

Onkologie
<https://doi.org/10.1007/s00761-024-01618-8>
Angenommen: 2. Oktober 2024

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2024



Existenzielle Kommunikation – Schlagwort oder wichtiges Werkzeug?

Herbert Kappauf
Nürnberg, Deutschland

In diesem Beitrag

- Material und Methoden
- Ergebnisse und Diskussion
- Existenzielle Kommunikation – warum?
- Existenzielle Kommunikation – auf was kommt es an?
- Schlussfolgerung

Zusammenfassung

Hintergrund: Existenzielle Kommunikation ist ein Begriff, der erst seit kurzem in die onkologische und palliativmedizinische Literatur eingegangen ist. Er bezieht sich auf Patientengespräche, die zu den Themen Sterblichkeit, Sinnhaftigkeit und Fragilität des Daseins und der damit verbundenen rationalen und emotionalen Auseinandersetzung vordringen.

Material und Methoden: Es erfolgte eine Literaturrecherche in PubMed nach „existential communication“. Daraus und mit langjährigen eigenen Erfahrungen aus durchgeführten Seminaren zum Thema „Schwierige ärztliche Gespräche“ werden Merkmale einer existenziellen Kommunikation aufgezeigt.

Ergebnisse und Diskussion: Nur 8 Zeitschriftenartikel der letzten 10 Jahre verwendeten explizit den Begriff „existential communication“. Hunderte Arbeiten benutzten „existential“ anderweitig attributiv, von existenziellen Aspekten bis zu existenziellem Wohlbefinden. Der Begriff existenziell basiert auf verschiedenen Richtungen der vorwiegend deutschen Existentialphilosophie, die nach dem Nationalsozialismus in den USA wegweisende psychoonkologische Unterstützungsangebote katalysierten. Existenzielle Kommunikation unterstreicht die Notwendigkeit der „End-of-life“-Gespräche in der Onkologie und Palliativmedizin, auch um bei Kranken mit sehr fortgeschrittenen Krebsleiden nebenwirkungsbelastete, nicht mehr hilfreiche tumorspezifische Behandlungen zu vermeiden. Erfahren lässt sich damit auch eine tiefere professionelle Zufriedenheit.

Schlüsselwörter

Ärztliche Kommunikation · Krebs · Psychoonkologie · Palliativmedizinische Versorgung · Spiritualität

**Im existentiellen Bereich sind Wahrheit und Kommunikation dasselbe.
Hannah Arendt (1957 [4])**

Hintergrund

Der Begriff *existenzielle Kommunikation* war ursprünglich ein zentraler Begriff der Existentialphilosophie des Philosophen und Arztes Karl Jaspers [19]. In Abgrenzung zu einer *Daseins-Kommunikation* bezeichnete er mit *existenzieller Kommunikation* eine allein dyadisch mögliche, nichthierarchische Kommunikation, die es beiden Gesprächspartnern erlaubt, ihr jeweiliges unverwechselbares Menschsein,

ihre Existenz, zu entwickeln. Dieses philosophische Konstrukt war nicht für den klinischen Kontext – und dessen Daseins-Kommunikation – entwickelt und ging somit nicht in die medizinische Terminologie ein. So beschrieb Elisabeth Kübler-Ross 1969 in ihrem Buch *Interviews mit Sterbenden* [23] zweifellos existenzielle Kommunikation im heutigen Verständnis, ohne dass der Begriff existenziell ein einziges Mal auftauchte. Auch Cicely Saunders verwendete 1978 in ihrem palliativmedizinischen Meilenstein [25] den Begriff *existenziell (existential)* nicht. Sie führte dagegen ihr Konzept von *Total Pain* aus. Dieses prägte das Verständnis



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

von Palliative Care der WHO (World Health Organization; [16]) und entsprechend das von nationalen und internationalen Palliative Care Organisationen [15]. Seitdem schließt eine kompetente Betreuung von Schwerkranken eine spirituelle Dimension ein.

