

Dr. Peter Nowak

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient

Zentraler Ansatzpunkt oder Stolperstein für ein „gesundes“ Gesundheitswesen?



Vor ca. einem halben Jahr entstand in einem österreichischen Internetforum eine engagierte Diskussion zwischen Public Health ExpertInnen über die zentrale Bedeutung des Arzt-Patient-Gesprächs in der Steuerung des Gesundheitswesens. Dr. Ernst Pichlbauer hatte dort die provokante These aufgestellt: Jede Reform des Gesundheitswesens muss, wenn sie wirksam sein will, sich fragen, wie sie das Gespräch zwischen Arzt und Patient beeinflussen kann.

Aber wie sollten Gespräche zwischen Arzt und Patient gestaltet sein und wie kann diese immer höchst individuelle Situation beeinflusst werden? Der Stand der Forschung zur Arzt-Patient-Interaktion soll hier aus Sicht der Gesprächsforschung und der Gesundheitsförderung umrissen werden und so zur Diskussion dieser Fragen beitragen.

Zunächst wird leicht übersehen, dass Medizin im Kern fast immer in einem individuellen Gespräch zwischen Arzt und Patient entschieden und umgesetzt wird oder wie es Ronald Epstein und KollegInnen nannten das Gespräch ist im „Herz der Medizin“. Ein niedergelassener Arzt führt im Laufe seines Berufslebens zwischen 120.000 und 160.000 Patientengespräche, für deren Führung er meist nur unzureichend ausgebildet ist. Dort werden:

- die meisten Diagnosen erstellt
- Behandlungspläne entwickelt und entschieden
- die relevanten ökonomischen Entscheidungen des Gesundheitswesens getroffen (Verordnungen, Überweisungen, Krankschreibungen,...)
- ein Teil der psychosozialen und kognitiven Grundlagen für die aktive Beteiligung des Patienten in seine Behandlung geschaffen.

Dieser letzte Punkt scheint über die einfache Grundlage, dass Patienten besser an ihrer eigenen Behandlung mitarbeiten können, wenn sie gut über die Diagnose und Behandlung orientiert sind, hinauszugehen. Schon in der Antike hat Antiphon von Athen

Autor: Dr. Peter Nowak

(480-411 v. Chr.) den Gesprächsprozess mit Patienten selbst als wesentliches therapeutisches Instrument eingesetzt. Die moderne Placeboforschung konnte den heilenden Effekt des Arzt-Patient-Gesprächs bestätigen und als „ein machtvoller Auslöser für Selbstheilungsprozesse“ (Di Blasi, Kleijnen 2003) einstufen. Ausgehend von Konzepten der Gesundheitsförderung und der Salutogenese kann diese Wirkung mit Prozessen der Befähigung (Empowerment), der aktiven Beteiligung und der Selbstbestimmung von Patienten im Gespräch in Zusammenhang gebracht werden. Selbstbestimmte Menschen sind im Allgemeinen gesünder als fremdbestimmte. Dem folgend sollte sich eine auf Heilung ausgerichtete Medizin endgültig von den tradierten Vorstellungen einer paternalistischen Medizin verabschieden, die alles für den Patienten will, aber nichts durch den Patienten.

Die einseitige Vorstellung der Heilung und Steuerung durch den Arzt scheint die tatsächlichen therapeutischen Leistungen und Wirkungen zwischen Arzt und Patient nicht angemessen zu beschreiben. Der Begriff der „Koproduktion“ wurde eingeführt, um das gemeinsame aufeinander abgestimmte Handeln der Akteure beschreiben zu können. Das interaktive und therapeutische Handeln des Arztes ist auf die selbstgesteuerten körperlichen und psychischen Prozesse des Patienten angewiesen, auf das Annehmen von Erklärungen und Therapien durch den Patienten. Nicht die mehr oder weniger ernst gemeinte und ideologische Forderung nach einer „Partnerschaft“ zwischen den handelnden Personen tut not, sondern die Einsicht, dass Koproduktion durch den Patienten unweigerlich stattfindet. Daraus folgt, dass Ärzte im Gespräch nicht mehr nur die Aufgabe haben, das medizinisch (rechtlich) Richtige zu sagen, sondern es so zu sagen, dass ihr Gegenüber es hören, verarbeiten und in selbstbestimmtes Handeln umsetzen kann.

