



FACHARTIKEL

Existentielle Kommunikation im Gesundheitswesen

Alter Wein im neuen Schlauch

Herbert Kappauf

Zusammenfassung

Existentielle Kommunikation ist im Gesundheitswesen ein recht junger Begriff für ein altes Thema: Gespräche mit Kranken und Angehörigen über traumatische Lebensereignisse, die Fragilität des Daseins, Endlichkeit, Sterben, Tod und die mit diesen Themen verbundene individuellen Ansätze der rationalen und emotionalen Auseinandersetzung mit Sinnfragen und subjektiver Bedeutungsgebung. Während existentielle Kommunikation vor knapp 100 Jahren als rein philosophisches Konstrukt der Existentialphilosophie von Karl Jaspers geprägt worden ist, taucht der Begriff mit anderer Bedeutung und bisher eher vereinzelt erst in den letzten zwei Jahrzehnten im Gesundheitswesen auf, wie eine aktuelle Literaturrecherche in Pubmed und in deutschsprachigen Datenbanken zeigte. Aber ohne Verbindung mit Kommunikation ist schon seit viel längerer Zeit der attributive Gebrauch von *existentiell* bzw. *existential* sehr breit in die medizinische Literatur eingegangen: von *existentiellen Aspekten* bis zu *existentiellem Wohlbefinden*. Der Begriff existentiell basiert auf verschiedenen Richtungen der vorwiegend deutschen Existentialphilosophie, die nach dem Nationalsozialismus in den USA wegweisende psychoonkologische Unterstützungsangebote katalysierten. Aus Arbeiten zur existentiellen Kommunikation und mit langjährigen eigenen Erfahrungen mit durchgeführten Seminaren „Schwierige ärztliche Gespräche“ werden Merkmale einer existentiellen Kommunikation aufgezeigt. Besser als gängige Ausdrücke wie Gespräche über Sterben und Tod oder „End-of-life discussion (EoL)“ fokussiert existentielle Kommunikation auf das Leben vor dem Tod. Besonders in der Onkologie und Palliativmedizin ist die geplante existentielle Kommunikation für eine *state-of-the-art* Behandlungsqualität unabdingbar, um bei Kranken mit sehr fortgeschrittenen Krebsleiden deren Werte und Prioritäten für das verbleibende Leben zu berücksichtigen und nicht mehr hilfreiche, nebenwirkungsbelastete tumorspezifische Behandlungen zu vermeiden. Erfahren lässt sich damit auch eine tiefere professionelle Zufriedenheit.

Schlüsselwörter: existentielle Kommunikation, Arzt-Patient-Gespräche, Krebs, Psychoonkologie, Übertherapie

Abstract

The term *existential communication* did not emerge but recently in medicine and refers to an old and important task of medical care givers: communication with patients and their important others on traumatic life events, the fragility of existence, finitude, mortality, dying, and associated issues of rational and emotional coping including an individual search for meaning. Nearly 100 years ago existential communication was coined as a mere philosophical construct by Karl Jaspers' for his existential philosophy. Since less than two

decades the term – rather sporadically and to a different effect – has been emerging in medical literature, as shown by research in Pubmed and German data banks. However, for a longer time already the term existential has been broadly used attributively otherwise in medical literature: from *existential aspects* to *existential yearning*. The term *existential* is rooted in various streams of predominantly German existential philosophy, which after National Socialism resonated in the USA and spawned pioneering strategies of psycho-oncological support, especially for patients with cancer. The research's literature on existential communication and established principles of patient-doctor communication and the author's experience from facilitating workshops on "breaking-bad-news" for doctors contributed to outline elements of existential communication. In contrast to the common term *end-of-life discussion* existential communication focusses less on the end of life but on the life before. Especially in oncology and palliative care scheduled existential communication is crucial for state-of-the-art patient care in order to respect patients' values and priorities and to avoid futile and detrimental tumor-modulating therapies in the weeks before death. Thus, medical care givers may experience a deeper professional satisfaction and sense of meaning.

Key Words: medical communication, cancer, psycho-oncology, palliative care, overtreatment

Im existentiellen Bereich sind Wahrheit und Kommunikation dasselbe.

Hannah Arendt, 1956 [Ludz 1989]

Existentielle Kommunikation ist im Gesundheitswesen ein sehr junger Begriff für ein altes Thema: Gespräche mit Kranken und Angehörigen über traumatische Lebensereignisse, die Fragilität des Daseins, Endlichkeit, Sterben, Tod und die mit diesen Themen verbundene individuellen Ansätze der rationalen und emotionalen Auseinandersetzung einschließlich Sinnfragen und subjektiver Bedeutungsgebung. Existentielle Kommunikation fällt dabei mit unterschiedlichem Fokus in den Zuständigkeitsbereich verschiedener Berufsgruppen: Pflegende, ÄrztInnen, PsychologInnen, SeelsorgerInnen, HospizhelferInnen. Für ÄrztInnen beschreibt existentielle Kommunikation besser als andere Begriffe eine ärztliche Aufgabe, die in kaum einem Gebiet der modernen Medizin ohne Abstriche an der Behandlungsqualität ignoriert werden kann. Im besonderen Maße gilt dies zweifellos für mein Fachgebiet der Onkologie und Palliativmedizin, auf die ich mich in meinen Ausführungen schwerpunktmäßig beziehen möchte.

1. Hintergrund

Der Begriff *Existentielle Kommunikation* ist ursprünglich vor knapp hundert Jahren von dem Philosophen und Arzt Karl Jaspers (1883-1969) als zentraler Begriff seiner Existentialphilosophie geprägt worden. In Abgrenzung zu einer *Daseins-Kommunikation*, die in diesem Konzept auch den medizinischen Alltag ausmacht, bezeichnete er mit *existentieller Kommunikation* eine allein dyadisch mögliche, nicht hierarchische Kommunikation, die es beiden Gesprächspartnern erlaubt, ihr jeweiliges unverwechselbares Menschsein, ihre Existenz, zu entwickeln:

In der Kommunikation, durch die ich mich selbst getroffen weiß, ist der Andere nur dieser Andere: die Einzigkeit ist Erscheinung der Substantialität dieses Seins. Existentielle Kommunikation ist nicht vorzumachen und nicht nachzumachen, sondern schlechthin in ihrer jeweiligen Einmaligkeit. Sie ist zwischen zwei Selbst, die nur diese und nicht Repräsentanten, darum nicht vertretbar sind. Das Selbst hat seine Gewissheit in dieser Kommunikation als der absolut geschichtlichen, von außen unerkennbaren. Allein in ihr ist das *Selbst für das Selbst in gegenseitiger Schöpfung*. In geschichtlicher Entscheidung hat es durch Bindung an sie sein Selbstsein als isoliertes Ich-sein aufgehoben, um das Selbstsein in Kommunikation zu ergreifen. [Jaspers 1932]

Dieses philosophische Konstrukt war nicht für den klinischen Kontext entwickelt und ging somit damals auch nicht in die medizinische Terminologie ein.

