

# Die Diagnosestellung als Situation

## Eine existenzphilosophische Betrachtung ärztlicher Kommunikationsaufgaben

### Medical consultation as a situation

### An existential-philosophical consideration of medical communication tasks

FRANK WÖRLER, LÜBECK

*Zusammenfassung:* Im Medizin- und Care-Diskurs zielt die Frage, wie mit Patientinnen zu kommunizieren sei, oft auf eine normativ-ethische Ebene. Dementgegen soll hier eine eher auf die epistemologische Ebene gerichtete Untersuchung der Gesprächssituation in der Diagnosestellung geleistet werden. Die Erörterung verläuft entlang der existenziellen Philosophien von Gabriel Marcel und Martin Buber. Dabei zeigt sich, dass es drei Ebenen gibt, die das Arztgespräch bestimmen. Auf der ersten Ebene befindet sich die meist asymmetrische sachliche Kommunikationssituation über medizinische und biochemische Zusammenhänge. Hier tritt die Ärztin als Expertin auf. Als zweite Ebene kann man die existenziell-dialogische Situation der Begegnung zweier Menschen ausmachen. Hier besteht eine völlige Symmetrie, da die Begegnung bei Buber und Marcel nicht an besondere Einrichtungen, wie zum Beispiel Fürsorge, gebunden ist. Die dritte Ebene kehrt das ‚Machtverhältnis‘ – so man diesen Begriff nutzen will – um: Die Patientin hat, indem sie sich in einer Grenzsituation befindet, einen Wissens- und Handlungsraum, der dem der Ärztin überlegen ist. Als Betroffene kann sie beispielsweise eine mögliche Therapie ablehnen, während die Ärztin eine indizierte Therapie nicht verweigern darf. Die genaueren Lektüren Marceles und Bubers lassen weiterhin deutlich werden, wie tiefgreifend die Vorbehalte der Dialogphilosophie gegenüber Institutionen und deren Normen sind. Die Idee des informierten Einverständnisses (*informed consent*), welche die medizinethische Debatte dominiert, erweist sich aus Bubers Perspektive als brüchig, wo affektive Innerlichkeit lediglich ein Spiegel der äußerlichen Einrichtungen ist. Der Begriff der Hoffnung wird schließlich herangezogen, um den besonderen Handlungsraum der Ärztin aus der Perspektive der Dialogphilosophie zu konkretisieren.

*Alle Inhalte der Zeitschrift für Praktische Philosophie sind lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.*



*Schlagwörter: Existenzphilosophie, Dialog, Situation, Begegnung, Hoffnung*

*Abstract:* In medical and care discourse, the question of how to communicate with patients is often raised on a normative and ethical level. By contrast, I propose an epistemologically inspired examination of the particular conversation, in which a doctor informs a patient's medical diagnosis. My exposition follows the existential philosophies by Gabriel Marcel and Martin Buber, which show that a doctor's consultation can be discussed on three levels. The first level is mostly about the unbalanced communication over facts in terms of medical and biochemical contexts, where the doctor appears as an expert. The model to apply here is an asymmetric relationship. As for the second level, the existential-dialogic situation between two human beings represents a fundamental symmetry. Since according to Buber and Marcel, the encounter (*Begegnung*) is not tied to a specific setup such as solicitude. Eventually, the symmetry reverses on a third level: By being in a borderline situation, a patient has a certain liberty of knowledge and action, which is superior to that of a doctor. As a person affected, the patient may for example refuse a possible therapy, while her doctor is not allowed to refuse an indicated therapy. Furthermore, a closer reading of Marcel's and Buber's work situates the philosophy of dialogue in confrontation with institutions and their norms. The concept of informed consent, which dominates the medical-ethical debate for several decades now, is fragile from Buber's point of view, for the patient's efforts for self-reflection may result in just mirroring the external devices. Finally, the concept of hope is applied in order to demonstrate the concrete possibilities how a physician can act from a dialogical viewpoint.

*Keywords: Philosophy of existence, dialogue, situation, encounter, hope*

## Einleitung

Der vorliegende Aufsatz geht aus einem Forschungsprojekt hervor, das sich mit der onkologischen Versorgung älterer Patientinnen befasst.<sup>1</sup> Werden letztere im gleichen Maße versorgt wie jüngere Menschen? Es gibt Hinweise, dass die ärztlichen Leitlinien in der Altersgruppe über 70 häufiger nicht umgesetzt werden. Muss dies als Missstand gedeutet werden, berücksichtigen die Leitlinien womöglich ungenügend die besonderen medizinischen Zu-

1 Projekttitel: *Determinanten für leitlinieninkongruente Versorgung von älteren Krebspatienten in der GKV (DELIVER)*, gefördert vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dieser Aufsatz entstand im Projektmodul „Theoretisches Modell“, geleitet von Christina Schües und Christoph Rehmann-Sutter, am Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung (IMGWF) der Universität zu Lübeck.

sammenhänge bei Älteren oder liegen die Bedürfnisse älterer, oft mehrfach erkrankter Menschen einfach anders – auch jenseits von statistisch erfassbaren Parametern?<sup>2</sup>

In vielen der denkbaren Determinanten spielen Aspekte der Patientenkommunikation eine entscheidende Rolle. So bei der Aufklärung über Behandlungsalternativen, der Art und Weise, wie Nebenwirkungen erörtert werden, oder der Informationsbeschaffung über die Mobilität und aktivierbare Ressourcen aus dem Umfeld der Patientin. Deshalb verdient die professionelle Kommunikation – und insbesondere das Arztgespräch – besondere Beachtung bei der Analyse der institutionellen Versorgung.

Die Beziehung zwischen Ärztin und Patientin wird im Versorgungs-Diskurs kontrovers diskutiert. Tariman et al. (2012) führen nach Auswertung der Literatur acht grundlegende care-spezifische Beziehungstypen an (sowie sechs weitere aus anderen Disziplinen). Im *Paternalistic Model* beispielsweise verbleibt die Patientin in einer abhängigen und passiven Rolle, während die Ärztin aufgrund ihres Expertenwissens Entscheidungen trifft. Andere Modelle beziehen die Patientin auf unterschiedliche Weise in die Entscheidungen ein. Im *Informative Model* als weiterhin passive, aber informierte Person, im *Doctor-as-agent Model* als Referenz für eine immer noch von der Ärztin getroffene Entscheidung und im *Shared Decision-Making Model* als Pol einer bilateralen Informations- und Entscheidungsarchitektur. In den beschriebenen Modellen variiert das – in der Literatur oft normativ gesetzte – Verhältnis der Beteiligten in einem weiten Spektrum zwischen radikal asymmetrischem und radikal symmetrischem Beziehungstypus. Im vorliegenden Aufsatz möchte ich die Frage der Symmetrie vor einer Folie der Existenz- und Dialogphilosophie kritisch beleuchten. Als Textgrundlage dienen mir die Baissschriften von Gabriel Marcel (1889–1973) und Martin Buber (1878–1965), in denen die menschliche Beziehung im Mittelpunkt steht.

Buber und Marcel sind Autoren, die wiederholt in den Care-Diskurs eingebracht wurden. So plädiert Neil Pembroke für einen empathischen Einsatz involvierten Besorgt-Seins: „A caring relationship is one in which the patient experiences warmth and tenderness from her healthcare provider.“ (Pembroke 2010, 1212) In Hinblick auf den Begriff des Heilens und im Rückgriff auf empirische Studien sehen John G. Scott et al. (2009) eine persön-

---

2 Es zeigt sich, dass die persönliche Lebenssituation einen aufs Alter hin immer größeren Faktor bei den Entscheidungen der Patientinnen darstellt (Gieseler et al. 2019, 11–17).

liche Ich-Du-Beziehung nach Buber als Schlüssel für einen guten Umgang mit der – ihrer Meinung nach – asymmetrischen Ärztin-Patientin-Beziehung. William E. Stempsey wiederum nutzt Marceles Begrifflichkeiten, um verschiedene Facetten von Hoffnung zu differenzieren und schlussendlich ebenfalls Orientierung im Umgang mit schwer erkrankten Patientinnen zu bieten: „Understanding the complexity of hope should prove beneficial in our thinking about the best ways to pursue medical innovation.“ (Stempsey 2015, 49) Ohne hier im Einzelnen darauf eingehen zu können, liegt der Schwerpunkt dieser Publikationen auf der Anwendungsseite. Dialogphilosophische Begriffe werden eingesetzt, ohne den ursprünglichen Kontext umfassend zu entfalten.<sup>3</sup>

Geht man von der Philosophie selbst aus, stellt sich eine solche Unternehmung durchaus problematisch dar: So lehnt die Existenzphilosophie ein Allgemeines als Ziel ab und geht stets von einer singulären, individuellen Position aus. Institutionen – wie in unserem Fall das Krankenhaus, die Arztpraxis – werden zwar als unverzichtbar für die Organisation der Gesellschaft erachtet, verfehlen aber notwendigerweise die *existenziellen* Bedürfnisse menschlichen Lebens (vgl. Buber 1973, 45 et passim). Im gleichen Sinne lässt sich radikale Dialogphilosophie nicht verallgemeinern, und auch nicht als Maxime ausgeben. Die existenzialen Philosophien von Marcel und Buber sind deshalb auch keine homogenen Systeme, sie fordern zu immer wieder neuen Auseinandersetzungen und situativen ethischen Positionierungen heraus. Es ist also Vorsicht bei der Applikation im institutionellen Rahmen geboten. Weiterhin ist der *Kontext* so relevanter Begriffe wie „Begegnung“ oder „Hoffnung“ unerlässlich für deren Verständnis. Es lohnt sich, hier weiter auszuholen. Mein Ausgangspunkt ist deshalb ein zunächst entfernterer Terminus, nämlich der Begriff der Situation. Erst mit seiner Unterstützung und in gemeinsamer Erörterung mit den spezifischen Begrifflichkeiten von Subjekt und Gefühlen zeigen sich die dialogischen Konzepte von Begegnung und Hoffnung in ihrer ganzen Komplexität, aber auch Radikalität.

## Methodik und Zielrichtung

Die dialogischen Begriffe zunächst in ihrem philosophischen Kontext zu beleuchten, macht schnell die Gräben deutlich, die zwischen wissenschaftlichem beziehungsweise medizinischem Denken und der Herangehensweise

---

3 Weitere Aufsätze in ähnlicher Absicht sind: Cohn 2001; Söderberg et al. 1999; Westerhof et al. 2014; sowie die Monographie von Baker-Ohler 2009.

der Existenzphilosophie klaffen. Dieses Markieren eines gewissen Widerspruchs ist aus philosophischer Sicht indes kein Manko, sondern vielmehr als Nutzen der Unternehmung zu sehen. Ungeachtet des philosophisch-argumentativen Fortgangs meiner Darlegungen will ich an relevanten Stellen kurze Hinweise auf die möglichen Konsequenzen für das Arztgespräch geben und so einen Seitenstrang im Care-Diskurs mitverfolgen. Mit Blick auf die rahmende Forschungsfrage – nach Determinanten für erhöhte Abweichungen von den onkologischen Richtlinien bei älteren Patientinnen – soll sichtbar werden, auf welche Weise ein existenzialphilosophisches Verständnis der Patientin als Subjekt und eine dialogphilosophische Interpretation der Versorgungssituation nach einer Ausdifferenzierung der Symmetriefrage verlangen.

