

UDK 811.112.2: 616-05
DOI

Gaman I. A.

Nationale Technische Universität der Ukraine „Igor Sikorsky Kyjiwer Polytechnisches Institut”

Chaikovska O. Yu.

Nationale Technische Universität der Ukraine „Igor Sikorsky Kyjiwer Polytechnisches Institut”

PROBLEMATIK VOM ARZT-PATIENTEN-VERHÄLTNIS IM KOMMUNIKATIONSBEREICH „MEDIZIN”

У статті розглянуто проблематику відносин між лікарем і пацієнтом, проаналізовано особливості ролей лікаря і пацієнта з урахуванням таких аспектів, як повноваження лікаря і лікарська етика, виокремлено основні характеристики інтеракції «лікар-пацієнт», в якій хвороба виступає основним об'єктом комунікації. Також розглянуто образ лікаря в художній літературі на прикладі роману «Тріумфальна арка» Еріха Марії Ремарка.

Традиційно розрізняють три моделі взаємовідносин «лікар-пацієнт» (патерналістська, договірна і партнерська моделі). Хоча підвищення кваліфікації лікарів, модернізація та інституціоналізація медицини в кінці 19 – початку 20 століття сприяли закріпленню патерналістської моделі, протягом 20 століття акцент змістився на пацієнта і його право брати участь у рішенні щодо терапії. Термін «informed consent» (інформована добровільна згода) позначає здатність пацієнта приймати рішення після роз'яснювальної розмови з лікарем. Віра у всемогутність лікарів як «богів у білому вбранні» сприяє зміцненню «влади» лікаря, яка втілюється у очікуванні пацієнтом прийому, у визначенні стану пацієнта (здоровий-хворий), у рішеннях, які впливають на долю пацієнта. Тому, окрім фахової компетенції, лікар повинен відповідати вимогам щодо моральних принципів (лікарська етика). Комунікація лікаря з пацієнтом має враховувати психологічні особливості пацієнта і гарантувати конфіденційність. Вербалізація страждань вимагає від пацієнта уміння, називати і характеризувати фізичний біль, тобто «перемикатися» з рівня відчуттів на рівень мовлення, хоча біль може транслюватися і через пара- і невербальну комунікацію (жести, міміка, плач, крик). Під час опису болю пацієнт вдається до метафор, зокрема використовує образ загрозливої істоти для характеристики афективного болю. У розмові з пацієнтом лікар має зважати не лише на підбір слів, а й на вербальні і паравербальні техніки активного слухання, адже мова жестів (відкрита поза, усмішка, кивання головою) сигналізує про готовність лікаря вислухати скарги пацієнта. Ефективно організована комунікативна ситуація «збір анамнезу» надає лікарю не менш важливу інформацію, ніж лабораторні дослідження.

Ключові слова: комунікація «лікар-пацієнт», лікарська етика, вербалізація болю, інформована згода, роман «Тріумфальна арка».

Problemstellung. Es gibt kaum Zweifel, dass das Verhältnis von Arzt und Patient auf gegenseitigem Verständnis und Respekt basieren muss. Die Frage nach den Eigenschaften des „idealen” Arztes und des „idealen” Patienten wurde in verschiedenen Epochen unterschiedlich beantwortet. Besondere Erregung war regelmäßig mit dem Thema „Ärztenschaft” verbunden (die Rolle der Patienten zog lange Zeit kein gesteigertes gesellschaftliches Interesse auf sich). Das Verhalten den Ärzten gegenüber war und bleibt extrem polarisiert: Bald werden die Ärzte als allmächtige „Götter in Weiß” mit einem um das Haupt schwebenden Nimbus dargestellt, die jede Krankheit heilen können, bald werden ihnen totale Unkenntnis und

Torheit zugeschrieben, die sie im Kampf gegen Krankheiten hilflos machen.

Forschungsstand. Die Frage nach der Medizin und Ärzteschaft im geschichtlichen Wandel wird mit der Berücksichtigung von solchen Aspekten wie Krankheit, Genesung und Heilungsmethoden behandelt. Im Mittelpunkt der Forschungen von Eckart/Jütte steht der Begriff „Medikalisierung”, unter dem man „ein(en) Vorgang, der in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts einsetzt sowie von langer Dauer ist und in dessen Verlauf es den Ärzten gelingt, ihr medizinisches Angebot mit Hilfe des Staates breiten Bevölkerungsschichten zu oktroyieren” [3, c. 312]. Der Medikalisierungsprozess umfasst die Professionalisierung der Ärzteschaft,

die Modernisierung des Gesundheitswesens, die Bürokratisierung der Medizin bzw. die Erweiterung des medizinischen Marktes.