Ein zentraler Kern der Gesundheitsförderung liegt in der Befähigung der Menschen zur Kontrolle über die eigenen Lebensumstände, also auch über das Gespräch mit dem Arzt. Auf diese Gesprächssituation übertragen müsste dem Patienten die Kontrolle über folgende Fragen der Gesprächsführung gegeben werden:

- Wie und welche Informationen der Patient gibt (eigenständige Antworten)
- Wie und welche Informationen der Patient vom Arzt erhält (eigenständige Fragen)
- Ob Entscheidungen getroffen werden und wer, wie und wann diese Entscheidungen trifft (eigenständige Entscheidung)
- Welche Gesprächsverfahren eingesetzt werden: insbesondere Unterbrechungen, Art der Fragestellung, thematischer Verlauf, Geschichten erzählen, Zeit (u. Verteilung der Zeit auf Themen), verwendete (Fach-)Sprache etc.

Autor: Dr. Peter Novak

In einer strukturell durch ärztliche Dominanz gekennzeichneten Gesprächssituation muss diese patientenseitige Kontrolle paradox erscheinen und kaum ein ärztliches Gespräch wird in dieser Weise patientenbestimmt und daher häufig nicht gesundheitsfördernd geführt.

Was wissen wir über „gesundheitsfördernde“ Gesprächsführung

Seit über 30 Jahren gibt es Forschungen zum Gesprächsverlauf zwischen Arzt und Patient. Was können wir daraus für eine gesundheitsfördernde Gesprächsführung lernen? Die folgenden Absätze fassen relevante Aspekte für patientenseitige Selbstbestimmung im ärztlichen Gespräch entlang wesentlicher Gesprächsphasen zusammen.

Zunächst scheint Klarheit, Offenheit und Wertschätzung für die Patientenperspektive in der Gesprächseröffnung zentral. Die Gesprächseröffnung (Begrüßung, Vorstellung, Orientierung über das Gespräch) dient in erster Linie der Herstellung ähnlicher Erwartungen an das Gespräch bei den Gesprächspartnern. Ob man es weiß oder nicht, jeder geht mit Erwartungen in Gespräche. Klärungen, was der Inhalt des Gespräches sein soll, wie das Gespräch abläuft, welche Rollen die Gesprächspartner haben, werden immer erforderlich sein. Eine klare, inhaltlich offene und wertschätzende Gesprächseröffnung des Arztes fördert die Klarheit der folgenden Redebeiträge des Patienten, gegenseitige Verständlichkeit und Vertrauen, reduziert Unsicherheit und unnötige Wiederholungen, hilft dem Patienten, eine aktive Gesprächsrolle zu übernehmen. Insbesondere die inhaltliche Offenheit der Eröffnungsfrage des Arztes scheint für das Zustandekommen einer selbstbestimmten Beschwerdenschilderung des Patienten und die Glaubwürdigkeit des Arztes entscheidend zu sein (Robinson 2006).

Ist es gelungen, dem Patienten zum Reden zu bringen, wird der durchschnittliche Arzt die Patientenschilderung nach wenigen Sekunden unterbrechen (Marvel, Epstein et al. 1999). Die häufig geäußerte Sorge von Ärzten, dass der Patient kein Ende findet, scheint zumeist unbegründet. Durchschnittlich kann ein Patient in 90 Sekunden ein komplexes Beschwerdebild schildern (Langewitz, Denz et al. 2002). Vielmehr scheint „Aktives Zuhören“ (Rückmeldesignale, Aufgreifen von Patientenhinweisen) und Verstehen der Anliegen und Sichtweisen der Patienten wesentlich für eine erfolgreiche Diagnostik, wie auch für eine angemessene und erfolgreiche Therapie. Patientenbestimmte Gespräche brauchen meist nicht mehr Zeit und scheinen medizinisch erfolgreicher.

