

Reinhard Fiehler · Wolfgang Sucharowski (Hrsg.)

Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining

Anwendungsfelder der Diskursforschung

Westdeutscher Verlag



Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich: Eine Anamnese

Florian Menz/Peter Nowak

Arzt : Wo ist der nächste neurochirurgische Fall?
Schwester: Herr Dokta - die Patienten san kane Fälle - a Wassafall is wos ondas.

Dieser Ausschnitt aus einem Ambulanzgespräch (vgl. Lalouschek, Menz & Wodak 1990) illustriert deutlich eines der Probleme, an denen die Kommunikation zwischen Arzt und Patient krankt: Das fehlende Einfühlungsvermögen des Arztes in die Lage der PatientInnen und die unterschiedlichen Perspektiven der beiden Interagierenden führen häufig zu Mißverständnissen, ja sogar zu Nicht-Verstehen mit all seinen manchmal gravierenden Folgen (vgl. z.B. Menz 1991a). Die Komplexität der kommunikativen Vorgänge zwischen Arzt und Patient stellt außergewöhnlich hohe Anforderungen an die kommunikative Kompetenz des ärztlichen Personals (vgl. z.B. Wimmer, Pelikan & Strotzka 1985, Hein et al. 1985, Wimmer, Nowak & Pelikan 1987, Lalouschek & Menz 1989, Lalouschek, Menz & Wodak 1990); allerdings werden Ärzte und Ärztinnen für diese Herausforderungen in ihrem beruflichen Alltag nicht systematisch ausgebildet. Obwohl das Gespräch mit PatientInnen einen Großteil des ärztlichen Alltags einnimmt, die Basis der Diagnose bildet und selbst den Heilungsprozeß beeinflusst (vgl. Wimmer & Pelikan 1984), steht einer intensiven Ausbildung des medizinischen Wissens ein fast völliges Fehlen einer gezielten Schulung kommunikativer Fähigkeiten gegenüber. Dieses Defizit wird von den Betroffenen auch wahrgenommen: Ein beträchtlicher Teil der ÄrztInnen führt die Gründe für die nicht zufriedenstellende Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf ihre mangelnde Ausbildung während des Studiums bzw. der postpromotionellen Ausbildung zurück (vgl. Strotzka, Pelikan & Krajcic 1984).

Aus diesem Grund haben in Wien verschiedene Teams (Linguisten, Medizinsoziologen, Psychologen) (vgl. Hein et al. 1985, Wimmer-Puchinger et al. 1987, Lalouschek, Menz & Wodak 1990, Nowak et al. 1988) in z.T. enger interdisziplinärer Zusammenarbeit versucht, Konzepte zum kommunikativen Training von Ärzten und Ärztinnen auszuarbeiten und in die Praxis umzusetzen. Da wir (die Autoren) an diesen Projekten federführend beteiligt waren, wollen wir im folgenden ein kurzes Resümee unserer - nicht immer erfolgreichen - Bemühungen ziehen und unsere Herangehensweise am Beispiel eines durchgeführten Trainingsseminars illustrieren.

1. Der Zugang zum Feld

Seit 1983 interessieren sich in Österreich zunehmend auch LinguistInnen für die Kommunikation in Krankenhäusern und Allgemeinpraxen; in den letzten Jahren wird

versucht, die gewonnenen Forschungsergebnisse in die Aus- und Fortbildung von ÄrztInnen zu integrieren. Aufgrund verschiedener Untersuchungen zur Arzt-Patient-Kommunikation bestanden bereits Kontakte vor allem zum Gesundheitsministerium, zur Gemeinde Wien und zum Wissenschaftsministerium, so daß wir hier bei unseren Transferbemühungen anknüpfen konnten.