Ein weiterer Forschungspunkt, auf den eingegangen wird, ist die Technisierung der Medizin. Für die Kranken erwiesen sich die Folgen des technischen Fortschritts in der Medizin eher negativ. Da die Diagnostik mit Hilfe medizinischer Geräte beim Kranken zu Hause problematisch wurde, wurde der Erkrankte gezwungen, zum Arzt ins Krankenhaus zu kommen. Die Stellung des kranken Menschen änderte sich radikal: Er wird mehr und mehr zu einem vermessbaren Objekt statt als leidendes Subjekt im Mittelpunkt zu stehen [2, c. 18]. Die Idee eines mechanistischen Modells vom menschlichen Organismus aus dem 17. Jahrhundert gewann unter den Ärzten erneut an Popularität. Die stark vereinfachte Vorstellung vom Menschen als einer Maschine, die eine bestimmte Garantiefrist hat und mit Ersatzteilen ausgestattet werden kann, hat dazu geführt, dass die sozialen und psychologischen Aspekte der Krankheit fast vollständig außer Acht gelassen wurden. Als Krankheit wurden nur diejenigen Beschwerden definiert, die sich technisch verifizieren ließen. Die Tatsache, dass Krankheiten stark persönlichkeits- und situationsabhängig sind, wurde häufig nivelliert [8, c. 86–88].

Nichtdestotrotz konnten viele Krankheiten, die früher als unheilbar und tödlich galten, dank modernen Medikamenten und Technologien behandelt werden. Die Tatsache, dass die Heilung nur einen Aspekt der medizinischen Hilfe bildet, wird in den Forschungen (Arz de Falco 2007, Ausfeld-Hafter 2007, Käser 2007, Riggerbach 2007, Rodewig 1997) zur Frage von der Beziehung zwischen Arzt und Patient erläutert. Die Arzt-Patient-Kommunikation gehört zu den Interaktionen, die durch Probleme diverser Art bzw. die Krankheit ausgelöst werden und im Vergleich zu den Kontakten aus Anlass angenehmer Begebenheiten eine höhere Wahrscheinlichkeit von Missverständnissen aufweisen. Während der ganzen Zeit der Interaktion zwischen Arzt und Patient bleibt die Krankheit im Mittelpunkt [9, c. 91]. Traditionell wird in den kommunikationswissenschaftlichen Studien drei Modelle unterschieden, in denen die Rollen und Identitäten vom Arzt und Patient ans Licht kommen: das (paternalistische) „Hippokratische Modell“, das Vertragsmodell und das Partnerschaftsmodell. Das „Hippokratische Modell“ geht auf den berühmten „Hippokratischen Eid“ zurück und stellt das „Patronage-Verhältnis“ dar [3, c. 186], in dem der Arzt dank seinem fachlichen Wissen und Können entscheidet, welche Mittel und wie zur Heilung und

Besserung verwendet werden. Der Patient schlüpft in die Rolle des Opfers, dessen Gesundheit (in akuten Fällen auch das Leben) völlig in den Händen eines Arztes liegt. Deswegen steht auf der Seite des Arztes außer der paternalistischen Fürsorge und der Notwendigkeit der Rettung des Kranken eine weitere wichtige Kategorie – die Autorität/die Macht. Wie man sieht, ist der Begriff der Macht nicht ausschließlich mit der Selbstpositionierung der Ärzte als mächtige „Götter in Weiß“ verbunden, sondern größtenteils mit der „heimlichen Lust des Menschen, sich aus der so anstrengenden Selbstverantwortung – wenigstens zeitweise – davonzuschleichen und jemand anderen – das Gesundheitswesen, den Staat oder wen auch immer – tätig werden lassen“ [5, c. 168].

Boschung erwähnt den geschäftlichen Charakter in den Arzt-Patienten-Beziehungen bzw. das Vertragsmodell des Arzt-Patienten-Verhältnisses: Die Patienten schlossen mit dem Medikus einen schriftlichen Behandlungsvertrag ab, in dem „das Ziel der Behandlung, das Verhalten des Patienten und die im Falle des Erfolgs geschuldete Belohnung“ [2, c. 16] enthalten war.

