

Medien · Kultur · Kommunikation

Dorothee Christiane Meinzer

Die Arzt-Patient- Beziehung in einer digitalisierten Welt

Zur kommunikativen Konstruktion
einer mediatisierten Beziehung



Springer VS

Medien • Kultur • Kommunikation

Reihe herausgegeben von

Andreas Hepp, Bremen, Deutschland

Friedrich Krotz, Bremen, Deutschland

Waldemar Vogelgesang, Trier, Deutschland

Maren Hartmann, Berlin, Deutschland

Kulturen sind heute nicht mehr jenseits von Medien vorstellbar: Ob wir an unsere eigene Kultur oder ‚fremde‘ Kulturen denken, diese sind umfassend mit Prozessen der Medienkommunikation verschränkt. Doch welchem Wandel sind Kulturen damit ausgesetzt? In welcher Beziehung stehen verschiedene Medien wie Film, Fernsehen, das Internet oder die Mobilkommunikation zu unterschiedlichen kulturellen Formen? Wie verändert sich Alltag unter dem Einfluss einer zunehmend globalisierten Medienkommunikation? Welche Medienkompetenzen sind notwendig, um sich in Gesellschaften zurecht zu finden, die von Medien durchdrungen sind? Es sind solche auf medialen und kulturellen Wandel und damit verbundene Herausforderungen und Konflikte bezogene Fragen, mit denen sich die Bände der Reihe „Medien – Kultur – Kommunikation“ auseinandersetzen. Dieses Themenfeld überschreitet dabei die Grenzen verschiedener sozial- und kulturwissenschaftlicher Disziplinen wie der Kommunikations- und Medienwissenschaft, der Soziologie, der Politikwissenschaft, der Anthropologie und der Sprach- und Literaturwissenschaften. Die verschiedenen Bände der Reihe zielen darauf, ausgehend von unterschiedlichen theoretischen und empirischen Zugängen, das komplexe Interdependenzverhältnis von Medien, Kultur und Kommunikation in einer breiten sozialwissenschaftlichen Perspektive zu fassen. Dabei soll die Reihe sowohl aktuelle Forschungen als auch Überblicksdarstellungen in diesem Bereich zugänglich machen.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/12694>

Dorothee Christiane Meinzer

Die Arzt-Patient- Beziehung in einer digitalisierten Welt

Zur kommunikativen Konstruktion
einer mediatisierten Beziehung

Dorothee Christiane Meinzer
Bremen, Deutschland

Dissertation Universität Bremen 2018. Diese Veröffentlichung lag dem Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen als Dissertation von Dorothee Christiane Meier vor.

Gutachter/in: Prof. Dr. Andreas Breiter

Gutachter/in: Prof. Dr. Andreas Hepp

Das Kolloquium fand am 14.02.2018 statt.

ISSN 2524-3160

ISSN 2524-3179 (electronic)

Medien • Kultur • Kommunikation

ISBN 978-3-658-26006-4

ISBN 978-3-658-26007-1 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-26007-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Danksagung

Das vorliegende Buch ist eine leicht überarbeitete Fassung meiner Dissertation, die ich am 14. Februar 2018 an der Universität Bremen verteidigt habe. In einem Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie (2004) bringt Anselm Strauss die Gefühlswelt von Forschenden folgendermaßen auf den Punkt: „[Forschung] ist oft sehr harte Arbeit, frustrierend und angstausslösend, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen!“ (ebd.). Zahlreiche Menschen haben dazu beigetragen, dass diese Dissertation entstehen konnte und mir der Spaß nicht abhandenkam. Ihnen gilt mein besonderer Dank.

Allen voran möchte ich den Ärztinnen, Ärzten und Praxismitarbeiterinnen danken, die mir ermöglichten an ihrem Praxisalltag teilzuhaben und das dortige kommunikative Handeln im Vollzug mitzuerleben. Gleichermäßen gilt mein Dank den Patientinnen und Patienten, die mir Vertrauen schenkten und bereitwillig über ihre gesundheitsbezogene Medienaneignung und die Beziehung zu ihren Ärztinnen und Ärzten berichteten.

Bei Prof. Dr. Andreas Breiter und Prof. Dr. Andreas Hepp möchte ich mich dafür bedanken, dass sie meine Dissertation betreuten und begutachteten. Ihr Interesse am Thema, stetige Denkanstöße und Motivation trugen maßgeblich zur Fertigstellung der Arbeit bei. Anregungen und wertvolles Feedback habe ich ferner von Prof. Dr. Friedrich Krotz (DFG-Schwerpunktprogramm ‚Mediatisierte Welten‘), Prof. Dr. Tobias Olsson (European Media and Communication Doctoral Summer School) und Prof. Dr. Eva Baumann sowie Prof. Dr. Constanze Rossmann (Nachwuchsworkshops der DGPK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation) bekommen.

Ich möchte darüber hinaus meinen Kolleginnen und Kollegen an der Universität Bremen sowie Freundinnen und Freunden danken, die mich durch zahlreiche fachliche und im besten Sinne wohlmeinende Gespräche auf meinem Weg begleitet haben. Stellvertretend danke ich Ines Averbek, Matthias Berg, Jan Broer, Karin Elbrecht, Jan Ewringmann, Julia Gantenberg, Ulrike Gerhard, Nele Heise, Hendrik Heuer, Marco Höhn, Juliane Jarke, Sigrid Kannengießner, Leif Kramp, Philipp Krieter, Sebastian Kubitschko, Katharina Lobinger, Franziska Marx, Anne Mollen,

Johanna Möller, Anke Offerhaus, Cindy Roitsch, Christina Sanko, Piet Simon, Monika Sowinska und Emese Stauke.

Ein herzliches Dankeschön gilt ferner Alina Klöpfer und Laura Thiele für die Unterstützung bei der Digitalisierung der Interviews, Monika Elsler und Heidrun Bornemann für das Korrektorat der Dissertation sowie Sabine Schöller für Hinweise zur Veröffentlichung im VS-Verlag.

Meiner Familie danke ich für ihre Geduld und ihren Zuspruch. Nicht unerwähnt darf dabei die wohl wichtigste Stütze bleiben: Mein bester Freund und Ehemann Nils.