Nicht alle relevanten Anliegen und Informationen wird ein Patient von sich aus als selbstbestimmte Beschwerdeschilderung formulieren, vielmehr bedarf es dafür auch der Fragen des Arztes. Das interaktive Charakteristikum von Fragen ist, dass sie durch ihre Inhalte und Struktur einen Rahmen für die möglichen Antworten setzen. Durch einen zu

Autor: Dr. Peter Novak

eng gesetzten Rahmen in der ärztlichen Frage werden nur präferierte Antworten angeregt und wesentliche Informationen des Patienten können verloren gehen. Dabei ist die klassische Unterscheidung in offene und geschlossene Fragen nicht ausreichend. Heritage et al. (2007) konnten z.B. zeigen, dass im Englischen die Worte „some“ und „any“ in Arztfragen einen entscheidenden Einfluss für die Möglichkeit des Patienten haben, seine Anliegen vollständig vorzubringen.

Für eine aktive und selbstbestimmte Beteiligung braucht der Patient immer wieder die inhaltliche und soziale Orientierung im gesamten Gesprächsverlauf. Orientierungshandlungen des Arztes (z.B. Zusammenfassung des vergangenen Gesprächsabschnittes, Ausblick auf den nächsten Abschnitt) sollten jeweils die Zustimmung bzw. Korrektur des Patienten suchen, um ähnliche Erwartungen an das Gespräch und ähnliche Einschätzungen der Gesprächsergebnisse zu ermöglichen. Patienten sind im Allgemeinen bemüht den Erwartungen des Arztes zu entsprechen: unterbrechen also nicht oder werden ein als unpassend eingeschätztes Thema nicht ins Gespräch einbringen. Bietet der Arzt zu wenig Orientierung, wann welches Thema besprochen werden kann, muss der Patient gegebenenfalls „gegen“ den Arzt Initiative ergreifen (was kaum geschieht) oder er schweigt. Das Schweigen des Patienten schützt einen solcher Art „orientierungslosen“ Arzt jedoch nicht davor, dann häufiger in Kunstfehlerprozesse verwickelt zu werden, als solche Ärzte, bei denen sich die Patienten auskennen (Levinson, Roter et al. 1997).

Ist Diagnose und/oder Therapie geklärt, stellt sich die Frage, welche Information der Arzt wie geben soll. Ärzte geben aus Sicht ihrer Patienten im Allgemeinen zu wenig Informationen, insbesondere zu „bad news“ (Beisecker, Beisecker 1990). Die gesundheitlichen Effekte gut informierter, aufgeklärter Patienten sind vielfach belegt (z.B. Jenkins, Fallowfield et al. 2001; Ong, Visser et al. 2000). Die grundlegende Herausforderung scheint hier zu sein, Informationsprozesse als individuell unterschiedliche, gemeinsam zu gestaltende Prozesse zu verstehen und nicht als Wissenstransfer. Was Patienten hören und verstehen (können) ist individuell, hängt sehr von ihrem Gesundheitsverständnis („health literacy“) und anderen innerpsychischen und sozialen Faktoren ab. Was der Patient wie am besten hören kann, muss vom Arzt herausgefunden werden. Das Zerlegen der Information in „verdaubare“ (d.h. auch individuell zugeschnittene) Brocken („Chunks“) und die wiederholte Verständigung, was davon beim Patienten angekommen ist („Checks“), scheinen hier die zentralen Mittel guter Verständigung zu sein (Silverman, Kurtz et al. 2005). Ärztliche Monologe machen den Patienten zum passiven (Nicht-)Empfänger, der seine Selbstbestimmung im Gesundungsprozess nur schwer realisieren kann.