Dementsprechend beschrieb 1969 die schweizerisch-amerikanische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) in ihrem bahnbrechenden Buch *On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families* (deutsche Ausgabe: *Interviews mit Sterbenden* [Kübler-Ross 1969]) zweifellos existentielle Kommunikation im heutigen Verständnis, ohne den Begriff *existentiell* ein einziges Mal zu erwähnen. Auch die Gründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin¹, Cicely Saunders (1918-2005), verwendete 1978 in ihrem wegweisenden Buch *The Management of Terminal Disease* [Saunders 1978] den Begriff *existentiell* bzw. *existential* nicht. Sie führte dagegen

Existentieller Kommunikation als eine allein dyadisch mögliche, nicht hierarchische Kommunikation.

ihr seit dem 1960er Jahren entwickeltes Konzept von *Total Pain* aus. Dieses floss dann 2002 in die neue Definition von Palliative Care der WHO ein [WHO-Definition 2002], die in die kompetente Behandlung von Schwerkranken explizit psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung integriert. Dieses Verständnis wurde von nationalen und internationalen Palliative Care Organisationen übernommen.

Etwa gleichzeitig mit *spirituell* war jedoch in der englischsprachigen Medizineliteratur - besonders in den Bereichen Onkologie und Palliativmedizin - auch der Begriff *existentiell* (*existential*) aufgetaucht. Dabei war dieser schon in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in das deutschsprachige psychiatrische Schrifttum eingegangen: über die an Martin Heidegger (1889-1976) angelehnte und jeweils unabhängig voneinander entwickelte psychiatrische bzw. psychotherapeutische *Daseinsanalyse* – eine Verbindung von Psychoanalyse und Existenzphilosophie

¹ In der modernen Medizin taucht der Begriff *palliativ* erstmals 1975 mit der Etablierung des *Palliative Care Service* am Victoria Hospital im kanadischen Montreal auf. In der englischsprachigen medizinischen Literatur findet er sich aber gelegentlich bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts.

- der Schweizer Psychiater und Psychoanalytiker Ludwig Binswanger (1881-1966) und Medard Boss (1903-1990) [Binswanger 1932, Boss 1969]. Ebenso unabhängig hatte der Wiener Psychiater Viktor Frankl (1905-1997), der sich mit der Behandlung suizidaler und depressiver Menschen - also Menschen in existentiellen Krisen – einen wissenschaftlichen Namen gemacht hatte, seit Mitte der 1930er Jahre seine *Existenzanalyse* und *Logotherapie* entwickelt. Im Nationalsozialismus wurden jedoch nicht nur „minderwertige“ Bevölkerungsgruppen, sondern auch „lebensunwerte“ Behinderte und chronisch Kranke als „Therapie am deutschen Volkskörper“ ermordet und eine humanistisch, psychoanalytisch oder existentialphilosophisch geprägte Psychiatrie im Deutschen Reich als „jüdisch“ ausge-merzt. Viele ihrer Vertreter, genauso wie die renommiertesten deutschen Onkologen, wurden in die Emigration, den Suizid oder in Konzentrationslager getrieben. Eine dahingehende Reflexion von zentralen existentialphilosophischen Themen wie Verantwortung, Schuld und Scham blieb nach dem Krieg in der deutschen Ärzteschaft über mehr als eine Generation breit abgewehrt und tabuisiert.² Deutsch als ehemals führende internationale Wissenschaftssprache war aber bedeutungslos geworden³.

Zentrale existentialphilosophische Themen sind etwa Verantwortung, Schuld und Scham.

US-amerikanische Psychiater – nicht selten mit Emigrationshintergrund – führten hingegen mit explizitem Bezug auf die obigen europäischen Kliniker und Philosophen den attributiven Begriff *existentiell*, jetzt als *existential*, in die englischsprachige medizinische Literatur ein. Dies geschah vor dem Hintergrund von antisemitischen Strömungen an den US-amerikanischen Universitäten vor allem in den Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Onkologie und Palliativmedizin, also in damals wenig prestigeträchtigen „nicht kurativen“ Fächern, in denen Exilanten am ehesten eine neue Existenz ermöglicht wurde.

Eine wichtige Rolle für die transatlantische Schleife von *existentiell* hatte Viktor Frankl, der vier Konzentrationslager überlebt und danach mit der Erfahrung der eigenen existentiellen Gefährdung und der Ermordung seiner Familie seine sinnbasierte *Logotherapie* und *Existenzanalyse* fortentwickelt hatte [Frankl 1946a]. Im deutschsprachigen Raum fanden dieses Therapiekonzept und auch sein autobiografisches Buch von 1946 *Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager* [Frankl 1946b] lange Zeit eher wenig Resonanz. Als das Buch jedoch 1959 im Rahmen von Gastprofessuren in den USA ins Englische übersetzt wurde – zuerst mit dem Titel *From death-camp to existentialism; a psychiatrist's path to a new therapy* [Frankl 1959], dann unter dem Titel der revidierten Neuauflage *Man's Search for Meaning* - wurde es 16 Millionen mal verkauft und als „eines der zehn einflussreichsten Bücher in Amerika“ geführt.⁴

² Jahre nach Erklärungen von einigen Fachgesellschaften hat sich die verfasste deutsche Ärzteschaft erst auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg erstmals zu einer wesentlichen Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechtstaten der NS-Medizin bekannt und die Opfer um Verzeihung gebeten.

³ Auf dem ersten internationalen Kongress für Psychoanalyse nach dem 2. Weltkrieg 1949 in Zürich war somit die Kongresssprache nicht mehr wie früher Deutsch, sondern Englisch.

⁴ Bezeichnend für die lange Tabuisierung der ärztlichen Mittäterschaft in der deutschen Nachkriegsmedizin ist die Tatsache, dass Viktor Frankl keiner seiner 29 Ehrendoktorwürden von einer deutschen Universität verliehen bekommen hat.

Zudem entwickelte der Psychiater Irvin Yalom an der kalifornischen Stanford Universität mit explizitem Bezug auf die Wiener psychoanalytischen Schulen und auf europäische Existenzphilosophen, seine einflussreiche *Existential Psychotherapy* [Yalom 1980]. Yaloms ressourcenorientierter Ansatz wurde spezifiziert für die Unterstützung für Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen: An der Stanford-Universität der Westküste war es David Spiegel mit seiner *Supportiv-Expressive Psychotherapy* [Spiegel 1991, Spiegel 2007]; am Sloan-Kettering Cancer Center in New York William Breitbart - selbst ein Kind von Holocaust-Überlebenden und auf Viktor Frankl verweisend – mit seiner *Meaning-Centered Psychotherapy* [Breitbart 2002]. Spirituell, existentiell und schließlich auch existentielle Kommunikation waren jetzt begrifflich in der medizinischen und besonders in der onkologischen und palliativmedizinischen Literatur angekommen, wenn auch das Begriffsverständnis der jeweiligen Autoren heterogen ist [Boston 2011, Storms 2024].

