

Interview

Eckhard Frick*

Neugierig sein und fragen: Ein Gespräch mit dem Notfall- und Intensivmediziner Christoph Dodt

<https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0051>

Prof. Dr. med. Christoph Dodt, Past Präsident der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin (DGINA), ist Facharzt für Innere Medizin, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Chefarzt des Notfallzentrums im Städtischen Klinikum München-Bogenhausen. Das Gespräch fand am 2.7.2018 statt. Die Fragen stellte Eckhard Frick.

SPIRITUAL CARE: *Lieber Herr Kollege Dodt, das American College of Critical Care Medicine hat schon vor einigen Jahren vier Empfehlungen bezüglich der religiösen und spirituellen Unterstützung in der Intensivmedizin vorgeschlagen (Gordon et al. 2018): Erfassung von spirituellen Patientenbedürfnissen, Berücksichtigung im Behandlungsplan, ein entsprechendes Training für Ärzte und Pflegende, Einbeziehung von Sozialarbeitern und Seelsorgenden – auch dessen, was diese Berufsgruppen uns Ärzten mitteilen – und sogar einen respektvoller Umgang mit dem Wunsch des Patienten zu beten. Was ist davon auf unseren europäischen Kontext übertragbar? Was gibt es möglicherweise schon in anderer Formulierung?*

Dodt: Zum ersten Punkt „Erfassung der Patientenwünsche“: Da gibt es ein Bestreben, zumindest die Wünsche der therapeutischen Unterstützung bzw. der Unterlassung der therapeutischen Unterstützung wahrzunehmen. Sobald dies dann tatsächlich geäußert wird, gibt es natürlich dann die Frage, warum dies so ist. Die Überprüfung der Stichhaltigkeit eines Patientenwunsches bedeutet dann auch immer eine Auseinandersetzung mit der Person des Patienten und natürlich seines Umfeldes. Dies erfordert dann schon, dass man sich auch auf die spirituelle Dimension einlässt, sonst wird das nicht funktionieren. Selbst wenn man einen spirituellen Hintergrund für eine Entscheidung nicht nachvollziehen kann, würde man’s doch trotzdem verstehen wollen.

SPIRITUAL CARE: *Also, wenn die beiden verschieden sind, der Patient und der Arzt ...*

Dodt: Zum Beispiel. Dadurch dass es Patientenverfügungen gibt, in denen der Patient seinen Willen festlegt, gibt es auch die Notwendigkeit, sich mit der Person des Patienten und seinen persönlichen Hintergründen auseinanderzusetzen. Ob dies dann tatsächlich stattfindet, ist die nächste Frage. Prinzipiell ist aber der Patientenwunsch bezüglich der faktischen Therapieentscheidung schon ein Anlass, sich über den Patienten mehr Gedanken zu machen als nur über seine Diagnostik und Therapie.

SPIRITUAL CARE: *Wie wird das denn eingeübt, sodass auch Grenzsituationen bewältigt werden? Gerade auch bei Kolleginnen und Kollegen, die in der Ausbildung sind?*

Dodt: Ich glaube, das ist tatsächlich noch eine andere Frage, die ich zurückstellen würde. Zunächst geht es einfach um die faktische Umsetzung eines Patientenwillens. Das ist das einzige, was institutionalisiert ist. In Grenzsituationen muss man sich mit der Person des Patienten auseinandersetzen, obwohl er zum Beispiel selber nicht befragbar ist. Dieser Punkt nimmt die erste Empfehlung des American Colleges auf, nämlich dass die Patientenbedürfnisse erfasst werden. Das ist allerdings nur ein sehr kleiner Teil. Ein Patient, der einen Therapiewunsch äußert, der auf Therapiebegrenzung aus ist, und der dann quasi sein Lebensende erleben wird, hat auch ein Umfeld – wie dieses gestaltet wird, das ist weniger institutionalisiert. Das ist dann sehr stark davon abhängig, wie sich das Therapieteam bezüglich dieser Frage vorbereitet hat. Das ist im notfallmedizinischen Bereich, glaube ich, sehr unterentwickelt. Im intensivmedizinischen Bereich schon besser, weil man da natürlich etwas mehr Zeit hat. Ausgeprägt ist es im Bereich der chronischen Erkrankungen und der Erkrankungen mit tödlichem Ausgang. Aber gerade in zeitdringlichen Situationen wird es nicht so stark wahrgenommen, obwohl es oft sehr wichtig wäre.