» Eine kompetente Betreuung von Schwerkranken schließt eine spirituelle Dimension ein

Etwa gleichzeitig mit *spirituell* war jedoch in der englischsprachigen palliativmedizinischen Literatur auch der Begriff *existenziell* aufgetaucht. Dabei war dieser schon in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in das deutschsprachige psychiatrische Schrifttum eingegangen: über die an Martin Heidegger angelehnte psychiatrische bzw. psychotherapeutische *Daseins-Analyse* der Schweizer Psychiater und Psychoanalytiker Ludwig Binswanger und Medard Boss [7] und die recht unabhängig davon seit Mitte der 1930er-Jahre entwickelte *Existenzanalyse* und *Logotherapie* des Wiener Psychiaters Viktor Frankl [13], der sich mit der Behandlung suizidaler und depressiver Menschen – also Menschen in existenziellen Krisen – einen wissenschaftlichen Namen gemacht hatte. Im Nationalsozialismus wurden die renommiertesten deutschen Onkologen als Juden in die Emigration oder Konzentrationslager getrieben, und im Deutschen Reich wurde eine humanistische, psychoanalytische oder existentialphilosophisch geprägte Psychiatrie ausgemerzt. 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 tabuisiert.

Jedoch führten US-amerikanische Psychiater mit explizitem Bezug auf die obigen europäischen Kliniker und Philosophen den attributiven Begriff *existenziell* in die jetzt englischsprachige onkologische und palliativmedizinische Literatur ein. Eine wichtige Rolle für die transatlantische Schleife von *existenziell* hatte Viktor Frankl, der 4 Konzentrationslager überlebt und danach mit der Erfahrung seiner eigenen existenziellen Gefährdung und der Ermordung seiner

Familie seine sinnbasierte *Logotherapie* und *Existenzanalyse* fortentwickelt hatte. Während er im deutschsprachigen Raum lange wenig öffentliche Resonanz fand, wurde sein im Rahmen von Gastprofessuren in den USA publiziertes Buch *Man's Search for Meaning* [14] millionenfach verkauft und als „eines der zehn einflussreichsten Bücher in Amerika“ geführt. Genauso entwickelte der Psychiater Irvin Yalom in Stanford, ausgehend von den Wiener psychoanalytischen Schulen und europäischen Existenzphilosophen, seine einflussreiche *Existential Psychotherapy* [34]. Yaloms ressourcenorientierter Ansatz wurde spezifiziert für die Unterstützung für Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen: An der Stanford University war es David Spiegel mit seiner „supportive-expressive psychotherapy“ [26], 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“ [10]. Spirituell, existenziell und schließlich auch existenzielle Kommunikation waren jetzt begrifflich in der onkologischen und palliativmedizinischen Literatur angekommen, wenn auch das Verständnis der jeweiligen Autoren sehr heterogen war [8].

Material und Methoden

Es erfolgte eine Literaturrecherche in PubMed mit dem Suchbegriff *existential communication*. Diese erbrachte 834 Literaturhinweise (Abfrage am 21. Juni 2024), die sich jedoch nicht nur auf den kombinierten Suchbegriff bezogen, sondern auch auf die Einzelwörter. Somit befassten sich viele Publikationen mit ärztlicher Gesprächsführung. Um die Grundsätze existenzieller Kommunikation in der Onkologie oder Palliativmedizin zu berücksichtigen, 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“ [20], denn der kommunikative Umgang mit dem Thema Tod, Sterben und assoziierten Emotionen wird bei diesen Seminaren immer besonders praxisrelevant bewertet.

Ergebnisse und Diskussion

In den 834 Publikationen, die PubMed zum Suchbegriff *existential communication* anzeigte, findet sich dieser Begriff im medizinischen Kontext erst seit 10 Jahren. Nur 6 Arbeiten – 5 davon mit der dänischen Syddansk Universität in Odense affiliert, führten *existenzielle Kommunikation* im Titel [3, 5, 6, 17, 31, 32]. Zusätzlich verwendeten 2 weitere Arbeiten den Begriff *existential communication* (oder modifiziert als *existential conversation* [28] im Abstrakt oder Text [30]). Hunderte onkologische oder palliativmedizinische Arbeiten – fast ausschließlich seit 1990 und seitdem stark ansteigend – benutzten *existential* attributiv für das Krankheitserleben, Beziehungsaspekte und Werthaltungen: von existenziellen Aspekten, Belastungen, Bedingungen, Bedrohungen, Beziehungen, Erfahrungen, Fragen, Isolation, Konflikten, Krisen bis zu existenziellen Leiden, Schmerz, Sehnsüchten, Schock, Verlusten, Werten und Wohlbefinden.