Zielsetzung. Der vorliegende Beitrag widmet sich einer detaillierten Analyse der Problematik von partnerschaftlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient. Dabei wird das Augenmerk auf solche Aspekte wie Macht des Arztes und medizinische Ethik sowie Kommunikation zwischen Arzt und Patient gerichtet. Die Rolle der Krankheit wird als drittes unabdingbares Element im System „Arzt-Patient“ erläutert. Die Trennung von Krankheit und Patient ist angebracht, weil die Gleichsetzung der Krankheit mit dem Patienten im Kopf des Arztes auf den Prozess der Heilung negativ wirkt. Der Beitrag befasst sich auch mit dem Bild des Arztes (persönliche Eigenschaften, die Beziehung zu den Patienten) in literarischen Werken am Beispiel vom Roman „Arc de Triomphe“ von Erich Maria Remarque.

Das Partnerschaftsmodell von Arzt und Patienten. Im Laufe des 20. Jahrhunderts wird das Augenmerk immer mehr auf den Patienten bzw. auf sein Recht auf Entscheidung über Behandlungsformen, operative Eingriffe oder Therapien gerichtet. Als Schlüsselmoment in der Entwicklung einer patientenorientierten Medizin gilt die Charta der Patientenrechte (Patient Bill of Rights, 1972, USA), nach der die „Patientengesetze“ in verschiedenen Ländern Europas verabschiedet wurden. Die Festlegung der Patientenrechte hatte zum Ziel, die Arzt-Patienten-Beziehungen partnerschaftlich zu machen. Es wurde eine erfolgreiche Kooperation zwischen Arzt und Patient („Compliance“) erwartet,

in der beide Parteien die Verantwortung für den Krankheitsausgang tragen [2, c. 26–27].

Demzufolge wird den Patienten neben der Verantwortung auch mehr Autonomie gewährt. Um autonome Entscheidungen zu treffen, muss der Patient sehr gut über alle Einzelheiten seiner gesundheitlichen Lage durch den Arzt informiert werden. Im Aufklärungsgespräch sind solche Aspekte wie Dringlichkeit, Tragweite, Risiken, Nebenwirkung, Erfolgsaussicht und Alternativen anzugeben [8, c. 50].

Die an den Arzt gestellten Anforderungen hinsichtlich der Patientenaufklärung sind hoch. Erstens beanspruchen solche Gespräche viel Zeit, die besonders in ernsten Fällen wie akuten chirurgischen Operationen fehlt. Zweitens muss der Arzt über sehr gute kommunikative Fähigkeiten verfügen. Es kann wohl schwierig sein, den Patienten über seine Krankheit und über Heilungsalternativen eingängig und ausführlich zu informieren, ohne komplizierte Fachsprachelexik zu verwenden, oder – in einigen Fällen – den Patienten von der Notwendigkeit des medizinischen Eingriffs zu überzeugen. Drittens wird vom Arzt verlangt, den Patienten nicht nur zu informieren, sondern sich zu vergewissern, dass der Kranke alles richtig verstanden hat und seine Entscheidung völlig freiwillig ist. Viertens führt das Aufzeigen von Behandlungsalternativen dazu, dass der Patient evtl. nicht die kostenintensive und aus diesen Gründen vom Arzt präferierte Behandlungsmethode wählt, sondern sogar den behandelnden Arzt und von der Apparate- zur Alternativmedizin wechselt.

Die Aufklärungspflicht vom Arzt kann in vollem Umfang kaum erfüllt werden. Mehr Kommunikationsbereitschaft zu zeigen und den Patienten zu einer konstruktiven Mitarbeit am Genesungsprozess anzuspornen sind dennoch realisierbare Aufgaben, für deren Erfüllung der Arzt über kommunikative Kompetenz als eine bedeutsame fachliche Eigenschaft, Empathie, aktives Zuhören, Respekt vor der Entscheidungsfreiheit des Patienten und Toleranz verfügen sollte.