2. Existentielle Kommunikation in der gegenwärtigen medizinischen Literatur

Eine Literaturrecherche 2024 in der US-amerikanischen Medizineliteraturdatenbank PubMed mit dem Suchbegriff *existential communication* erbrachte 834 Literaturhinweise (Abfrage am 21.06.24), die sich jedoch nicht nur auf den kombinierten Suchbegriff bezogen, sondern auch auf die Einzelwörter *existential* oder *communication*. [Kappauf 2024, Kappauf 2025] Somit befassten sich viele Publikationen mit ärztlicher Gesprächsführung. Der Begriff *existential communication* fand sich in der angezeigten medizinischen Literatur erst seit zehn Jahren. Nur 6 Arbeiten -5 davon mit der dänischen Universität Odense affiliert -, führten *existentielle Kommunikation* im Titel. [Andersen 2023, Assing-Hvidt 2017, Balle 2024, Hvidt 2018, Tarbi 2021b, Timmermann 2023]. Zusätzlich verwendeten zwei weitere Arbeiten den Begriff (oder modifiziert als *existential conversation*) im Abstrakt oder Text [Strang 2014, Tarbi 2021a]. Hunderte vorwiegend onkologische oder palliativmedizinische Arbeiten – fast ausschließlich seit 1990 und seitdem stark ansteigend - benutzten *existential* anderweitig attributiv für das Krank-

existential anxiety	e. conflicts	e. impact	e. outcome	e. truggl
e. aspects	e. constructs	e. uncertainty	e. pain	e. suffering
e. beliefs	e. crisis	e. insight	e. perspective	e. support
e. burdens	e. decision making	e. intervention	e. problems	e. survivorship
e. care	e. determinator	e. isolation	e. quality	e. thouhgts
e. challenges	e. dimension	e. issues	e. questions	e. threat
e. circumstances	e. distress	e. loneliness	e. reactions	e. values
e. communication	e. encounter	e. loss	e. relation	e. vulnerability
e. concern	e. experience	e. meaning	e. rupture	e. well-being
e. condition	e. fear	e. needs	e. shock	e. yearnings

Tabelle 1: attributive Verwendung von existential in englischsprachigen Publikationen

heitserleben, Beziehungsaspekte und Werthaltungen: von existentiellen Aspekten, Belastungen, Bedingungen, Bedrohungen, Beziehungen, Erfahrungen, Fragen, Isolation, Konflikten, Krisen bis zu existentiellen Leiden, Schmerz, Sehnsüchten, Schock, Verlusten, Werten und Wohlbefinden (s. Tabelle 1).

Wie oben kurz angeführt, gehören viele deutschsprachige Publikationen nicht mehr zum Kanon der englischsprachig ausgerichteten wissenschaftlichen Literaturdatenbanken. Jedoch taucht ohne Bezug auf das philosophische Konzept von Karl Jaspers der Begriff *existentielle Kommunikation* seit 2010 mit unterschiedlichem Verständnis in deutschsprachigen Publikationen aus dem Gesundheitswesen auf. So initiierte 2010 der Diakonie Bundesverband ein Projekt *Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Pflege* mit der Zielsetzung, Spiritualität und eine „gelingende Kommunikation zu existentiellen Fragen im Pflegealltag wieder neu gelebte Praxis in diakonischen Einrichtungen“ werden zu lassen und dahingehend die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern [Diakonisches Werk 2012/13, Giebel 2013, Giebel 2015]. Existentielle Kommunikation wurde dabei weitgehend mit der Fähigkeit gleichgesetzt, im Berufsalltag spirituelle Themen anzusprechen.

Konzept des *Geistesgegenwärtig behandeln* solle dazu dienen, Kranke auch spirituell zu betreuen und Spiritualität als Mittel der Selbstsorge zu nutzen.

Erweitert auf den ärztlichen Bereich entstand daraus das Konzept *Geistesgegenwärtig behandeln*: existentielle Kommunikation im obigen Verständnis solle dazu dienen, Kranke – entsprechend den Therapieverständnis der WHO – auch spirituell zu betreuen und Spiritualität als Mittel der Selbstsorge zu nutzen [Ehm 2016].

2014 gründeten Fachleute aus verschiedenen norddeutschen diakonischen Einrichtungen in Hamburg das *Netzwerk für Existentielle Kommunikation und Spiritualität im Gesundheits- und Sozialwesen (NEKS)*.⁵ In dessen Verständnis befasst sich existenzielle Kommunikation mit „der Bedeutung von zwischenmenschlichen Beziehungen und der Spiritualität im Kontext von Gesundheit und sozialer Arbeit. Sie zielt darauf ab, die Einzigartigkeit des Individuums zu erkennen und zu respektieren“ [NEKS 2014].

Der Theologe und Psychotherapeut am Schweizer Institut für Existenzanalyse und Logotherapie Roland Mahler skizziert 2021 in einem Workshop ein *Gesprächsmodell der existentiellen Kommunikation in Sozialberufen*, das sich sogar im Akronym an die spirituelle Anamnese von Eckhart Frick [Frick 2006] anlehnt. Mahlers Verständnis von existentiell richtet sich an Viktor Frankl und Irvin Yalom aus im Sinne von „das, was für den Einzelnen im Blick auf sein Daseinsverständnis und seine Betroffenheit von Bedeutung ist. In der Existentiellen Kommunikation soll der Spiritualität (dem spirituellen Erleben) des Einzelnen Raum gegeben werden, so

⁵ Im März 2025 war die Homepage des Netzwerks nicht mehr erreichbar

dass, wenn möglich, eine Ressource zur Bewältigung konkreter Lebens- und Entwicklungsaufgaben (in Gegenwart und Zukunft) greifbar wird“ [Mahler 2021].

Auch der Psychotherapeut Christoph Kolbe geht von Frankls Existenzanalyse und Logotherapie aus. Er versteht existentielle Kommunikation komplementär zur sachbezogenen Kommunikation: „zum einen als Gespräch im Horizont existenzieller Themen und zum anderen als Klärung einer persönlich erlebten Bedeutung und Haltung im Horizont dieser Themen. [...] Die wesentlichen Fragen sind hier: Was ist an dem Thema wichtig für Sie? Welchen Stellenwert soll es für Sie und Ihr Leben haben? Welchen Stellenwert soll es angesichts anderer wichtiger persönlicher Werte haben? Was folgt daraus für Sie?“ [Kolbe 2016, Kolbe 2024].

Existentiell ist das, was für den Einzelnen im Blick auf sein Daseinsverständnis und seine Betroffenheit von Bedeutung ist..

Im universitären Bereich bot Frank Gieseler⁶ in Lübeck für Studierende ein Blockseminar *Existentielle Kommunikation* an, das auf die Kommunikation mit Krebspatienten abzielte. In einem Forschungsprojekt *Existenzielle Kommunikation* sollte „ein neues, praktisch anwendbares, Gesprächsmodell basierend auf dem philosophisch-ethischen Modell einer „Existenziellen Kommunikation“ in Anlehnung an Karl Jaspers und dessen Rezeption in der aktuellen Kommunikationsethik entwickelt werden“ [Existentielle Kommunikation - Universität zu Lübeck o. V., o. J.; Existentielle Kommunikation – ZBV o. V., o. J.; Gieseler 2016].

⁶ Prof. Dr. med. Frank Gieseler, bis zu seinem Ruhestand 2024 Bereichsleiter Experimentelle Onkologie, Palliativmedizin und Ethik in der Onkologie an der Medizinischen Klinik 1, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck; langjähriger Präsident der Krebsgesellschaft Schleswig-Holstein.