2. Personelle Ausstattung, organisatorischer Rahmen, Finanzierung

Das Design unseres differenziertesten Ausbildungsprojektes (Nowak et al. 1988) war aufgrund des großen Interesses der potentiellen Auftraggeber und der Komplexität der Aufgabenstellung stark interdisziplinär ausgerichtet: Zwei MedizinsoziologInnen, drei LinguistInnen und eine Psychologin waren an der Konzepterstellung beteiligt und sollten die Seminare in Paarteams durchführen. Auf diese Weise sollte eine zu einseitige Ausrichtung der Ausbildung verhindert werden. Denn daß etwa eine nur tiefenpsychologische Deutung der Kommunikation, wie sie in diversen Seminaren angeboten wird, oder allein die Erfassung somatischer Zustände und formaler Kriterien (Personaldaten, allgemeiner Status, Krankengeschichte etc.), wie sie in der Turnusausbildung¹ gelehrt werden, für eine funktionierende Kommunikation nicht ausreichen, haben diskursanalytische Studien, so glauben wir, hinlänglich klagemacht. Das gesamte Ausbildungsprogramm umfaßt insgesamt 36 Trainingsstunden, die in drei Varianten erprobt werden sollten (als Wochenendseminar, als wöchentliche Seminarblöcke und als Mischform der beiden ersten Varianten).

Im Unterschied zu den bisher durchgeführten wissenschaftlichen Forschungsprojekten zur Arzt-Patient-Kommunikation, die von verschiedenen Stellen finanziert wurden, ist die politische Zuständigkeit für die Finanzierung der Gesprächsführungseminare als Teil der postpromotionellen Aus- und Weiterbildung nicht geklärt. Die Umsetzung dieser Forschungsergebnisse bewegt sich also quasi im Niemandsland. Obwohl z.B. das Gesundheitsministerium an die Abteilung Angewandte Sprachwissenschaft in Wien herangetreten war, ein Konzept für die linguistische Schulung zu erarbeiten (vgl. Laluschek, Menz & Wodak 1987), konnte es wegen der ungeklärten Verantwortungslage für die Finanzierung (Wissenschaftsministerium, Gesundheitsministerium, Ärztekammern oder die Spitals-Erhalter) nicht praktisch umgesetzt werden. Wir stehen daher für das interdisziplinäre Projekt weiterhin in Verhandlungen mit diversen Institutionen; parallel dazu haben wir jedoch ein Pilotprojekt zur kommunikativen Weiterbildung von ÄrztInnen durchgeführt, das allerdings in ein *Forschungs- und Ausbildungsdesign* eingebettet war (Wimmer-Puchinger et al. 1987).

¹ Nach dem Abschluß des Medizinstudiums sind ÄrztInnen befugt, den akademischen Titel Doktor med. zu führen. Um allerdings ärztlich eigenständig handeln zu können, müssen sie das "ius practicandi" erwerben. Dies geschieht in der sogenannten "Turnusausbildung", einer postpromotionellen Ausbildung an einem Krankenhaus.

3. Verfolgte Ziele

Das Ziel dieses Forschungs- und Ausbildungsprojektes war, die Ärzte und Ärztinnen im Rahmen eines Gesprächsausbildungsseminars für die kommunikativen Prozesse in ihrem beruflichen Alltag zu sensibilisieren und ihnen die Möglichkeit zu geben, neue kommunikative Fähigkeiten zu entwickeln und zu erproben.

Als erste Zielgruppe haben wir Ärzte und Ärztinnen in Ausbildung gewählt. Denn im Laufe des Turnus werden sie das erste Mal mit den Schwierigkeiten der Kommunikation mit PatientInnen konfrontiert - und zwar mit allen Konsequenzen - und eignen sich gerade in dieser Ausbildungszeit einen mehr oder weniger angemessenen Umgang mit ihnen an. Im besonderen ging es darum, die TurnusärztInnen zu befähigen, im Rahmen der tatsächlichen Bedingungen einer Schwangerenambulanz und ihrer relativen medizinischen Unerfahrenheit die Gespräche mit den Schwangeren in einer für beide Seiten befriedigenden und effizienten Weise zu führen.

4. Fokussierte Bereiche des Kommunikationsverhaltens

Die bearbeiteten Bereiche des Kommunikationsverhaltens waren einerseits durch die spezifische Arbeitssituation der teilnehmenden ÄrztInnen bestimmt, nämlich die Gespräche in einer Schwangerenambulanz. Andererseits waren in einer diskursanalytischen Vorerhebung und auf der Basis der bis dahin zugänglichen Ergebnisse anderer Untersuchungen 6 Bereiche der Arzt-Patient-Kommunikation als besonders relevant für ein solches Training bestimmt worden.