Der Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patient wird wesentlich von der primären psychologischen Einstellung des Patienten beeinflusst. Eine positive Einstellung zeigt sich in dem erhöhten Vertrauen zum Arzt und in der Bereitschaft, seine Ratschläge auf Treu und Glauben anzunehmen. Häufig wird die positive Einstellung zu einem Arzt durch Äußerungen anderer Patienten oder durch den beruflichen Status des Arztes (Professor, Wunderheiler) hervorgerufen. Ärzte verstehen sehr wohl, dass gegenseitiges Vertrauen höhere Chancen

für schnelle Genesung beinhaltet und als Folge den eigenen Ruf verbessert. Vertrauen aber kann man nur durch emotionalen Kontakt schaffen. Sorgfältige körperliche Untersuchung und rücksichtsvolles Verhalten lösen beim Patienten das angestrebte Vertrauensgefühl aus, was zu partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehungen beiträgt.

Aspekte von Macht und Ethik im medizinischen Kontext. Die Schwierigkeiten bei der Gestaltung partnerschaftlicher Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind damit verbunden, dass die Arzt-Patienten-Beziehungen von einer konstitutiven Asymmetrie geprägt sind: „Rat- und Hilfebedürftigkeit, physisches, psychisches oder soziales Kranksein, Hinfälligkeit, existentielle Betroffenheit, Dauer und Unabsehbarkeit des Krankseins gegenüber Gesundheit, fachlicher Kompetenz, Sachlichkeit, „Routine“ und zeitlicher Begrenzung der Konfrontation mit der Not des Anderen und der Hilfeleistung“ [1, c. 157–158]. Schon beim Betreten des Praxisraums kann man die ärztliche Macht spüren, indem man zum Warten gezwungen ist. Bei der Untersuchung finden sich andere Machtdemonstrationen: der Arzt kann uns nackt ansehen, abtasten, die inneren Organe betrachten oder uns mit einer Spritze bewusstlos machen. Die Ärzte sind mächtig, weil ihnen das gesellschaftlich anerkannte Recht gehört, den Menschen gesund oder krank bzw. arbeitsunfähig zu „schreiben“, ihn für urteilsfähig oder unzurechnungsfähig zu erklären und Medikamente zu verschreiben [4, c. 47]. In Form einer Diagnose wird durch den Arzt eine autoritative Wahrheit geäußert [9, c. 83]. Als wichtige Voraussetzung ärztlicher Macht gilt das medizinische Wissen, das teilweise durch die Fachsprache gezeigt wird. Der Mediziner verfügt über ein tieferes Verständnis der gesundheitlichen Lage des Patienten und kann den Verlauf des Heilungsprozesses kontrollieren, indem er dem Patienten nur „vorselektierte“ Informationen mitteilt [4, c. 49].

Es lässt sich vermuten, dass viele Patienten alles oben Gesagte als konventionelle und ordnungsgemäße Handlungen der Ärzteschaft und seltener als Machtausübungen wahrnehmen. Das Gefühl der Abhängigkeit ist dennoch vielen Patienten bekannt, wenn sie sich mit dem riesigen und teilweise unverständlichen medizinischen System auseinandersetzen. Zweifellos müssen in einem solchen komplexen System wie dem Gesundheitswesen bestimmte sittliche Normen gelten, die das Verhalten von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten regeln. Es handelt sich um Ethik in der Medizin [3, c. 271]. Da die Ausübung ärztlicher

Macht von außen nur begrenzt kontrolliert werden kann, lässt sich der Mediziner hauptsächlich von seinem Gewissen und dem Verantwortungsgefühl leiten. Es gibt viele Schriften, die ärztliches Ethos und ärztliche Verhaltensnormierungen enthalten: Die bekanntesten ärztlichen Verhaltenskodizes sind der „Hippokratische Eid“, das „Genfer Gelöbniß“ und der „Eid des Maimonides“ [3, c. 274]. Nichtsdestotrotz bleiben viele heikle Fragen in der Medizin, die wahre ethische Dilemmata für den Arzt darstellen. Zu den problematischen Situationen gehören z.B. die Durchführung von Abtreibungen (auch die Abtreibung früher als behindert diagnostizierter Föten), Sterilisierung geistig behinderter Mädchen, Experimente an Tieren und Menschen, Euthanasie, todkranke Patienten, ärztliche Kunstfehler [8, c. 71–99]. Es lässt sich schließen, dass der Arzt dank seines beruflichen Status einen breiten Machtraum bekommt. Deswegen muss sich der Arzt nicht ausschließlich nach seinem fachlichen Wissen, sondern auch nach moralischen Prinzipien richten. Der Arztberuf stellt ein gutes Beispiel für die Interdependenz von beruflichen und moralischen Eigenschaften des Menschen dar.

