	G	P
Psychotherapeutische Prozesse (SFB 129), Teilprojekte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapeutische Beziehungen auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation - Visitingespräche und Balint-Gruppen, (Teilprojekt B5) ▪ Interaktionsprozesse bei Leukämiekranken ▪ Sozialwissenschaftliche und psychophysiologische Analyse psychotherapeutischer Prozesse (ca. 1976) 	1972/05 - 1979/04	Baitsch, H., Köhle, K.	DFG (D)	2262	995
Medizinsoziologische Strukturforchung im Krankenhausbereich (En 17/8) , Teilprojekte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeit und Interaktion im Krankenhaus ▪ Phänomene bei der Adaptation stationärer Patienten an das Krankenhausmilieu ▪ Adaptation und Rehabilitation 	1973 - 1981	Enke, H.; Siegrist, J.	DFG (D)	428	146
Weiterbildungskurs patientenzentrierte Pflege - psychosomatische Medizin	1975/04 – 1976/03	Köhle, K.	Stifterverband für die deutsche Wissenschaft (D); Lantz-Dyckmanns-Stiftung (D)		
Beratungsgespräche	1979-1982	(Nothdurft, W.)	DFG (D)	44	
Herstellung und Aufrechterhaltung von Normalität in intensivmedizinischen Extremsituationen	1980 (ca.) ²³	Weingarten, E.	DFG (D)		
Soziologische Analyse des Ablaufs und der Rahmenbedingungen bei der Erhebung der Anamnese durch Turnusärzte	1982 - 1983	Pelikan, J.M.; Strotzka, H.	Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz (Ö)		
Schichtspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen	1983-1984 (ca.)	(Brucks, U.)	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (D)		
Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten - unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten	1983-1984 (ca.)	Witt, H. Brucks, U.; Erdmann von Salsich; Wulf-Bodo Wahl	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (D)		
Kommunikation zwischen Arzt und Patient	1983-1985	Wodak, R.	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (Ö)		
Sprachpsychologische Untersuchungen von Arzt-Patienten-Gesprächen in ärztlichen Praxen	1984 (ca.)	(Rellecke)			
Analyse des Interaktionsprozesses zwischen Arzt und Patient im	1986 - 1987	Pelikan, J.M.	Fonds zur Förderung wissen-		

²³ Wenn keine Laufzeit in der Primärstudie angegeben war, wurde diese aufgrund des Publikationsdatums vermutet und mit "ca." gekennzeichnet.

Titel	Laufzeit	Leitung	Förderung	G	P
Gespräch mittels soziologischer und linguistischer Methoden			schaftlicher Forschung (Ö)		
Subjektive Krankheitstheorie über Krebserkrankungen	1986 (ca.)	(Faller, H.)			
Gesprächsausbildung. Turnusärzte im Gemeindespital. Eine empirische psychologische und linguistische Analyse von Anamnesegesprächen und darauf aufbauendem Verhaltens- und Kommunikationstraining bei Turnusärzten	1986-1987	Wimmer-Puchinger, B.	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (Ö)	30	30
Ausbildung von Aidsberatern	1986-1987 und 1988-1993	Bliesener, Th.		90	90
Alltag in der Ambulanz - Gespräche zwischen Ärzt/inn/en, Schwestern und Patient/inn/en (Nr. 2778)	1986-1988	Wodak, R.	Jubiläumsfonds der österreichischen Nationalbank (Ö)	83	83
Gesprächsdidaktik - Umsetzung gesprächsanalytischer Forschung in die professionelle Gesprächspraxis	1987 (ca.)	(Ehlich, K.)	Postdoktorandenprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft (D)		
Umsetzung gesprächsanalytischer Erkenntnisse in die professionelle Kommunikationspraxis	1987 (ca.)	(Spranz-Fogasy, T.)	DFG, BM Wissenschaft (D)		
Sprachliche Rituale in ihrer Form und Funktion - Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patient-Kommunikation	1987 (fertiggestellt)	(Rosumek, S.)		136	
Medizinisches Fachtutorium - Anamnesegruppe	1988 – 1989 (ca.)	(Lalouschek, J.)	Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung (Ö)		
Erstkontakte in Hausarztpraxen	1989 (Beginn)	(Bahrs, O.)			
Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation (Re 524/4-1)	1989-1995	Rehbein, J.; U. Kleeberg, Dr. P. Löning	DFG (D)		189
Qualitätszirkel "Göttinger Videoseminar"	1990 (ca.)	(Bahrs, O.)		32	
Leben mit chronischer Krankheit: Der Interaktionsprozeß zwischen Eltern chronisch kranker Kinder und dem klinischen Fachpersonal	1993-1995 (ca.)	Scheffner, Schmid-Schönbein	Berliner Forschungsverbund Public Health; BM für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (D)	10	
EUROCOM-Studie	1996-1999	(Bahrs, O.; Van den Brinken-Muinen)	EG/EC im Rahmen des BIOMED2-Programms (EU)		
Dolmetschen im Krankenhaus (SFB 538 Mehrsprachigkeit)	1999-	Bührig, K.	DFG (D)	18	18
Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung: Veränderung des Arzt-Patient-Dialogs durch Balint-Gruppen-Arbeit	1999 (ca.)	Köhle, K.	Robert-Bosch-Stiftung und Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung in der BRD (D)	48	
Linguistische Differentialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen: diagnostische und therapeutische Aspekte (Epiling)	1999/03 – 2001/2	(Gülich, E.; Schöndienst, M.)	DFG (D)	250	250
Unterschiede in der Anamnese bei akutem Brustschmerz zwischen	2000 - 2002	Menz, F.;	Felix-Mandl-Fonds Bürgermeister-	82	82

Titel	Laufzeit	Leitung	Förderung	G	P
koronarer und nicht-koronarer Ursache bei weiblichen und männlichen Patienten		Stöllberger, C.	fonds der Stadt Wien; Österr. Kardiolog. Gesellschaft (Ö)		
Arzt-Patient-Kommunikation auf der onkologischen Ambulanz	2001 (ca.)	Hladschik, B.		20	20
Modellprojekt Kardiologische Rehabilitation	2002 (ca.)	(Gülich, E.)			
Kommunikation, Wissenschaft und Ethik	2002 (ca.)	(Lalouschek, J.)	Modellstudiengang Medizin der Universität Witten-Herdecke (D)		
Personen und das Problem des Paternalismus im Kontext von Intensiv- und Transplantationsmedizin	2002 (ca.)	Strasser, P.	Fonds zur Förderung wissenschaftlicher Forschung (Ö)		
Gesundheitsfördernde Praxen - Salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis	2002/11 – 2006/03	Bahrs, O.; Matthiessen, P.	Bundesverband des AOK (D)		
Institutionelle und gesprächsstrukturelle Einflüsse auf die kommunikative Kompetenz von Ärzten und Ärztinnen in einer internistischen Ambulanz	2002 - 2004	Menz, F.	Felix-Mandl-Fonds, Bürgermeisterfonds der Stadt Wien, Verein zur Förderung des gesunden Herzens (Krankenhaus Rudolfstiftung der Stadt Wien) (Ö)	576	565
ZiF: Kooperationsgruppe "Kommunikative Darstellung und klinische Repräsentation von Angst. Exemplarische Untersuchungen zur Bedeutung von Affekten bei Patienten mit Anfalls- und/oder Angsterkrankungen."	2004/4 – 2004/09	Bergmann, J.; Gülich, E.; Schöndienst, M. Wörmann, F.	Uni Bielefeld (D)		