

Rezension zu: Peter Nowak, Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag 2010

Birte Pawlack

Der österreichische Sprachwissenschaftler Peter Nowak widmet sich in seinem Buch der Analyse und Synthese von diskursanalytischen empirischen Studien zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Kommunikation.

Er verfolgt drei Hauptanliegen, die sich auch im Untertitel seiner Arbeit "Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten" wiederfinden und sich aus ein und derselben Problematik begründen. So gibt es bereits zahlreiche Zusammenfassungen von diskursanalytischen Studien (S.18), welche jedoch lediglich in Form von Sammelbänden vorliegen und deren Ergebnisse nicht übergreifend untersucht wurden. Vor diesem Hintergrund besteht sein erstes Vorhaben darin, eine theoretisch einheitliche Perspektive für übergreifende Analysen vorzuschlagen. Hierfür wendet er die soziologische Systemtheorie auf die Arzt-Patient-Interaktion an und zeigt, wie verschiedene diskursanalytische Studien aus der systemtheoretischen Perspektive miteinander in Bezug gesetzt werden können. Abgekoppelt von dieser exemplarischen Anwendung stehen die beiden anderen Vorhaben, die direkt aufeinander aufbauen. Der Autor entwickelt eine Methodik zur Analyse und Synthese von diskursanalytischen Studien. Diese Methodik setzt er für Erstellung einer Metastudie ein, welche die Analyse von ausgewählten Primärstudien und eine daraus resultierende Systematik zum sprachlichen Handeln von Ärzt/inn/en umfasst. Mit dieser Arbeit macht er die Ergebnisse der Diskursforschung zur Arzt-Patient-Interaktion auch für andere wissenschaftliche Untersuchungsfelder zugänglich.

Peter Nowaks Metastudie¹ sowie ihre Methodik heben sich von der bisherigen Forschungslandschaft ab, da sie die erste Anwendung von Synthesemethoden in der Diskursforschung darstellen. Während Metastudien beispielsweise im Bereich der empirischen Sozialforschung und der Psychologie vielfältig eingesetzt werden, gibt es innerhalb der Diskursforschung keine Vorläufer, zu denen diese Pionierarbeit in Bezug gesetzt werden könnte.

Einleitend beschreibt Peter Nowak in Kapitel 1 knapp und übersichtlich den Aufbau seines Buches.² In Kapitel 2 geht er auf Ausgangspunkt, Ziel und Forschungsfragen seiner Arbeit ein und verweist auf die Auseinandersetzung mit seinem eigenen Forschungsinteresse. Dieses ist durch recht persönliche Motive gekennzeichnet (vgl. Kapitel 8), stellt Nowaks Ansicht nach aber keinen unangemessenen "bias" dar und ist nicht von Bedeutung für seine Forschungsergebnisse. Die ausschlaggebende Motivation für seine Arbeit ist in einem Widerspruch zwischen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Zuständen begründet. Zum einen ist es so, dass die Arzt-Patient-Interaktion für die Weiterentwicklung des Gesund-

¹ Für eine Zusammenfassung der Metastudie sei auf Nowak (2007) verwiesen. Dieser Text ist online einzusehen und führt die zwölf Primärstudien, die die Grundlage von Nowaks Metastudie sind, separat auf.

² Für eine bessere Leseorientierung im Buch sei erwähnt, dass die Nummerierung der Kapitel im Text kontinuierlich um drei Ziffern nach hinten verschoben ist. Im Inhaltsverzeichnis ist sie korrekt.

heitswesens eine große Bedeutung hat, was auch innerhalb der ärztlichen Profession anerkannt wird. Für die Verbesserung der Arzt-Patient-Interaktion aber sei zunächst ein komplexeres Verständnis derselben nötig, welches sowie lehr- und lernbare als auch alltagstaugliche Kommunikationstechnologien bereitstellen müsste. Vor diesem Hintergrund präsentiert Nowak seine Forschungsfragen, die sich auf seine drei bereits erwähnten Vorhaben beziehen und deren Bearbeitung er sich in den Kapiteln 3, 4 und 5 widmet.