Spiritualität und spirituelles Wohlbefinden sind multidimensional und schließen ein:

- (1) Existenzielle Herausforderungen (Fragen und Themen wie Identität, Sinn, Leiden, Verzweiflung, Schuld, Scham, Versöhnung und Vergeben, Freiheit, Verantwortung, Hoffnung, Liebe und Freude).
- (2) Wertbasierte Überlegungen und Einstellungen (Was ist einer Person am wichtigsten, wie z.B. Beziehung zu sich selbst, zur Familie, Freunden, Arbeit, Natur, Kunst und Kultur, Ethik und Moral und dem Leben selbst)
- (3) Religiöse Anschauungen und Basis (Glaube, Überzeugungen und Praktiken, Beziehung zu Gott oder dem Letztendlichen). [EAPC Spiritual Care]. (Übersetzung H.K.)

„Die Faktorenanalyse der mit „dem Existentiellen“ assoziierten Antworten ergab drei unterschiedliche Bedeutungsgruppen: (1) essentielle Lebenssinngabe, (2) Spiritualität/ Religiosität und (3) existentialistisches Denken. Die Ergebnisse zeigen, dass „das Existentielle“ zumindest im europäischen Kontext als gut überbrückendes Konstrukt für säkulare spirituelle und religiöse Sinngebungen dienen kann.“ [Hvildt 2021] (Übersetzung H.K.)

Existenzielle Kommunikation befasst sich mit „der Bedeutung von zwischenmenschlichen Beziehungen und der Spiritualität im Kontext von Gesundheit und sozialer Arbeit. Sie zielt darauf ab, die Einzigartigkeit des Individuums zu erkennen und zu respektieren“ [NEKS 2014],

Existenzielle Kommunikation versteht sich zum einen als Gespräch im Horizont existenzieller Themen und zum anderen als Klärung einer persönlich erlebten Bedeutung und Haltung im Horizont dieser Themen. [...] Die wesentlichen Fragen sind hier: Was ist an dem Thema wichtig für Sie? Welchen Stellenwert soll es für Sie und Ihr Leben haben? Welchen Stellenwert soll es angesichts anderer wichtiger persönlicher Werte haben? Was folgt daraus für Sie?“ [Kolbe 2016]

In der *Existenziellen Kommunikation* soll der Spiritualität (dem spirituellen Erleben) des Einzelnen Raum gegeben werden, so dass, wenn möglich, eine Ressource zur Bewältigung konkreter Lebens- und Entwicklungsaufgaben (in Gegenwart und Zukunft) greifbar wird.“ [Mahler 2021]

Wir definierten den Begriff *Existenzielle Kommunikation* als ein Metakonzzept, das Gespräche über weite Daseinsthemen und möglicherweise aber nicht zwingend auch über spirituelle und religiöse Aspekte einschließt. [Hvildt 2018] (Übersetzung H.K.).

Wir definierten *Existenzielle Kommunikation* als jedes Gespräch, das sich mit der Sterblichkeit und der Zerbrechlichkeit des Daseins auseinandersetzt, besonders in Bezug auf die großen Themen (1) begrenzte Lebenszeit; (2) Bewahrung eines kohärenten Selbstbildes und (3) Beziehung mit anderen. [Tarbi 2021a] (Übersetzung H.K.)

Tabelle 2: Verständnis von spirituell, existenziell und existenzieller Kommunikation

Hinsichtlich des Begriffes *existenziell* finden sich In der Literatur zwei konkurrierende Metakonzeppte: Für die European Association of Palliative Care (EAPC) und Publikationen, die sich auf deren Definition beziehen, ist spirituell das Metakonstrukt, das *existenziell* einschließt

[EAPC. Spiritual Care]. Irvin Yaloms *Existentielle Psychotherapie* betrachtet das Spirituelle und Religiöse dagegen als Teil des Existenziellen [Yalom 1980]. Genauso beziehen sich skandinavische Arbeitsgruppen auf existentiell als Metakonzept, das spirituell beinhalte [Hvidt 2018]. Sie stützen sich dabei auch auf eine Befragung einer Stichprobe der dänischen Bevölkerung zu den mit *existentiell* assoziierten Bedeutungen. Existentiell habe sich als Brückenkonstrukt ergeben, das säkulare, spirituelle und religiöse Sinngebungen überspanne [Hvidt 2022]. In der säkularen Gesellschaft Dänemarks lag der Begriff existentiell Allgemeinärzten auch näher als *spirituell*.

Die strukturellen Unterschiede der beiden Metakonzepte sind aber in der konkreten Kommunikation mit Schwerkranken kaum von Bedeutung, und die Metakonzepte werden von Autoren

Mögliche strukturelle Unterschiede der Metakonzepte *spirituell* und *existentiell* sind in der konkreten Kommunikation mit Schwerkranken kaum von Bedeutung.

durchaus auch parallel verwendet oder es werden existentielle, spirituelle und religiöse Aspekte pragmatisch gleichwertig nebeneinandergestellt [Anderson 2020, Hvidt 2018].

Existentielle Kommunikation wird von der Arbeitsgruppe des Bostoner Dana Farber Cancer Institute definiert „als jedes Gespräch, das sich mit der Sterblichkeit und der Zerbrechlichkeit des Daseins auseinandersetzt, besonders in Bezug auf die großen Themen: (1) begrenzte Lebenszeit; (2) Bewahrung eines kohärenten Selbstbildes und (3) Beziehung mit anderen.“ [Tarbi 2021a]. Damit gut kompatibel ist die Definition der dänischen Arbeitsgruppen: „als ein Metakonzept, das Gespräche über weite Daseinsthemen und - fakultativ aber nicht notwendig - spirituelle und religiöse Aspekte einschließt“ [Hvidt 2018].

Um die Grundsätze existentieller Kommunikation in der Onkologie oder Palliativmedizin zu erläutern, wurde zusätzlich auch die umfangreiche Literatur über die Arzt-Patienten-Kommunikation herangezogen, genauso wie eigene langjährige Erfahrungen aus durchgeführten Seminaren zum Thema „Schwierige ärztliche Gespräche“ [Kappauf 2004]. Denn der kommunikative Umgang mit dem Thema Tod und Sterben und assoziierten Emotionen wird bei diesen Seminaren immer besonders praxisrelevant bewertet. Diese Themen verknüpfte auch Gieseler zentral mit existentieller Kommunikation [Gieseler 2016].

3. Existentielle Kommunikation – warum?

Existentielle Kommunikation ist im onkologischen oder palliativmedizinischen Behandlungsalltag eine Kommunikation in einer und über eine existentielle(n) Krise. Jede Krisenbewältigung geschieht kommunikativ. Somit hat existentielle Kommunikation neben einer diagnostischen auch eine therapeutische Dimension [Karlsson 2014]. Wie schon das Konzept von „Total pain“ [Saunders 1978] ausführte, kann nicht beachtetes existentielles Leiden die körperliche Symptomkontrolle erschweren [Dezutter 2016, Tarbit 2021a] und die Lebensqualität oder Therapie-Compliance von Kranken vermindern, sie im therapeutischen Umgang zu „schwierigen Patienten“ machen. Breitbart hat ausgeführt, dass er in der Klinik lehre, bei ärgerlichen Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung einen existentiellen Hintergrund zu erfragen. Denn Angst und Ärger hingen nicht nur etymologisch zusammen, sondern durch sie könne sich

auch existentielle Schuld manifestieren - im Sinne von „schuldig gebliebenen“, nun nicht mehr realisierbaren Vorhaben. Nach innen gerichtet, könne sich diese Schuld als Depression oder Scham zeigen [Breitbart 2017].