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Die Arzt-Patient-Beziehung als kommunikative Konstruktion	9
2.1	Arzt-Patient-Beziehung als dynamischer situationsübergreifender Kommunikationsprozess	11
2.2	Arzt- und Patientenbild als kommunikative Konstruktion	20
2.3	Gesundheit und Krankheit als kommunikative Konstruktion	24
2.3.1	Gesundheit und Krankheit aus Sicht von Arzt und Patient	25
2.3.2	Kommunikative Konstruktion von intersubjektivem Wissen zu Gesundheit und Krankheit	28
2.4	Typen der kommunikativ konstruierten Arzt-Patient-Beziehung.....	32
2.5	Medien und die kommunikativ konstruierte Arzt-Patient- Beziehung	34
2.5.1	Mediatisierung als Metaprozess.....	36
2.5.2	Digitalisierung der gesundheitsbezogenen Medienumgebung	40
3	Studien zur Nutzung von Online-Angeboten im Kontext der Arzt- Patient-Beziehung	47
3.1	Aneignung von Wissen durch die Nutzung gesundheitsbezogener Online-Angebote	48
3.2	Thematisierung von gesundheitsbezogenen Online-Angeboten im Arzt-Patient-Gespräch	60
3.2.1	Thematisierung von gesundheitsbezogenen Internetinformationen durch Patienten	61
3.2.2	Ärztlicher Umgang mit internetinformierten Patienten.....	63
3.3	Nutzung gesundheitsbezogener Online-Angebote zur interpersonalen Kommunikation.....	68
3.3.1	Asynchrone Online-Kommunikation.....	70
3.3.2	Synchrone Online-Kommunikation	76

3.4	Entfaltung der kommunikativen Potenziale von gesundheitsbezogenen Online-Angeboten	79
3.5	Theoretische Implikationen zur Erforschung der kommunikativen Beziehungskonstruktion	82
4	Methodisches Vorgehen: Kommunikativ konstruierte Arzt-Patient-Beziehungen erforschen.....	95
4.1	Feldstudien in fünf Hausarztpraxen: Zugang, Auswahl und Beschreibung.....	98
4.1.1	Auswahl und Beschreibung der Hausarztpraxen und Hausärzte	100
4.1.2	Auswahl und Beschreibung der Patienten in den Hausarztpraxen	103
4.2	Datenerhebung durch qualitative Beobachtungen und qualitative Interviews	105
4.2.1	Qualitative Beobachtungen der kommunikativen Handlungen in Hausarztpraxen	107
4.2.2	Qualitative Interviews mit Hausärzten und deren Patienten	114
4.3	Datenauswertung nach den Analyseprinzipien der Grounded Theory	123
4.3.1	Prinzipien der Datenauswertung.....	124
4.3.2	Vorgehen bei der Datenauswertung.....	127
4.4	Methodische Herausforderungen	139
5	Beziehungsrelevante kommunikative Handlungen von Hausarzt und Patient	149
5.1	Mikro-Koordination	151
5.1.1	Mikro-Koordination im direkten Gespräch	153
5.1.2	Medienvermittelte Mikro-Koordination.....	157
5.1.3	Beschleunigung und Flexibilisierung der Mikro-Koordination durch Medien.....	162
5.2	Konstruktion von hausarztbezogenem Wissen.....	163

5.2.1	Konstruktion von hausarztbezogenem Wissen im direkten Gespräch	165
5.2.2	Medienvermittelte Konstruktion von hausarztbezogenem Wissen.....	167
5.2.3	Generierung und Ergänzung von hausarztbezogenem Wissen durch Medien.....	180
5.3	Konstruktion von patientenbezogenem Wissen.....	182
5.3.1	Konstruktion von patientenbezogenem Wissen im direkten Gespräch	183
5.3.2	Medienvermittelte Konstruktion von patientenbezogenem Wissen.....	194
5.3.3	Aktivierung, Veranschaulichung, Speicherung und Ergänzung von patientenbezogenem Wissen durch Medien	199
5.4	Konstruktion von gesundheitsbezogenem Wissen.....	200
5.4.1	Konstruktion von gesundheitsbezogenem Wissen im direkten Gespräch	203
5.4.2	Medienvermittelte Konstruktion von gesundheitsbezogenem Wissen.....	208
5.4.3	Re-Konstruktion von medial erworbenem gesundheitsbezogenem Wissen des Patienten im direkten Gespräch	213
5.4.4	Veranschaulichung, Ergänzung und Generierung von gesundheitsbezogenem Wissen durch Medien.....	232
5.5	Überblick über die beziehungsrelevanten kommunikativen Handlungen.....	233
6	Kommunikationsstile im Arzt-Patient-Gespräch	239
6.1	Zurückhaltende Kommunikation	242
6.2	Offene Kommunikation	248
6.3	Fordernde Kommunikation.....	258
6.4	Vergleich der Kommunikationsstile.....	267

7	Formen der gesundheitsbezogenen Medienaneignung	271
7.1	Formübergreifende Gemeinsamkeiten der gesundheitsbezogenen Medienaneignung.....	274
7.2	Marginale Medienaneignung.....	279
7.3	Fokussierte Medienaneignung.....	283
7.4	Extensive Medienaneignung.....	291
7.5	Vergleich der Medienaneignungsformen	300
8	Beziehungskonstruktionen unterschiedlicher Patiententypen	303
8.1	Beziehungskonstruktion der Unbedarften	308
8.2	Beziehungskonstruktion der Expertenorientierten	316
8.3	Beziehungskonstruktion der Eingeschränkt Interessierten.....	325
8.4	Beziehungskonstruktion der Souveränen	337
8.5	Beziehungskonstruktion der Wissensdurstigen.....	343
8.6	Ko-Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung durch die Fürsorglich Mitgestaltenden	352
8.7	Die Beziehungskonstruktion der Patiententypen im Vergleich	359
9	Die kommunikative Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung in einer digitalisierten Welt	367
9.1	Die Arzt-Patient-Beziehung als mediatisierte Beziehung.....	369
9.2	Die Arzt-Patient-Beziehung als stabile Beziehung	372
9.3	Die Arzt-Patient-Beziehung als ungleichförmige Beziehung.....	375
9.4	Die Arzt-Patient-Beziehung als thematisch geleitete Beziehung.....	379
	Anhang	385
	Literatur	387

Tabellen

Tab. 1:	Typologie der Arzt-Patient-Beziehung (eigene Übersetzung nach Roter und Hall (2006: 26)).....	33
Tab. 2:	Übersicht über die Charakteristika der untersuchten Hausarztpraxen (eigene Darstellung).....	101
Tab. 3:	Übersicht über die Charakteristika der 56 Patienten (eigene Darstellung)	105
Tab. 4:	Aufbau der Interviews mit Patienten und Ärzten entlang der typischen Phasen des PZI (eigene Darstellung)	118
Tab. 5:	Überblick über die ‚Medienangebots-Karten‘ (eigene Darstellung)	119
Tab. 6:	Kategorien zur Beschreibung der ‚beziehungsrelevanten kommunikativen Handlungen‘ von Ärzten und Patienten (eigene Darstellung).....	130
Tab. 7:	Kategorien zur Beschreibung der ‚gesundheitsbezogenen Medienaneignung‘ (eigene Darstellung).....	132
Tab. 8:	Kategorien zur Beschreibung der ‚direkten Arzt-Patient-Kommunikation‘ (eigene Darstellung)	133
Tab. 9:	Beispielhafter Auszug aus der Kategorie ‚Fragen-Stellen und Anweisungen-Geben‘ (eigene Darstellung).....	133
Tab. 10:	Ausprägungskombinationen der ‚gesundheitsbezogenen Medienaneignung‘ (eigene Darstellung).....	134
Tab. 11:	Ausprägungskombinationen der ‚direkten Arzt-Patient-Kommunikation‘ (eigene Darstellung)	135
Tab. 12:	Weitere Kategorien zur Beschreibung der kommunikativen Beziehungskonstruktion (eigene Darstellung).....	136
Tab. 13:	Typen der Arzt-Patient-Beziehung (eigene Darstellung).....	138
Tab. 14:	Verteilung der Patienten (N = 52) innerhalb des Merkmalsraums (eigene Darstellung)	139