Im Sinne einer dialogphilosophisch fundierten Argumentation werde ich zunächst die epistemologische Dimension des Situationsbegriffs herausarbeiten. Im Anschluss gehe ich auf den Subjektbegriff bei Marcel und Buber ein. Hier zeigt sich, dass die Brüchigkeit menschlichen Erlebens kommunikative Einschränkung als auch dialogische Möglichkeit bedeutet. Die Begegnung von Patientin und Ärztin ist im Fall der Onkologie oft eine ‚existenzielle‘. Doch sie ist dies nicht auf allen Ebenen der Kommunikation, wie ich in Abgrenzung zu Jaspers und mit dem Vorschlag eines dreigliedrigen Modells erläutern werde. Die abschließende Behandlung der Begriffe Einrichtung, Zukunft und Hoffnung soll als Vorarbeit eine praktische Perspektive für die besondere Gesprächssituation zwischen Ärztin und Patientin eröffnen.

## Der Begriff der Situation in der Existenzphilosophie

Der Begriff der Situation erhält in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts besonderes philosophisches Gewicht.<sup>4</sup> Hierfür hat die Phänomenologie Vorarbeit geleistet, indem sie Bewusstsein und Gegenstand in wechselseitige Abhängigkeit bringt: Es ist müßig, von einem Bewusstsein ohne Inhalt zu sprechen, wie es auch (bereits mit Kant) nicht statthaft ist, Dinge an sich festzustellen, wie sie außerhalb unserer erkennenden Vermögen lägen. Die Existenzphilosophie radikalisiert dieses Verhältnis in dem Sinne, dass für sie das Erleben von je konkreten und singulären Situationen der vorgeordnete Vorgang eines jeden Erfahrens und Erkennens ist. Die *Situation* schließt das

---

4 Zeitgleich findet er in den Künsten Beachtung, explizit, wie in der Bewegung der ‚Situationisten‘, oder implizit, wie in den Werken Robert Musils oder Maurice Blanchots.

empfindende Subjekt unmittelbar und zwingend mit ein. Doch der Vorgang ‚ein bestimmter Mensch erlebt eine bestimmte Situation‘ ist so alltäglich, dass er sich gerne der Reflexion entzieht. Deshalb wird die Welt fälschlicherweise als Ansammlung allgemeiner Verhältnisse, die sich dann konkretisieren, interpretiert, so Gabriel Marcel:

Beginnen wir mit der Beobachtung, daß es bloß eine Fiktion ist, meine bestimmte Situation sei die Spezifikation eines Allgemeinen; denn in Wirklichkeit erhebe ich mich *aus* dieser Situation zu einem allgemeinen Weltbild oder Pseudo-Weltbild. Durch eine Fiktion stelle ich mich in gewisser Weise über meine Situation und behandle nun diese wie eine Möglichkeit, die sich unter anderen und an ihrer Stelle realisiert hat. (Marcel 1973, 167f.)

Die Situation steht epistemologisch *vor* einer objektivierbaren und allgemein geteilten Welt. Mir ist, so die Argumentation, alles, worauf ich mich beziehen kann, zuvorderst und zuerst in Situationen gegeben (Sweetman 2008, 32–38). Darüber hinaus gilt: Ich erlebe mich selbst in Situationen und gewissermaßen auch *als* Situation, da es Teile meines Selbst gibt, über die ich nicht verfügen kann. In einer seiner frühen Aufzeichnungen schreibt Marcel: „Ich bin für mich selbst eine Situation, die über mich hinausgeht und meine Aktivität weckt.“ (Marcel 1992b, 19) Indem ich als Subjekt ‚frei‘ handeln kann, umfasse ich mehr, als ich als Entität bin. Der potentielle Ausbruch aus einer determinierten und gefügten Ordnung ist ein generelles Merkmal einer Situation. Sie ist nicht festgelegt, sie ist offen. Doch geht es bei dieser Öffnung nicht um eine vorab bestimmbare Reihe von Optionen. Diese wären, wie oben bereits angeklungen ist, vielleicht Facetten eines Pseudo-Weltbildes und in jedem Fall eine nachgeordnete Operation, „um sich zu orientieren“ (Marcel 1973). Und so ist, nach Buber, „nie [...] mit einer Situation, deren man inne ward, fertig zu werden, aber wir bewältigen sie in die Substanz des gelebten Lebens ein.“ (Buber 1929/30, 215) Die Situation bewahrt stets ihren singulären Charakter, jede einzelne gelebte Situation öffnet zur Zukunft hin. Die *gelebte Existenz* steht deshalb auch ontologisch *vor* jedem *reflektierten (nominalen) Seinsbegriff*, der in diesem Zusammenhang nur als Verengung eines grundlegend auf Entfaltung ausgerichteten Lebens verstanden werden kann.

Situationen haben prägenden Charakter, sie sind spezifisch und konkret mit unserem Leben verbunden. Sie fordern unser Handeln heraus, bringen etwas Neues, potentiell Unbeherrschbares bei. Jede Situation, so Marcel,

„zeigt sich mir durch Vorteile und Hindernisse, die mich begünstigen oder mir Nachteile verursachen als Chance oder als Gefängnis oder als beides zugleich“ (Marcel 1973, 165). Wenngleich hier nicht geklärt werden kann, innerhalb welchen Wertesystems Marcel Vor- und Nachteile ansetzt, gilt sicherlich, dass es um existenzielle Werte geht, um etwas, was mich als Mensch essenziell betrifft – und konstitutiv ist, indem es das ‚Aufgestellt-Sein‘ der Existenz in ein spezifisch menschliches Sinngefüge setzt.<sup>5</sup> Dieses persönliche Involviert-Sein in Situationen prägt somit wiederum deren Erleben.

Beziehen wir die existenzphilosophische Betrachtungsweise auf die klinische Gesprächssituation, so eröffnet sich eine erweiterte Perspektive auf die Begegnung von Ärztin und Patientin. Diese ist nicht nur determiniert durch Raum und Zeit, durch körperliche Prozesse, durch sachliche Informationen, die ich erhalte, sondern ist, als gelebte Situation, wesentlich von den persönlichen Erlebensweisen beider Parteien durchwoben. Es kommt auf dieser Betrachtungsebene zu einem Zusammenkommen zweier individueller *Leben*. Hierbei gilt in besonderem Maße, „wo Leben ist, da ist auch schöpferisches Sichentfalten. [...] Wobei der Begriff ‚Leben‘ phänomenologisch zu bestimmen ist, ohne jeden biologischen Nebensinn.“ (Marcel 1952, 189) Dieses kreative Potential einer jeden Situation steckt auch in dem, die Dialogphilosophie prägenden, Begriff der *Begegnung*, der – im noch stärkeren Sinne – eine grundlegende Offenheit markiert.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob Situationen (lediglich) die je subjektive Perspektive einer Person wiedergeben. Marcel verneint dies. Er befindet,

daß sich das, was ich die *Situation* nenne, ganz gewiß *nicht* auf das Bewußtsein zurückführen läßt, das einer der „Akteure“ davon hat, oder auf die *Summe* dieser Bewußtseinseinheiten: Wir sind übrigens hier in einer Ordnung, in der es keine „Summierung“ oder „Integration“ gibt. Die Einheit der Situation erscheint denen, die darin „eingeschlossen“ sind, als wesentlich gegeben, gleichzeitig aber als eine solche, die ihr aktives Eingreifen zuläßt und sogar herbeiruft. (Marcel 1992b, 19)

Die Situation ist nicht nur dem Erleben meiner Welt und meines Selbst vorgängig, fordert nicht nur zum Handeln auf, sie liegt auch der *Begegnung* zugrunde. Das heißt, will man sich für die Gestaltung des ärztlichen Gesprächs

5 Vgl. die griechische Abkunft des Wortes von *existemi*, das u. a. „aufstellen, herausstehen“ bedeutet.

auf diesen Begriff beziehen, schließt man eine *situative Einheit* ein, die eine polare Gegenüberstellung der beteiligten Personen zunächst *nicht* betont. Auch hier kann Marcel als radikaler Denker eines *Zusammen* gelesen werden.<sup>6</sup> Das Konzept der Einheit der Situation lässt die Betonung zweier Handlungsagenten zurücktreten und eine situative Dynamik deutlich werden, die erst durch das konkrete Zusammentreffen emergiert. Interessanterweise schwächen sich hierdurch die Gefälle, wie sie in einer ‚symmetrischen‘ beziehungsweise ‚asymmetrischen‘ Beziehung angenommen werden, ab.

Nicht nur das Zusammentreffen von Personen verweist auf ein die objektivierende Weltsicht überschreitendes Moment. Im Denken der Dialogphilosophie steht auch die Unmittelbarkeit und Uneinholbarkeit des Lebens/Erlebens im Vordergrund. Buber führt eine Ballettszene als Beispiel an, welches dies illustrieren soll:

Das raumzeitliche Weltkontinuum in Ehren – lebensmäßig kenne ich nur das Weltkonkretum, das mir jeweils, in jedem Augenblick zugehört wird. Ich kann es in seine Bestandteile zerlegen, kann sie vergleichend Gruppen ähnlicher Phänomene zuteilen, kann sie von früheren ableiten, auf einfachere zurückführen – und habe nach alledem es, mein Weltkonkretum, nicht angerührt: unzerlegbar, unvergleichbar, unzurückführbar, nun schauervoll einmalig blickt es mich an. So will in Strawinskis Ballett der Direktor des wandernden Puppentheaters dem Jahrmaktpublikum zeigen, daß ein Pierrot, der es erschreckte, nichts als ein bekleideter Strohwisch ist, er reißt ihn auseinander – und bricht schlotternd zusammen, denn auf dem Dach der Bude sitzt der *lebende* Petruschka und lacht ihn aus. (Buber 1929/30, 212)<sup>7</sup>

- 
- 6 Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass Marcel sich Begegnungen als isolierte mystische Ereignisse vorstellt: Auch als Autor zahlreicher Bühnenstücke beweist er einen ausgeprägten Sinn für das *Konkrete*. Zum spezifischeren Begriff der *konkreten Philosophie* vgl. Kampits 1975, 36f. Mit ähnlichem Vokabular positioniert sich Buber: „[I]ch weiß um konkrete, wirkliche Dinge.“ (Buber 1986, 309)
- 7 Hervorh. (so nicht anders angegeben stets) i.O. Die zitierte Schlusszene des Ballettstücks „Petruschka“ von Igor Strawinski wird hier von Buber feinsinnig umgedeutet. Zunächst hat der Theaterdirektor die Puppen mittels Magie zum Leben erweckt; es kommt zu einem Mord aus Eifersucht am Petruschka, den der Direktor zu vertuschen versucht, indem er die Figur als „Strohwisch“ sichtbar macht – das Leben jedoch, dass er ihr eingehaucht hatte, steckt nicht in der Materialität der Puppe und so sitzt der Petruschka (der Geist oder Aspekt des Lebens) auf dem Dach und schaut auf ihn herunter. Interessant ist,



Marcel's Beobachtung, dass die Situation sich nicht aus dem Allgemeinen herleiten lässt, wird hier ergänzt durch die Einsicht, dass eine objektive Matrix aus Raum und Zeit dem konkreten Erleben nicht untergeschoben werden kann, ohne Letzteres in seinem Wesen zu verlieren. Selbst wenn man das Erlebte in seine Bestandteile auflöst, bis ins kleinste Detail analysiert, ist im Verstehen einer konkreten Situation nichts gewonnen.