Menschen mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen wollen meist durchaus über existentielle Themen mit Ihren Ärztinnen und Ärzten sprechen. Diese nehmen jedoch derartige Gesprächswünsche häufig nicht wahr oder fühlen sich bei einem streng biomedizinischen Rollenverständnis nicht zuständig oder sie weichen aus – sei es aus Zeitdruck oder weil sie sich bei existentiellen Themen inkompetent und in der Wortwahl unsicher fühlen [Andersen 2020]. Andererseits erfahren medizinische Helfer gerade in der existentiellen Kommunikation mit Schwerkranken persönliche Tiefe, mehr professionelle Sinnhaftigkeit und Berufszufriedenheit [Sanft 2023].

Rechtzeitige Gespräche über Tod und Sterben mit Patienten mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen führen nicht nur zu weniger nutzlosen, nebenwirkungsbelasteten und meist teuren Therapien in den letzten Lebenswochen, sondern in dieser Zeit auch zu weniger stationären Krankenhausaufnahmen und weniger intensivmedizinischen Behandlungen. Die Lebensqualität der terminal Kranken verbessert sich und sie versterben mit einer höheren Wahrscheinlichkeit nicht im Krankenhaus [Starr 2019]. Da trotz dieses Wissens der Anteil von Patienten mit weit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen, die bis kurz vor ihren Tod, ohne ihnen zu nützen, noch krankheitsspezifisch behandelt werden, in den letzten 10 Jahren nicht abgenommen hat, kam kürzlich von den großen US-amerikanischen Krebszentren der Appell, Onkologen mehr für Gespräche mit Patienten über Tod und Sterben zu schulen [Canavan 2024].

Menschen mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen wollen meist über existentielle Themen mit Ihren Ärztinnen und Ärzten sprechen.

4. Existentielle Kommunikation – auf was kommt es an?

Existentielle Gegebenheiten wie menschliche Endlichkeit, Mortalität und Sinnfragen lassen sich nicht lösen, sondern erfordern in der Auseinandersetzung eine Positionierung mit eventueller Akzeptanz und Neubewertung. Im Gegensatz zu physischen oder psychosozialen Problemen Krebskranker betreffen deren existentielle Herausforderungen grundsätzlich - mit geringerer Dringlichkeit - auch ihre medizinischen Helfer. Existentielle Themen fordern deshalb Ärztinnen und Ärzte ungleich anders, als wenn sie mit ihrer medizinischen Expertise informieren und beraten. Für das Behandlungsteam ist es deshalb hilfreich, eigene existentielle Einstellungen und Werthaltungen zu reflektieren. So gehen Ärztinnen und Ärzte, die biografisch schon selbst existentiell gefordert waren, eher auf die existentiellen Gesprächswünsche ihrer PatientInnen ein [Andersen 2020].

Kommunikation ist kein Selbstzweck. Sie soll in der existentiellen Auseinandersetzung mit einer schweren Krankheit hilfreich sein, indem auf PatientInnenseite erfahrbar werden: (1) eine Resonanz des Erlebens, im Sinne eines Gefühls, gehört und verstanden zu werden; (2) eine

„Solidarität der Sterblichen“, im Sinne einer empathischen Beziehung, die verbleibende Autonomie und Würde achtet und (3) eine Hoffnung, dass trotz vielleicht baldigen Sterbens noch positive Erfahrungen möglich sind [Karlsson 2014]. Suchman nennt das Gefühl, verstanden zu werden, „intrinsisch therapeutisch“, da es die Isolation der Krankheit überbrücke [Suchman 1997].

Primär entscheidend und im Behandlungsalltag oft vernachlässigt ist die Herstellung einer Beziehung mit wertschätzender Begrüßung, Zuwendung und Blickkontakt. Ein Beziehungsaufbau funktioniert kaum, wenn die ärztlichen Augen auf das digitale Tablet oder den PC-Monitor gerichtet sind, um Informationen zeitgleich und zeitsparend digital dokumentieren zu wollen. Freundliche Professionalität ist keineswegs Empathie.

Schon in Aufklärungsgesprächen über eine maligne Erkrankung äußern sich existentielle Themen mit Fragen, „Wie lange habe ich noch?“, „Warum ich?“ oder Aussagen wie „Ich fühle mich in ein Loch gefallen“, „dass kann ich meiner Familie nicht zumuten“ oder „Das war’s dann wohl!“ In den letzten drei Jahrzehnten haben sich sehr nützliche Standards für onkologische Aufklärungsgespräche entwickelt, auch wenn Wissen und Wirklichkeit noch oft auseinanderklaffen [Koch 2024].

Die existentielle Auseinandersetzung Kranker offenbart sich im Behandlungsalltag oft eingebettet in die Begegnung bei ärztlichen oder pflegerischen Verrichtungen. Verwoben mit der Schilderung von körperlichen oder psychosozialen Beschwerden kommen

Primär entscheidend und im Behandlungsalltag oft vernachlässigt ist die Herstellung einer Beziehung mit wertschätzender Begrüßung, Zuwendung und Blickkontakt.

dann Äußerungen, die die Themen Tod („Das ist kein Leben mehr!“; „Geben Sie mir doch eine Spritze zum Sterben“), Gerechtigkeit und Schuld („Warum muss ich das aushalten?“) oder den Verlust der bisherigen Identität und des Selbstwertes („Ich kann nichts mehr“; „Ich bin nur noch eine Last“) berühren. Wie schon im Aufklärungsgespräch ist es wichtig zu erkennen, dass all diese Aussagen neben der Sachebene starke Emotionen beinhalten: Unsicherheit, Angst, Verzweiflung, Ärger, Scham, Gefühl von Wertlosigkeit. Wenn Emotionen in der Kommunikation deutlich sind, ist es entscheidend, in der Antwort diese zuerst aufzugreifen. Damit wird eine emotionale Resonanz hergestellt [Matthews 1993, Suchman 1997, Kappauf 2004]. Ein Beispiel zur Konkretisierung:

Patient: „Das ist kein Leben mehr.“

Arzt: (Antwort auf der Sachebene): „Doch, wir tun alles, um Ihnen zu helfen. Da verstehen wir was davon.“

Arzt: (Aufgreifen der emotionalen Botschaft): „Sie sind verzweifelt“ [dann nach Wahrnehmung einer non-verbalen Bestätigung z.B. durch Nicken]: „Was geht Ihnen derzeit am meisten durch den Kopf?“

Mit der implizit paternalistischen Abwertung des Krankheitserlebens blockt die Antwort auf der Sachebene das emotionale Thema ab und wirkt nach Suchmann als „empathetic terminator“ [Suchman 1997]. Bei derartigen mit der biomedizinischen Behandlung und

Pflege verwobenen Äußerungen loten Kranke „risikolos“ eine ärztliche Offenheit für existentielle Themen aus [Timmermann 2023]. Ein weiteres Beispiel: aus der Klinik:

Bei einer 67-jährigen Frau mit infolge Aszites neu diagnostiziertem Ovarialkarzinom ist eine diagnostische Laparotomie geplant. Sie begrüßt den erfahrenen Anästhesieoberarzt, der am Vorabend der geplanten Operation zu ihr ans Bett kommt, mit der Frage: „*Wie wird es wohl weiter gehen?*“ Der Arzt ist verduzt, zögert und antwortet dann: „Meiner Meinung nach denken die Menschen zu wenig über den Tod nach.“ Die Patientin ist verstört, beantwortet dann die Fragen zur Narkoseplanung. Sie kann die Nacht nicht schlafen.