Tab. 15:	Abspraken im Zuge der direkten Mikro-Koordination (eigene Darstellung).....	155
Tab. 16:	Beziehungsrelevante kommunikative Handlungen im Überblick (eigene Darstellung)	237
Tab. 17:	Kommunikationsstile im Arzt-Patient-Gespräch aus Perspektive der Patienten (eigene Darstellung)	241
Tab. 18:	Übersicht über die Kennzeichen der zurückhaltenden, offenen und fördernden Kommunikation im Arzt-Patient- Gespräch (eigene Darstellung)	269
Tab. 19:	Übersicht über die medialen gesundheitsbezogenen kommunikativen Handlungen der Patienten (eigene Darstellung)	273
Tab. 20:	Übersicht über die gesundheitsbezogenen Medienaneignungsformen (eigene Darstellung)	301
Tab. 21:	Patiententypen (N = 52) (eigene Darstellung)	305
Tab. 22:	Lebensphasen der Patienten (eigene Darstellung)	306
Tab. 23:	Klassifikation von Symptomen und Erkrankungen durch die Patienten (eigene Darstellung).....	307
Tab. 24:	Patiententypen im Vergleich (eigene Darstellung)	360
Tab. 25:	Stellenwert der unterschiedlichen ‚kommunikativen Gegenüber‘ im Prozess der Beziehungskonstruktion bei den einzelnen Patiententypen (eigene Darstellung)	364
Tab. 26:	Übersicht über die Verteilung der Patienten innerhalb des Merkmalsraums der Typologie	386

Abbildungen

Abb. 1:	Systematisierung gesundheitsbezogener Medienangebote und darauf aufbauende Kommunikationsformen (eigene Darstellung nach Meier (2014))	41
Abb. 2:	Beobachtungsleitfaden Arzt-Patient-Gespräch (eigene Darstellung)	112
Abb. 3:	Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996) (eigene Darstellung in Anlehnung an Strübing (2014: 25)).....	126
Abb. 4:	Modell der Kategorien zur Beschreibung der kommunikativen Beziehungskonstruktion in einer digitalisierten Welt (eigene Darstellung)	137
Abb. 5:	Beispielhafter Sprechstundenverlauf für eine zurückhaltende Kommunikation im Arzt-Patient-Gespräch (eigene Darstellung).....	243
Abb. 6:	Beispielhafter Sprechstundenverlauf für eine offene Kommunikation im Arzt-Patient-Gespräch (eigene Darstellung)	250
Abb. 7:	Beispielhafter Sprechstundenverlauf für eine fordernde Kommunikation im Arzt-Patient-Gespräch (eigene Darstellung)	260
Abb. 8:	Unterschiedliche Ausprägungen der marginalen Medienaneignung (eigene Darstellung).....	280
Abb. 9:	Unterschiedliche Ausprägungen der fokussierten Medienaneignung (eigene Darstellung).....	284
Abb. 10:	Unterschiedliche Ausprägungen der extensiven Medienaneignung (eigene Darstellung).....	292
Abb. 11:	Patienten des Typs der ‚Unbedarften‘ (eigene Darstellung)	309
Abb. 12:	Patienten des Typs der ‚Expertenorientierten‘ (eigene Darstellung)	317

Abb. 13:	Patienten des Typs der ‚Eingeschränkt Interessierten‘ (eigene Darstellung).....	327
Abb. 14:	Patienten des Typs der ‚Souveränen‘ (eigene Darstellung).....	338
Abb. 15:	Patienten des Typs der ‚Wissensdurstigen‘ (eigene Darstellung)	345
Abb. 16:	Patienten des Typs der ‚Fürsorglich Mitgestaltenden‘ (eigene Darstellung).....	354

Abkürzungen

EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
MFA	Medizinische Fachangestellte
MRT	Magnetresonanztomografie
PC	Personal Computer
PMS	Praxis-Management-System
PZI	Problemzentriertes Interview



1 Einleitung

Kommunikation ist für die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten wesentlich.¹ Durch Kommunikation lernen Ärzte und Patienten einander kennen und entwickeln ein gemeinsames Verständnis vom Gesundheitszustand des Patienten sowie von etwaigen therapeutischen Zielen und Maßnahmen. Die Kommunikation von Ärzten und Patienten findet in einer Welt statt, die im Zuge der gegenwärtigen „Mediatisierungswelle“ (Couldry/Hepp 2016: 48f.) durch eine zunehmende Digitalisierung gekennzeichnet ist. Das kommunikative Handeln und die Sinnggebung von Menschen sind immer stärker mit digitalen Medien verschränkt (vgl. z. B. Krotz et al. 2017; Livingstone 2009). In jüngerer Zeit sind insbesondere vielfältige gesundheitsbezogene Online-Angebote entstanden, also Dienste zur vernetzten computervermittelten Kommunikation, die über den PC, das Smartphone oder weitere digitale Endgeräte abgerufen und genutzt werden können. Sie haben das Spektrum an Medien erweitert, das Ärzten und Patienten als kommunikatives Potenzial zur Verfügung steht. Die Gesamtheit der kommunikativen Potenziale – die gesundheitsbezogene Medienumgebung – ermöglicht, dass sich die direkte Kommunikation der Beziehungspartner in immer mehr Formen der produzierten, der wechselseitigen und der virtualisierten Medienkommunikation ausdifferenziert (vgl. Hepp 2013b: 59). Zu den Anwendungen der produzierten Medienkommunikation gehören beispielsweise Ratgeber-Websites, die für nahezu jedes vorstellbare körperliche Symptom und Krankheitsbild Informationen bereithalten. Darüber hinaus zählen Online-Dienste zur wechselseitigen Medienkommunikation zur gesundheitsbezogenen Medienumgebung, wie etwa Services zum Text- oder Video-Chat, die den direkten Austausch zwischen Ärzten und Patienten ermöglichen. Schließlich stehen Ärzten und Patienten mehr und mehr Angebote zur virtualisierten Medienkommunikation zur Verfügung – dazu zählen unter anderem interaktive Systeme, mit deren Hilfe Patienten (automatisch) Körperdaten protokollieren und ihre alltägliche Lebensführung überwachen können.

¹ Da weder der Begriff des Arztes noch der des Patienten eine eingängige geschlechtsneutrale Entsprechung besitzt, werden im Folgenden zur besseren Lesbarkeit die Begrifflichkeiten ‚Arzt‘ und ‚Patient‘ verwendet, womit stets beide Geschlechter gemeint sind. In diesem Sinne wird von der ‚Arzt-Patient-Beziehung‘ und von der ‚Arzt-Patient-Kommunikation‘ gesprochen.