Hinsichtlich *existenziell* finden sich in der Literatur 2 konkurrierende Metakonzepte: Für die European Association of Palliative Care (EAPC) und Publikationen, die sich auf deren Definition beziehen, ist *spirituell* das Metakonzept, das existenziell einschließt [15]. Irvin Yaloms *Existenzielle Psychotherapie* betrachtet das Spirituelle und Religiöse dagegen als Teil des Existenziellen [34]. Genauso beziehen sich skandinavische Arbeitsgruppen auf *existenziell* als Metakonzept, das spirituell beinhaltet [17]. Sie stützen sich dabei auch auf eine Befragung einer Stichprobe der dänischen Bevölkerung zu den mit *existenziell* assoziierten Bedeutungen. Existenziell habe sich als Brückenkonstrukt ergeben, das säkulare, spirituelle und religiöse Sinngebungen überspanne [18]. In der säkularen Gesellschaft Dänemarks lag der Begriff *existenziell* Allgemeinärzten auch näher als der Begriff *spirituell*.

Die strukturellen Unterschiede der beiden Metakonzepte sind aber in der konkreten Kommunikation mit Schwerkranken kaum von Bedeutung, und die Metakonzepte werden von Autoren durchaus auch parallel verwendet oder es werden existenzielle, spirituelle und religiöse Aspekte pragmatisch gleichwertig nebeneinandergestellt [2, 17]. *Existenzielle Kom-*

munikation 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“ [30]. Damit gut kompatibel ist die Definition der dänischen Arbeitsgruppen: „als ein Metakzept, das Gespräche über weite Daseinsthemen und – fakultativ aber nicht notwendig – spirituelle und religiöse Aspekte einschließt“ [17].

Existenzielle Kommunikation – warum?

Existenzielle Kommunikation ist im onkologischen oder palliativmedizinischen Behandlungsalltag eine Kommunikation in und über eine existenzielle Krise. Jede Krisenbewältigung geschieht kommunikativ. Somit hat existenzielle Kommunikation neben einer diagnostischen auch eine therapeutische Dimension [21].

» Neben der diagnostischen Dimension hat existenzielle Kommunikation eine therapeutische Dimension

Wie schon das Total-Pain-Konzept [25] ausführte, kann nicht beachtetes existenzielles Leiden die körperliche Symptomkontrolle erschweren [12, 30] 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 existenziellen Hintergrund zu erfragen. Denn Angst und Ärger hingen nicht nur etymologisch zusammen, sondern durch sie könne sich auch existenzielle Schuld manifestieren – im Sinne von „schuldig gebliebenen“, nun nicht mehr realisierbaren Vorhaben. Nach innen gerichtet könne sich diese Schuld als Depression oder Scham zeigen [9].

Menschen mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen wollen meist durchaus über existenzielle Themen mit ihren Ärztinnen und Ärzten sprechen. Diese

nehmen jedoch derartige Gesprächswünsche häufig nicht wahr, fühlen sich bei einem streng biomedizinischen Rollenverständnis nicht zuständig oder weichen aus – sei es aus Zeitdruck oder sei es, weil sie sich bei existenziellen Themen inkompetent und in der Wortwahl unsicher fühlen [2]. Andererseits erfahren medizinische Helfer gerade in der existenziellen Kommunikation mit Schwerkranken persönliche Tiefe, mehr professionelle Sinnhaftigkeit und Berufszufriedenheit.

» Gerade in der existenziellen Kommunikation erfahren Helfer Sinnhaftigkeit und Berufszufriedenheit

Rechtzeitige Gespräche über Tod und Sterben mit Patienten mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen führen nicht nur zu weniger nutzlosen, nebenwirkungsbelasteten und auch 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 [27]. Da trotz dieses Wissens der Anteil von Patienten mit weit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen, die noch bis kurz vor ihren Tod krankheitsspezifisch behandelt werden, ohne dass es ihnen nützt, in den letzten 10 Jahren nicht abgenommen hat, kam kürzlich von den großen US-amerikanischen Krebszentren der Appell, die Onkologen mehr für Gespräche mit Patienten über Tod und Sterben zu schulen [11].

Existenzielle Kommunikation – auf was kommt es an?