Eine existentielle Krise ist stets sehr emotionsgeladen und entscheiden ist es, die emotionalen Signale der Patientenäußerungen aufzugreifen.

Die Frage „Wie wird es wohl weitergehen“ ist in der beschriebenen Situation eine zutiefst existentielle Frage. Der Arzt nimmt die emotionale Botschaft von Todesangst wahr. Diese Botschaft aufzugreifen könnte sein: „Haben Sie Angst bald zu sterben?“ Der Arzt schreckt aber vor dem emotionalen Thema zurück und flüchtet sich auf die rationale Ebene eines Expertenkommentars, damit redet er schulmeisterlich über die emotionale Befindlichkeit der Patienten hinweg.

Eine existentielle Krise ist stets sehr emotionsgeladen. Da ist es verführerisch, diesen Emotionen auszuweichen und rasch auf die Ebene der eigenen Handlungskompetenz als Experte zu wechseln, zu kommentieren, vorschnelle Lösungsansätze oder Ratschläge zu geben. Entscheidend ist es aber, zuerst die emotionalen Signale der Patientenäußerungen aufzugreifen. Denn bei starken Emotionen können Informationen sowieso weniger kognitiv verarbeitet werden. Zudem wird deutlich: Ein existentieller Kommunikationswunsch passt nicht immer zum Terminkalender. Die Ärztin oder der Arzt muss sich entscheiden, ob sie oder er sich im Moment darauf einlassen will und kann. Auch beim Nichteinlassen sollte sie oder er aber kommunizieren, dass die existentielle Frage verstanden ist: „*Die Frage geht Ihnen sehr durch den Kopf, aber es ist sinnvoll noch das Ergebnis der morgigen Operation abzuwarten*“. Mit Einverständnis der Kranken kann der Gesprächswunsch an den für die Behandlung verantwortlichen Arzt weitergegeben oder bei einer vordergründig religiösen Thematik ein Klinikseelsorger hinzugezogen werden. Wichtig erscheint es, nicht adäquat kontrollierte körperliche Beschwerden anzusprechen und anzugehen, bevor existentielle Aspekte thematisiert werden. Starke Schmerzen oder eine volle Blase bremsen eine sinnvolle existentielle Kommunikation aus.

Existentielle Themen tauchen besonders bei Gesprächen über die Prognose auf [Tarbi 2021a]. Studien belegen jedoch, dass ÄrztInnen sich in diesen Gesprächen oft auf rein medizinische Fakten zentrieren und dabei die existentielle Dimension des Krankheitserlebens aussparen oder übersehen, obwohl sie den Kranken durchaus freundlich und respektvoll zugewandt sind: „*courteous but not curious*“ - höflich aber nicht neugierig, fasste Agledahl ihre Untersuchung von Ärzte-Patientengesprächen an einer großen norwegischen Klinik zusammen. [Agledahl 2011]. Kranke öffnen sich mit ihren existentiellen Themen nur dann, wenn medizinische Helfer nonverbal eine Bereitschaft signalisieren: in der Art, wie sie das Krankenzimmer betreten, sich dort bewegen und mit dem Kranken körperlich Kontakt aufnehmen. Entscheidend ist, ob sie fähig sind, die von den Kranken ausgehenden nonverbalen Signale wahrzunehmen und richtig

zu decodieren. Voraussetzung dafür, dass sich ein Gespräch von biomedizinischen zu existentiellen Themen öffnet, ist ein Gefühl von Beziehung und Verbundenheit: dass medizinische Helfer eben nicht nur körperlich, sondern auch beziehungsmäßig beim Kranken präsent sind. [Voetman 2022] Die wichtigsten Gesprächstechniken sind: (1) *Zuhören* - das Krankheitserleben erfahren; (2) *Fragen* – zum Reden bringen und zu Erläuterungen ermutigen; (3) *Wahrnehmen* - was wird wie verbal oder non-verbal ausgedrückt? Für die Existentielle Kommunikation gilt: Der Kranke ist Experte seines Krankheitserlebens. Ärzte müssen dieses erfragen, beispielsweise mit:

„Was belastet Sie derzeit am meisten?“

„Was glauben Sie selbst, wie lang Sie mit der Krankheit noch leben können?“

„Wenn Ihnen Gedanken über das Sterben in den Kopf kommen, macht das Angst?“

„Für die Zeit, die Sie mit ihrer Krankheit noch leben können: Was ist Ihnen da sehr wichtig?“

„Was würden Sie noch gerne erleben?“

„Was hat Ihnen bisher in der Krankheit am meisten Kraft gegeben, am meisten geholfen?“

„Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, auf was sind Sie richtig stolz?“

Gefragt ist eben eine „empathische Neugierde“ für die existentielle Auseinandersetzung, die Agledahl in ihrer Analyse vermisst hat [Agledahl 2011]. Das offene Ansprechen von angstbesetzten oder sogar tabuisierten Themen reduziert Angst. Wenn in der existentiellen Kommunikation dabei gleichzeitige auch Bewältigungsleistungen anerkannt werden, vermindern sich Gefühle von Ohnmacht und Verlassenheit, die Patienten entdecken Ansätze eigener Handlungskompetenz trotz fortgeschrittener Erkrankung.

Konzipiert sind inzwischen Seminare zu existentieller Kommunikation [Assing Hvidt 2017, Hvidt 2018, Timmermann 2023]. Andererseits decken die meisten Seminaranteile zu Gesprächen über Tod und Sterben vieler gut evaluierter Trainingsprogramme zu „breaking bad news“ wesentliche Aspekte der existentiellen Kommunikation ab [Epstein 2021, Bloom 2022].

Voraussetzung dafür, dass sich ein Gespräch von biomedizinischen zu existentiellen Themen öffnet, ist ein Gefühl von Beziehung und Verbundenheit.

5. Schlussfolgerung

Der Begriff existentielle Kommunikation ist mit seinen säkularen Wurzeln und Assoziationen sehr gut für die Bewältigung einer ärztlichen Aufgabe geeignet, die im medizinischen Behandlungsalltag nicht ohne Abstriche an der Behandlungsqualität vernachlässigt werden kann. Im Gegensatz zu „Sprechen über Sterben und Tod“ und dem auch im deutschsprachigen Behandlungsalltag oft gängigen Ausdruck „End-of-life discussion (EoL)“, fokussiert der Begriff existentielle Kommunikation angesichts von Endlichkeit und Schicksalsschlägen weniger auf das Lebensende, sondern mehr auf das Leben davor. Existentielle Kommunikation offenbart dabei essentielle Wertvorstellungen und Ressourcen, die bei schwierigen Behandlungsentscheidun-

gen und der Auseinandersetzung mit einer plötzlichen traumatisch lebensverändernden Situation bedeutsam sind: sei es mit einer Krebsdiagnose, einem Unfalltrauma, der Mitteilung einer lebensverändernden chronischen Erkrankung, einer schweren Behinderung oder dem Suizid oder anderweitig mit dem plötzlichen Tod eines Familienangehörigen.