Betont das Zitat von Marcel die Freiheit in der Situation, verweist Buber's Text hier auf die Uneinholbarkeit des unmittelbaren Erlebens. Beides zusammengenommen situiert das Subjekt als ein nichtinstrumentalisierendes Ich in eine je konkrete Welt. Die Parameter für Handeln und Kommunikation sind hierdurch so gesetzt, dass sich in der *Begegnung* eine existenzielle Dynamik entfalten kann. Erst die Begegnung gibt die Gelegenheit zur Realisierung von Freiheit und das Eingeständnis der Verfügbarkeit für den anderen.<sup>8</sup>

*Situation* meint also etwas, das sich meiner rationalen Reflexion und einer völligen Integration in meine ‚Ich-Narration‘ entzieht. Sie enthält also einen starken Aspekt von Unverfügbarkeit. Sie bedeutet paradoxerweise aber gleichzeitig das emphatische Moment von Freiheit, von Selbstverwirklichung – insbesondere in der Begegnung zweier Menschen. Momente der Begegnung sind Momente, in denen sich Freiheit realisiert; Zukunft im starken Sinne gründet in Begegnungen.

So „ist die gegenwärtige Zukunft, wiewohl in ihr auch mein Sein entschieden wird, im Ursprung Sache des Du, dem ich im Ansprechen selbst die Initiative übertrage“, wie auch im Umkehrschluss gilt: „Weil [der Ange-

---

dass Buber hier das objektive Leben (der Bühnenfigur) und das subjektive Erleben des Weltkontinuums gleichsetzt und offenbar keinen Anstoß daran nimmt, dass im Bühnenstück auf poetische Weise ungeklärt bleibt, ob die Puppen nun wirklich lebendig geworden sind oder alles auf einer Illusion beruht, die der Theaterdirektor zu erzeugen versteht. Vielmehr scheint die Kaskadierung medialer Repräsentationen – die Geschichte von Strawinski, die Puppen des Theaters, die Allegorie des Lebens – für den von Buber behandelten Sachverhalt, nämlich das unhintergehbare Erleben eines je konkreten und unmittelbaren Weltkontinuums, keine Rolle zu spielen.

8 Vgl. auch den Ansatz von Hannah Arendt, dass Freiheit nicht mit der Souveränität eines Einzelnen gleichgesetzt werden kann, sondern mit gemeinschaftlichem Handeln einhergeht: Arendt 2003, 298f. et passim. Zum anknüpfenden Begriff der Mitwelt vgl.: ebd. 224ff.

sprochene] aus der Zukunft auf mich zukommt, habe ich zu dieser Stunde wirklich mit ihm zu tun.“ (Theunissen 1981, 296)<sup>9</sup>

Als Folgerung aus dieser Begriffsfassung kann gesagt werden, dass das Wesentliche jeder Situation nicht durch äußere Bedingungen an sich bestimmt wird, sondern durch die Gerichtetheit, die je individuellen Bezüge und *Beziehungen*, in welchen ein Mensch diese Situation erlebt – man könnte auch sagen: durch welche Menschen diese bestimmte Situation entstehen lassen. Die kreuzweise Verschränkung von Handeln und Erleiden, welche in der Situation eingeschrieben ist, die paradoxe Gleichzeitigkeit von Unverfügbarkeit und Verfügbarkeit sowohl für sich selbst als auch für den anderen, zeigt das freiheitliche Moment: *ein auf die Zukunft ausgerichtetes Sein, das seine Möglichkeiten nicht aus einer Anordnung innerhalb kontextueller Fakten nimmt, sondern vielmehr seine einzige und einende Möglichkeit in der Ausgestaltung der Begegnung hat.*<sup>10</sup>

Für das Arztgespräch würde dies bedeuten, der Patientin einen Raum zu gewähren – beziehungsweise aktiv zu eröffnen –, in welchem eine beziehungsorientierte Position, Absicht oder Handlung artikuliert werden kann. Weiterhin muss die Ärztin bereit sein, sich als ganzes Subjekt involvieren zu lassen und in einen tatsächlichen Dialog zu treten. Wie leicht nachvollziehbar ist, verlieren vorliegende wissenschaftlich-objektive Sachinformationen in einem solchen Rahmen zwar nicht an Wichtigkeit, aber ihre bestimmende Stellung im Gespräch, da Zukunft – im existenziellen Sinne – erst in der Situation und insbesondere in der Gesprächssituation selbst entworfen wird.

9 Auf Theunissens genaue Analyse des Zukunftsbegriffs in der Dialogphilosophie wird weiter unten näher eingegangen.

10 Erst die Begegnung mit dem anderen überwindet den Determinismus, wie er aus physischer und psychologischer Perspektive erscheinen muss. „Für Buber ist die ‚Anderheit‘ selbst, ‚konkreter‘ gefaßt, ‚das Moment der Überraschung‘ (Werke I 445) so wie für ihn der Mensch schlechthin, von Gott her gesehen, das ‚Überraschungszentrum der Schöpfung‘ darstellt. Mit dem Anderen als Anderen umgehen und sich von ihm überraschen lassen ist also dasselbe. Die aus dem Sich-überraschen-lassen entspringende Ungewißheit über das, was kommt, die Offenheit aller Möglichkeiten, führt den spezifischen Sinn von Zukunft viel radikaler vor Augen als die relative Gewißheit, die mir der vorausbestimmende Entwurf nur deshalb schenken kann, weil er der Zukunft den Stachel des Überraschenden nimmt. Solch eigentliche Zukunft ist aber eins mit echter Gegenwart, wenn anders diese ebenso wie jene an die Unmittelbarkeit des Plötzlichen geknüpft ist.“ (Theunissen 1981, 297)

## Individuum, Subjektbegriff, „zerraut sein“

Während die Situation für das Subjekt eine erlebte Einheit darstellt, ist das Subjekt selbst als Einheit nur schwer einzufangen. Am leichtesten fällt es, diese Unfassbarkeit in Hinblick auf die Zukunft anzunehmen. So legt uns Buber nahe:

I do not accept any absolute formulas for living. [...] No preconceived code can see ahead to everything that can happen in a man's life. As we live, we grow and our beliefs change. They must change. So I think we should live with this constant discovery. We should be open to this adventure in heightened awareness of living. We should stake our whole existence on our willingness to explore and experience. (Hodes 1972, 69)<sup>11</sup>

So trivial diese Beobachtung Bubers zunächst erscheinen mag, so entschieden verweist sie auf die Einsicht, dass der Lebensprozess auch ein Lernprozess ist. Dies hat auch Konsequenzen für die Vergangenheit. So weist Jean-Paul Sartre darauf hin, dass die „Bedeutung der Vergangenheit [...] streng abhängig von meinem gegenwärtigen Entwurf“ (Sartre 2003, 860) ist. Es gibt auf dieser Ebene keine allgemeine oder objektive Geschichte. In Erweiterung des Sartre'schen Existenzialismus gilt für die Dialogphilosophie, dass insbesondere in der Begegnung die individuelle Determination überwunden werden kann, was gleichbedeutend mit Entwicklungsmöglichkeit ist. Entwurf der Zukunft und Interpretation der Vergangenheit sind dem Dialog zugänglich und beweisen dessen Wirkmächtigkeit. Existenziell betrachtet, spielen objektive Determinanten – auf die Zukunft bezogen sind diese vor allem statistische Erwägungen – eine untergeordnete Rolle, was nicht heißt, dass der Bezug zur Wirklichkeit verlassen wird: Es ist nur eben ein Reales, das sich auf Beziehungen, also der gegenseitigen Wahrnehmung gründet. Diese menschliche Beziehung fehlt allen Konzepten, die allgemeingültig auftreten. Oder wie Marcel es fasst: „Die Wissenschaft spricht vom Realen nur in der dritten Person.“ (Marcel 1992b, 19)

So gilt Bubers Diktum eines permanenten Wandels der eigenen Überzeugungen nicht nur für die Zukunft, sondern kann auch einen Hinweis darstellen, dass rückblickend eine einheitliche und objektive Narration des eigenen Lebens höchst fragwürdig ist. Gabriel Marcel widmet sich diesem

11 Mündliche Äußerung Bubers gemäß Bericht des Autors.

Thema ausführlicher. Er spricht sich gegen die Vorstellung eines linearen Lebensvollzugs – wie er von einer dritten Person beobachtet werden könnte – aus. In phänomenologischer Absicht wehrt er sich gegen eine Anwendung konventioneller, objektiver Zeitbegriffe auf das gelebte, erlebte Leben.

Zwar sind wir grundsätzlich imstande, Daten unseres Lebens herzusagen, so wie es beispielsweise in einem Polizeiverhör gefordert wird (Marcel 1952, 246f.), doch ist unser Leben keine lineare Abfolge von Bildern. Mit negativer Anleihe an Bergsons Begriff der Dauer erläutert Marcel:

Grob gesprochen muß jeder Versuch entschlossen ausgeschieden werden, mir mein Leben, irgendein Leben oder das Leben überhaupt nach Art der Bilderfolge eines Films zu veranschaulichen. In diesem Zusammenhang steht nicht eigentlich die räumliche Vorstellung des Zeitbegriffs zur Erörterung; vielmehr haben wir uns gegen das vermeintliche Bezogensein der Bilderfolge auf das von ihr vorgeblich dargestellte Leben zu wenden. [...] Sofern jedoch mein Leben oder das Leben überhaupt wesenshaltig ist, kann es nicht ein Bilderstrom, seine Struktur mithin nicht zur bloßen Abfolge werden. (Marcel 1952, 253f.)