In Kapitel 3 beschreibt Nowak die Grundzüge der soziologischen Systemtheorie (Kieserling 1999; Pelikan 2004) und wie sie als übergreifende Theorie auf die Arzt-Patient-Interaktion angewendet werden können. Er erläutert die Grundmerkmale der soziologischen Systemtheorie, bei der drei Typen von sozialen Systemen unterschieden werden: die Gesellschaft, die Organisation und die Interaktion. Die soziale Systemtheorie geht davon aus, dass alle sozialen Systeme Kommunikationssysteme sind, welche aus Kommunikationsereignissen bestehen. Den ersten Typ sozialer Systeme bildet die Gesellschaft. Die moderne Gesellschaft zeichnet sich durch eine ausdifferenzierte Menge inhaltlich spezialisierter Funktionssysteme aus, so z.B. die Krankenbehandlung. Durch Organisationen, dem zweiten Typ sozialer Systeme, werden gesellschaftliche Funktionen ausgeführt, wobei es in einer Organisation mehrere Funktionssysteme geben kann. In der Organisation 'Krankenhaus' bildet nicht nur die Krankenbehandlung ein Funktionssystem, sondern beispielsweise auch Wissenschaft und Bildung (das Krankenhaus als Forschungsstätte und Ausbildungsinstitution). Da sich die Rollen der einzelnen Funktionssysteme nur auf Teilausschnitte der interagierenden Personen beziehen, können sie Rollen verschiedener Funktionssysteme zugleich einnehmen (z.B. Arzt/Ärztin und Forscher/in). Der dritte Typ sozialer Systeme, das Interaktionssystem, bezeichnet ein temporäres System, das dadurch entsteht, dass Personen zusammenkommen und in einer *face-to-face*-Situation miteinander kommunizieren, wie z.B. bei der Arzt-Patient-Interaktion.

Aus Sicht der soziologischen Systemtheorie beschreibt Peter Nowak zentrale Charakteristika der Arzt-Patient-Interaktion. Hierfür bedient er sich hauptsächlich der von Kieserling (1999) beschriebenen Charakteristika von Interaktion und veranschaulicht, dass die soziale Systemtheorie einen komplexen Einblick in die Arzt-Patient-Interaktion ermöglicht, was hier anhand des Charakteristikums 'Serialität' beispielhaft gezeigt wird. Es besagt, dass in einem Interaktionssystem nur ein (Haupt)Thema gleichzeitig behandelt werden und nur eine Person zur Zeit sprechen kann. Beim Entstehen von Interaktionssystemen sind daher die Regeln des Sprecherwechsels relevant. In der Arzt-Patient-Interaktion besitzt der Arzt ein durchgängiges Rederecht. Der/die Patient/in hat eine eher passive Rolle. Nowak weist darauf hin, dass zusätzlich in der Arzt-Patient-Interaktion meist mehrere Themen gleichzeitig bearbeitet werden. Der/die Patient/in hat generell keinen Überblick, wann welches Interaktionssystem behandelt wird und nimmt dadurch noch seltener sein Rederecht wahr. Neben dem Merkmal der Serialität setzt Nowak elf weitere Charakteristika von Interaktion (z.B. Größe und Grenzen von Interaktionen, direkte und indirekte Kommunikation) in Zusammenhang mit Arzt-Patient-Interaktion. Dafür zitiert er beispielhaft Studien, die sich mit den Ausprägungen dieser Charakteristika beschäftigen und zeigt, wie diese aus der systemtheoretischen Perspektive miteinander in Bezug gesetzt werden können.

Weiterhin setzt Nowak die Prämissen des Krankenbehandlungssystems und seiner Organisationen (Krankenhaus, Arztpraxis etc.) in Beziehung zur Arzt-Patient-Interaktion. Insgesamt geht er auf zehn verschiedene Prämissen der Systemtheorie ein, die er hauptsächlich den Arbeiten von Kieserling (1999) und Pelikan (2004)³ entnimmt. Aus dieser Bezugnahme leitet er theoretische Vorannahmen für die Analyse von Arzt-Patient-Interaktion ab und legt dafür exemplarisch empirische Belege vor. Eine zentrale Prämisse, auf die er vertiefend eingeht, ist die der sozialen Rahmenbedingungen.