4.1 Der Rahmen des Gesprächs

Der Rahmen des Gespräches umfaßt die interaktive Einleitung und Beendigung des Gespräches. Die Bedeutung dieses kommunikativen Rahmens für den gesamten Ablauf des ärztlichen Gespräches und für die Orientierung der PatientInnen im institutionellen Kontext wurde bereits in verschiedenen Untersuchungen hervorgehoben (Hein et al. 1985, Wimmer, Nowak & Pelikan 1987). Als strukturelle Teile der Anamneseeinleitung wurden neben der Begrüßungsformel auch

- namentliche Anrede der PatientInnen,
- namentliche Vorstellung des Arztes oder der Ärztin,
- einleitende offene Frage

in das Training einbezogen.

Ebenso wurden häufig wiederkehrende strukturelle Teile der Gesprächsbeendigung im Training bearbeitet:

- Gliederungssignale,
- abschließende Bemerkungen (Orientierung),
- abschließende offene Frage,
- Verabschiedungsformel.

4.2 *Metakommunikative Orientierungen*

Dies sind Erklärungen des Arztes zu Ziel und Ablauf des Gespräches oder der durchgeführten ärztlichen Handlungen. Besonders wichtig sind die metakommunikativen Orientierungen zu Beginn des Gespräches, zu Beginn neuer Gesprächsabschnitte und bei Störungen des Gespräches (z.B. bei der Übernahme von Telefonaten während des Gesprächs). Die Auswirkungen des Fehlens dieser Gesprächsstrukturen und Beispiele für gelungene metakommunikative Orientierungen wurden im Training demonstriert. Fehlten die Orientierungen, so waren die Patientinnen z.B. stark verunsichert, worüber der Arzt überhaupt sprach und was er wissen wollte, gaben unzusammenhängende und häufig unvollständige Antworten, und das Gespräch wurde durch notwendige Rückfragen des Arztes über Gebühr in die Länge gezogen, ohne daß die Patientinnen größeren Anteil am Gespräch (zusätzliche Information) erhalten hätten. Waren sie hingegen vorhanden, konnten diese negativen Folgen vermieden werden.

4.3 *Die Art der Arzt-Fragen*

Die Art der Fragestellung im ärztlichen Gespräch wurde schon in verschiedenen Untersuchungen als entscheidend für den gesamten Gesprächsverlauf und die mögliche Gesprächsbeteiligung der PatientInnen beschrieben (Quasthoff-Hartmann 1982, Hein et al. 1985, Wimmer, Nowak & Pelikan 1987). Bestimmte ("offene") Frageformen ermöglichen es den PatientInnen u.a., Inhalt und Form ihrer Antwort selbst zu bestimmen. Sie können zunächst aus ihrer Perspektive ihr subjektives Leiden schildern. Einerseits erhält der Arzt/die Ärztin dadurch u.U. wesentliche Informationen, die er/sie bei ausschließlich geschlossenen Fragen (nur eine Antwort, meist ja oder nein, ist möglich) nicht erfahren hätte; andererseits ist die Schilderung des eigenen, subjektiven Leidens für die Bewältigung der Krankheit und damit für den Heilungsprozeß wesentlich. Für das Training wurde die Beschreibung der unterschiedlichen Fragearten und ihrer Auswirkungen fast ausschließlich auf die vereinfachte Unterscheidung in offene oder geschlossene Fragen beschränkt.

4.4 *Gesprächszäsuren, Sprecherwechsel und Unterbrechungen*

Hier wurde im Training auf die verschiedenen Bedingungen und Mechanismen des Sprecherwechsels eingegangen, wie sie ursprünglich Sacks, Schegloff & Jefferson (1974) beschrieben und im Detail von Quasthoff-Hartmann (1982) für die Arzt-Patient-Kommunikation analysiert wurden. Im besonderen wurde die Bedeutung von vorausgreifend markierten Gesprächszäsuren, den verschiedenen Formen von Unterbrechungen und den Rückmeldungen des Hörers an den Sprecher ("Hörersignale") herausgearbeitet.