Dieses Bild einer zerrissenen oder zumindest nichtlinear strukturierten Vergangenheit korrespondiert mit dem Konzept eines je schon zerrissenen Subjekts.<sup>12</sup> Marcel verweist auf die Unmöglichkeit, „den Subjektsbegriff, sei es auf eine rein formale Einheit, sei es auf ein Gesamt von Bewußtseinszuständen, zurückzuführen“ (Marcel 1952, 245). Innerhalb des Selbst ist eher von einer „Vielheit“ (Marcel 1952, 252) auszugehen, die einem konventionellen Identitätsbegriff widerspricht. Auch der Vorstellung vom Selbst als einem klaren, scharf umgrenzten ‚Kern‘ widerspricht Marcel:

Mein Sein erscheint mir, wenn ich mich über es befrage, äußerst lückenhaft, insofern es alle Arten von Anstößen, Anwandlungen oder Versuchungen enthält, die zu nichts zu führen scheinen; der etwas ungewöhnliche Ausdruck *zerrauft sein* drückt vielleicht am deutlichsten aus, was ich sagen möchte. (Marcel 1974, 134)<sup>13</sup>

12 „Das führt uns zu der Erkenntnis, daß wir unserer Vergangenheit höchst ungleich anhangen, daß wir unsere Vergangenheit ungleichmäßig *sind*, wozu so gleich gesagt sei, daß diese Ungleichmäßigkeit bezogen ist auf das entsprechend ebenso Ungleichmäßige unserer gegenwärtigen Situation.“ (Marcel 1952, 247)

13 Beachte auch die Übersetzung „zerrauft sein“ im französischen Original: *échevellement*, Substantivierung des Verbes *écheveler*: jemandem das Haar zer-

Wie eine moderne Metropole ufert das Selbst aus. Die Grenzen zum Umland sind fließend.<sup>14</sup> Die Vorstellung eines linear verstehbaren Lebens ist also eine nachgereichte, dabei eine durchaus nützliche, der jedoch das Wesen des Lebens entgeht. Das empfindende und handelnde Subjekt ist gleichzugig nicht als eine sich selbst einsichtige Einheit zu verstehen.<sup>15</sup>

## Eskalation des Existenzbegriffs im Konzept der Grenzsituation

Ich habe oben den Begriff der Situation im existenzphilosophischen Denken Marcells und Bubers erlauert. Dieser bietet bereits eine ganze Reihe von Anschluss- und Angriffspunkten in Bezug auf das Arztgespräch. In diesem Kontext muss auch der Terminus der *Grenzsituation* erwähnt werden. Der Begriff wurde vor allem von Karl Jaspers geprägt, um Situationen zu benen-

---

zausen. Zum Komplex Zeit, Identität und Erleben vergleiche auch: Grisebach 1928, 515ff., 568ff. et passim.

- 14 Marcells Beispiel hierfür ist die Stadt Sao Paulo, „deren Fühler sich in alle Richtungen verlanger[t], und die durch nichts begrenzt oder beschränkt [wird], wodurch sie sich von den früheren Städten grundlegend unterscheidet[t]. Die [alte Form von] Stadt ist ein Ganzes, die moderne Zusammenballung ist ihrer Natur nach ein Unganzes. Und hier mu man in absolutem Widerspruch zu Heidegger erkennen, da der Tod absolut nichts ändert, er modifiziert keineswegs die innere Unvollständigkeit, auf die ich mich beziehe.“ (Marcel 1974, 134)
- 15 Zum Thema der Unabschliebarkeit des menschlichen Wesens beachte auch Jaspers, der Analoges für die objektivierende Herangehensweise befindet: „Würde es eine empirische Abschlieung des Menschseins, eine vollständige Einteilung seines Seins als erforschbaren Seins geben, so wäre keine Freiheit. Wenn wir, angesichts unserer ständigen Einteilungen den Menschen in Teile, Komponenten, Glieder, Faktoren, fragen, warum es diese gäbe, nur diese und nicht mehr, so ist die Antwort: Es gibt vielleicht noch mehrere, es gibt vor allem andere Einteilungen. Die Vielheit der Methoden und Aspekte, dies Zerrissene des Menschseins als Gegenstand der Forschung, das Ungeschlossene ist die Grundwahrheit der Erkenntnis des Menschen im Ganzen. Der Versuch, den Menschen im Ganzen abschlieend und überblickend zu fassen, mu scheitern. Jede Falichkeit ist eine endliche, herausgegriffene, ist nicht der Mensch selbst.“ (Jaspers 1973a, 633) „Der Mensch als Ganzes wird nie Gegenstand der Erkenntnis. Es gibt kein System des Menschseins. In welcher Ganzheit wir auch immer den Menschen zu fassen meinen, er selbst ist unentschlupft.“ (Ebd., 641)

nen, die wesentypisch jeden Menschen aus den trivialen Sinnbezügen seines Alltags herausreißen. Jaspers schreibt:

Situationen wie die, daß ich immer in Situationen bin, daß ich nicht ohne Kampf und ohne Leid leben kann, daß ich unvermeidlich Schuld auf mich nehme, daß ich sterben muß, nenne ich Grenzsituationen. *Sie wandeln sich nicht*, sondern nur in ihrer Erscheinung; sie sind, auf unser Dasein bezogen, endgültig. Sie sind *nicht überschaubar*; in unserem Dasein sehen wir hinter ihnen nichts anderes mehr. Sie sind wie eine Wand, an die wir stoßen, an der wir scheitern. Sie sind durch uns nicht zu verändern, sondern nur zu Klarheit zu bringen, ohne sie aus einem Anderen erklären und ableiten zu können. (Jaspers 1973c, 203)<sup>16</sup>

Jaspers Beschreibung zielt auf eine grundlegende Funktionalität der *Grenzsituation* in Bezug auf ein Erkennen transzendenter Existenz. Er entwickelt eine Prototheologie der Transzendenz, deren instruktive Momente solch außergewöhnliche Situationen sind. Es handelt sich bei Grenzsituationen für Jaspers nicht um möglichst zu vermeidende Dystopien im menschlichen Leben, sondern um unveränderliche Zugangsmomente zu einer höheren Erkenntnis. Diese Spezialität des Jaspers'schen Denkens will ich hier nicht vertiefen, lediglich auf seine Idee verweisen, dass die Grenzsituationen unveränderliche Archetypen in jedem menschlichen Leben darstellen – Situationen, die jeden treffen, wie Krankheit, Verlust, Tod. Sie stellen trotz ihres regelmäßigen Eintretens ein nicht überwindbares, völlig opakes Phänomen für jede Betroffene dar. Aus Jaspers' Sicht ist es nicht möglich, in einer Grenzsituation auf ein konsensuales, kulturelles Schema oder Handlungsmuster zurückzugreifen – oder ein solches bleibt zumindest ungenügend, in Anbetracht der bedrohlichen Dimension der Grenzsituation.

Marcel widmet sich den Grenzsituationen explizit in einem Aufsatz, in welchem er Jaspers Ideen seinen französischen Lesern zugänglich machen möchte. Der Titel „Grundsituation und Grenzsituationen bei Karl Jaspers“<sup>17</sup>

16 Hervorhebungen im Original.

17 Marcel, Gabriel. 1933. „Situation fondamentale et situations limites chez Karl Jaspers“. *Recherches philosophiques* 2, 317–348. Paris. Übersetzt erschienen als „Grundsituation und Grenzsituationen bei Karl Jaspers“. In *Karl Jaspers in der Diskussion*, herausgegeben von Hans Saner. München 1973, 155–180 (zit. als Marcel 1973).

zeigt an, dass Marcel die Bedeutung der Grundsituation vergleichsweise hoch ansetzt. Sie ist sein eigentliches Anliegen. Die Grenzsituation wird für Marcel zu einer existenziell überhöhten Erfahrung – oder einem eher theoretischen Konstrukt, denn sie entzieht sich der bewussten Erfahrung:

Es ist wichtig, sogleich festzuhalten – und diese Anmerkung wird sich als grundlegend erweisen –, daß die Grenzsituation nicht Situation für das Bewußtsein überhaupt ist; denn dieses, sofern es angesichts bestimmter Zwecke erkennt und handelt, betrachtet sie nur objektiv oder umgeht, ignoriert und vergißt sie. Dasein als Bewußtsein ist entweder von den Grenzsituationen nicht betroffen oder ist nur dumpf und klar durch das Gefühl des Ungenügens niedergeworfen, das es von ihnen hat. (Marcel 1973, 165)

Konkret zählen zu den Grenzsituationen die Konfrontation mit dem Tod oder die Diagnose einer schweren Krankheit. Es ist also angezeigt, den Moment einer schwerwiegenden Diagnosestellung als Grenzsituation anzusehen. Ich will diesen Zug jedoch problematisieren, da Jaspers die Grenzsituation vor allem als Vehikel ansieht, um zu einer, einen tieferen Sinn stiftenden Transzendenz zu gelangen.<sup>18</sup> Bewegen wir uns im kommunikativen Verhältnis von Ärztin und Patientin, wäre die Ärztin zum reinen Überbringer einer Nachricht degradiert oder aber in einen implizit religiös-weltanschaulichen Zusammenhang gesetzt, der auf eine Transzendenzerfahrung zielt, wobei zunächst unklar bliebe, wie sie diesem entsprechen könnte. Ein solches Konzept der Grenzsituation sprengt die wesentliche Einheit der Situation, indem es das betroffene Individuum auf sich zurückwirft.

Jaspers' Anliegen, wenn er die Grenzsituation einführt, zielt auf ein individuelles Erleben ab und die Grenzsituation ist deshalb weniger geeignet, ein Kommunikationsgeschehen zu beschreiben. Die radikaler dialogisch orientierten Autoren Marcel und Buber behandeln die Situation in Bezug auf ein Erleben, das typischerweise seine Dynamik aus der Begegnung erhält (und weniger aus einer individuellen Transzendenzerfahrung). Und auf dieser Ebene betont Buber ausdrücklich die existenzielle Gleichwertigkeit von

---

18 Nimmt man obiges Zitat ernst, so ist auch schon die Situation, „daß ich immer in Situationen bin“ (Jaspers 1973c, 203), eine Grenzsituation. Diese Formulierung kann durchaus als Einladung verstanden werden, Situation und Grenzsituation nicht als ontologisch geschiedene Momente zu verstehen, sondern als durch das Subjekt intentional begründete.

Grenzsituation und banaler Situation im Register einer wahren Begegnung. Für *jeden* konkreten, schöpferischen Dialog gilt:

Die Laute aber, aus denen die Rede besteht – ich wiederhole es, um das vielleicht doch noch mögliche Mißverständnis zu beseitigen, ich meinte etwas Außerordentliches und Überlebensgroßes –, sind die Begebenheiten des persönlichen Alltags. In ihnen werden wir angedredet, wie sie nun sind, „groß“ oder „klein“, und die als groß geltenden liefern nicht größere Zeichen als die andern. (Buber 1929/30, 215)<sup>19</sup>

Bleibt man den Dialogikern treu, so ist die Grenzsituation keine Bedingung einer besonderen Begegnung, vielmehr kann Letztere in der banalsten Situation statthaben. Diese Beobachtung betont einen *symmetrischen* Beziehungsaspekt, und so auch im Verhältnis von Ärztin und Patientin. Existenzielle Begegnungen sind eben nicht zwangsläufig dadurch charakterisiert, dass eine Existenz bedroht ist. Sie entsprechen dem auf die Zukunft gerichteten Charakter jeder Situation, nämlich unvorhersehbar und auf die Zukunft ausgerichtet, Handlung einzufordern – ‚sich zu situieren‘, wie die Etymologie nahelegt.

Nichtsdestotrotz gibt es auch Aspekte von *Asymmetrie* im Verhältnis Ärztin-Patientin. Es sind die Gesundheit und das Leben der Patientin, die in Frage stehen und denen sich beide Parteien zuwenden. Die Perspektive der Ärztin ist geprägt von Expertenwissen und in den meisten Fällen Handlungsfähigkeit, die Perspektive der Patientin von existenzieller Bedrohung und der Suche nach Hilfe. Ich will im Folgenden argumentieren, dass sich symmetrische und asymmetrische Beziehungsaspekte auf unterschiedlichen Ebenen ausgestalten.

## Symmetrie, Asymmetrie und der Begriff der Begegnung

Charakteristisch für Grenzsituationen ist, dass die alltäglichen Sinnbezüge ausgesetzt oder zumindest relativiert sind.<sup>20</sup> Es läge also nahe, die Patientin dahingehend zu unterstützen, diese zu restaurieren oder neue herzustellen.