Welche Konsequenzen sich aus den kommunikativen Potenzialen von gesundheitsbezogenen Online-Angeboten für die Arzt-Patient-Beziehung ergeben, wird im öffentlichen Diskurs zum Teil kontrovers diskutiert. So wird beispielsweise angenommen, dass sich die Rolle medizinischer Experten – insbesondere des Hausarztes – durch die Möglichkeiten zum online-basierten Wissenserwerb drastisch ändern werde. „Dr. Google wird bald den Hausarzt ersetzen“ (Husen 2017), prognostiziert etwa die Zeitung ‚Die Welt‘. Schließlich böten Suchmaschinen – im Gegensatz zum Arzt – schon heute eine „uneingeschränkte Verfügbarkeit“ (ebd.) und würden „in absehbarer Zeit“ (ebd.) dank künstlicher Intelligenz und Smart-Data-Analysen noch an Relevanz gewinnen (vgl. ebd.). Der wie angenommen zurückgehenden Relevanz von medizinischen Experten steht eine vermutete Re-Affirmation ebenjener Experten als einordnende Instanzen entgegen. So heißt es beispielsweise in der ‚Augsburger Allgemeinen‘, dass die vielfältigen Informationen, die online zur Verfügung stehen, häufig zu „Verwirrung und Angst“ (Reif 2017) bei den Patienten führten. Der Hausarzt sei „durch die Hilfestellung, die er beim Einordnen der Informationen geben kann, heute wichtiger denn je“ (ebd.). Nicht nur die neuen Möglichkeiten für Patienten, sich über das Internet Wissen anzueignen, und die damit verbundenen Konsequenzen für den Arzt und die Arzt-Patient-Beziehung werden in der öffentlichen Debatte reflektiert. Auch die Potenziale zur wechselseitigen Online-Kommunikation finden im Diskurs Berücksichtigung. Schließlich gehören seit Mitte des Jahres 2017 Video-Sprechstunden zum Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherungen (vgl. z. B. Martenstein/Wienke 2016). Die neu regulierten technischen Kommunikationsmöglichkeiten versprachen, dass Patienten durch ihren Hausarzt besser und komfortabler versorgt werden könnten, wenngleich das „digitale Praxiszimmer“ (Balzter 2017) und „der heiße Draht zum Hausarzt“ (ebd.) – aus Sicht des FAZ-Autors – bislang nicht alltäglich seien:

Da preisen seit Jahren alle die Segnungen der Digitalisierung, da fließen viele Millionen Euro in einen Innovationsfonds für Forschungsprojekte mit schicken Titeln, da versprechen Konzerne in der Werbung für ihre Supercomputer am Krankenbett das Blaue vom Himmel, da zimmert der zuständige Minister mit viel Brimborium sogar ein eigenes „E-Health“-Gesetz. Dumm nur, dass so wenig dabei herauskommt. Jedenfalls für den 08/15-Patienten, der in diesem nasskalten Februar mit Kopfweh und Gliederschmerzen aufwacht und genau weiß, was auf ihn zukommt: der Weg zur Arztpraxis, anderthalb Stunden Wartezeit zwischen

hustenden Mitleidenden, danach eine Zwei-Minuten-Diagnose und ein Rezept, dann der Gang in die nächste Apotheke, hoffentlich noch rechtzeitig vor deren Mittagspause, schließlich die Rückkehr nach Hause ins Bett. Das kostet den Kranken viel Kraft und die Krankenkasse viel Geld. Aber anders geht es ja nicht. (ebd.)

Auch Apps zur virtualisierten Medienkommunikation sind Thema der öffentlichen Auseinandersetzung. Sie werden als „digitale Helfer“ (Bauer 2017) oder „Assistenten“ (ebd.) bezeichnet, die „den Alltag von Ärzten und Patienten [begleiten]“ (ebd.). Apps und Handyzubehör „durchleuchten den menschlichen Körper“ (Müller 2017b) und ermöglichen, in Zukunft „präzisere Diagnosen [zu] stellen [...] als ein Mediziner“ (ebd.), wie der ‚Spiegel‘ in einem Beitrag meint. Die Auszüge aus dem öffentlichen Diskurs verweisen darauf, dass Ärzte und Patienten ihre Beziehungen zunehmend unter sich wandelnden medialen Bedingungen gestalten (werden). Vor dem Hintergrund der sich ausdifferenzierenden gesundheitsbezogenen Medienumgebung und der damit einhergehenden Entstehung neuer Kommunikationspotenziale zur produzierten, zur wechselseitigen und zur virtualisierten Medienkommunikation widmet sich diese Studie den Konsequenzen, die sich aus der Aneignung der gesundheitsbezogenen Online-Angebote für die Arzt-Patient-Beziehung ergeben.² Das Forschungsinteresse konkretisiert sich in der folgenden Forschungsfrage: ‚Wie wird die kommunikative Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung durch die Aneignung gesundheitsbezogener Online-Angebote geprägt?‘

Mit dieser Fragestellung knüpft die Studie an bestehende Forschungsarbeiten an, die sich mit dem Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Internetnutzung und der Arzt-Patient-Beziehung befassen. Diese sind insbesondere im angloamerikanischen Sprachraum entstanden und stammen aus den Wissenschaftsdisziplinen der Medizin, der Gesundheitswissenschaft, der (Medizin-)Soziologie und der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Zugleich hebt sich

² Der Aneignungsbegriff wird in dieser Studie in zweifacher Hinsicht verwendet. Zum einen bezieht er sich auf die Aneignung von Medien bzw. Online-Angeboten, zum anderen auf die Aneignung von Wissen. Beide Konzepte hängen insofern zusammen, als dass mit der Medienaneignung die Aneignung von Wissen einhergeht (wenngleich diese nicht unbedingt der primäre Zweck der Medienaneignung sein muss). Andersherum kann die Medienaneignung Teil von umfassenderen Prozessen der Wissensaneignung sein.

die vorliegende Studie vom Großteil der bisherigen Arbeiten durch ihre *sozialtheoretische Fundierung und ihre integrative Perspektive* ab. Sie liefert ein kommunikations- und medienwissenschaftliches Verständnis des prominent erforschten Phänomens der Arzt-Patient-Beziehung und trägt dadurch auch zum Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation bei, das sich in der deutschsprachigen Kommunikations- und Medienwissenschaft derzeit in der Etablierungsphase befindet (vgl. Baumann/Hurrelmann 2014).³

Das theoretische Fundament dieser Studie ist der Kommunikative Konstruktivismus (vgl. Hepp et al. 2017; Keller et al. 2013), der als Fortführung des von Berger und Luckmann (2013) begründeten Sozialkonstruktivismus verstanden wird.⁴ Der Kommunikative Konstruktivismus liefert eine sozial- und kommunikationstheoretische Fundierung der Arzt-Patient-Beziehung. Die Arzt-Patient-Beziehung stellt demnach einen kontinuierlichen, situationsübergreifenden Konstruktionsprozess dar, der unterschiedlich verlaufen und über seine je spezifische Kommunikation charakterisiert werden kann. Neben dem Kommunikativen Konstruktivismus bildet die sozialkonstruktivistische Tradition der Mediatisierungsforschung eine theoretische Grundlage der Arbeit (vgl. Krotz 2009). Dieser Forschungstradition folgend wird argumentiert, dass Medien im Zuge des Metaprozesses der Mediatisierung die kommunikative Konstruktion von Wirklichkeit – also auch die kommunikative Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung – „mal mehr und mal weniger, mal schneller und mal langsamer [verändern]“ (Krotz 2010: 107) (vgl. auch Couldry/Hepp 2016; Knoblauch 2013a; Krotz 2001).⁵ Diese

³ Zahlreiche ‚Klassiker-Autoren‘ – vor allem der Soziologie – haben sich in ihrer Wissenschaftslaufbahn mit der Arzt-Patient-Beziehung auseinandergesetzt. In diesem Sinne lässt sich von einer ‚prominent erforschten Sozialbeziehung‘ sprechen. Von Parsons (1958) wurde beispielsweise die Arzt-Patient-Beziehung aus einer strukturfunktionalistischen Perspektive analysiert und modelliert. Glaser und Strauss (1966) befassten sich in ihrer Arbeit mit der Akteurs-Konstellation von im Sterben liegenden Patienten, deren Angehörigen, Ärzten und Krankenschwestern in Krankenhäusern. Foucault (1988) beschäftigte sich mit dem ärztlichen Blick, der das Individuum zum Träger einer Krankheit macht.