4.5 Patienteninitiativen, Relevanzmarkierungen und Frame-Konflikt

Auf der Basis bisheriger Untersuchungen zum Eingreifen der PatientInnen in das ärztliche Gespräch (Bliesener 1982, Hein et al. 1985, Wimmer, Nowak & Pelikan 1987) konnten die verschiedenen Formen der Patienteninitiativen als ein Kontinuum dargestellt werden, das sich von leisesten Andeutungen ("Relevanzmarkierungen") bis zu massivsten Unterbrechungen spannt. Dabei spielen die von den ÄrztInnen vorgegebenen Rahmenbedingungen eine entscheidende Rolle dafür, welche Form der Initiative von den PatientInnen gewählt wird. Unterschiedliche Perspektiven von ÄrztInnen und PatientInnen ("Frame-Konflikt") führen häufig dazu, daß Relevanzmarkierungen der PatientInnen nicht erkannt und Initiativen ignoriert werden, wodurch die Gesprächsführung für beide Seiten zunehmend komplizierter und frustrierender wird.

4.6 Fachjargon und Form der Erklärungen

Die Verwendung von fachsprachlichen Ausdrücken - in der Öffentlichkeit oft als einzige Kommunikationsbarriere zwischen ÄrztInnen und PatientInnen erkannt - wurde in ihrer unterschiedlichen Bedeutung je nach fachsprachlicher Kenntnis der PatientInnen beschrieben und die Sensibilisierung der ÄrztInnen für das Verstehen bzw. Nichtverstehen ihrer Gesprächspartner in den Mittelpunkt gestellt. Ebenso wurden die oft verständnisbehindernden langen Erklärungen von ÄrztInnen analysiert und in ihren Wirkungen im Training vorgeführt.

5. Vermittlungsformen

Für die Vermittlung der Seminarinhalte wurden in insgesamt 7 Trainingseinheiten zu je eineinhalb Stunden die im folgenden angeführten *Arbeitstechniken* abwechselnd eingesetzt (Wimmer-Puchinger et al. 1989). Die Techniken sprechen jeweils verschiedene Lern- und Verstehensebenen (emotional, sozial und kognitiv) (vgl. Lutz & Wodak 1987) bei den TeilnehmerInnen an und ermöglichen unterschiedliche Interaktionsformen zwischen Trainerteam (2 Trainer) und Gruppe (5 TeilnehmerInnen):

- Referate zur Theorie der Arzt-Patient-Kommunikation aus der Sicht von Linguistik und Medizinischer Psychologie
- Gruppenarbeit an Beispielfällen (Transkripte und Tonbänder)
- Rollenspiele, in denen die TeilnehmerInnen sowohl die Arzt- als auch die Patientenrolle einnahmen, mit anschließender Bearbeitung im Gruppengespräch
- themenzentrierte Gesprächsrunden zur Reflexion des ärztlichen Alltags und der vermittelten Fähigkeiten
- Nachbearbeitung in einer eigenen Seminareinheit zur Vertiefung und Reflexion der Umsetzungsmöglichkeiten der Seminarinhalte in den Krankenhausalltag.

6. Einige Problembereiche bei der Durchführung des Trainings

Wie erwähnt, war das Training nur ein Teil des Forschungsprojektes, das vom Österreichischen Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung in Auftrag gegeben worden war, wodurch eine "hierarchische Legitimation" über die Krankenhausrückmeldung hergestellt wurde. Das Training wurde den TeilnehmerInnen von ihren Vorgesetzten verordnet, was anfänglich zu Ärger und Abwehr führte; dieser niedrige Motivationsgrad wurde massiv verstärkt durch ein geringes Problembewußtsein in bezug auf Kommunikation. Vielmehr standen vorerst Probleme der Ausbildungs- und Arbeitssituation im Krankenhaus im Vordergrund des Interesses der TrainingsteilnehmerInnen. So belasten lange Wartezeiten, zu enge Räumlichkeiten, Telefonate und andere Störungen die Interaktanten und behindern auch eine Verbesserung der Kommunikation.

Probleme, die sich aus der Beratungs- und Ausbildungssituation ergaben, lagen vor allem im Zeitmanagement: Geeignete Termine, die die Teilnahme aller an jeder Trainingssitzung gewährleisten, waren wegen unvorhersehbaren Arbeitsanfalls im Krankenhaus oder wegen der Journaldienste praktisch nicht zu finden.