Die Besonderheiten ärztlicher Gespräche. Die Wortwahl in der Beziehung zwischen Arzt und Patient spielt eine sehr wichtige Rolle. Das gesprochene Wort hat eine psychologische Wirkung und ist ein sehr wirksames Mittel in der Medizin. Es ist offensichtlich, dass die Patienten mehr Vertrauen und Respekt gegenüber dem Arzt haben, der den Kranken mittels bedachter Wortwahl beruhigt und die psychologischen Besonderheiten und Krankheitszustand des Patienten berücksichtigt. Dabei ist zu beachten, dass die Vertraulichkeit der Kommunikation zur schnelleren Genesung beiträgt.

Das sorgfältige Anhören einer Krankengeschichte (Anamnese) kann dem Arzt helfen, eine korrekte Diagnose zu stellen. Dagegen erweist sich für den Patienten die Versprachlichung des Leidens als schwierig und fordert die Fähigkeit zur Bezeichnung von einem empfundenen körperlichen Leiden.

Einige Experten im Bereich der medizinischen Kommunikation weisen darauf hin, dass Patienten oft metaphorische Ausdrücke verwenden, wenn sie ihre Schmerzen beschreiben. Akute Schmerzen werden mit Metaphern (*es klopft, sticht*) beschrieben. Die Krankheit und der Schmerz werden als bedrohliche, von außen kommende Wesen dargestellt (*„als ob eine Faust drückt, wie Todesstöße...“*). Die „affektiven“ Metaphern in der Sprache des Patienten verweisen auf die seelische Seite der Krankheit.

Beim Gespräch mit dem Patienten sollte der Arzt Wortwahl und Bilder bei der Schmerzschilderung sowie verbale, paralinguistische und kinetische Techniken des aktiven Zuhörens beachten [6, c. 55]. Die Körpersprache (offene Körperhaltung, freundlicher Gesichtsausdruck, ein dem Patienten zugeneigter Kopf, leichtes Nicken, Händedruck bei der Begrüßung) signalisiert die Bereitschaft des Arztes, den Sorgen des Patienten zuzuhören und nicht gleichgültig auf seine Gefühle einzugehen [6, c. 28–29]. Selbstverständlich steht für den Patienten Berufskompetenz des Arztes im Vordergrund, aber die Unterstützung, Freundlichkeit und offene, zugängliche Kommunikationsweise sind nicht zu unterschätzen.

Todes-Kampf in „Arc de Triomphe“ von Erich Maria Remarque. Im Mittelpunkt des Romans von Remarques „Arc de Triomphe“ steht der erfahrene Chirurg Ravic, der aus Nazi-Deutschland nach Frankreich geflohen ist und illegal Operationen für zwei unbegabte Ärzte in Paris durchführt. Wegen des Emigrantenstatus steht Ravic seinem eigenen Leben teilnahmslos gegenüber, macht sich aber starke Sorgen um seine Patienten und im Allgemeinen um Menschen, die Hilfe und Unterstützung brauchen. Sein äußerlicher Zynismus und die Gleichgültigkeit verschwinden, sobald er den ersten Schnitt macht. Der Moment von höchster Spannung und Konzentration – die Konfrontation mit dem Tod – wird metaphorisch beschrieben: *„...wenn der Körper sich unter den Nadeln und Klammern wie ein vielfacher Vorhang auseinanderfaltete, wenn Organe frei wurden, die nie Lichtgesehen hatten, wenn man wie ein Jäger im Dschungel einer Fährte folgte und plötzlich in zerstörten Geweben, in Knollen, in Wucherungen, in Rissen ihm gegenüberstand, dem großen Raubtier Tod – und den Kampf, in dem man nichts anderes brauchen konnte als eine dünne Klinge und eine Nadel und eine unendlich sichere Hand“* [7, c. 25]. Dank seiner chirurgischen Geschicklichkeit und der Bereitschaft, gegen den Tod mit allen Mitteln und mit erstaunlicher Besessenheit zu kämpfen, gelingt es Ravic, viele Leben zu retten. Das Gefühl der Hilflosigkeit ist ihm aber auch nicht fremd, wenn er Kranke mit infauster Prognose behandelt. Trotz seines Pragmatismus nimmt der Arzt den Tod von hoffnungslosen Patienten nie als erwartet wahr. Für Ravic ist jeder Tod eine tiefe seelische Erschütterung: *„und wenn dieses Unsichtbare, Rätselhafte, Pulsierende: Leben, plötzlich fortbebt unter den machtlosen Händen, zerfiel [...], wenn aus einem Gesicht, das eben noch atmete und Ich war und einen Namen trug, eine namenlose, starre Maske wurde – diese sinnlose, rebellische Ohnmacht – wie konnte man sie erklären?“* [7, c. 25].