Peter Nowak bewertet die soziologische Interaktionstheorie als äußerst vielversprechend für die Analyse von Arzt-Patient-Interaktion. Besonders die "soziale, inhaltliche, zeitliche und räumliche Rahmensetzung für die Arzt-Patient-Interaktion durch die Organisationen des Krankenbehandlungssystems" wird seiner Ansicht nach deutlich (S.72). Er wirft jedoch ein, dass manche Aspekte wie z.B. Organisationsvorgaben aus der Perspektive der Systemtheorie bisher nicht hinreichend beschrieben werden und stellt die Frage, ob alle interaktiven Prozesse in systemtheoretischen Konzepten erklärbar sind. Um dieser Frage nachzugehen und eine "breitere empirische Verankerung für eine umfassende Interaktionstheorie" (S.73) bieten zu können, sei eine systematische Aggregation von Diskursforschungen⁴ notwendig. Mit diesem Gedanken leitet er in den nächsten Teil seines Buches über.

In Kapitel 4 beschreibt der Autor die Methodik seiner Metastudie, gibt einen historischen Überblick über die Methodenentwicklung zur Synthese qualitativer und quantitativer Daten und stellt in Form eines Reiseberichtes den Entwicklungsprozess seiner eigenen Methodik vor.

Zunächst bemerkt Nowak, dass seine Metastudie die erste systematische Anwendung von qualitativen Synthesemethoden in der Diskursforschung ist. Aus verschiedenen Ansätzen von Methodiken zur Erstellung von Metastudien generiert der Autor seine Vorgehensweise, die in fünf Schritte eingeteilt ist. Sie beginnt mit dem Mapping, d.h. dem Erkunden des Forschungsfeldes und des damit einhergehenden Formulierens von Forschungsfragen.

Im zweiten Schritt sucht er geleitet durch bestimmte Einschlusskriterien nach Literatur zum Thema Arzt-Patient-Interaktion. Insgesamt kommt er auf 493 potentielle Primärstudien, die im Zeitraum von 1969 bis 2007 entstanden.⁵ Zunächst war es Nowaks Vorhaben, alle diese Studien über sprachliches Handeln von Ärzt/inn/en im Rahmen seiner Metastudie zu analysieren und zu synthetisieren. Nach der Analyse von den ersten sechs Primärstudien musste er sich jedoch eingestehen, dass der Aufwand seines Vorhabens zu hoch war und er beschränkte sich auf insgesamt zwölf Arbeiten. Diese bestimmte er nach folgenden Auswahlkriterien: Sie sollten rezent und leicht verfügbar sein, sich voneinander differenzieren, unterschiedliche Gesprächskontexte zum Inhalt haben und verschiedene

³ Wie auch Peter Nowak verweist die Rezensentin auf die knappe und übersichtliche Zusammenfassung der Systemtheorie in Pelikan (2004:136ff.).

⁴ Peter Nowak benutzt den Begriff der "Diskursforschung" und der "Gesprächsforschung" als Überbegriffe, ohne sie auf einen bestimmten Ansatz einzuschränken (vgl. Brüner/Fiehler/Kindt 1999).

⁵ Ein Großteil dieser Studien ist in der Datenbank "Metastudie und Forschungsdatenbank zum sprachlichen Handeln von Ärzt/inn/en in der Diskursforschung" ausführlich dokumentiert und online einzusehen <<http://www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/index.htm>>.

Forschungsinteressen verfolgen. Seine Auswahl fiel auf die Primärstudien von Bliesener 1982, Brüner/Gülich (2002), Gülich (2005), Lalouschek (2004), Lalouschek (2005), Löning (1993), Menz/Lalouschek (2005), Meyer (2000), Quasthoff (1982), Raspe/Siegrist (1979), Spranz-Fogasy (2005) und Wimmer (1993). Peter Nowak bewertet diese Auswahl als die größte Einschränkung seiner Forschungsarbeit.

Der dritte Schritt für die Erstellung der Metastudie beinhaltet das Analyseverfahren der Primärstudien und die Dokumentation der Analyse. In Anlehnung an Greenhalgh et al. (2005:421) entwickelt Nowak ein Datenentnahmeraster, mit dessen Hilfe er eine Übersicht über die zugrunde liegenden Studien gewinnt. Das Raster besteht aus Fragen zum theoretischen Zugang, zum methodischen Vorgehen und zu den Ergebnissen der Primärstudien sowie aus Fragen zur Qualitätsbewertung (in Anlehnung an Dixon-Woods/Shaw et al. 2004:224; Jones 2005).