Autor: Dr. Peter Novak

Müssen Entscheidungen getroffen werden, ist davon auszugehen, dass etwa 2/3 der Patient/inn/en aktiv in die Entscheidungsfindung einbezogen werden wollen. Entscheidungsprozesse sind derzeit der international am meisten diskutierte Aspekt der Arzt-Patient-Interaktion. Die Compliance-Forschung der 1960er und 1970er Jahre konnte zeigen, dass ohne Verhandlungsprozesse über die Art der Behandlung mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit und enormen volkswirtschaftliche Kosten zu rechnen ist (z.B. Haynes, McKibbin et al. 1996). „Shared decision making“ (Charles, Gafni et al. 1999) und ähnliche Modelle der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung wurden daher in den 1990er Jahren entwickelt, aber bisher mit nur bescheidenen Erfolgen in den klinischen Gesprächsalltag umgesetzt. Die Fragen nach selbstbestimmter Kontrolle über und Verantwortung für Behandlungsentscheidungen bleiben nach wie vor eine schwierige Balance zwischen professioneller Expertise und individueller Patientenautonomie. Beide Seiten sind durch wesentliche Reformbestrebungen der Medizin gestützt: einerseits ist die Suche nach evidenzbasiertem und stärker standardisiertem Vorgehen eine Stütze der ärztlichen Expertenrolle, andererseits sind Bestrebungen durch Patientenzentrierung und Individualisierung des Medizinbetriebes mündigen Patienten die Türen zu öffnen in allen gesundheitspolitischen Festtagsreden zu finden. Das Zustandekommen von optimalen Entscheidungen, die angemessen das vielschichtige Zusammenspiel von Menschen, Organisationen und Finanzierungsströmen fassen können, wird noch Forschergenerationen beschäftigen.

Schließlich ist der Gesprächsabschluss ein interaktiver Prozess, den Arzt und Patient nutzen können, wesentliche Gesprächsergebnisse zusammenzufassen, gegenseitiges Verständnis abzusichern, Orientierung über die nächsten Schritte zu finden und ggf. bisher Ungesagtes zur Sprache zu bringen. Neue Themen scheinen zu diesem späten Zeitpunkt im Gespräch nur dann aufzutauchen, wenn zuvor zu wenig Gelegenheit zu selbstbestimmten Patientenäußerungen gegeben waren und wenn der Arzt dazu einlädt. Patienten scheinen sich auch hier der Gesprächssteuerungskompetenz des Arztes zu beugen. Wesentlich erscheint, dass das interaktive Gelingen des Gesprächsabschlusses die zukünftigen Kooperationsbereitschaft der Patienten wesentlich mitbestimmt.

Was wir (noch) nicht wissen – Wünsche an die Forschung

Trotz (oder wegen) der unüberschaubaren Fülle an Literatur zur Arzt-Patient-Interaktion – tausende Studien sind verfügbar, allein im deutschsprachigen Raum sind über 500 qualitative Arbeiten zum Thema publiziert – stehen kaum empirische Überblicksarbeiten zur Verfügung, die ausreichend komplex und theoretisch fundiert zukünftige Forschung und Lehre anleiten können.

Autor: Dr. Peter Novak

© Mai 2009 · NÖ PPA · Laut gedacht · Das Gespräch zwischen Arzt und Patient – zentraler Ansatzpunkt oder Stolperstein?

Seite 5 von 9

Es liegt an der Komplexität des Gegenstandes, die bisherige quantitative Ansätze als all zu vereinfachend erscheinen lässt, und an dem isolierten Charakter der meisten qualitativen Studien, dass nur wenige Generalisierungen derzeit fundiert möglich sind. Die methodisch abgesicherte und breite Synthese der vorliegenden (qualitativen) Forschung scheint daher das primäre Forschungsdesideratum zu sein (Nowak 2007). Auf dieser Basis wären die Entwicklung von ausreichend komplexen quantitativen und interdisziplinär geführten Studien an großen Gesprächssamples sowie gezielte Interventionsstudien über die Wirkung unterschiedlicher interaktiver Prozesse zu fordern. Diese Forderung wird auch durch eine erste österreichische Kurz-Bewertung der Literatur zur Effektivität des ärztlichen Gesprächs unterstützt (Felder-Puig, Turk et al. 2006).

Fünf Entwicklungsstrategien für eine „Gesunde Kommunikationskultur“

Überraschend ist die relative Beharrlichkeit des Medizinsystems in der Weiterentwicklung des ärztlichen Gespräches. Während sich Umfang und Art der medizinischen Leistungen in den letzten 30 Jahren entscheidend weiter entwickelt haben - nicht zuletzt deswegen ist der Reformbedarf in diesem Gesellschaftssystem so hoch - scheint sich die Gesprächspraxis nur punktuell und zaghaft zu verändern.