19 Zu den Differenzen zwischen Buber und Marcel in diesem Punkt vgl. Levinas 1978, 499ff.

20 Darauf hat auch Alfred Schütz hingewiesen. „Während er in der Wirklichkeit des täglichen Lebens verharrt, hebt der Mensch in schweren Krisen die Natürlichkeit der natürlichen Einstellung auf.“ (Schütz 1984, 174)



Sieht man im Verlust von Sinn ein leidvolles Defizit, so könnte die Ärztin oder eine Psychoonkologin sich dies zur Aufgabe machen.

Sicherlich gibt es gute Argumente für eine solche Herangehensweise. Andererseits betont sie den asymmetrischen Aspekt der Beziehung. Und nicht nur vor dem Horizont einer über das Leben hinausweisenden Transzendenz, wie in Jaspers Philosophie, stellt sich die Frage, ob es denn wünschenswert – oder auch nur möglich – ist, die neue Situation in ein Gesamt von Leben fuglos einzustellen. Wie oben mit Marcel angeklungen ist, ist das Leben keine lineare Abfolge von Situationen. Vielmehr weist es Brüche und Wandlungen auf. Mittels Neubewertungen und Re-Interpretationen passen wir uns an die aktuelle Situation an, können aber nie unser Leben als Ganzes umfassen.

Vielleicht ist hierin die Chance für eine Unterstützung der Patientin zu sehen: Indem die Ärztin Raum schafft für eine Transformation: ein Wachsen in der Situation. Sicherlich ist das Verständnis der Geschichte einer Patientin, ihrer Beziehungen und Verpflichtungen wichtig, um eine verständige, einen Konsens anstrebende Beratung zu leisten. Doch der *Aspekt der Wandlungsfähigkeit und Neuorientierung* wäre genauso zu berücksichtigen. Sich auf eine neue Situation einzustellen offenbart bislang unbekannte Schattierungen des Ich, bewirkt womöglich weitere Brüche des Selbst, neue ‚Ausuferungen‘ – um bei dem Marcel’schen Bild der modernen Stadt zu bleiben. Hier ist die Ärztin mit einem Ausdruck ihres Gegenübers konfrontiert, der sich nicht als lineare Fortführung und logischer Ausdruck des bisherigen Lebens interpretieren lässt. Diese Unkalkulierbarkeit in der dialogischen Situation halte ich für einen Aspekt, der noch kaum diskutiert wird und der schlüssig aus der existenzialphilosophischen Dialogik hervorgeht.

Gegenstand der heute geführten Diskussion hingegen ist vor allem die Beteiligung der Patientin am Prozess der Therapieentscheidung: Die Ärztin soll nicht nur die bestmögliche Therapie wählen, sondern diese Wahl der Patientin auch erläutern. Sie ist aufgefordert, rückhaltlos zu informieren sowie einen Konsens zu fördern. Die Ärztin hat dabei wissenschaftlichen Direktiven zu folgen, wie sie beispielsweise in den Leitlinien festgelegt sind. Ihr Blick ist sachlich, objektiv.

Doch was heißt dies für die dialogische Situation? Grundsätzlich können die Haltungen der behandelnden Ärztin und der Patientin selbst hierzu nicht die gleichen sein: Während die Patientin ein neues Kapitel für das verbleibende Leben durch das Erfahren der Grenzsituation eröffnen kann, ist Ähnliches für die Ärztin nicht möglich, ja darf dies für die Ärztin kein Hand-

lungsziel sein. Es steht für sie nicht an, andere als die gesellschaftlich von ihr geforderten Ziele zu verfolgen; sie muss beispielsweise für die konsequente Anwendung der indizierten Therapien plädieren und folgt damit vorrangig objektiven Vorgaben – aber auch solchen, die die Patientin objektivieren. Die Patientin kann sich in Hinblick auf einen neuen Lebensentwurf hier auch gegen eine mögliche Therapie entscheiden; zum Beispiel, um befürchteten Nebenwirkungen auszuweichen. Kann es in einer solchen Situation einen ‚dialogischen‘ Konsens geben, wenn die Ärztin ihren wissenschaftlich informierten Kontext nicht aufgeben will? Hier deutet sich ein Dilemma an. In jedem Fall dürfte gelten, dass die Ärztin ihre Abwägung über zwei wesensverschiedene Beziehungsarten hinweg treffen muss: eine objektiv-abstrakte, funktionale Beziehung einerseits und eine zwischenmenschliche, konkrete Beziehung andererseits. In weittragenden Aspekten – wie zum Beispiel in juristischen – ist die moralische Positionierung der Ärztin geprägt von ihrer *funktionalen* Stellung in einer abstrakten – und eben nicht konkreten – Beziehungsform. Mit anderen Worten: Der existenzielle Aspekt, den ich hier herausstelle, zeigt, dass es mehrere Ebenen gibt, auf welchen Patientin und Ärztin sich begegnen. Eine Phänomenologie der Situation wäre in die verschiedenen Ebenen aufzuschlüsseln. Möglicherweise stellt sich heraus, dass das Konzept der gemeinsam getragenen Therapieentscheidung differenziert betrachtet werden muss.<sup>21</sup>

## Modell dreier Beziehungsebenen

Aus den vorangegangenen Überlegungen soll hier der Vorschlag einer modellhaften Strukturierung der Beziehung des Arztgesprächs eingebracht werden:

*Erste Ebene* ist die Sachebene, verortet in einem strukturierenden gesellschaftlich-professionellen Rahmen. Auf der Sachebene ist selten eine Symmetrie gegeben. In fast allen Fällen hat die Ärztin hier die Expertise, die sie zu vermitteln sucht. Zwar stellt die medizinische, wissenschaftliche Sicht den Blickwinkel dar, nach welchem die Ärztin – unter anderem auch rechtlich – aufgefordert ist, zu handeln, doch ist sie nicht die einzige denkbare Struktur, aus der Handlungen (zum Beispiel in Therapieentscheidungen) hervorgehen können.

21 Hierauf verweisen auch die Konzepte „Einrichtung/Gefühle“ und „Hoffnung“, wie ich sie unten noch diskutieren werde.

*Zweite Ebene* wäre die der *Begegnung* im starken Wortsinne der dialogischen Philosophie. Wie oben dargelegt, gibt es für das Zustandekommen einer ‚echten‘ Begegnung keine besonderen Voraussetzungen. Hier ist annäherungsweise von einer Symmetrie im Verhältnis der Beteiligten zu sprechen. Genauer betrachtet, ist die Frage nach Symmetrie hier nicht angebracht, da eine solche gesellschaftliche, hierarchische, herrschaftliche Attribuierungen voraussetzt, die in der *Begegnung* eben ausgesetzt sind. Kreativität und Ausrichtung auf die Zukunft bestimmen diese *dialogische Ebene*.

*Dritte Ebene* ist die Unerreichbarkeit der Situation der Patientin als Grenzsituation. Auf dieser existenziell-transzendenten Ebene ist nur eine seelsorgerische Betreuung denkbar, so der religiös-kulturelle Kontext hierzu gegeben ist. Das Beibringen im medizinischen Sinne sachfremder Elemente, wie eine geteilte Weltanschauung oder Religion, kann eine befriedigende Verständigung gegebenenfalls ermöglichen. Auf dieser dritten Ebene hat die Patientin die ‚Expertise‘, da es ihr Leben ist, welches existenziell betroffen ist. In diesem Sinne kehrt sich die Asymmetrie der ersten Ebene hier um; die Patientin hat einen größeren Handlungsspielraum als die Ärztin, immerhin bei der Ablehnung eines spezifischen Therapieangebots.

Die Ebenen eins und zwei lassen sich in eine Ich-Es- und eine Ich-Du-Beziehung aufschlüsseln (vgl. Buber 1973, 7–18). Ich-Es-Beziehungen strukturieren auf formale und funktionale Weise. Sie dienen dem organisierten Zusammenleben. Wissenschaft, Institutionen, der tägliche Umgang miteinander gehören zu dieser Kategorie, die der obigen ersten Ebene entspricht. Das Buber'sche Ich-Du strukturiert den Dialog in die Eröffnung – ja Schöpfung – einer Zukunft überhaupt. Dies entspricht der zweiten Ebene. Ich sehe wenig Möglichkeit, das Motiv einer ergebnisoffenen Situation mit den *Zwängen* wissenschaftlicher Voraussagen übereinzubringen. Hier ist ein Widerstreit vorhanden, ein Bruch, über den nicht hinwegargumentiert werden kann.<sup>22</sup>

---

22 Weiterhin kann vermutet werden, dass der Aspekt der Grenzsituation – zumindest wie er von Jaspers eingeführt wird – eher von einem Geistlichen als von einem Mediziner berücksichtigt werden kann. Zumindest geht es hier um ein Transzendentes, das über den biologischen Begriff von Leben hinausweist.

## Bubers Begriff von *Einrichtung* und *Gefühlen* und die implizite Kritik eines autonomen Subjekts

In diesem Kontext möchte ich einige Überlegungen zum Begriff der Empathie,<sup>23</sup> beziehungsweise Einfühlung anstellen, wie er im Ärztinnen-Patientinnen-Verhältnis relevant ist. Ich will hier argumentieren, dass die Thematisierung von Gefühlen – und damit auch das Einfühlen, Mitfühlen – noch kein Garant für eine Begegnung im starken Sinne des Wortes ist. Buber sieht Gefühle klar im Register des Ich-Es organisiert. Dies mag verwundern, stärkt aber die existenzielle Bedeutung des Grundworts Ich-Du und schärft dessen Verständnis. Die Argumentation verläuft wie folgt:

Unter dem Grundwort der Trennung stehend, das Ich und Es voneinanderhält, hat [der Mensch] sein Leben mit den Mitmenschen in zwei sauber umzirkte Reviere geschieden: Einrichtungen und Gefühle. Es-Revier und Ich-Revier. (Buber 1973, 45)

Hier ist die klassische Subjekt-Objekt-Trennung beschrieben, wie sie unter anderem auch unsere Reflexion über Kommunikation bestimmt. Ich und Gegenüber – hier als „Es“ adressiert – sind vollständig getrennte Entitäten. In dieser Seinsweise kommt es zu keiner Begegnung. Sie ist nichtsdestotrotz die legitime Basis allen organisierten Zusammenlebens, der Wissenschaften, der Ökonomie und so weiter. Das Geschehen der Trennung setzt sich fort in *Einrichtungen* und *Gefühle*:

Einrichtungen sind das „Draußen“, in dem man sich zu allerlei Zwecken aufhält, in dem man arbeitet, verhandelt, beeinflusst, unternimmt, konkurriert, organisiert, wirtschaftet, amtet, predigt; das halbwegs geordnete und einigermaßen stimmende Gefüge, in dem sich unter vielfältigem Anteil von Menschenköpfen und Menschengliedern der Ablauf der Angelegenheiten vollzieht. (Buber 1973, 45)

Für Buber sind all diese zwar nützlichen und sogar notwendigen Handlungsformen jenseits von Begegnung anzusiedeln. Nach dem bereits Gehörten