Der vierte Schritt setzt sich aus der Aggregation der zuvor gemachten Einzelanalysen zusammen, wobei nur der Teil fokussiert wird, der sich auf die Formen des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en und deren interaktive Auswirkungen auf Patient/inn/en bezieht. Nowak benutzt das Aggregationsinstrument der Metamatrix, um einen direkten Vergleich und die Synthese der Primärstudien zu ermöglichen und diesen Prozess nachvollziehbar zu machen. Die Metamatrix besteht aus vier Ordnungsebenen, die sprachliche Handlungen von Ärzt/inn/en zeitlich und funktional voneinander abgrenzen (z.B. Eröffnungsinitiative) und weiterhin im Detail weiter voneinander differenzieren (z.B. Eröffnungsinitiative als Entscheidungsfrage vs. als offene Frage formuliert). Neben diesen übergreifenden Bezeichnungen gibt es in der Matrix Spalten für eine genauere Beschreibung der verbalen Handlung, Transkriptbeispiele, die Bezeichnung des analysierten Gesprächstyps und die Beschreibung der Auswirkungen auf Patient/inn/en.

Der letzte Schritt für die Erstellung der Metastudie beinhaltet das Syntheseverfahren und damit die Entwicklung der Systematik der Arzt-Patient-Interaktion, die zentraler Bestandteil Nowaks Arbeit ist, was auch an der Titulierung des Buches deutlich wird. Das Syntheseverfahren hebt sich durch die Formulierung neuer übergreifender Handlungstypen von den Ergebnissen der Primärstudien und der Aggregation (vgl. vierter Schritt) ab. Das Ergebnis aus der Synthese stellt er für eine bessere Übersicht anhand von kognitiven Landkarten (*mind-mapping*) dar.

Im zweiten Teil von Kapitel 4 gibt Nowak eine Übersicht über die Methodenentwicklung für Metastudien in der qualitativen Forschung. Er begründet dann in Abgrenzung zu und in Anlehnung an andere Begriffsdefinitionen seine Entscheidung für den Terminus "Metastudie". Nowak versteht hierunter eine interpretative und synthetisierende Form der Akkumulation von Studienergebnissen, wobei die zusammengefassten und analysierten Studien sowohl theoretisch als auch methodologisch variieren können. Unter Synthese versteht er eine Technik, die mehr Wissen erzeugt als die Summe der Primärstudienresultate. Der Autor grenzt Synthesemethoden gegenüber anderen Metastudienmethoden ab (Literaturübersicht, systematische Übersichtsarbeit und Sekundäranalyse von Primärdaten) und gibt einen Überblick über Synthesemethoden in der qualitativen Forschung, aus denen er Elemente für seine eigene Methodik bestimmt.

Im dritten Teil von Kapitel 4 stellt der Autor den Entwicklungsprozess seiner eigenen Methodik in Form eines Reiseberichtes vor. Diesen dokumentiert er in elf Schritten von der Identifizierung der Forschungsfragen bis hin zur Auswertung

und Synthese der Ergebnisse. Seine Ausführungen sind durch persönliche Erlebnisse ausgeschmückt, die die Entwicklung seiner Methode veranschaulichend nacherzählen. Aus Platzgründen wird auf eine genaue Darstellung des Reiseberichtes an dieser Stelle verzichtet. Der Aspekt des Patienten(*dis*)*empowerments* aber wird erwähnt, da Peter Nowak ihn als einen "besonderen Schwerpunkt" (S.168) seiner Analyse sieht. Er arbeitet heraus, welche Auswirkungen das sprachliche Handeln von Ärzt/inn/en auf Patient/inn/en hat, wodurch auch (*dis*) *empowerment*-Prozesse deutlich werden. Seine Beobachtungen berücksichtigt er in der Systematik in der Spalte "Beschriebene Auswirkungen".⁶ Im letzten Teil des vierten Kapitels veranschaulicht der Autor am Beispiel einer Primärstudie (Brünner/Gülich 2002), wie er die Einzelanalysen durchgeführt hat.

Kapitel 5 beginnt Nowak mit einleitenden und übergreifenden Worten zu seiner Systematik des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Er problematisiert, dass einzelne kommunikative Formen an mehreren Stellen der Systematik auftauchen, da sie unterschiedliche interaktive Funktionen übernehmen können. Außerdem geht er auf das Problem ein, dass die zugrunde liegenden Primärstudien sich in Analyse und Forschungsperspektive unterscheiden. Er versucht dieses Problem zu bearbeiten, indem er einen Mittelweg ansteuert und die ursprünglichen Konzeptionen der Primärstudien bei der übergreifenden Kategorisierung so weit möglich sichtbar lässt. Die Systematik basiert auf einer funktional zeitlichen Grundstruktur, an die sich neun zentrale Komponenten des sprachlichen Handelns fügen, welche in Handlungstypen, Einzelhandlungen und Varianten dieser Einzelhandlungen weiter differenziert werden. Nach einer kleinen Leseanleitung für die Systematik gibt der Autor Definitionen der Gesprächstypen, die in den Primärstudien vorkommen (Anamnese, Visitingespräch bzw. Hausbesuch, Aufklärungsgespräch, Befundgespräch, Entlassungsgespräch und Folge- bzw. Zweitgespräch).