Ravic ist überzeugt, dass man sich an den Tod nie gewöhnen kann. Obwohl er schon fünfzehn Jahre operiert, empfindet Ravic starke Aufregung und seelische Verheerung, wenn der Patient unter seinem Messer stirbt. Diese Einstellung des Arztes zum Tod und zum Leiden des Kranken kann als eine Antwort auf die Frage nach der Grenze zwischen ärztlicher Gleichgültigkeit und Empathie gelten. Obwohl Ravic seine ganze Aufmerksamkeit dem Operationsverlauf schenkt, sieht er hinter den von der Krankheit betroffenen Eingeweiden einen bestimmten Menschen (sei es der bei Emigranten verhasste Polizeibeamte, das arme einundzwanzigjährige Mädchen nach einer missglückten Abtreibung oder seine Geliebte), dessen Leben in Ravics' Händen ist. Eben das Leben hat für Ravic den höchsten Wert: „*Man verehrt den Funken Leben, der selbst in einem Regenwurm pulst und ihn ab und zu ans Licht treibt*“ [7, c. 66]. Am Vorabend des Zweiten Weltkriegs, der Millionen Menschen das Leben gekostet hat, klingen die Worte von Ravic besonders dramatisch. Ravics' Stärke besteht in der Fähigkeit, auf die Gefühle seiner Patienten einzugehen und nicht gleichgültig zu sein. Diese Fähigkeit ist nicht weniger wichtig als fachliche Kompetenzen.

Schlussfolgerungen. Die Geschichte der Arzt-Patienten-Beziehungen zählt mehrere Tausend Jahre. Man unterscheidet drei Modelle der Arzt-Patienten-Beziehungen. Das partnerschaftliche Modell sieht die Erweiterung der Patientenrechte auf die Freiheit der Entscheidung für oder gegen bestimmte Heilungsmethoden vor. Obwohl in der Literatur, die sich mit der Problematik der Arzt-Patienten-Beziehungen beschäftigt, das partnerschaftliche Modell als besonders günstig für den Patienten angesehen wird, weist man häufig darauf hin, dass Patienten selbst daran interessiert

sind, die Verantwortung an die Ärzteschaft zu delegieren. Ärztliche Macht findet ihren Ausdruck im Wartelassen in den Praxisräumen, in der Feststellung, wer krank und wer gesund ist, in den Handlungen am Operationstisch, wo die Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch des Lebens in ärztlichen Händen liegt. Die ärztliche Macht kann kaum kontrolliert werden, deswegen sollen an den Arzt hohe Anforderungen sowohl in Bezug auf seine fachlichen Kompetenzen, als auch auf seine moralischen Prinzipien und Werte gestellt werden.

Um Krankheiten zu besiegen, muss der Arzt einen emotionalen Kontakt zum Patienten knüpfen: Sorgfältige körperliche Untersuchung und rücksichtsvolles Verhalten, Empathie lösen ein starkes Vertrauensgefühl beim Patienten aus. Eine schwer zu unterschätzende Rolle spielt das Arzt-Patienten-Gespräch (Anamnese). Dank der gut bedachten Wortwahl und aktivem Zuhören kann der Arzt häufig das gesundheitliche Problem feststellen, ohne aufwendige Labortests zu machen.

Die Bilder vom Arzt und Patienten werden in literarischen Texten dargestellt. Der erfahrene Chirurg Ravic aus Remarques Roman „*Arc de Triomphe*“ hat keine Zweifel an seiner sicheren Hand, kämpft Auge in Auge gegen den Tod und für jedes menschliche Leben, das für ihn den höchsten Wert hat.