23 Dass der Begriff der Empathie auch eine kognitive Reflexion und eine zielgerichtete Vernunftkomponente enthält, zeigt Svenaeus 2018, 55–74. Die Begriffsverwendung erfolgt hier in einem sehr unspezifischen, alltagssprachlichen Sinne und meint vor allem emotionale Empathie.

dürfte das kaum verwundern. Überraschend ist jedoch, dass auch Gefühle kein Indiz für eine Ich-Du-Beziehung sind:

Gefühle sind das „Dringen“, in dem man lebt und sich von den Einrichtungen erholt. Hier schwingt einem das Spektrum der Emotionen vor dem interessierten Blick; hier genießt man seine Neigung und seinen Haß, seine Lust und, wenn ers nicht zu arg treibt, seinen Schmerz. Hier ist man daheim und streckt sich im Schaukelstuhl aus. (Buber 1973, 45)

Gefühle sind also die Kehrseite der Einrichtungen. Sie sind deshalb auch – wenn auch indirekt oder sogar negierend – von Letzteren determiniert. Gefühle werden hier als Reflex auf die instrumentelle Überformung der Welt verstanden. Sie sind dadurch nicht in dem Maße ‚intrinsic‘, zukunftsstiftend, wie dies das Grundwort Ich-Du bedeuten würde. Dies ist schlüssig, denn „[d]as Ich des Grundworts Ich-Du ist ein andres als das des Grundworts Ich-Es“ (Buber 1973, 65). Dass Gefühle nicht zum Wesen der Begegnung gehören, ist zunächst kontraintuitiv. Zwar bestätigt Buber, dass in der Liebe Gefühle eine Rolle spielen, doch diese begleiten sie nur und machen nicht ihr Wesen aus. „Lebendig gegenseitige Beziehung schließt Gefühle ein, aber sie stammt nicht von ihnen“ (Buber 1973, 47), und ist selbstverständlich auch nicht auf Einrichtungen begründet.

Diese Überlegungen als Fundament genommen, steht der Begriff der emotionalen Empathie auf wackeligeren Füßen, als allgemein zu vermuten wäre. Denn wir müssen daraus schließen, dass ‚auf die Gefühle der Patientin einzugehen‘ noch kein Garant für eine Begegnung ist. Wenngleich die Beziehung durch die Berücksichtigung von Gefühlen eine intensivere, weitere Ebene erhalten mag, entsteht kein qualitativer Sprung gegenüber der Übermittlung reiner Sachinformationen durch die Ärztin. Beide verbleiben in der Welt ‚Einrichtung/Gefühle‘. Daraus folgt, dass im Rahmen einer Patientenbeteiligung ein emotionales Durcharbeiten noch kein Garant für ein vollumfängliches Einverständnis in eine Therapie sein kann.

Es zeigt sich die Schwierigkeit, zu bestimmen, was einen Menschen als autonomes Handlungssubjekt ausmacht. Beeinflussungen von Seiten der *Einrichtung* zu verstehen ist ein wichtiger Aspekt eines kritischen Umgangs mit Institutionen. Andererseits ist die rein affektive *Innerlichkeit* auch kein Indiz für eine autonome Entscheidungsfindung, da diese auf die Einrichtungen reagiert. Nach Buber kann erst die *Begegnung* in einer Ich-Du-Beziehung etwas eröffnen, was in unserem Kontext als freie Entscheidung an-

gestrebt ist. Von solchen singulären Ich-Du-Situationen wurde bereits das Charakteristikum der Einheit von Situation (entgegen der Einheit des Individuums!) herausgestellt. Entscheidend für dieses Konzept ist darüber hinaus die zeitliche Struktur des Geschehens.

## Zukunft und Entscheidung: Die zeitliche Struktur der Begegnung

Im Dialog ‚entsteht‘ Zukunft. Dies ist die Botschaft des existenziellen Denkens von Begegnung. Sie formt den korrespondierenden Freiheitsbegriff. Erst in der Begegnung befreien wir uns von der Logik der Einrichtungen und den Ressentiments der Gefühle. Michael Theunissen führt hierzu aus:

Mit dem Anderen als Anderen umgehen und sich von ihm überraschen lassen ist [...] dasselbe. Die aus dem Sich-überraschen-lassen entspringende Ungewißheit über das, was kommt, die Offenheit aller Möglichkeiten, führt den spezifischen Sinn von Zukunft viel radikaler vor Augen als die relative Gewißheit, die mir der vorausbestimmende Entwurf nur deshalb schenken kann, weil er der Zukunft den Stachel des Überraschenden nimmt. Solch eigentliche Zukunft ist aber eins mit echter Gegenwart, wenn anders diese ebenso wie jene an die Unmittelbarkeit des Plötzlichen geknüpft ist. (Theunissen 1981, 297)

In der Gegenwart des anderen entsteht nicht nur wahre Gegenwart, sondern auch Zukunft im existenziellen Sinne, das heißt jenseits von statistischer Befriedung und vermeintlicher Vorwegnahme.

Die Zukünftigkeit ist es, die der dialogischen Gegenwart die Spannung der Gegenwärtigkeit gibt und die sie abscheidet vom flüchtigen Jetzt. Weil ich des Angesprochenen gewärtig bin, ist er mir gegenwärtig. Weil er aus der Zukunft auf mich zukommt, habe ich zu dieser Stunde wirklich mit ihm zu tun.

Hingegen ist die gegenwährende Zukunft, wiewohl in ihr auch mein Sein entschieden wird, im Ursprung Sache des Du, dem ich im Ansprechen selbst die Initiative übertrage. (Theunissen 1981, 296)

Die bereits diskutierte Öffnung des Selbst auf den anderen als Handlungsgrund setzt sich in der zeitlichen Dimension fort. Nur durch die aktuelle Gegenwart des anderen eröffnet sich Zukunft, ja man könnte sagen, die zeitliche Dimension als Eröffnung von Möglichkeiten selbst.

Von hier aus wäre die Praxis von Entscheidungsfindung zu überprüfen. Es ist offensichtlich, dass das Informationsgespräch zwischen Ärztin und Patientin immer schon über die Zukunft entscheidet. Die Frage wäre allerdings, inwieweit die Entscheidung wirklich in einer öffnenden Atmosphäre stattfindet, das heißt jenseits von *Einrichtung* und *Gefühl*. Inwieweit, so könnte man ergänzen, kann Ungewissheit als Indiz von Wirklichkeit angenommen werden, kann die Ungewissheit über die Zukunft als Bereitschaft, überrascht zu werden, erfahren werden? Andererseits: Wie kann Ungewissheit über den Ausgang einer Krankheit anders als niederschmetternd erfahren werden? Und wie kann dies in einer professionellen Haltung widergespiegelt sein? Diese Fragen umfänglich zu beantworten kann hier nicht geleistet werden. Möglicherweise bietet die oben vorgestellte Modellierung aus drei Ebenen der Begegnung einen Lösungsansatz, der nicht nur als weitere Anforderung an die Ärztin zu lesen wäre, sondern viel deutlicher noch die Möglichkeiten hervorhebt, die sich aus der individuellen Betroffenheit der Patientin ergeben. Gegebenenfalls kann ein besseres Verständnis der Situation erreicht werden, wenn die Handlungsspielräume der Beteiligten als *wesensverschieden* und gleichberechtigt Anerkennung finden.

## Der Begriff der Hoffnung nach Gabriel Marcel

Wie bereits deutlich wurde, unterscheidet sich der dialogische Begriff der Zukunft wesentlich von den Wahrscheinlichkeitsrechnungen und Prognosen der Wissenschaft, die heute für eine Art objektiven Zugangs zur ‚Realität‘ gehalten werden. Marcel wendet ein, dass es sich bei Letzterer um eine verengte Welt-sicht handelt, „in der der Mensch nur noch als ein Funktionsbündel behandelt wird“ (Ricoeur und Marcel 1970, 30). Menschliches Leben (und vielmehr noch menschliches Erleben) auf eine Reihe von Funktionen zu reduzieren – biochemische, soziale, psychologische usw. – kann dem Phänomen Menschsein selbst unter Berücksichtigung aller Aspekte nicht gerecht werden.<sup>24</sup> Insbesondere das intersubjektive ‚Zwischen‘ als dialogisch gestaltbarer Raum gehört wesentlich zum Menschen. Wie wir gesehen haben, wird Zukunft in sinnhaften Begegnungen erschaffen, ist also eher ein gestaltbares Gut als ein stochastisch verfügbarer ‚Determinismus‘. Von hier ausgehend kann durchaus praktisch gefragt werden, wie eine Begegnung nun ausgestaltet werden soll. Welche Maxime könnte es hier, aus existenzphilosophischer Sicht, geben?

---

24 Siehe Fußnote 15.

Fragt man nach Möglichkeiten, wie Menschen mit bedrohlichen Situationen umgehen, fallen neben *Hoffnung* sicherlich auch die Begriffe *Akzeptanz* und *Kapitulation*. Marcells Abgrenzung der Hoffnung von letzteren beiden ist meiner Ansicht nach hilfreich für die Suche nach einem zu erstrebenden Verlauf eines Arztgespräches. Welche Reaktionen kann eine Ärztin bei der Patientin erwarten? Und welche Haltung sollte sie begünstigen?

In der Kapitulation sieht Marcel einen selbstzerstörerischen Akt, der sich darin zeigt, „von der Idee seiner eigenen Zerstörung fasziniert zu sein, indem man diese Zerstörung selbst antizipiert“ (Marcel 1998, 48).<sup>25</sup> Sich aufzugeben wäre demnach ein aktiverer Akt, als gemeinhin zu vermuten wäre – und ein Abschließen der Situation.

Aber auch im Akzeptieren zeigt sich eine der Hoffnung widersprechende Haltung. Marcel schreibt:

Akzeptieren hieße hingegen festzuhalten und sich aufzurichten, hieße, seine Integrität zu beschützen. Es ist eben nicht so, dass ich mich, weil ich mich verdammt dazu weiß, nicht von dieser Krankheit zu genesen oder nicht aus diesem Gefängnis zu entkommen – mich herauswände, das heißt dass ich mich unterwürfe, ab sofort der Überrest zu sein, den am Ende der Rechnung meine Krankheit oder Gefangennahme aus mir gemacht haben wird. Der Faszination, die riskieren würde, auf mich das Bild dieser Sache anzuwenden [wie dies in der Kapitulation geschieht, FW], stelle ich den Willen, der zu bleiben, der ich bin, entgegen. (Marcel 1998, 48)<sup>26</sup>

Wenngleich das beschriebene Aufbäumen gegen die Fatalität der Krankheit als ein Zeichen von Stärke gelten kann – so ergeht bei Krebs häufig ein Appell an die Stärke der Erkrankten<sup>27</sup> –, gilt es für Marcel als ein Weg, der auf gefährliche Weise von der Realität wegführt (vgl. auch Stempsey 2015, 44f.). Akzeptanz ist in diesem Sinne ein gut gemeinter Gegenentwurf zur Kapitulation, der allerdings versäumt, konstruktiv mit Zukunft im dialogischen

25 Hier und im Folgenden in eigener Übersetzung.

26 So verstandene Akzeptanz kann auch von anderen eingefordert sein: vgl. Ohnsorge et al. 2017, 148f.

27 So beobachtet von Günther, Markus, „Du musst kämpfen“, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 02.11.2017, online: <https://www.faz.net/-guw-937p6>. Kritisiert wird in diesem Kommentar die unhinterfragte Maxime, man müsse immer mental gegen den Krebs ankämpfen.