Existenzielle Gegebenheiten wie menschliche Endlichkeit, Sterblichkeit 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 ihre existenziellen Herausforderungen grundsätzlich – mit geringerer Dringlichkeit – auch ihre medizinischen Helfer. Existenzielle The-

men 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 existenzielle Einstellungen und Werthaltungen zu reflektieren. So gehen Ärztinnen und Ärzte, die biografisch schon selbst existenziell gefordert waren, eher auf die existenziellen Gesprächswünsche ihrer PatientInnen ein [2].

» Für das Team ist es hilfreich, eigene existenzielle Einstellungen und Werthaltungen zu reflektieren

Kommunikation ist kein Selbstzweck. Sie soll in der existenziellen Auseinandersetzung mit einer schweren Krankheit hilfreich sein, indem auf Patientenseite 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 [21]. Suchman et al. nennen das Gefühl, verstanden zu werden, „intrinsisch therapeutisch“, da es die Isolation der Krankheit überbrücke [29].

» Das Gefühl, verstanden zu werden, kann „intrinsisch therapeutisch“ sein

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 digital dokumentieren zu wollen. Freundliche Professionalität ist keineswegs Empathie.

Schon in Aufklärungsgesprächen über eine maligne Erkrankung äußern sich existenzielle Themen in Gespräch mit Fragen, „Wie lange habe ich noch?“, „Warum ich?“ oder Aussagen wie „Ich fühle mich in ein Loch gefallen“, „Das kann ich meiner Familie nicht zumuten“, oder „Das war’s dann wohl!“ In den vergangenen 3 Jahrzehnten haben sich sehr nützliche Standards für

onkologische Aufklärungsgespräche entwickelt, auch wenn Wissen und Wirklichkeit noch oft auseinanderklaffen [22].

Die existenzielle Krankheitsauseinandersetzung Erkrankter offenbart sich im Behandlungsalltag oft eingebettet in die Begegnung bei ärztlichen oder pflegerischen Verrichtungen. Verwoben mit der Schilderung von körperlichen oder psychosozialen Beschwerden kommen 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 [20, 24, 29]. 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 nonverbalen 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“ [29]. Bei derartigen mit der biomedizinischen Behandlung und Pflege verwobenen Äußerungen loten Kranke „risikolos“ eine ärztliche Offenheit für existenzielle Themen aus [32]. Ein weiteres Beispiel: aus der Klinik:

Bei einer 67-jährigen Frau mit infolge Aszites neu diagnostiziertem Ovarialkarzinoms 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 in der Nacht nicht schlafen.

Die Frage „Wie wird es wohl weitergehen“ ist in der beschriebenen Situation eine zutiefst existenzielle 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.

» Vor allem in Gesprächen über die Prognose tauchen existenzielle Themen auf

Eine existenzielle 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 Lösungsvorschläge oder Ratschläge zu geben. Entscheidend ist es aber, die emotionalen Signale der Patientenäußerungen aufzugreifen. Denn bei starken Emotionen können Informationen ohnehin weniger kognitiv verarbeitet werden. Zudem wird deutlich: Eine existenzielles Kommunikationsangebot ist nicht immer auf dem 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 existenzielle 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, bevor existenzielle Aspekte thematisiert werden.

Existenzielle Themen tauchen besonders bei Gesprächen über die Prognose auf [30]. Studien belegen jedoch, dass

ÄrztInnen sich in diesen Gesprächen oft auf rein medizinische Fakten zentrieren und dabei die existenzielle Dimension des Krankheitserlebens mit individueller Sinn- und Bedeutungsgebung aussparen oder übersehen, obwohl sie den Kranken durchaus freundlich und respektvoll zugewandt sind: „courteous but not curious“ (höflich, aber nicht neugierig; [1]). Kranke öffnen sich mit ihren existenziellen 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.

» Für die existenzielle Kommunikation gilt: Der Kranke ist Experte seines Krankheitserlebens

Voraussetzung dafür, dass sich ein Gespräch von biomedizinischen zu existenziellen Themen öffnet, ist ein Gefühl von Beziehung und Verbundenheit: dass medizinische Helfer eben nicht nur körperlich, sondern auch beziehungsmäßig beim Kranken präsent sind [33]. 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 existenzielle 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 Sterben in den Kopf kommen, machen die 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 existenzielle Auseinandersetzung, die Agledahl in der Analyse von ärztlichen Gesprächen vermisst hat

Further Reading (subjektive Auswahl)

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. J Pain Symptom Management* 62(1):10–19

Praxisnah dargestellt wird eine am New Yorker Sloan-Kettering Cancer Center konzipierte, 4 Schritte umfassendes Modellstruktur der Befundkommunikation mit Krebskranken, die in Verbindung mit den bereits geläufigen Grundsätzen ärztlicher Gesprächsführung gewährleisten soll, dass die prognostische Bedeutung von ungünstigen Befunden nicht nur gehört, sondern adäquat verstanden wird.