⁴ Das von Berger und Luckmann verfasste Werk ‚Die gesellschaftliche Konstruktion von Wirklichkeit‘ gilt als eines der Schlüsselwerke des Sozialkonstruktivismus (vgl. Abels/König 2016: 151). Es wurde 1966 in der englischsprachigen Erstausgabe unter dem Titel ‚The Social Construction of Reality‘ publiziert. Die deutsche Übersetzung folgte im Jahr 1969.

⁵ Als Metaprozess lässt sich Mediatisierung fassen, da es sich dabei um einen fortwährenden und kulturübergreifenden „Prozess von Prozessen“ (Krotz 2012: 38) handelt, der zudem mit anderen Metaprozessen wie Globalisierung, Individualisierung oder Ökonomisierung in Beziehung steht (vgl. Krotz

Veränderung der kommunikativen Wirklichkeitskonstruktion findet dann statt, wenn Medien angeeignet – also in alltägliche kommunikative Handlungen integriert – werden (vgl. Hepp 2012; Röser/Peil 2014). Durch die Aneignung entfalten Medien jeweils „ein bestimmtes Handlungspotenzial, das man als Prägkraft von Medien charakterisieren kann“ (Hepp 2013b: 53).

Diese theoretische Perspektive ermöglicht, anders als bisherige Forschungsansätze, wie später detailliert herausgestellt wird, eine integrative Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Arzt-Patient-Beziehung und der Internetnutzung. Sie betrachtet gesundheitsbezogene *Online-Angebote als essenziellen Bestandteil der kommunikativen Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung*, ohne deren Einbezug diese nicht angemessen empirisch untersucht werden kann. Gesundheitsbezogene Online-Angebote sind nichts, das außerhalb der Arzt-Patient-Beziehung liegt. Vielmehr werden sie von Ärzten und Patienten zum Bestandteil der kommunikativen Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung gemacht, indem sie in alltägliche Handlungsabläufe eingebunden werden. Durch diese Alltagsintegration erhalten Medien ihre Bedeutung. Der Kommunikative Konstruktivismus und die Mediatisierungsforschung legen nahe, dass die Bedeutung gesundheitsbezogener Online-Angebote für die kommunikative Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung nur dann verstanden werden kann, wenn das gesamte Spektrum beziehungsrelevanter kommunikativer Handlungen von Ärzten und Patienten in den Blick genommen wird. Zu dem Gesamtspektrum der kommunikativen Handlungen zählt zunächst das direkte Arzt-Patient-Gespräch. Darüber hinaus sind gesundheitsbezogene Online-Angebote Teil der Medienrepertoires von Ärzten und Patienten, zu denen auch ‚traditionelle‘ Medienangebote gehören (z. B. gesundheitsbezogene Print-Zeitschriften oder Fernsehsendungen). Die Potenziale gesundheitsbezogener Online-Angebote entfalten sich entsprechend im Zusammenspiel mit solchen ‚traditionellen‘ Medienangeboten, deren Bedeutung sie mitunter modifizieren, indem sie das medienvermittelte kommunikative Handlungsspektrum weiter ausdifferenzieren. Schließlich ist die Kommunikation mit Personen aus

2007a). Begreift man Mediatisierung als Metaprozess, kann dieser nicht in Gänze erfasst werden, sondern muss für verschiedene Kulturen und historische Phasen untersucht werden, da er sich in Abhängigkeit von diesen Zusammenhängen unterschiedlich und ungleichzeitig entwickelt (vgl. Krotz 2012: 38, 2015: 440).

dem interpersonalen gesundheitsbezogenen Kommunikationsrepertoire von Ärzten und Patienten relevant für die kommunikative Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung. Dazu gehört die Kommunikation der Ärzte mit den Praxismitarbeitern und mit anderen Ärzten ebenso wie die Kommunikation der Patienten mit Personen aus ihrem sozialen Umfeld (beispielsweise mit Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten).

Diese, auf dem Kommunikativen Konstruktivismus und dem Mediatisierungsansatz fußende, integrative Perspektive schlägt sich in folgenden *forschungsleitenden Prämissen* nieder, die in dieser Studie verfolgt werden. Erstens wird der Alltag als Kommunikationskontext von Patienten und Ärzten in den Blick genommen. Zweitens wird die direkte Kommunikation von Arzt und Patient in die Analyse einbezogen. Drittens wird die Aneignung gesundheitsbezogener Online-Angebote im Zusammenspiel des gesamten Medienrepertoires von Ärzten und Patienten betrachtet. Viertens wird das interpersonale gesundheitsbezogene Kommunikationsrepertoire berücksichtigt.

Am Beispiel der *Hausarzt-Patient-Beziehung* wird untersucht, wie die Aneignung gesundheitsbezogener Online-Angebote die kommunikative Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung prägt. Die Hausarzt-Patient-Beziehung zeichnet sich unter anderem durch ihre langfristige Anlage, ihr großes Maß an Intimität, den besonderen Stellenwert der Kommunikation für das Erreichen von therapeutischen Zielen und eine heterogene Zusammensetzung der Patienten aus (vgl. Braunack-Mayer 2006; Grief 2009; Klein 2009). Zur Erforschung der kommunikativen Konstruktion der Hausarzt-Patient-Beziehung in einer digitalisierten Welt wurden qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden eingesetzt. Die Datenbasis der Studie wurde im Zuge von jeweils mehrtägigen Feldaufenthalten in fünf allgemeinmedizinischen Praxen generiert. Hier wurden die kommunikativen Vorgänge in 160 Sprechstunden, am Empfang und in den Wartebereichen der Praxen beobachtet und qualitative Interviews mit Ärzten und Patienten geführt. In den insgesamt 56 Patienten-Interviews wurden die Gesprächspartner zur Kommunikation mit ihrem Hausarzt, zu ihrer gesundheitsbezogenen Medienaneignung sowie zu ihrem interpersonalen Kommunikationsrepertoire befragt. Mit den Hausärzten der Praxen wurden diese Themenkomplexe ebenfalls diskutiert.

Aufbau der Arbeit

Die Studie gliedert sich in *neun Kapitel*. Im Anschluss an die Einleitung wird im *zweiten Kapitel* die zugrunde liegende theoretische Perspektive dargelegt. Zum einen werden die Grundannahmen des Kommunikativen Konstruktivismus dargestellt und auf die Arzt-Patient-Beziehung angewendet, indem ein prozessorientiertes kommunikationskonstruktivistisches Modell der Arzt-Patient-Beziehung entwickelt wird. Zum anderen wird das Mediatisierungskonzept eingeführt und vor dem Hintergrund einer sich ausdifferenzierenden gesundheitsbezogenen Medienumgebung argumentiert, dass sich die kommunikative Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung nicht mehr ohne Medien verstehen lässt.