Die Schwierigkeiten auf seiten des Teams lagen nicht so sehr in mangelnden Institutionskenntnissen - es waren ausführliche Untersuchungen vorangegangen -, als vielmehr in der Interdisziplinarität. So war von Trainingseinheit zu Trainingseinheit immer wieder zu klären, welche Thematik (etwa linguistische Schulung und Sensibilisierung vs. tiefenpsychologische Deutung) vertieft bzw. überhaupt bearbeitet werden sollte. Darüber hinaus hatte es das Trainingsteam verabsäumt, vor Beginn tragfähige Arbeitsbeziehungen zu den TeilnehmerInnen aufzubauen.

7. Wirkungen, Erfolge, Gesamteindruck

Trotz dieser allgemeinen Schwierigkeiten gelang es mit Fortdauer des Seminars gut, bei den Ärzten und Ärztinnen eine allgemeine Sensibilisierung für das eigene Kommunikationsverhalten zu bewirken. Gerade das Vorspielen und Arbeiten mit authentischem Textmaterial aus der Alltagsarbeit der TrainingsteilnehmerInnen zeigte besonders gute Erfolge. Allerdings war dafür eine sorgfältige - und damit ziemlich zeitaufwendige - Transkription von größeren Gesprächsausschnitten nötig. Doch die Visualisierung des zuvor vom Tonband Gehörten verstärkte die Lernerfahrung in bezug auf das eigene Kommunikationsverhalten erheblich. Vor allem die in den Transkripten optisch besonders gut erkennbaren Unterbrechungen, Überlappungen und der überproportional große Gesprächsanteil der ÄrztInnen fielen den TeilnehmerInnen zunehmend selbst auf. Die Arbeit an Transkripten (auch als überprüfbarer Grundlage für Diskussionen) entwickelte sich so auch in diesem interdisziplinären Seminar zum zentralen, unverzichtbaren Instrument der Ausbildung und bildete eine gute Basis für weitergehende linguistisch orientierte Kommunikationsanalysen.

Als diesbezüglich besonders fruchtbar erwiesen sich die Überlegungen zum Rahmen des Gesprächs und den metakommunikativen Orientierungen (4.1 und 4.2). In diesem Bereich konnten unter ÄrztInnen weitverbreitete inadäquate Interaktionsformen wie das Fehlen von Eröffnungs- und Verabschiedungsritualen, von allgemeinen Orientierungen über Sinn und Ziel sowie von Strukturierungen des Gesprächs, um nur einige wenige zu nennen, bewußt gemacht und in Rollenspielen versuchsweise verändert werden. Da auch Alltagsgespräche durch diese Charakteristika geprägt sind, war die Didaktisierung und Vermittlung hier wohl besonders erfolgreich.

Schwieriger war es hingegen, linguistisch subtilere Inhalte und Formen bleibend zu vermitteln. Gerade bei der eigentlichen Gesprächsführung, zu der die Art der Fragestellung an die PatientInnen, das Berücksichtigen ihrer Initiativen und die Verwendung von medizinischem Fachjargon gehören, wirkt die berufliche Sozialisation besonders tiefgreifend (vgl. Menz 1991b). Die einmal eingelernten Muster sind daher nur sehr schwer zu verändern. Zum anderen sind dies aber auch sehr komplexe Bereiche, in denen die linguistische Forschung noch keine endgültigen Ergebnisse geliefert hat und auch die Didaktisierung noch nicht genügend entwickelt ist. Hier ist sicherlich eine einmalige Schulung nicht ausreichend, sondern bedarf es wiederholter Übung und professionellen (linguistischen) Feedbacks.

Darüber hinaus gelang den TeilnehmerInnen im Verlauf des Seminars aber auch eine Solidarisierung untereinander, die sogar so weit führte, daß sie in einem Gespräch mit dem Klinikvorstand eine Initiative zu strukturellen Veränderungen in der Ambulanzroutine setzten. Sie konnten somit die erworbenen Kenntnisse für sich selbst handlungsrelevant machen und zumindest ein Stück weit in die eigene Praxis einbauen. Daß die Thematisierung und Bearbeitung von kommunikativen Problemen zu einer weitreichenden Reflexion der institutionellen Rahmenbedingungen führt, war für das Trainingsteam eine nach den anfänglichen Schwierigkeiten überraschende und besonders erfreuliche Erfahrung. Dadurch wird noch einmal deutlich, wie wichtig die Auseinandersetzung mit kommunikativen Phänomenen im gesamtgesellschaftlichen Kontext ist.