Wenn im onkologischen Behandlungsalltag eine Tumorthherapie nicht oder nicht mehr anspricht, überspringen Onkologen nicht selten die implizierte Bedrohlichkeit und schlagen nahtlos eine Folgetherapie vor, selbst wenn deren Nutzen unwahrscheinlich ist. Sie fühlen sich oft unsicher, über die Prognose zu sprechen, wollen „keine Hoffnung nehmen“ [Kappauf 2001] und sind nicht selten gegen jede Evidenz überzeugt, dass die neue Tumorthherapie dem Patienten nützen wird [Canavan 2024]. Deshalb muss eine existentielle Kommunikation aktiv bei dem Gespräch über eine Therapiezieländerung eingeplant werden, dann also, wenn die weitere Therapie sich von einer kurativen zu einer palliativen Zielsetzung wendet und besonders, wenn bei fortschreitender Erkrankung eine tumorspezifische Behandlung zugunsten einer allein symptomorientierten palliativmedizinischen Behandlung im Sinne einer „Best supportive care“ beendet wird. Denn in dieser Phase drängen sich im Krankheitserleben existentiellen Themen immer in den Vordergrund. Gleichzeitig ändern sich meistens bisherige therapeutische Zuständigkeiten, so dass sich das existentielle Thema von Abschied und Verlassenheit strukturell durch das Verlassen eines bisherigen Behandlungsumfeldes verstärken kann. Der Patientenwunsch an Onkologen, nach Ausschöpfung aller erfolgversprechenden Behandlungsoptionen doch noch eine erneute Tumorthherapie zu versuchen, ist manchmal auch durch die Angst auf Patientenseite motiviert, ein therapeutisches Beziehungsnetz zu verlieren. Deshalb ist dessen frühzeitige Erweiterung durch Palliative Care Spezialisten wichtig. Sehr entlastend wirkt meist auch der explizite Hinweis gegenüber Patienten, dass sie nicht kürzer, vielleicht sogar länger, auf jeden Fall aber eher besser leben werden, wenn mit der nicht mehr hilfreichen Tumorthherapie auch deren Nebenwirkungen wegfallen.

Interessenskonflikte: Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Literaturangaben

Agledahl KM, Gulbrandsen P, Førde R, Wifstad Å (2011) Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *J Med Ethics*. 37:650-654.

Andersen AH, Assing Hvidt E, Hvidt NC, Roessler KK (2020) 'Maybe we are losing sight of the human dimension' - physicians' approaches to existential, spiritual, and religious needs among patients with chronic pain or multiple sclerosis. A qualitative interview-study. *Health Psychol Behav Med*. 8:248-269.

Andersen AH, Illes Z, Roessler KK (2023) Regaining Autonomy in a Holding Environment: Patients' Perspectives on the Existential Communication with Physicians When Suffering from a Severe, Chronic Illness: A Qualitative Nordic Study. *J Relig Health*. 62(4):2375-2390.

Assing Hvidt E, Hansen DG, Ammentorp J, Bjerrum L, Cold S, Gulbrandsen P, Olesen F, Pedersen SS, Søndergaard J, Timmermann C, Timm H, Hvidt NC (2017) Development of the EMAP tool facilitating existential communication between general practitioners and cancer patients. *Eur J Gen Pract*:261-268.

Balle CK, Hvidtjørn D, Brintow MLB, Wu C, Prinds C (2024) Existential communication in maternity care - Mixed method evaluation of a postgraduate short course. *Sex Reprod Healthc* 41:100983. doi: 10.1016/j.srhc.2024.100983..

Binswanger L: Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. In: Herzog M, Braun, HJ (Hg) (1993). Ludwig Binswanger. *Ausgewählte Werke*. Band 2. Asanger, Heidelberg. (Originalausgabe 1942).

Bloom JR, Marshall DC, Rodriguez-Russo C, Martin E et al. (2022) Prognostic disclosure in oncology—Current communication models: A scoping review. *BMJ Support Palliat Care* 12(2):167–177.

Boss, M (1957). *Daseinsanalyse und Psychoanalyse*. Bern, Huber.

Boston P, Bruce A, Schreiber R (2011) Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *J Pain Symptom Manage* 41:604-618.:

Breitbart W (2002) Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 10:272–280.

Breitbart W (2017) Existential guilt and the fear of death. *Palliat Support Care* 15:509-512.

Canavan ME, Wang X, Ascha MS, Miksad RA, Showalter TN, Calip GS, Gross CP, Adelson KB (2024). Systemic Anticancer Therapy and Overall Survival in Patients With Very Advanced Solid Tumors. *JAMA Oncol*:e241129. doi: 10.1001/jamaoncol.2024.1129.

Dezutter J, Offenbaecher M, Vallejo MA, Vanhooren S, Thauvoye E, Toussaint L (2016) Chronic pain care. *Int J Psychiatry Med* 51(6):563-575.

Diakonisches Werk der EKD, Stockmeier J, Giebel A, Lubatsch H (2012 und 2013) Geistesgegenwärtig pflegen. Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf. Band 1: Grundlegungen und Werkstattberichte, Band 2: Studien und Projektergebnisse. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener

EAPC. Spiritual Care. <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/> Zugriffen 31.März 2025.

Ehm S, Giebel A, Lilie U, Prönneke, R (Hg.) (2016): Geistesgegenwärtig behandeln. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis, Neukirchen-Vluyn, Neukirchner Verlagsgesellschaft.

Epstein AS, Kakarala SE, Reyna VF et al (2021) Development of the Oncolo-GIST (“Giving Information Strategically & Transparently”) Intervention Manual for Oncologist Skills Training in Advanced Cancer Prognostic Information Communication. *JPain Symptom Management* 62(1):10–19

Existenzielle Kommunikation: Universität zu Lübeck. <https://www.uni-luebeck.de/studium/studiengaenge/psychologie/master/studieninhalte/wahlfaecher/existenzielle-kommunikation.html>. Zugriff 3.4.2025.

Existenzielle Kommunikation: ZBV. <https://www.zbv.uni-luebeck.de/forschung/gesundheitsethik/ethik-in-der-onkologie/existenzielle-kommunikation/> Zugriff 3.4. 2025J

Frankl V (1946a) *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Deuticke, Wien 1946;

Frankl VE. (1946b) Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. Dann bei Neuauflagen: ... Trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager

Frankl, VE (1959) From death-camp to existentialism; a psychiatrist's path to a new therapy, 1959, Boston, Beacon Press. Überarbeitete weitere Auflagen: *Man's Search for Meaning*. An Introduction to Logotherapy. Beacon Press, Boston, 1959-2007. .