Den Kommunikationspotenzialen, die Online-Angebote im Kontext der Arzt-Patient-Beziehung entfalten, widmen sich zahlreiche Studien, die im *dritten Kapitel* betrachtet werden. Die Studien beleuchten aus unterschiedlichen Blickwinkeln die Internetnutzung im Kontext der Arzt-Patient-Beziehung, wobei sich drei wesentliche Forschungsfelder ausmachen lassen. Zum ersten Forschungsfeld zählen Untersuchungen, in denen die online-basierte Wissensaneignung der Patienten erforscht und der Frage nachgegangen wird, welche Konsequenzen sich aus der Wissensaneignung der Patienten für die Arzt-Patient-Beziehung ergeben. Das zweite Forschungsfeld umfasst Studien, die sich mit der Thematisierung des online erworbenen Wissens der Patienten im direkten Arzt-Patient-Gespräch auseinandersetzen. Zum dritten Forschungsfeld gehören Arbeiten, die sich mit den Möglichkeiten zur medienvermittelten interpersonalen Arzt-Patient-Kommunikation beschäftigen. Kernstück des Kapitels ist eine Bilanzierung der bestehenden Forschungsarbeiten aus Perspektive des Kommunikativen Konstruktivismus, in der Desiderate der bestehenden Forschung identifiziert und Prämissen für die Erforschung der kommunikativen Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung abgeleitet werden.

Dem methodischen Vorgehen widmet sich das *vierte Kapitel*. Hier wird beschrieben und begründet, wie die kommunikative Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung in dieser Studie qualitativ untersucht wurde. Zunächst wird die Auswahl der untersuchten Hausarztpraxen (und der begleiteten Hausärzte) sowie der beobachteten und befragten Patienten beschrieben. Daran schließt die Präsentation der Datenerhebung an, die – durch eine Kombination aus Beobachtungen und Interviews – als Methodentriangulation angelegt war. Im Anschluss daran

wird das Vorgehen der Datenauswertung erläutert, die sich am Kodierverfahren der Grounded Theory orientierte. Abschließend wird erörtert, welche Herausforderungen sich im Zuge des methodischen Vorgehens ergaben.

Die Ergebnisse der Studie werden in den *Kapiteln fünf bis acht* präsentiert. Im *fünften Kapitel* wird das gesamte Spektrum an beziehungsrelevanten kommunikativen Handlungen dargestellt, das im Zuge der Studie identifiziert werden konnte. Dabei wird verdeutlicht, wie gesundheitsbezogene Medienangebote im Allgemeinen und Online-Angebote im Speziellen die verschiedenen kommunikativen Handlungen prägen können. Darauf aufbauend werden in den *Kapiteln sechs und sieben* aus der Perspektive der Patienten unterschiedliche Kommunikationsstile im Arzt-Patient-Gespräch und verschiedene Formen der gesundheitsbezogenen Medienaneignung unterschieden. Da die Beziehungskonstruktion im direkten Arzt-Patient-Gespräch und die Medienaneignung Teil des situationsübergreifenden Gesamtprozesses der kommunikativen Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung sind, werden die unterschiedlichen Kommunikationsstile und die unterschiedlichen Formen der Medienaneignung im *achten Kapitel* in einer Patiententypologie integriert. Diese Typologie präsentiert insgesamt fünf Grundtypen, die eine jeweils spezifische Beziehungskonstruktion aufweisen. Im *neunten Kapitel* werden die Ergebnisse der Studie in den wissenschaftlichen Diskurs um die Mediatisierung eingeordnet. Mit Hilfe des Konzepts der handlungsleitenden Themen wird die ungleichförmige mediale Prägung der Beziehungskonstruktion der verschiedenen Patiententypen erklärt, um abschließend Perspektiven für die zukünftige Forschung aufzuzeigen.



2 Die Arzt-Patient-Beziehung als kommunikative Konstruktion

In diesem Kapitel wird – aus kommunikations- und medienwissenschaftlicher Perspektive – das theoretische Verständnis von der Arzt-Patient-Beziehung dargestellt, das der vorliegenden Studie zugrunde liegt. Wie bereits einleitend betont, stellt der Kommunikative Konstruktivismus das theoretische Fundament der Arbeit dar. Dementsprechend fußen auch die folgenden theoretischen Überlegungen auf dieser Tradition.

Der *Kommunikative Konstruktivismus* schließt an den von Berger und Luckmann (2013) begründeten Sozialkonstruktivismus an und greift dessen spätere Weiterentwicklung durch Luckmann (2006) auf.⁶ Die Grundannahmen des Kommunikativen Konstruktivismus wurden sowohl von Soziologen wie Keller (2013), Knoblauch (2013a) und Reichertz (2017), als auch von Kommunikations- und Medienwissenschaftlern wie Couldry und Hepp (2016) formuliert. Der Kommunikative Konstruktivismus definiert Kommunikation als Basisprozess, der gesellschaftliche Wirklichkeit konstruiert (vgl. Keller et al. 2013: 11; Knoblauch 2013a: 297). Wie der Sozialkonstruktivismus steht der Kommunikative Konstruktivismus in der Tradition der Soziologie von Weber (1976), die soziales Handeln als „den Kern des Sozialen“ (Knoblauch 2013b: 27) definiert (vgl. ebd.). Im Verständnis des Kommunikativen Konstruktivismus kann jedes soziale Handeln als kommunikatives Handeln gedeutet werden, wenn die subjektiv sinnhafte Orientierung Handelnder an anderen Handelnden beobachtbar und erfahrbar ist (vgl. ebd.). Der Kommunikationsbegriff, der dem Kommunikativen Konstruktivismus zugrunde liegt, hebt darauf ab, dass durch Kommunikation Identität, Beziehung, Gesellschaft und Wirklichkeit geschaffen werden (vgl. z. B. Keller et al. 2013: 13; Reichertz 2010: 95).

⁶ Luckmann (2006) selbst fasst die soziale Konstruktion später als ‚kommunikative Konstruktion‘ und konstatiert, dass gesellschaftliche Wirklichkeiten in und durch Kommunikation „konstruiert, erhalten, übermittelt, verändert und gegebenenfalls zerstört“ (ebd.: 20) werden. Luckmann (2006) spitzt damit die These der gesellschaftlichen Konstruktion von Wirklichkeit zu – hin zur These der kommunikativen Konstruktion von Wirklichkeit (vgl. Schnettler 2011: 218). Vertiefende Ausführungen zum Verständnis von der kommunikativen Konstruktion von Wirklichkeit bei Luckmann finden sich beispielsweise bei Averbek-Lietz und Kollegen (2010), Averbek-Lietz (2015: 195ff.) und Schnettler (2011).