In Kapitel 5.5 präsentiert Peter Nowak dann schließlich seine Systematik des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en in Form einer graphischen Übersicht, einer "Gesamtlandkarte". Darauf sind 46 in den Primärstudien identifizierte Handlungstypen zu sehen, die den neun übergeordneten Gesprächskomponenten zugeordnet sind. Die wenigen Handlungstypen, für die es in den Primärstudien keine Transkriptbeispiele gibt (z.B. die Begrüßung bei der Gesprächseröffnung), sind grau markiert. In den folgenden Unterkapiteln beschreibt Nowak die einzelnen Gesprächskomponenten und ihre Handlungstypen einleitend kurz in Textform und präsentiert sie dann in Form einer graphischen Übersicht und einer Tabelle mit den beschriebenen Spalten (Kategorie, Transkriptbeispiel, Gesprächstyp, Auswirkungen auf Patient/inn/en). Aus Platzgründen kann in dieser Rezension nur eine grobe Übersicht gegeben und auf einzelne Beispiele eingegangen werden.

Er beginnt mit der Komponente der Gesprächseröffnung, welche er in Abgrenzung zur Eröffnungsinitiative als gesonderte Gesprächskomponente bestimmt und in sechs unterschiedliche Handlungstypen zerlegt: Begrüßung, Vorstellung des Arztes/der Ärztin, Situierung, gemeinsame Orientierung über Gespräch, Angebot zur prinzipiellen Nachfrage und interaktiver Abschluss der Präliminarien. Nowak hat auch die Handlungen mit aufgenommen, die nicht ausgeführt werden und dadurch negative Auswirkungen auf den weiteren Gesprächsverlauf haben können. So ist aus der Tabelle z.B. zu entnehmen, dass eine mangelnde oder missver-

⁶ Das Ergebnis dieser Arbeit ist weiterhin in einem Artikel von Peter Nowak (2008) in Form von 17 Grundthesen zum Patienten-*empowerment* in der Arzt-Patient-Interaktion einzusehen.

ständige Orientierung über das Gespräch u.a. eine aktive Beteiligung des Patienten/der Patientin unterbindet.

Als nächstes präsentiert der Autor die Gesprächskomponente der Eröffnungsinitiative, welche bei der Frage, ob Anliegen der Patient/inn/en zur Sprache kommen, grundlegend ist (vgl. Heritage/Robinson 2006; Lalouschek 2004). Er unterscheidet die Handlungstypen der Eröffnungsfrage, der Erzählaufforderung und des "Sich-zur-Verfügung-Stellens". Die Eröffnungsfrage ist am differenziertesten dargestellt. Sie gliedert sich in Entscheidungsfrage, inhaltliche und offene Frage. Die inhaltliche Frage wiederum ist weiter aufgefächert in unterschiedliche Einzelhandlungen wie z.B. die Frage nach dem aktuellen Befinden oder dem Befinden in einem bestimmten Zeitraum. In der Tabelle zur Eröffnungsinitiative lässt sich anhand der Transkriptbeispiele und der beschriebenen Auswirkungen gut nachverfolgen, inwiefern unterschiedliche sprachliche Handlungen des Arztes/der Ärztin unterstützen, dass die Anliegen von Patient/inn/en eingebracht werden. So weist die Eingangsfrage, die eine Bestätigung bekannter akuter Beschwerden sucht, dem Patienten/der Patientin eine passiv-reaktive Rolle zu.