Frick, E., Riedner, C., Fegg, M. J., Hauf, S. & Borasio, G. D. (2006). A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care*, 15:238-243.

Giebel A, Lilie U, Utsch M, Wentzek D, Wessel T (2015) Geistesgegenwärtig beraten. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Beratung, Seelsorge und Suchthilfe. Neukirchen Vluyn, Neukirchner Verlagsgesellschaft

Giebel A, Lubatsch H, Meussling-Sentpali A (2013) *DiakonieCare*. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Pflege. Curriculum und Arbeitshilfe zur Organisationsentwicklung. Neukirchen-Vluyn, Neukirchner Verlagsanstalt.

Gieseler G, Schäfer V, Theobald W. (2016) Entscheidungen im Schatten der Endlichkeit – ein Plädoyer für eine neue Gesprächskultur in der Onkologie In: Bihrer, A u. a. (Hg): *Endlichkeit. Zur Vergänglichkeit und Begrenztheit von Mensch, Natur und Gesellschaft*. Bielefeld: Transkript Verl.:137-149.

Hvidt EA, Ammentorp J, Søndergaard J, Timmermann C, Hansen DG, Hvidt NC (2018) Developing and evaluating a course programme to enhance existential communication with cancer patients in general practice. *Scand J Prim Health Care* 36:142-151.

Hvidt NC, Assing Hvidt E, La Cour P (2022) Meanings of "the existential" in a secular country: a survey study. *J Relig Health*. 61(4):3276-3301.

- Jaspers K (1932) Philosophie. In: Oliver Immel (Hg.) Karl Jaspers. Philosophie. Basel: Schwabe Verlag 2022,
- Kappauf HW (2001) Aufklärung und Hoffnung – Ein Widerspruch? Z Palliativmed. 2: 47-51.
- Kappauf H (2004) Kommunikation in der Onkologie. Der Onkologe 11:1251-1260.
- Kappauf H (2024) Existential communication: old wine in new skins? Psychol J Res Open; 6(4): 1–5.
- Kappauf H (2025) Existentielle Kommunikation. Schlagwort oder wichtiges Werkzeug? Die Onkologie. 31(1):36-42.
- Karlsson M, Friberg F, Wallengren C, Ohlén J (2014) Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: a life-world phenomenological study. BMC Palliat Care 13:28.
- Koch M, Seifart C (2024). Rethinking parameters of "success" in breaking bad news conversations from patient's perspective: the successful delivery process model. Support Care Cancer 32(3):181. doi: 10.1007/s00520-024-08354-0.
- Kolbe, C (2016). Existentielle Kommunikation. Zugänge zum Wesentlichen in Beratung und Therapie. Existenzanalyse. 33(1):45-51.
- Kolbe, Christoph (2024). Existenzielle Kommunikation im Horizont der Zumutungen des Daseins – Zugänge aus Existenzanalyse und Logotherapie. In: Büssing A u.a. (Hg). Spiritual Care & Existential Care interprofessionell Handbuch spiritueller und existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung. Berlin: Springer 2024: 93-104.
- Kübler-Ross E (1969) Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz Verlag
- Ludz U. (Hg) (1989) Hannah Arendt, Menschen in finsternen Zeiten. München: Piper 1989:99-112.
- Mahler R (2021) SPIR. Ein Gesprächsmodell für existentielle Kommunikation in Sozialberufen. <https://sd0df6bbb99a556994.jimcontent.com> (Zugriff 31. März 2025.)
- Matthews DA, Suchman AL, Branch WT Jr (1993) Making "connexions": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. Ann Intern Med. 118:973-977.
- NEKS (2014). Netzwerk Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge e.V. <https://www.neks-online.de/>.
- Sanft T, Winer E (2023) Rekindling Joy in Medicine Through Thoughtful Communication: A Practical Guide. Am Soc Clin Oncol Educ Book https://doi.org/10.1200/EDBK_100034. PMID: 37267275
- Saunders CM (ed) (1978). The Management of Terminal Disease. London: Edward Arnold.
- Schrage B, Giebel A (2021) Spirituelle und existenzielle Kommunikation – interprofessionell. Ein Modellprojekt zur spirituellen Begleitung am Lebensende. Diakonia 52:114–119

Shilling DM, Manz CR, Strand JJ, Patel MI (2024) Let Us Have the Conversation: Serious Illness Communication in Oncology: Definitions, Barriers, and Successful Approaches. *Am Soc Clin Oncol EducB*44(3). https://doi.org/10.1200/edbk_431352

Spiegel D, Spira J.(1991) Supportive-Expressive Group Therapy. Psychosocial Treatment Laboratory, Stanford Univ.

Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Classen CC, Fobair P, Carlson RW, Kraemer HC (2007) Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer* 110(5):1130-1138.:

Starr LT, Ulrich CM, Corey KL, Meghani SH (2019) Associations Among End-of-Life Discussions, Health-Care Utilization, and Costs in Persons With Advanced Cancer: A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Med* 36(10):913-926.

Storms, Anna: Warum es uns alle angeht. Anthropologische Grundlegung von Spiritualität. In: Büssing A, u.a.(Hg) (2024). *Spiritual Care &Existential Care interprofessionell. Handbuch spiritueller und existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung* Berlin: Springer 2024: 25-40.

Strang S, Henoch I, Danielson E, Browall M, Melin-Johansson C (2014) Communication about existential issues with patients close to death--nurses' reflections on content, process and meaning. *Psychooncology*.23:562-568.

Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R (1997) A model of empathetic communication in the medical interview. *JAMA* 277:678-682.

Tarbi EC, Gramling R, Bradway C, Broden EG, Meghani SH (2021a) "I Had a Lot More Planned": The Existential Dimensions of Prognosis Communication with Adults with Advanced Cancer. *J Palliat Med*. 24(10):1443-1454.

Tarbi EC, Gramling R, Bradway C, Meghani SH (2021b). "If it's the time, it's the time": Existential communication in naturally-occurring palliative care conversations with individuals with advanced cancer, their families, and clinicians. *Patient Educ Couns*. 104:2963-2968.:

Timmermann C, Prinds C, Hvidt EA, Hvidt NC, Lau ME, Ammentorp J (2023) Stimulating existential communication - first steps towards enhancing health professionals' reflective skills through blended learning. *PEC Innov*. 2:100121 (1-3) doi: 10.1016/j.pecinn.2023.100121. PMID: 37214506.

Voetmann SS, Hvidt NC, Viftrup DT (2022) Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliat Care*. 21(1):3. doi: 10.1186/s12904-021-00886-0..

WHO Definition of Palliative Care 2002. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO Definition 2002 Palliative Care englisch-deutsch.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO%20Definition%20Palliative%20Care%20englisch-deutsch.pdf). und <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Zugriffen 31. März 2025.

Yalom ID (1980). Existential Psychotherapy. New York: Basic Books.

Autorenkontakt

Dr. med. Herbert Kappauf

Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Palliativmedizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Uhlandstr. 9

D – 90408 Nürnberg

E-Mail: hkappauf@t-online.de

Zitationsvorschlag

Kappauf, Herbert: Existentielle Kommunikation im Gesundheitswesen. Alter Wein in neuem Schlauch. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 6 / 2025.