Kommunikatives Handeln ist also vorrangig kein Werkzeug, kein Medium für die Übertragung von Wissen und Bedeutung von einem zum anderen. Kommunikatives Handeln ist das Werkzeug, mit dem Menschen das Wissen und somit auch ihre Wirklichkeit schaffen. (Reichertz 2017: 265)

Der kommunikative Prozess, der aus der subjektiven Welt eines einzelnen Individuums eine intersubjektive Welt – eine gesellschaftliche Wirklichkeit – schafft, wird als Objektivation bezeichnet.⁷ Durch Kommunikation werden Gegenständen, Körpern, Handlungen etc. mittels Zeichen gemeinsam geteilte Bedeutungen zugeschrieben (vgl. Berger/Luckmann 2013: 36ff.). In diesem Sinne lässt sich mit Krotz (2007a) davon sprechen, dass Menschen eine symbolische Welt kommunikativ konstruieren (vgl. ebd.: 51ff.): „Menschen leben in einer Welt aus gedeuteten Symbolen, die sie als Gesellschaftswesen in ihren Interaktionen konstruieren“ (ebd.: 56). Im Umkehrschluss handeln Menschen als „Bewohner einer kommunikativ konstruierten symbolischen Welt“ (ebd.: 52) wiederum auf Grundlage derjenigen Bedeutungen, die Objekte bzw. Objektivationen für sie besitzen. Der Begriff der Objektivation besitzt also eine doppelte Bedeutung. Neben dem Prozess der Zuschreibung bezieht er sich auf die unterschiedlichen Bedeutungsträger, die unabhängig von Raum und Zeit existieren (vgl. Knoblauch 2013a: 302f.). Als ein solcher Bedeutungsträger fungiert Sprache – sie ist ein „Speicher angehäufter Erfahrungen und Bedeutungen“ (Berger/Luckmann 2013: 39), der räumliche, zeitliche und gesellschaftliche Grenzen transzendieren kann (vgl. ebd.: 41). Sprache ermöglicht dem Individuum, in einem „einsamen Selbstgespräch eine ganze Welt in einem Nu entstehen“ (ebd.) zu lassen. Sprachliche Objektivationen sind nicht starr, sondern sind in der Lage, sich an neue Erfahrungen anzupassen (vgl. ebd.). Während Berger und Luckmann (2013) stark auf die Sprache als Objektivation fokussieren, betont der Kommunikative Konstruktivismus, dass neben der Sprache auch „materielle Anzeichen, körperliche Verhaltensweisen, Mimik und Gestik“ (Knoblauch 2013b: 29) als Bedeutungsträger – als Objektivationen – fungieren.

⁷ Alternativ zum Begriff der Objektivation verwenden Berger und Luckmann (2013) den Begriff der „Vergegenständlichung“ (ebd.: 65). Berger und Kellner (1965) sprechen gleichbedeutend von „Objektivierung“ (ebd.: 225).

Ein Verständnis von der Arzt-Patient-Beziehung, das der beschriebenen Grundposition des Kommunikativen Konstruktivismus entspricht, wird im Folgenden ausgeführt. Zunächst wird gezeigt, dass sich die Arzt-Patient-Beziehung aus kommunikationskonstruktivistischer Sicht als situationsübergreifender und dynamischer Kommunikationsprozess begreifen lässt, der in Situationen der direkten wechselseitigen Kommunikation entsteht und aktualisiert wird. In einem zweiten Schritt wird darauf aufbauend dargelegt, wie die Beziehungspartner in diesem Kommunikationsprozess, insbesondere in Situationen der wechselseitigen Kommunikation, einander kennenlernen und ein Bild voneinander entwickeln. Dabei adressieren und erleben Arzt und Patient einander sowohl als Träger von sozialen Rollen wie auch als Individuen. Daraufhin wird präsentiert, wie innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung Verständigung über den gegenwärtigen Gesundheitszustand des Patienten und über eventuelle Behandlungsoptionen erzielt wird. Auf Basis des jeweils spezifischen Wissens, das Arzt und Patient in ihre Begegnungen einbringen, werden Gesundheitszustand und etwaige Behandlung des Patienten kommunikativ ausgehandelt. Darauf aufbauend wird erörtert, dass sich anhand der Beteiligung der Beziehungspartner am Kommunikationsverlauf spezifische Typen der Arzt-Patient-Beziehung unterscheiden lassen. Im abschließenden Teilkapitel werden die Überlegungen auf die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit zugespitzt. Es wird aufgezeigt, dass – vor dem Hintergrund einer sich ausdifferenzierenden Medienumgebung – die kommunikative Konstruktion der Arzt-Patient-Beziehung nicht mehr ohne Medien verstanden werden kann. Dabei wird gezeigt, dass auf Basis der Digitalisierung zahlreiche gesundheitsbezogene Online-Angebote entstanden sind, die Ärzten und Patienten spezifische Potenziale eröffnen, die ihre beziehungsrelevante Kommunikation prägen können

2.1 Arzt-Patient-Beziehung als dynamischer situationsübergreifender Kommunikationsprozess

In diesem Teilkapitel wird gezeigt, dass sich die Arzt-Patient-Beziehung aus Sicht des Kommunikativen Konstruktivismus als situationsübergreifender und dynamischer Kommunikationsprozess begreifen lässt, innerhalb dessen Arzt und Patient einander kennenlernen und ein gemeinsames auf den Gesundheitszustand des Patienten bezogenes intersubjektives Wissen konstruieren. Dieses Verständnis von

der Arzt-Patient-Beziehung wird anhand von drei Definitionen sozialer Beziehungen, die das soziale bzw. kommunikative Handeln in den Mittelpunkt stellen, vertiefend erörtert. Ausgangspunkt der Darstellung ist die Definition einer sozialen Beziehung von Weber (1976). An diese Definition schließen sowohl Schütz und Luckmann (2003) als auch Krotz (2004, 2007a) an.

Nach Weber (1976) ist das Mindestmaß einer sozialen Beziehung erfüllt, wenn das soziale Handeln mehrerer Akteure wechselseitig aufeinander eingestellt ist:

Soziale „Beziehung“ soll ein seinem Sinngehalt nach aufeinander gegenseitig *eingestelltes* und dadurch orientiertes Sichverhalten mehrerer heißen. Die soziale Beziehung *besteht* also durchaus und ganz ausschließlich: in der *Chance*, daß in einer (sinnhaft) angebbaren Art sozial gehandelt wird, einerlei zunächst: worauf diese Chance beruht. (ebd.: 13; Herv. i. O.)