Eine weitere Gesprächskomponente ist das Zuhören bzw. Nicht-Zuhören, welche in den Primärstudien oft und tiefgehend untersucht wurde. Dementsprechend komplex ist auch die Anzahl der Handlungstypen und ihrer variierender Einzelhandlungen in Nowaks Systematik. Der graphische Überblick beinhaltet zehn verschiedene Handlungstypen, deren Einzelhandlungen positive und negative Auswirkungen auf das Redeverhalten von Patient/inn/en haben und damit den diagnostischen Prozess beeinflussen können. Einige Handlungstypen sind auf der einen Seite das Nachfragen und die Verstehenssicherung und auf der anderen Seite Unterbrechungen und das Zurückweisen von Patienteninitiativen. Besonders erzählfördernd sind z.B. Rückmeldesignale wie Interjektionen, welche die Relevanzsetzung des Patienten bestätigen. Besonders zurückweisend ist das Nichtbeachten von Patienteninitiativen, wie an einem Transkriptbeispiel im tabellarischen Syntheseergebnis deutlich wird, in dem der Arzt die Beschwerdenäußerung eines Patienten übergeht.

Eng verbunden mit dem Zuhören/Nicht-Zuhören ist die Komponente des Erfragens von Informationen. So werden die Formen des direkten Nachfragens und Fragen zur Verstehensüberprüfung als Handlungstypen des Zuhörens beschrieben. Das Erfragen von Information hat meist in biomedizinischen Aspekten zum Krankheitsverlauf ihren Schwerpunkt und zielt darauf ab, noch offen gebliebene Fragen nach den Beschwerden des Patienten/der Patientin zu bearbeiten. Peter Nowak hat insgesamt acht Handlungstypen herausgearbeitet, z.B. offene Fragen, unterstützende Erzählaufforderung, indirekte Fragen, Suggestivfragen und geschlossene Fragen, welche am differenziertesten dargestellt sind. Die Varianten der Einzelhandlungen haben unterschiedliche Auswirkungen auf das (Antwort) Verhalten der Patient/inn/en. So ziehen Fragen mit vorformulierten Antworten (geschlossene Fragen) inhaltlich ungesicherte Antworten nach sich, da Patient/inn/en keine eigene Darstellung wählen können.

Eine weitere Gesprächskomponente bilden Orientierungshandlungen, die bereits in der Eröffnungsinitiative beschrieben wurden (Globale Orientierung am Gesprächsbeginn). Sie kommen jedoch im gesamten Gesprächsverlauf vor und werden daher als eigene Komponente klassifiziert. Der Autor schreibt ihr die folgenden Handlungstypen zu: Globale Orientierung am Gesprächsbeginn, lokale

Orientierung an Grenzen von Gesprächsabschnitten, Ausschluss des Patienten/der Patientin aus Gesprächsabschnitten und globale Orientierung am Gesprächsende. Ein Ausschließen von Patient/inn/en konnte Nowak nur in der ältesten Primärstudie ausmachen (Raspe/Siegrist 1979). Er vermutet, dass diese Form durch die Entwicklung zur patientenorientierten Behandlung in den späteren Studien nicht mehr zu beobachten ist oder durch einen spezifischen Forschungszugang sichtbar wurde.

Der Komponente "Information geben, anleiten, beraten" schreibt Nowak elf verschiedene Handlungstypen zu. Einige davon sind z.B. Erklärungen, Ankündigung zukünftiger Handlungen, Handlungsanleitungen und Veranschaulichungsverfahren. Der Autor zitiert Studien, die darauf hinweisen, dass gut informierte/aufgeklärte Patient/inn/en schneller gesund werden und mit der Behandlung zufriedener sind. Dieses Wissen wird den Primärstudien nach zu urteilen in der Praxis jedoch eher nicht berücksichtigt. So arbeitet Nowak neun verschiedene Wege heraus, wie Ärzt/inn/e/n es vermeiden, schlechte Nachrichten zu überbringen. Beim Patient/inn/en entstehen dadurch Ängste und Unsicherheiten. Er/sie schwankt zwischen Verzweiflung und Hoffnung und kann die Bearbeitung seiner/ihrer Situation nicht in Angriff nehmen.

Die Gesprächskomponente der gemeinsamen Planung und Entscheidung fällt etwas überschaubarer aus als die vorige. Peter Nowak weist ihr lediglich zwei Handlungstypen zu: das Treffen von Entscheidungen und die Zurückweisung einer Bitte des Patienten/der Patientin. Nowak merkt an, dass dieses Ergebnis vor dem Hintergrund der bereits lang anhaltenden und lebhaften Diskussion über *shared decision making* etwas "mager" erscheint (S.327). Er sieht die Begründung in der Auswahl der Primärstudien und hofft, dass die Systematik an dieser Stelle durch folgende Metastudien weiter ausgebaut werden wird.