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

Immer noch ein sehr lesenswerter „Klassiker“: Basierend auf Transkripten und Videodokumentationen von Arzt-Patient-Kontakten in der Allgemeinmedizin erarbeitet diese qualitative Studie den Unterschied zwischen der Sachebene von Patientenäußerungen und deren gesprächsentscheidenden impliziten emotionalen Signalen.

Kappauf HW (2001) *Aufklärung und Hoffnung – Ein Widerspruch? Z Palliativmed* 2:47–51

Eine praxisgeerdete Ausführung über Hoffnung, die im onkologischen Behandlungsalltag weder gegeben oder genommen, sondern erfragt, anerkannt und realistisch bestärkt werden muss.

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

Ein intelligent herzerwärmender Blick der beiden Yale-Autoren weg vom ärztlichen Burnout zu Freude und Erfüllung im onkologischen Behandlungsalltag. Sie zeigen auf, wie durch Elemente der patientenorientierten Gesprächsführung und „framing“ „heilige Momente“ besonders in Gesprächen über begrenzte Lebenszeit und Tod erfahrbar werden, die in der ärztlichen Tätigkeit motivieren und resilient machen.

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

Diese Studie analysierte Audiotranskripte von Gesprächen von Palliativmedizinern mit Kranken und ihren Angehörigen in stationären US-amerikanischen Palliativabteilungen. Sie zeigt auf, wie in der Onkologie in prognosebezogenen Gesprächen implizit Wünsche für eine weitergehende existenzielle Kommunikation verwoben sind.

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 Educ B* 44(3). https://doi.org/10.1200/edbk_431352

In diesem Grundsatzartikel plädieren die Autoren renommierter US-amerikanischer Krebszentren für eine in der Krankheitsauseinandersetzung hilfreiche professionelle Gesprächskultur mit onkologisch Kranken. Dabei gilt es, sowohl die ärztliche Gesprächskompetenz zu verbessern als auch strukturelle Hindernisse anzugehen. Gespräche über die Krankheitssituation sollen regelmäßig in die Behandlung eingeplant und als kontinuierlicher Prozess im Behandlungsablauf verstanden werden.

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

Eine umfassende Übersicht der für Gespräche mit onkologischen Kranken propagierten und unterschiedlich evaluierten Kommunikationskonzepte – mit Fokus auf Gespräche über die Prognose.

[1]. Das offene Ansprechen von angstbesetzten oder sogar tabuisierten Themen reduziert Angst. Wenn in der existenziellen Kommunikation dabei gleichzeitig 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 existenzieller Kommunikation [5, 17, 32]. Andererseits decken die

meisten Seminaranteile zu Gesprächen über Tod und Sterben vieler gut evaluierter Trainingsprogramme zu „breaking bad news“ wesentliche Aspekte der existenziellen Kommunikation ab.

Schlussfolgerung

Der Begriff existenzielle Kommunikation ist mit seinen säkularen Wurzeln und Assoziationen sehr gut für die Beschreibung einer ärztlichen Aufgabe geeignet, die be-

sonders in der (palliativen) Onkologie nicht ohne Abstriche an der Behandlungsqualität vernachlässigt werden kann. Wenn eine tumorspezifische Therapie zugunsten einer symptomorientierten palliativmedizinischen Behandlung beendet wird, muss eine existenzielle Kommunikation aktiv bei dem Gespräch über die Therapiezieländerung eingeplant werden. Denn in dieser Phase drängen sich im Krankheitserleben die existenziellen Themen der noch verbleibenden Zeit und des Sterbens in den Vordergrund. Gleichzeitig ändern sich meistens bisherige therapeutische Zuständigkeiten, sodass sich das existenzielle Thema Abschied und Verlassenheit strukturell verstärken kann. Der Patientenwunsch an Onkologen, doch noch einen erneuten Therapieversuch zu machen, ist manchmal durch die Angst motiviert, ein therapeutisches Beziehungsnetz zu verlieren. Deshalb ist dessen frühzeitige Erweiterung durch Palliative Care Spezialisten wichtig. Sehr entlastend wirkt meist der explizite Hinweis gegenüber Patienten, dass sie nicht kürzer, sondern eher besser leben werden, wenn mit der nicht mehr hilfreichen Tumortherapie auch deren Nebenwirkungen wegfallen.