Sinne umzugehen: Auch er verfehlt die Offenheit auf eine unbestimmte Zukunft hin. Derartige Akzeptanz tritt in Widerspruch mit den Geschehnissen, indem ich mich einer Situation stelle, jedoch eben nicht so weit gehe, dass ich durch sie Veränderung erfahre. Indem ich meine Integrität verteidige, verkrampfe ich.

*Hoffnung* nun, wie Marcel sie setzt, ist keine Stärke. Insbesondere ist sie kein krampfhaftes Festhalten an einem Wunsch, kein Erstarren.<sup>28</sup> Sie ist vielmehr gekennzeichnet von einer entspannten, offenen Haltung: ein Nichtakzeptieren, eine Schwäche – jedoch jenseits von Kapitulation. Marcel geht so weit, eine Analogie zu den geschmeidigen Bewegungen eines Skifahrers oder Schwimmers zu ziehen (Marcel 1998, 49). Etwas konkreter betont er die Notwendigkeit, sich seine Zeit zu nehmen, das heißt, den gewohnten Rhythmus und den eigenen Ausdruck beizubehalten.<sup>29</sup>

Es scheint also, als hätte die Hoffnung diese besondere Fähigkeit, die Mächte, über die sie zu triumphieren behauptet, irgendwie in Haltlosigkeit zu bringen, und zwar gerade nicht durch einen Kampf mit ihnen, sondern durch ein Transzendieren. Und andererseits erscheint ihre Wirksamkeit umso bestimmter, je mehr sie mit einer Schwachheit verbunden ist [...]. (Marcel 1954, 84)

Es klingt an, dass die hier gemeinte Schwachheit durchaus wirkmächtig ist. Das Konzept der Hoffnung ist indes keine Methode, kein Instrument oder Werkzeug und lässt sich auch nicht instrumentalisieren: „Das eigentliche der Hoffnung liegt vielleicht darin, keine Technik direkt gebrauchen oder verwerten zu können. Die Hoffnung gehört den unbewaffneten Lebewesen.“ (Marcel 1954, 82)

Will man Hoffnung in einer dialogischen Situation vermitteln, gilt es also nicht, etwas Hilfreiches von außen hinzuzuziehen, beizubringen, sondern vielmehr sich der Mittel und Argumente zu entledigen, das heißt sich zu entwaffnen. Dieser Vorgang selbst ist dann die Manifestation von Hoffnung.

28 Marcel nutzt die Ausdrücke „crispation“ (Verkrampfung) und „raidissement“ (Erstarrung) (Marcel 1998, 49).

29 Im Original „prendre son temps“ (Marcel 1998, 50). Der Begriff „durée“ (Dauer) wird angesetzt als ein strukturierendes Maß und kann, mit Bergson weitergeführt, ein Hinweis sein, wie sehr die Integrität des eigenen Erlebens (gegenüber einer äußeren, verräumlichten Taktung) zu bewahren wäre.

Weiterhin widerspricht die Hoffnung der Idee, zum Beispiel nach einer überwundenen Krankheit, wieder zum vorherigen Zustand zurückzukehren. „Die Hoffnung ist nicht mit einer Wegverkürzung für Fußgänger vergleichbar, die man benutzt, wenn ein Weg versperrt ist, und die oberhalb des Hindernisses wieder auf den alten Weg mündet.“ (Marcel 1954, 84)<sup>30</sup> Hoffnung zielt auf Veränderung, Entwicklung und setzt sich damit von Kapitulation und Akzeptanz ab. Marcel präzisiert das Anliegen der Hoffnung:

Die Hoffnung bezieht sich hier auf etwas, was im Bereich der natürlichen Ordnung nicht von uns abhängt [...]. Die Basis der Hoffnung ist das Wissen um eine Situation, die uns verzweifeln läßt (die Krankheit, der Untergang etc.). Hoffen heißt der Realität Kredit einräumen, es heißt bejahen, daß es in ihr etwas gibt, was über die Gefahr triumphiert. Man sieht hier, daß das Korrelat der Hoffnung in keiner Weise die Furcht ist, sondern der Akt, der die Dinge aufs Schlimmste treibt, eine Art von pessimistischem Fatalismus, der die Ohnmacht der Realität behauptet, oder der ihr die Fähigkeit abspricht, das zu berücksichtigen, was doch nicht nur unser Gut ist, sondern von dem wir annehmen, daß es ein Gut im absoluten Sinne des Wortes ist. (Marcel 1954, 80)

Wer hofft, gibt einem Etwas Raum, das jenseits von Prognosen und Determinanten liegt. In einem Setting von medizinischem und wissenschaftlichem Wissen ist Hoffen die Überzeugung, dass sich menschliches Leben nicht im biologischen Lebensprozess erschöpft. Es ist die Anerkennung eines je singulären Erlebens. Die bevorzugte Form, dieser (jedem Erkennen vorgängigen) Existenz zu entsprechen, ist die Begegnung. Hoffnung impliziert, auszuhalten, dass es keinen standardisierten Kunstgriff geben kann, der auf dieser Ebene wirksam wäre. Denn,

wir befinden uns nicht mehr in der Ordnung der Ursachen oder der Gesetze, d. h. des Allgemeinen. Weil die Hoffnung keine Ursache ist, weil sie nicht wie ein Mechanismus wirkt, ist es völlig evident, daß wir nicht sagen können: „Jedesmal, wenn ein Lebewesen die Tugend der Hoffnung ausübt, tritt folgendes ein“. Das würde in der Tat aus der Hoffnung eine Technik machen, d. h. das Gegenteil ihrer selbst [...]. (Marcel 1954, 83)

---

30 Vgl. zur Ideengeschichte von Heilung auch: Canguilhem 1977, 78ff. et passim.

Es zeigt sich in der Figur der Hoffnung eine Umgangsweise, die der existenziellen Situation gerecht wird, denn sie entspricht jener Offenheit, die Veränderung und singulärem Erleben gerecht wird. Sie zeigt allerdings auch die Grenzen verallgemeinerbarer Formen auf. Sie positioniert sich zwar nicht gegen den wissenschaftlichen Diskurs, aber doch abgelöst von diesem und stellt institutionelle Praxen in Frage, wo sich diese auf Funktionalität beschränken.

Hoffnung zeigt sich als Weg, nicht in Resignation oder aber krampfhaftes Kämpfen zu verfallen. Will eine Ärztin sich dieser Haltung bedienen, gelingt dies nicht über Argumente oder Bündnisse, sondern in der Öffnung des Gesprächs auf etwas Ungewisses, Unwissbares und in diesem Sinne Zukünftiges hin. In Hinblick auf das oben vorgestellte Modell dreier Ebenen der Begegnung im Arztgespräch wäre die Hoffnung jenes Konzept, das der Ärztin als Anhaltspunkt dienen kann, die zweite Ebene – der ‚symmetrischen‘ Begegnung im dialogischen Sinne – zu gestalten.

## Zusammenfassung und Ausblick

Determinanten für Therapieentscheidungen liegen zum Teil im persönlichen Erleben und den Wünschen der Patientinnen. Auch Ärztinnen und Angehörige sind von ihren individuellen Ansichten, Wünschen und Erfahrungen geprägt. In der Kommunikation zwischen diesen Gruppen sind weitere Gelenkstellen für Entscheidungsprozesse zu vermuten. Es stellt sich die Frage, ob und wie Faktoren einzuholen sind, deren Ergebnisse vielleicht statistisch erfasst werden können, die in den Beweggründen jedoch kaum verallgemeinerbar sind.

Ich habe gezeigt, dass eine existenzielle Fassung des Situationsbegriffs geeignet ist, drei distinkte Ebenen des Geschehens sichtbar zu machen, die den Behandelnden den Druck nimmt, widerstreitende, inkommensurable Anforderungen als eigenes Defizit zu erleben. Indem die Ebene der gesellschaftlichen Einrichtung, der wissenschaftlichen und ethischen Redlichkeit von der Ebene der individuellen Begegnung geschieden wird, haben Ärztinnen eine reflektierte Möglichkeit, ein Gespräch gemäß der eigenen Persönlichkeit und der eigenen Fähigkeiten differenziert auszugestalten. Dazu zählt auch die Entscheidung, auf die Grenzsituation, in der die Patientin sich befindet, in einem Rahmen größter Transzendenz einzugehen, sofern ein gemeinsamer kultureller, beziehungsweise religiöser Kontext dies erlaubt.

Die Modellierung des Arztgesprächs, und insbesondere der Diagnostik, in drei Ebenen schlüsselt die kontrovers geführte Debatte über

Symmetrie und Asymmetrie des Ärztinnen-Patientinnen-Verhältnisses neu auf. So ist die erste Ebene der fachlichen Kommunikation asymmetrisch, insofern die Ärztin Fachwissen und Untersuchungsergebnisse besitzt. Die zweite Ebene der Begegnung im dialogischen Sinne ist symmetrisch, beziehungsweise steht über jeder Symmetriefrage. Die dritte Ebene, die auf die Grenzsituation verweist, wiederum ist erneut asymmetrisch. Hier hat die Patientin die Oberhand, da es konkret um ihr Leben geht – eine Perspektive, die die Behandelnden nicht einnehmen können.

Die praktischen Auslegungen der Begriffe Begegnung und Hoffnung haben weiterhin gezeigt, dass die existenzielle Philosophie zwar außerhalb des anwendungsbezogenen Wissenschaftsdiskurses steht, jedoch keineswegs außerhalb der Frage nach einer adäquaten und wünschenswerten Praxis.

Diese Praxis im gesellschaftlichen und institutionellen Rahmen zu situieren, führt zu der Frage, welche Aspekte der individuellen Bedürfnisse einerseits gesellschaftlich repräsentiert sind, vor allem aber ob oder wie ihnen institutionell entsprochen werden kann. Sicherlich werden Institutionen immer die funktionale, zweckorientierte Dimension vertreten, doch kann uns das Wissen um Begegnung und Dialog dazu anleiten, diese Dimension nicht für die einzige zu nehmen.

### *Danksagung*

Ich danke herzlich Christina Schües und Christoph Rehmann-Sutter für die wertvollen Hinweise, die in diesen Text eingeflossen sind und für die vertrauensvolle und inspirierende Zusammenarbeit im gemeinsamen Forschungsprojekt.

### *Projektförderung*

Dieser Aufsatz ist im Rahmen des Forschungsprojekts DELIVER „Determinanten für leitlinieninkongruente Versorgung von älteren Krebspatienten in der GKV“, gefördert vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, Förderkennzeichen 01VSF16035, PI Alexander Katalinic), im Projektmodul „Theoretisches Modell“ am Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck entstanden.