Die letzte Gesprächskomponente, die in der Systematik tiefgehend beschrieben wird, ist der Gesprächsabschluss. Er besteht aus vier identifizierten Handlungstypen: Zusammenfassung des Gesprächs, Anbieten einer Nachfragemöglichkeit, Orientierung über zukünftige Schritte und die explizite Formulierung des Gesprächsabschlusses. Der Autor stellt heraus, dass in dieser letzten Phase des Gesprächs oft noch nicht angesprochene Fragen und Anliegen von Patient/inn/en angesprochen werden, was u.a. daran liegt, dass es dafür zuvor keine Gelegenheiten gab. In den Primärstudien gibt es wenige Transkriptbeispiele für die erwähnten Handlungstypen des Gesprächsabschlusses. Daher empfiehlt Nowak weitere Metastudien, um differenziertere Aussagen über diese Gesprächskomponente zu erhalten.

Abschließend geht der Autor noch auf die körperliche Untersuchung ein, die selbst keine sprachliche Handlung ist, jedoch von solchen begleitet wird. Da sie in den der Systematik zugrunde liegenden zwölf Primärstudien nicht untersucht wurde, wird diese Gesprächskomponente lediglich erwähnt und nicht weiter beschrieben.

In Kapitel 6 präsentiert Peter Nowak die Ergebnisse und Schlussfolgerungen seiner Arbeit, worauf im letzten Teil der Rezension kurz eingegangen wird.

Fazit

Mit der Entwicklung und ersten Anwendung einer Methodik für die Synthese qualitativer diskursanalytischer Studien legt Peter Nowak den Grundstein für weitere Metastudien, für deren Durchführung er mehrmals motiviert und mögliche Anknüpfungspunkte aufzeigt. Die aus der Synthese hervorgehende Systematik des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en macht Ergebnisse der Diskursforschung auch für andere Forschungsdisziplinen zugänglich und verdeutlicht, wo noch Forschungslücken bestehen. Weiterhin bietet die Systematik für die Lehre medizinischer Kommunikation einen Überblick über mögliche Schwerpunktsetzungen und eine große Palette an veranschaulichenden Transkriptbeispielen.

Die kritischen Anmerkungen dieser Rezension bewegen sich eher in Richtung von Anregungen für noch folgende Studien und für eine bessere Leseorientierung. Die erste Anregung betrifft die Transparenz der Synthesemethodik, welche Peter Nowak durch verschiedene Dokumentationsprozesse in Bezug auf alle möglichen Analyse- und Syntheseprozesse herstellt. Hier wäre es interessant, explizit Handlungstypen und Einzelhandlungen, die nicht aus den Primärstudien übernommen wurden, sondern neu formuliert wurden, zu markieren. Dies würde veranschaulichen, wie ergiebig die von Nowak entwickelte Methode der Synthese ist und wie sie sich von anderen Metastudienmethoden abgrenzt, indem sie ein "Mehr" an Wissen produziert.

Die zweite Anregung betrifft die systemtheoretische Interaktionssoziologie, welche Nowak im dritten Kapitel als übergreifende Interaktionstheorie für die Diskursforschung bzw. die Analyse von Arzt-Patient-Interaktion vorschlägt. Seine Ausführungen zu dieser Idee werden mit vereinzelt Ausnahmen erst wieder in der Zusammenfassung aufgegriffen. Hier merkt Nowak an, dass eine Überarbeitung seiner Systematik vom Standpunkt der systemtheoretischen Interaktionssoziologie fehle. Ein früherer Vermerk, dass die Systemtheorie in diesem Buch nicht auf die Systematik angewendet wird, wäre für eine noch bessere Leseorientierung hilfreich.

Allgemein ist anerkennenswert anzumerken, dass sich der Autor mit seiner Pionierarbeit einem sehr umfangreichen und ehrgeizigen Projekt gewidmet hat. Er ließ sich auch nicht entmutigen, als er merkte, dass sein Vorhaben, alle 493 identifizierten Primärstudien zu synthetisieren, zu aufwendig war. Den Umgang mit dieser und auch anderen Schwierigkeiten beschreibt Nowak stets in offener Form. Dies erzeugt einen erzählerischen Charakter und ist einer der Gründe, warum sich sein Buch sehr gut lesen lässt. Auch dient es durch die große Fülle an Literaturverweisen zu den zentralen Aspekten von Arzt-Patient-Interaktion als ergiebiges Nachschlagewerk. Zusammenfassend ist also zu sagen, dass Peter Nowaks Buch aus Sicht der Rezensentin äußerst bereichernd und lesenswert ist.