» Manchmal ist der Wunsch nach weiteren Therapieversuchen durch Angst vor Beziehungsverlust motiviert

Zur vertiefenden Auseinandersetzung mit dem Thema will die **Infobox 1** einladen, in der eine subjektive Auswahl an Publikationen zum Thema erläutert wird.

Fazit für die Praxis

- Existenzielle Kommunikation ist in der Onkologie und Palliativmedizin ein junger Begriff für ein altes Thema: Gespräche mit Schwerkranken über eine begrenzte Lebenszeit, Sterben und ihre rationale und emotionale Auseinandersetzung mit der Fragilität des Daseins
- Existenzielle Kommunikation beschreibt besser als andere Begriffe eine ärztliche Aufgabe in der Onkologie sowie der Palliativmedizin, die nicht ohne Abstriche an der Behandlungsqualität ignoriert werden kann.

Korrespondenzadresse

Dr. Herbert Kappauf

Uhlandstr. 9, 90408 Nürnberg, Deutschland
hkappauf@t-online.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Kappauf gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- 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
- Arendt H, Ludz U (1989) Hannah Arendt, Menschen in finsternen Zeiten. München/ Zürich, Piper, S 99–112
- 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* 23:261–268
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.100983>
- Boss M (1979) Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse. Europa Verlag, Zürich
- 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 (2017) Existential guilt and the fear of death. *Palliat Support Care* 15:509–512
- 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
- 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.

Existential communication—Tag or important conceptual tool?

Background: The term existential communication emerged only recently in the literature on oncology and palliative medicine. It refers to the doctor-patient communication comprising issues of mortality, meaningfulness, the fragility of being and the associated rational and emotional coping.**Material and methods:** A literature search for the term existential communication was carried out in PubMed. Moreover, from the results and the author's own long background of facilitating breaking bad news workshops for oncologists, features of an existential communication are demonstrated.**Results and conclusion:** A PubMed search resulted in only 8 papers from the last decade explicitly using the term existential communication. Hundreds of papers used existential in various other attributions, from existential aspects to existential well-being. The term existential was rooted in various directions of predominantly German existential philosophy, which after National Socialism resonated in the USA and catalyzed pioneering strategies of psycho-oncological support. Existential communication underlines the necessity for end of life conversations in oncology and palliative medicine and also to avoid burdening patients with very advanced cancer with futile tumor-specific treatment with detrimental side effects. In this way a deeper professional satisfaction may be experienced.

Keywords

Medical communication · Cancer · Psycho-oncology · Palliative medical care · Spirituality

JAMA Oncol. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2024.1129>

- Dezutter J, Offenbaecher M, Vallejo MA, Vanhooeren S, Thauvoeye E, Toussaint L (2016) Chronic pain care. *Int J Psychiatry Med* 51(6):563–575
- Frankl V (1949) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Deuticke, Wien
- Frankl V (1969/2006) Man's Search for Meaning. Beacon Press, Boston
- <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/>. Zugegriffen: 10. Juli 2024
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Zugegriffen: 10. Juli 2024
- 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) In: Jaspers K, Immel O (Hrsg) Philosophie. Schwabe Verlag Basel, Philosophie
- Kappauf H (2004) Kommunikation in der Onkologie. *Onkologie* 11:1251–1260
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08354-0>
- Kübler-Ross E (1969) Interviews mit Sterbenden. Kreuz Verlag, Stuttgart
- Matthews DA, Suchman AL, Branch WT Jr (1993) Making "connexions": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med* 118:973–977
- Saunders CM (Hrsg) (1978) The Management of Terminal Disease. Edward Arnold, London
- 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
- 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 (2021) "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 (2021) "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 (<https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100121>)
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00886-0>
34. Yalom ID (1980) Existential Psychotherapy. Basic Books, New York

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.