Die Beziehungspartner orientieren ihr Handeln (ganz oder zum Teil) an ausgewählten Einstellungen des Gegenübers, die diesem – aufgrund von vergangenem, gegenwärtigem oder erwartetem sozialen Handeln – unterstellt werden, was „für den Ablauf des Handelns und die Gestaltung der Beziehung Konsequenzen haben kann und meist wird“ (ebd.: 14). Weber argumentiert, dass die Beziehungspartner nicht notwendigerweise „den *gleichen* Sinngehalt in die soziale Beziehung legen oder sich sinnhaft entsprechend der Einstellung des Gegenpartners innerlich zu ihm einstellen, dass also in *diesem* Sinn ‚Gegenseitigkeit‘ besteht“ (ebd.: 13; Herv. i. O.). Vielmehr stellt eine „völlig und restlos auf gegenseitiger *sinnentsprechender* Einstellung ruhende soziale Beziehung“ (ebd.: 14; Herv. i. O.) die Ausnahme dar. Sofern die wechselseitigen Sinnunterstellungen überwiegend übereinstimmen, also die „durchschnittlichen“ (ebd.) Erwartungen einander entsprechen, bezeichnet Weber eine soziale Beziehung als „objektiv beiderseitig“ (ebd.). Wenn keine Übereinstimmung des wechselseitig unterstellten Sinns vorliegt, ordnet Weber diese soziale Beziehung als von beiden Seiten „objektiv einseitig“ (ebd.) ein. Wenn beispielsweise ein Patient mit Ohrenscherzen von seinem Hausarzt erwartet, dass dieser ihn direkt vor Ort behandelt, der Hausarzt es jedoch vorzieht, den Patienten an einen Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten zu überweisen, dann liegt eine objektiv einseitige soziale Beziehung vor. Eine Arzt-Patient-Beziehung wäre ebenso objektiv einseitig, wenn ein Patient von seinem Hausarzt Erzählungen aus dem Privatleben erwartet, wie er sie von Freunden hört, der Hausarzt sich jedoch

auf eine professionelle und auf den Gesundheitszustand des Patienten bezogene Kommunikation beschränkt.

Weber betont darüber hinaus, dass sich der Sinngehalt einer sozialen Beziehung in deren Verlauf verändern kann (vgl. ebd.). Wie eine solche Wandlung aussehen kann, lässt sich am folgenden Beispiel für die Patientenseite illustrieren. So kann sich etwa die Erwartung eines Patienten seinem Arzt gegenüber aufgrund der Diagnose einer chronischen Erkrankung verändern. Während dieser Patient vor der Diagnose von seinem Arzt ausschließlich Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erwartete, ist es ihm nun wichtig, dass der Mediziner sich Zeit für ihn nimmt und ihm hilft, die chronische Erkrankung besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können. Webers Definition besagt ferner, dass soziale Beziehungen von unterschiedlicher Dauer sind. Der Fortbestand einer sozialen Beziehung ist daran gebunden, dass „die Chance einer kontinuierlichen *Wiederkehr* eines sinnentsprechenden (d. h. dafür geltenden und demgemäß erwarteten) Verhaltens besteht“ (ebd.; Herv. i. O.). Hierbei verdeutlicht Weber, dass eine soziale Beziehung nicht nur tatsächliches gegenseitiges soziales Handeln umfasst, sondern dass auch die Möglichkeit („Chance“) zur wechselseitigen Bezugnahme einbezogen ist, was die Beständigkeit einer Beziehung sichert. Dementsprechend endet beispielsweise eine Beziehung zwischen einem Arzt und einem Patienten nicht, nur weil der Patient gegenwärtig keine Beschwerden vorzuweisen hat und es auch schon seit längerer Zeit zu keiner Begegnung zwischen den beiden Beziehungspartnern gekommen ist und in naher Zukunft eventuell nicht kommen wird.

Schütz und Luckmann (2003) beziehen sich bei ihren Beschreibungen einer sozialen Beziehung (teils explizit – vgl. beispielsweise ebd.: 113) auf Webers vielzitierte Definition. Auch sie gehen davon aus, dass soziale Beziehungen durch soziales Handeln – das sie als „gesellschaftliches Handeln“ (ebd.: 548) bezeichnen und „dessen Sinn sich vom Entwurf her auf Andere bezieht“ (ebd.) – entstehen und fortbestehen. Schütz und Luckmann betonen die wechselseitige Erwartung der regelmäßigen Wiederkehr wechselseitiger Handlungen als stabilisierendes Charakteristikum einer sozialen Beziehung, das den Fortbestand der Beziehung sichert:

Soziale Beziehungen entstehen im gesellschaftlichen Handeln. Ihr Fortbestand beruht auf der *wechselseitigen* Erwartung der regelmäßigen (je nach Art der Beziehung häufigen oder seltenen) Wiederkehr *wechselseitiger* Handlungen – und zwar nicht irgendwelcher, sondern bestimmter: auch hinsichtlich ihrer

Unmittelbarkeit oder Mittelbarkeit bzw. einer Abfolge von Mittelbarkeit oder Unmittelbarkeit bestimmter. Die Form der gesellschaftlichen Handlungen, auf welche Erwartungen hinblicken, bildet daher den Kern sozialer Beziehungen. (ebd.: 583; Herv. i. O.)

Das wechselseitige gesellschaftliche Handeln, das dadurch gekennzeichnet ist, dass der „Entwurf“ (ebd.: 548) auf eine Antwort des Adressaten angelegt ist, unterscheiden Luckmann und Schütz in unmittelbares und mittelbares gesellschaftliches Handeln (vgl. ebd.: 548ff.). Unmittelbares gesellschaftliches Handeln liegt vor, wenn sich die Erwartungen des Handelnden an einen „Mitmenschen“ (ebd.: 103) in Reichweite richten, der vom Handelnden gehört, gesehen, gerochen oder gespürt werden kann. Ein mittelbares gesellschaftliches Handeln hingegen ist dadurch gekennzeichnet, dass die Erwartungen sich an einen „Zeitgenossen“ (ebd.: 110) richten, der für den Handelnden nicht unmittelbar erfahrbar ist. (vgl. ebd.: 548ff.) Der Handlungsentwurf richtet sich an „einen abwesenden Einzelnen“ (Luckmann 1992: 119) – sei es eine konkrete Person oder ein Typus. Beide Handlungsformen bilden die Pole eines Kontinuums, zwischen denen unterschiedliche „Übergangsformen“ (Schütz/Luckmann 2003: 111) existieren. Solcherlei Übergangsformen bewegen sich zwischen der mittelbaren gesellschaftlichen Handlung, die allein auf der „Erinnerung an [die] frühere Gegenwart“ (ebd.: 583) oder auf der „phantasierende[n] Vorwegnahme zukünftiger Begegnungen“ (ebd.) eines Gegenübers beruht, und dem Face-to-Face-Gespräch (vgl. ebd.). Ausgehend vom Face-to-Face-Gespräch als unmittelbarstes gesellschaftliches Handeln nimmt die Unmittelbarkeit bei „einem Telefongespräch zum Briefwechsel, zu Nachrichten, die über Dritte vermittelt werden usw. [ab]“ (ebd.: 111).

Ausgehend von der Unterscheidung zwischen mittelbarem und unmittelbarem gesellschaftlichen Handeln differenzieren Schütz und Luckmann Formen sozialer Beziehungen aus, die nach verschiedenen Stufen der Erlebnisnähe, Erlebnistiefe und Anonymität – also der Erfahrbarkeit – gegliedert sind. Als „Wir-Beziehungen“ (ebd.: 101) zu *Mitmenschen* bezeichnen sie soziale Beziehungen, in denen Partner einander *unmittelbar* zur gleichen Zeit und am gleichen Ort begegnen und wechselseitig in einer Face-to-Face-Situation sozial handeln. (vgl. ebd.: 101ff.) Beispiele für die Wir-Beziehung im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung sind sowohl die Begrüßung und ein oberflächliches Gespräch zwischen Medizini-