Literatur

Bliesener, Thomas (1982): Konfliktaustragung in einer schwierigen "therapeutischen" Visite. In: Köhle, Karl / Raspe, Hans (Hg.), Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. Wien: Urban & Schwarzenberg, 249-268.

- Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten- Laien-Kommunikation. In: Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth (Hg.), Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis Verlag, 17-94.
- Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walther (1999): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Dixon-Woods, Mary / Shaw, Rachel L. / Agarwal, Shona / Smith, Jonathan A. (2004): The problem of appraising qualitative research. In: *Quality and Safety in Health Care* 13, 223-225.
- Greenhalgh, Trisha / Robert, Glenn / Macfarlane, Fraser / Bate, Paul / Kyriakidou, Olympia / Peacock, Richard (2005): Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. In: *Social Science & Medicine* 61, 2, 417-430.
- Gülich, Elisabeth (2005): Krankheitserzählungen. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.), Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 73-89.
- Heritage, John C. / Robinson, Jeffrey D. (2006): The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. In: *Health Communication* 19, 2, 89-102.
- Jones, Kip (2005): Mission drift in qualitative research, or moving toward a systematic review of qualitative studies, moving back to a more systematic narrative review. In: *The Qualitative Report* 9, 1, 95-112.
- Kieserling, André (1999): Kommunikation unter Anwesenden. Studien über Interaktionssysteme. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lalouschek, Johanna (2005): Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.), Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 48-72.
- Lalouschek, Johanna (2004): Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung. In: Becker-Mrotzek, Michael / Brünner, Gisela (Hg.), Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 137-158.
- Löning, Petra (1993): Psychische Betreuung als kommunikatives Problem. Elizitierte Schilderung des Befindens und 'ärztliches Zuhören' in der onkologischen Facharztpraxis. In: Löning, Petra / Rehbein, Jochen (Hg.), Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin: de Gruyter, 191-227.
- Menz, Florian / Lalouschek, Johanna (2005): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.), Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 174-185.

- Meyer, Bernd (2000): Medizinische Aufklärungsgespräche. Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht. Hamburg: Universität Hamburg, Sonderforschungsbereich 538 (AZM - Folge B, Nr. 8/2000).
- Nowak, Peter (2008): Das Gespräch zwischen Arzt und Patient – 17 Thesen aus Sicht des Patientenempowerments. In: Die Wiener AnamnesetutorInnen: Arzt, Christian / Bartussek, Johanna / Beiglböck, Kathrin / Bernard, Baptiste / Brunner, Lisa / Hornschack, Monika (Hg.), POM25. Jahrbuch für PatientInnen-Orientierte MedizinerInnenausbildung. Frankfurt: Mabuse Verlag, 100-108.
- Nowak, Peter (2007): Metastudien-Methodik – ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung. In: Gesprächsforschung – Onlinezeitschrift zur verbalen Interaktion 8, 89-116.
- Pelikan, Jürgen M. (2004): Gruppendynamik als Hybrid von Organisation und Interaktion. Eine systemtheoretische Analyse inszenierter persönlicher Kommunikation. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung 35, 2, 133-160.
- Quasthoff, Uta M. (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich (Hg.), Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Urban & Schwarzenberg, 70-101.
- Raspe, Hans-Heinrich / Siegrist, Johannes (1979): Zur Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung im stationären Bereich. In: Siegrist, Johannes / Hendel-Kramer, Anneliese (Hg.), Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung. München: Urban & Schwarzenberg, 113-138.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechtild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.), Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.
- Wimmer, Helga (1993): Information und Beratung von Krebspatienten im Krankenhaus. Voraussetzungen und Möglichkeiten von Patienten im Gespräch mit dem Arzt. In: Löning, Petra / Rehbein, Jochen (Hg.), Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin: de Gruyter, 403-418.

Birte Pawlack, M.A.
Universität Hamburg
Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit
Max-Brauer-Allee 60
D-22765 Hamburg
birte.pawlack@uni-hamburg.de

Veröffentlicht am 24.8.2010

© Copyright by GESPRÄCHSFORSCHUNG. Alle Rechte vorbehalten.