Soll die Weiterentwicklung von Arzt-Patient-Interaktion erfolgreich und nachhaltig betrieben werden, so kann aus Umsetzungserfahrungen der Gesundheitsförderung mit fünf Kernstrategien des „capacity buildings“ gelernt werden. Es bedarf:

1. Gesundheitspolitischer Entwicklungen, die (finanzielle) Anreize setzt, dem Arzt-Patient-Gespräch ausreichend Priorität im ärztlichen Alltag zu geben.
2. Organisationsentwicklungen, die innerhalb von Spitälern und Ordinationen Organisationsabläufe und -kulturen schafft, die gelungene Gespräche nicht als idealistische Zusatzaufgabe erscheinen lässt, sondern als zentrale Versorgungsleistung.
3. Personalentwicklungsmaßnahmen, die Studierenden, aber auch ausgebildeten Ärzten die bisher lehrbaren Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln und praktisch üben lassen. Auch hier gilt es, relevante Anreize zu setzen, d.h. das Entwickeln von Kommunikationsfertigkeiten zu einem zentralen und die Karriere entscheidenden Fach zu machen (vgl. neuere Entwicklungen in UK, von Fragstein, Silverman et al. 2008).
4. Entwicklungen der öffentlichen Kultur (etwa über Massenmedien) und Patientenschulungen, die ein selbstbestimmtes Auftreten von Patienten fördern.
5. Beobachtungsverfahren („Monitoring“, z.B. Patientenbefragungen), die die Kommunikationsqualität in den Arzt-Patient-Gesprächen systematisch,

Autor: Dr. Peter Novak

regelmäßig erheben und öffentlich sichtbar machen. Unzureichende Kommunikationsqualität gehört nach wie vor zu den wesentlichsten Klagen in Patientenbefragungen.

Diese Skizzierung notwendiger Entwicklungsstrategien macht verständlich, warum bisher nur wenig relevante Veränderungen in der Qualität der Arzt-Patient-Gespräche zu beobachten sind. Gleichzeitig macht sie deutlich, wie langfristig und umfassend Gesundheitsreform zu planen ist, soll sie das „Herz der Medizin“, das Gespräch zwischen Arzt und Patient, erreichen.

Abschließend soll noch an das grundlegende „Wunder der Kommunikation“ (von Foerster, Pörksen 2006) erinnert werden, das in dem spontanen, höchst persönlichem und immer einzigartigen Entstehen von gegenseitigen Verstehen der Politik, der Forschung und der Lehre eine grundlegende Grenze setzt. Nicht alles ist machbar, verstehbar und lehrbar, dennoch bestaunenswert!

Literatur

- Charles, Cathy; Gafni, Amiram; Whelan, Timothy J. (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. In: *Social Science & Medicine*, 49, 5, S. 651-661.
- Di Blasi, Zeld; Kleijnen, Jos (2003): Context Effects: Powerful Therapies or Methodological Bias? In: *Evaluation the Health Professions*, 26, 2, S. 166-179.
- Epstein, Ronald M.; Campbell, Thomas L.; Cohen-Cole, Steven A.; McWhinney, Ian R.; Smilkstein, Gabriel (1993): Perspectives on Patient-Doctor Communication. In: *The Journal of Family Practice*, 37, 4, S. 377-388.
- Felder-Puig, Rosemarie; Turk, Eva; Guba, Beate; Wild, Claudia (2006): Das ärztlich-therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt-Patient-Kommunikation. Ein Kurz-Assessment. HTA-Projektbericht 01. Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment. (<http://eprints.hta.lbg.ac.at/22/>; zuletzt besucht 20.1.2009)
- Haynes, R. B.; McKibbin, K. A.; Kanani, R. (1996): Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. In: *The Lancet*, 348, S. 383-386.
- Heritage, John C.; Robinson, Jeffrey D.; Elliott, Marc N.; Beckett, Megan; Wilkes, Michael (2007): Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care: the Difference One Word Can Make. In: *Journal of General Internal Medicine*, 22, 10, S. 1429-1433.
- Jenkins, Valerie; Fallowfield, Lesley; Saul, Jacky (2001): Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. In: *British Journal of Cancer*, 84, S. 48-51.
- Langewitz, Wolf A.; Denz, Martin; Keller, Anne; Kiss, Alexander; Rüttimeann, Sigmund; Wössmer, Brigitta (2002): Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. In: *British Medical Journal*, 325, S. 682-683.
- Levinson, Wendy; Roter, Debra L.; Mullooly, J. P.; Dull, V. T.; Frankel, Richard M. (1997): Doctor-patient communication: a critical link to malpractice in surgeons and primary care physicians. In: *J Am Med Assoc*, 277, S. 553-559.
- Marvel, M. K.; Epstein, Ronald M.; Flowers, Kristine; Beckman, Howard B. (1999): Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved? In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281, 3, S. 283-287.
- Nowak, Peter (2007): Metastudien-Methodik - ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung. In: *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 8, S. 89-116.