8. Schlußfolgerungen

Eine der Lehren jedoch, die wir aus den nun schon beinahe zwei Jahre dauernden Verhandlungen um die Institutionalisierung der Gesprächsausbildung für ÄrztInnen ziehen mußten, war für uns die der ungenügenden Flexibilität größerer Institutionen, wie es Universitäten nun einmal sind. Aus diesem Grund haben wir ein eigenes Institut gegründet, das sich in erster Linie zum Ziel gesetzt hat, Forschungsergebnisse aus dem Bereich der institutionellen Kommunikation in die Praxis umzusetzen.² Unsere bisherigen Erfahrungen gehen dahin, daß gerade private Unternehmen, die sich

² KONTEXT. Institut für Kommunikations- und Textanalysen. A - 1050 Wien, Margaretenplatz 4/23.

Kommunikationsberatung und -verbesserung wünschen, eher mit privaten Instituten Kontakte aufnehmen als mit der als schwerfällig eingeschätzten Universitätsorganisation.

Literatur

- Bliesener, T. (1982). *Die Visite - ein verhinderter Dialog*. Tübingen: Narr.
- Hein, N., Hoffman-Richter, U., Lalouschek, J., Nowak, P. & Wodak, R. (1985): Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: *Wiener Linguistische Gazette*, Beiheft 4.
- Lalouschek, J. & Menz, F. (1989). Ambulanzgespräche. Kommunikation zwischen Ambulanzschwestern und Ärzt/inn/en. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 12-26.
- Lalouschek, J., Menz, F. & Wodak, R. (1987). *Konzept einer Gesprächsausbildung für Ärzte*. Wien (unveröffentl. Manuskript).
- Lalouschek, J., Menz, F. & Wodak, R. (1990). *Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten*. Tübingen: Narr.
- Lutz, B. & Wodak, R. (1987). *Information für Informierte*. Wien: Akademie-Verlag.
- Menz, F. (1991a). "Zucker! Des Hams ma gar net gsagt!" Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus. In: Tüchler, H. & Lutz, D. (Hrsg.), *Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium "Lebensqualität"*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 33-43.
- Menz, F. (1991b). *Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierung in der Arzt-Patient-Kommunikation*. Bern: Lang.
- Nowak, P., Lalouschek, J., Menz, F., Wimmer, H. & Bronneberg, G. (1988). *Gesprächsausbildung für Turnusärzte*. Projektexposé. Wien (unveröffentl. Manuskript).
- Quasthoff-Hartmann, U. (1982). Frageaktivitäten von Patienten in Visitegesprächen. In: Köhle, K. & Raspe, H.-H. (Hrsg.), *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. München: Urban & Schwarzenberg, 70-101.
- Sacks, H., Schegloff, E. & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics of the Organization of Turn Taking for Conversation. *Language* 50, 696-735.
- Strotzka, H., Pelikan, J. & Krajic, K. (Hrsg.) (1984). *Welche Ärzte brauchen wir? Medizinstudium und Ärzteausbildung in Österreich*. Wien: Facultas.
- Wimmer, H., Nowak, P. & Pelikan, J.M. (1987). *Das Gespräch zwischen Arzt und Patient*. Unveröffentlichter Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie. Wien.
- Wimmer, H. (1986). *Operationsvorbereitung*. Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie. Wien.
- Wimmer, H. & Pelikan, J.M. (1985). Gestörte Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus. Eine Analyse von Kommunikationsbedingungen am Beispiel der Anamnese. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 3+4, 163-178.
- Wimmer-Puchinger, B., Bronneberg, G., Nowak, P. & Nowak, A. (1987). *Gesprächsausbildung: Turnusärzte im Gemeindespital, Eine empirische psychologische und linguistische Analyse von Anamnese-gesprächen und darauf aufbauendem Verhaltens- und Kommunikationstraining bei Turnusärzten*. Unveröffentlichter Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Geburtenregelung und Schwangerenbetreuung. Wien.
- Wimmer-Puchinger, B., Bronneberg, G., Nowak, P. & Nowak, A. (1989). Gesprächstraining für die Anamneseerhebung im Rahmen der ersten Schwangerschaftskontrolluntersuchung: Ein Pilotprojekt an einer Frauenklinik. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie* 6/1989, 276-283.