## Literatur

- Arendt, Hannah. 2003. *Vita activa oder Vom tätigen Leben*. Piper 3623. München: Piper.
- Baker-Ohler, Marie, und Annette Holba. 2009. *The Communicative Relationship Between Dialogue and Care*. Cambria Press.
- Benzein, Eva, Astrid Norberg, Britt-Inger Saveman. 2001. „The Meaning of the Lived Experience of Hope in Patients with Cancer in Palliative Home Care“. *Palliative Medicine* 15 (2), 117–126, DOI: [10.1191/026921601675617254](https://doi.org/10.1191/026921601675617254).
- Buber, Martin. 1929/30. „Zwiesprache“. *Die Kreatur*, herausgegeben von Martin Buber, Viktor von Weizsäcker und Joseph Wittig, dritter Jahrgang, Heft 2, 201–222. Berlin.
- Buber, Martin. 1973. *Das dialogische Prinzip*. 3., verb. und um ein Namenverz. erg. Aufl. Heidelberg: Schneider.
- Buber, Martin. 1978. *Urdistanz und Beziehung*. 4., verb. Aufl., erw. um einen editor. Anh. mit erg. Texten. Heidelberg: Schneider.
- Buber, Martin. 1986. *Pfade in Utopia: über Gemeinschaft und deren Verwirklichung*. Hg. v. Abraham Schapira. 3., erhebl. erw. Aufl. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Canguilhem, Georges. 1977. *Das Normale und das Pathologische*, Frankfurt/M., Berlin, Wien: Uhlstein.
- Cohn, Felicia. 2001. „Existential Medicine: Martin Buber and Physician-Patient Relationships“. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 21 (3), 170–181, DOI: [10.1002/chp.1340210308](https://doi.org/10.1002/chp.1340210308).
- Corrigan, John. Hg. 2008. *The Oxford handbook of religion and emotion*. Oxford [u. a.]: Oxford Univ. Press (Oxford handbooks in religion and theology).
- Gieseler, Frank, et al. 2019. „Adherence of Older Breast Cancer Patients to Cancer Therapy Recommendations“. *Diversity and Equality in Health and Care* 16 (1), 11–17.
- Grene, Marjorie. 1947. „Two More Existentialists: Karl Jaspers and Gabriel Marcel“. *The Kenyon Review* 9 (3), 382–399.
- Grisebach, Eberhard. 1928. *Gegenwart: eine kritische Ethik*. Halle-Saale: Niemeyer.
- Gudat Keller, Heike, Christoph Rehmann-Sutter. 2019. *Palliative non-oncology patients' wish to die. Final scientific report*. Open access: <http://docplayer.net/121214116-Palliative-non-oncology-patients-wish-to-die-final-scientific-report.html> (04.01.2020).
- Günther, Markus, „Du musst kämpfen“, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 02.11.2017, online: <https://www.faz.net/-guw-937p6>.
- Hodes, Aubrey. 1972. *Encounter with Martin Buber*. Revised ed. Harmondsworth: Penguin (Pelican books).
- Jaspers, Karl. 1970. *Chiffren der Transzendenz*. Hg. v. Hans Saner. München: Piper.

- Jaspers, Karl. 1973a. *Allgemeine Psychopathologie*. 9., unveränd. Aufl. Berlin [u. a.]: Springer.
- Jaspers, Karl. 1973b. *Philosophie I Philosophische Weltorientierung*. 4., unveränd. Aufl. Berlin [u. a.]: Springer.
- Jaspers, Karl. 1973c. *Philosophie II Existenzerhellung*. 4., unveränd. Aufl. Berlin [u. a.]: Springer.
- Jaspers, Karl. 1973d. *Philosophie III Metaphysik*. 4., unveränd. Aufl. Berlin [u. a.]: Springer.
- Johannesen, Richard L. 2000. „Nel Noddings’s uses of Martin Buber’s philosophy of dialogue“ *Southern Communication Journal* 65 (2–3), 151–160, DOI: [10.1080/10417940009373164](https://doi.org/10.1080/10417940009373164).
- Kampits, Peter. 1975. *Gabriel Marcel’s Philosophie der zweiten Person*. Wien [u. a.]: Oldenbourg.
- Levinas, Emmanuel. 1978. „Martin Buber, Gabriel Marcel et la philosophie“. *Revue Internationale de Philosophie* 32, 126 (4), Paris.
- Lohner, Alexander. 1997. *Der Tod im Existentialismus: eine Analyse der fundamentaltheologischen, philosophischen und ethischen Implikationen*. Paderborn: Schöningh.
- Marcel, Gabriel. 1952. *Geheimnis des Seins*. Hg. v. Hanns von Winter u. Leo Gabriel. Wien: Herold (Wissenschaft und Weltbild).
- Marcel, Gabriel. 1954. *Sein und Haben*. Paderborn: Schöningh.
- Marcel, Gabriel. 1956a. *Der Mensch als Problem*. Hg. v. Max Müller u. Herbert Peter Maria Schaad. Frankfurt am Main: Knecht.
- Marcel, Gabriel. 1956b. *Du refus à l’invocation*. 13. Aufl. Paris: Gallimard.
- Marcel, Gabriel. 1956c. Hg. *Was erwarten wir vom Arzt?*. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Marcel, Gabriel. 1957. *Die Erniedrigung des Menschen*. Hg. v. Herbert P. M. Schaad. Frankfurt am Main: Knecht.
- Marcel, Gabriel. 1961. *Gegenwart und Unsterblichkeit*. Hg. v. Herbert Peter Maria Schaad. Frankfurt am Main: Knecht.
- Marcel, Gabriel. 1963. *Schöpferische Treue*. Hg. v. Ursula Behler. München [u. a.]: Schöningh.
- Marcel, Gabriel. 1965. *Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund*. Hg. v. Rudolf Zur Lippe u. Hans Fischer-Barnicol. Frankfurt am Main: Knecht.
- Marcel, Gabriel. 1973. „Grundsituation und Grenzsituationen bei Karl Jaspers“. In *Karl Jaspers in der Diskussion*, hg. von Hans Saner und Hannah Arendt. München: Piper.
- Marcel, Gabriel. 1974. *Tragische Weisheit: Zur gegenwärtigen Situation des Menschen*. Wien: Europaverl.

- Marcel, Gabriel. 1992a. *Hoffnung in einer zerbrochenen Welt?: Vorlesungen und Aufsätze*. Hg. v. Peter Grotzer. Paderborn [u. a.]: Schöningh.
- Marcel, Gabriel. 1992b. *Metaphysisches Tagebuch: 1915–1943*. Hg. v. Siegfried Foelz u. Peter Grotzer. Paderborn [u. a.]: Schöningh.
- Marcel, Gabriel. 1992c. *Unterwegssein: Ansätze zu einer konkreten Philosophie; Dialog mit Zeitgenossen*. Hg. v. Peter Grotzer. Paderborn [u. a.]: Schöningh.
- Marcel, Gabriel. 1998. *Homo viator: prolégomènes à une métaphysique de l'espérance*. Nouvelle éd. augm. de deux textes inédits. [Paris]: Association Présence de Gabriel Marcel.
- Miller, W. Watts. 2007. „Hope“. In *The Oxford Handbook of Religion and Emotion*, DOI: [10.1093/oxfordhb/9780195170214.003.0016](https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195170214.003.0016).
- Ohnsorge, Kathrin, et al. 2017. „Was bedeutet es, das eigene Sterben zu ‚akzeptieren‘?“. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 18, DOI: [10.1055/s-0043-100549](https://doi.org/10.1055/s-0043-100549).
- Pembroke, Neil. 2010. „Human Dimension in Medical Care: Insights from Buber and Marcel“. *Southern Medical Journal* 103 (12), 1210–1213, DOI: [10.1097/SMJ.0b013e3181efb3bc](https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3181efb3bc).
- Plourde, Simonne. 1985. *Vocabulaire philosophique de Gabriel Marcel*. Montréal: Bellarmin.
- Ricœur, Paul. 1948. *Gabriel Marcel et Karl Jaspers: philosophie du mystère et philosophie du paradoxe*. Paris: Éditions du Temps présent (Artistes et écrivains du temps présent).
- Ricœur, Paul, und Gabriel Marcel. 1970. *Gespräche*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Knecht.
- Robert, Jean-Dominique. 1973. „Gabriel Marcel, Pour une sagesse tragique et son au-delà“. *Revue Philosophique de Louvain*, 618–619.
- Saner, Hans, und Hannah Arendt. Hg. 1973. *Karl Jaspers in der Diskussion*. München: Piper.
- Sartre, Jean-Paul. 2003. *Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schütz, Alfred. 1971b. *Studien zur phänomenologischen Philosophie*. Hg. v. Ilse Schütz, Benita Luckmann u. Richard Grathoff. Den Haag: Nijhoff.
- Schütz, Alfred. 1972. *Studien zur soziologischen Theorie*. Hg. v. Arvid Brodersen, Benita Luckmann u. Richard Grathoff. Den Haag: Nijhoff.
- Schütz, Alfred. 1984. *Strukturen der Lebenswelt*, Band 2, Hg. v. Thomas Luckmann. 5. Aufl. o.V.
- Scott, John G., et al. 2009. „Healing relationships and the existential philosophy of Martin Buber“. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine: PEHM* 4, 11, DOI: [10.1186/1747-5341-4-11](https://doi.org/10.1186/1747-5341-4-11).

- Söderberg, Anna, Fredricka Gilje und Astrid Norberg. 1999. „Transforming Desolation into Consolation: The Meaning of Being in Situations of Ethical Difficulty in Intensive Care.“ *Nursing Ethics*, 17.
- Spiegelberg, Herbert. 1965. *The Phenomenological Movement: A Historical Introduction*. The Hague: Nijhoff.
- Stempsey, William E. 2015. „Hope for Health and Health Care“. *Medicine, Health Care and Philosophy* 18 (1), 41–49, DOI: [10.1007/s11019-014-9572-y](https://doi.org/10.1007/s11019-014-9572-y).
- Svenaesus, Fredrik. 2018. *Phenomenological bioethics: medical technologies, human suffering, and the meaning of being alive*. London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Sweetman, Brendan. 2008. *The vision of Gabriel Marcel: epistemology, human person, the transcendent*. Amsterdam: Rodopi.
- Tariman, J.D., et al. 2012. „Physician, patient, and contextual factors affecting treatment decisions in older adults with cancer and models of decision making: a literature review“. *Oncology Nursing Forum* 39 (1): E70–83. DOI: [10.1188/12.ONF.E70-E83](https://doi.org/10.1188/12.ONF.E70-E83).
- Theunissen, Michael. 1981. *Der Andere: Studien zur Sozialontologie der Gegenwart*. 2., um eine Vorr. verm. Aufl. Berlin: de Gruyter (De-Gruyter-Studienbuch).
- Wahl, Jean. 1974. *Études Kierkegaardiennes*. 4. Aufl. Paris: Vrin (Bibliothèque d'histoire de la philosophie).
- Wahl, Jean. 2016. „The Problem of Choice: Existence and Transcendence in the Philosophy of Jaspers.“ *Journal of French and Francophone Philosophy* 24 (1), 35.
- Weizsäcker, Viktor von. 1956. *Pathosophie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Westerhof, G. J., M. van Vuuren, B. H. J. M. Brummans und A. F. J. Custers. 2014. „A Buberian Approach to the Co-Construction of Relationships Between Professional Caregivers and Residents in Nursing Homes“. *The Gerontologist* 54 (3), 354–362, DOI: [10.1093/geront/gnt064](https://doi.org/10.1093/geront/gnt064).