In der Arzt-Patienten-Interaktion steht dem Arzt die Möglichkeit zu, seine eigene Position im breiten Spannungsfeld zwischen Macht und Loyalität, Empathie und Gleichgültigkeit, fachlichen Kompetenzen und „weichen“ Fähigkeiten (Kommunikation) zu finden. Für den Arzt muss aber in allen Fällen als höchste Priorität der Patient, die Erhaltung und Wiederherstellung seiner psychischen und physischen Gesundheit gelten.

Literatur:

1. Arz de Falco A. Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel der Zeit: der schwierige Umgang mit dem Mehr an Entscheidungsfreiheit. In: *Medizin und Macht. Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel: mehr Entscheidungsfreiheit?* Hrsg. Ausfeld-Hafter B. Bern: Lang, 2007. S. 151–159.
2. Boschung U. Zwischen Selbst- und Fremdbestimmung – Aus der Geschichte des Patienten. In: *Medizin und Macht. Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel: mehr Entscheidungsfreiheit?* Hrsg. Ausfeld-Hafter B. Bern: Lang, 2007. S. 11–31.
3. Eckart U. W. / Jütte R. Medizingeschichte. Eine Einführung. Köln: Böhlau, 2007.
4. Gurtner B. Machtwechsel in der Medizin. In: *Medizin und Macht. Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel: mehr Entscheidungsfreiheit?* Hrsg. Ausfeld-Hafter B. Bern: Lang, 2007. S. 45–52.
5. Jauch U. P. Macht und Freiheit: ein Widerspruch? In: *Medizin und Macht. Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel: mehr Entscheidungsfreiheit?* Hrsg. Ausfeld-Hafter B. Bern: Lang, 2007. S. 161–173.
6. Myerscough P. R./Ford M. Kommunikation mit Patienten: die Chancen des ärztlichen Gesprächs besser nutzen. Bern: Huber, 2001. 270 S.
7. Remarque, E. M. *Arc de Triomphe*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1988.
8. Riha O. Ethik in der Medizin: Eine Einführung. Aachen: Shaker, 1998. 169 S.
9. Rodewig K. Der kranke Körper in der therapeutischen Beziehung. In: *Der kranke Körper in der Psychotherapie*. Hrsg. Rodewig K. Göttingen; Vandenhoeck und Ruprecht, 1997. S. 68–84.

Gaman I. A., Chaikovska O. Yu. PROBLEMS OF THE DOCTOR-PATIENT-COMMUNICATION

The article analyzes the issues of the doctor-patient relationship. The roles of a doctor and a patient are analyzed, taking into account such aspects as doctor's authority and medical ethics. The main characteristics of the doctor-patient interaction are highlighted, in which the disease is the main object of communication. In addition, the image of a doctor in literature is considered on the example of the novel "Arc de Triomphe" by Erich Maria Remarque.

Traditionally, three models of doctor-patient relationship are distinguished: paternalistic, contractual and partnership models. Although the training of doctors, modernization and institutionalization of medicine at the end of the 19th and the beginning of the 20th century contributed to the consolidation of the paternalistic model of doctor-patient relationship, already during the 20th century, the focus shifted towards the patient and his right to participate in therapy decision-making. The term "informed consent" expresses the patient's ability to make decisions after an explanatory conversation with a doctor. The belief in the omnipotence of doctors as "gods in white robes" contributes to the expansion of the doctor's power, which is reflected in the patient's expectation of medical visit, in determining the patient's condition (healthy or sick) and in decisions that affect the patient's fate.

Therefore, in addition to professional competence, a doctor must meet the requirements for moral principles (medical ethics). The doctor's communication with a patient must take into account the patient's psychological characteristics and guarantee confidentiality. Verbalization of suffering requires from a patient to have the skill to name and characterize physical pain, to "switch" from the level of feelings to the level of speech, although pain can be transmitted through para- and non-verbal communication (gestures, facial expressions, crying, screaming). When describing pain, the patient uses metaphors, in particular, the image of a threatening creature to characterize affective pain. A doctor should pay attention not only to the choice of words, but also to verbal and paraverbal techniques of active listening, because body language (open posture, smile, nodding) signals the doctor's readiness to listen to the patient's complaints. An effectively organized communication situation „medical history taking" provides a doctor with no less important information than laboratory tests.

Key words: *doctor-patient communication, medical ethics, verbalization of pain, informed consent, the novel "Arc de Triomphe".*