Autor: Dr. Peter Novak

- Ong, Lucille M. L.; Visser, Mechteld R. M.; Lammes, Frits B.; De Haes, Johanna C. J. M. (2000): Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. In: Patient Education and Counseling, 41, 2, S. 145-156.
- Robinson, Jeffrey D. (2006): Soliciting patients' presenting concerns. In: Heritage, John C.; Maynard, Douglas W.: Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: Cambridge University Press. S. 22-47.
- Silverman, Jonathan; Kurtz, Suzanne M.; Draper, Juliet (2005): Skills for Communicating with Patients. (2nd) Oxford: Radcliff Medical Press.
- von Foerster, Heinz; Pörksen, Bernhard (2006): Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker. (7. Auflage) : Auer-System-Verlag Carl.
- von Fragstein, Martin; Silverman, Jonathan; Cushing, Annie; Quilligan, Sally; Salisbury, Helen; Wiskin, Connie (2008): UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. In: Medical Education, 42, 11, S. 1100-1107.
- Levinson, Wendy; Roter, Debra L.; Mullooly, J. P.; Dull, V. T.; Frankel, Richard M. (1997): Doctor-patient communication: a critical link to malpractice in surgeons and primary care physicians. In: J Am Med Assoc, 277, S. 553-559.
- Marvel, M. K.; Epstein, Ronald M.; Flowers, Kristine; Beckman, Howard B. (1999): Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved? In: JAMA: The Journal of the American Medical Association, 281, 3, S. 283-287.
- Nowak, Peter (2007): Metastudien-Methodik - ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung. In: Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, 8, S. 89-116.
- Ong, Lucille M. L.; Visser, Mechteld R. M.; Lammes, Frits B.; De Haes, Johanna C. J. M. (2000): Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. In: Patient Education and Counseling, 41, 2, S. 145-156.
- Robinson, Jeffrey D. (2006): Soliciting patients' presenting concerns. In: Heritage, John C.; Maynard, Douglas W.: Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: Cambridge University Press. S. 22-47.
- Silverman, Jonathan; Kurtz, Suzanne M.; Draper, Juliet (2005): Skills for Communicating with Patients. (2nd) Oxford: Radcliff Medical Press.
- von Foerster, Heinz; Pörksen, Bernhard (2006): Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker. (7. Auflage) : Auer-System-Verlag Carl.
- von Fragstein, Martin; Silverman, Jonathan; Cushing, Annie; Quilligan, Sally; Salisbury, Helen; Wiskin, Connie (2008): UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. In: Medical Education, 42, 11, S. 1100-1107.

Autor: Dr. Peter Novak

Über den Autor:

Dr. Peter Nowak,

(geb. 1959) hat ursprünglich Allgemeinen u. Angewandten Sprachwissenschaft und Psychologie in Wien studiert und ist über Studien zur Arzt-Patient Kommunikation in medizinsoziologische Forschungen und unterschiedlichste Entwicklungsprojekte im Gesundheitswesen gekommen. Derzeit ist er Stellvertreter Institutsleiter und Senior researcher am Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung und Lehrbeauftragter an mehreren Universitäten und widmet sich schwerpunktmäßig Fragen der aktiven Beteiligung von Laien (Nutzern) in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung.

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: Dr. Peter Novak