SPIRITUAL CARE: *Welche Entwicklungsmöglichkeiten sehen Sie, um dies zu optimieren? Gerade in zeitdringlichen*

*Korrespondenzautor: Eckhard Frick, München,
E-Mail: eckhard.frick@tum.de

Situationen, Rücksicht nehmen auf das, was die Person ausmacht, auch in spiritueller Hinsicht?

Dodt: Ich glaube, dass es sehr hilfreich wäre, wenn die Patientenverfügung nicht nur auf die faktischen Begrenzungen ausgerichtet ist, sondern sich auf die Wünsche bezieht, was stattfinden soll, wenn eine Therapiebegrenzung gewünscht ist – oder auch eine Therapie, wie auch immer sie aussieht. Sonst sieht man die Person hinter der Patientenverfügung nicht.

SPIRITUAL CARE: *Das kann zum Beispiel in der Präambel geschehen ...*

Dodt: ... wo man zum Beispiel sagt: „Ich habe ein reiches Leben geführt ...“ oder „Ich stehe im Glauben, für mich ist wichtig, dass im Fall meines Sterbens etwas Bestimmtes berücksichtigt wird“. Ausdruck der spirituellen Armut beim Sterben im Krankenhaus oder einer medizinischen Situation ist natürlich, dass die Menschen sich im Voraus mit dieser Situation nicht befasst und auch ihre Vorstellungen nicht niedergelegt haben. Dann hat man natürlich die Verwandten, aber ist schwierig, dies in einer zeitdringlichen Situation zu ermitteln.

SPIRITUAL CARE: *Sie betonen zu Recht die Patientenverfügung. Nun gibt es aber auch Grenzsituationen, die nicht unmittelbar mit dem Sterben und dem Tod zusammenhängen, sondern – ganz besonders in der Notfall- und Intensivmedizin – mit medizinisch sehr schwierigen, unter Umständen auch belastenden Situationen. Zum Beispiel die Dialyse ist eine belastende Situation. Nehmen wir einmal an, die Patientenverfügung ist optimiert, es gibt eine aussagekräftige Präambel: Meine Frage ist im Besonderen, wie bilden wir Pflegende und andere Gesundheitsberufe, junge Mediziner und Medizinerinnen in dieser Hinsicht aus? Wie fördern wir in dieser Verknappung von Zeit und Geld die spirituelle Kompetenz?*

Dodt: Das erste ist, dass ein Bewusstsein dafür entwickelt werden muss – und ich glaube, das ist nicht allgemein vorhanden – dass jede Situation, die eine Änderung des Lebens verursacht, auch deutliche Fragen der weiteren Lebensführung aufwirft und dass letztlich auch immer Sinnfragen entstehen, die wahrgenommen werden müssen. Selbst wenn man diese nicht beantworten kann, muss ein Raum geschaffen werden, der diese Verarbeitung zulässt und wo möglicherweise auch Hilfe angeboten wird.

SPIRITUAL CARE: *Sprechen wir über die anderen ACCM-Empfehlungen, also zunächst über die Einbeziehung der*

anderen Berufsgruppen in der Notfall- und Intensivmedizin, auch dessen, was diese Berufsgruppen einbringen: Die soziale Arbeit mit der Einbeziehung des Umfelds, der psychosozialen Situation; die Seelsorger sind ja gewissermaßen die Profis für das Spirituelle. Inwieweit gelingt da schon eine gewisse Teamarbeit?

Dodt: Ehrlich gesagt sagt die tägliche Erfahrung, dass dies überhaupt keine Rolle spielt. Die Sozialarbeiter haben für Sinnfragen überhaupt gar keinen Raum, sie organisieren Weiterversorgungsmöglichkeiten. Sie empfangen einen Auftrag, den sie umsetzen. Ich würde mal vermuten, dass sich die wenigsten mit dem Patienten selber auseinandersetzen. Und die Seelsorgenden werden eigentlich nicht zu Situationen gerufen, die über eine Krankensalbung hinausgehen. In einer Akutsituation.

SPIRITUAL CARE: *Dann gibt es wahrscheinlich den Effekt, das Signal für Patienten, Angehörige, das Team: Wenn der Seelsorger gerufen wird, dann ist die Medizin mit ihrem Latein am Ende. ...*

Dodt: ... Ja, das ist wie das Anzünden einer Kerze. Was eigentlich nicht gut ist.

SPIRITUAL CARE: *Die Signalsetzung heißt dann, dass der Seelsorger kaum gerufen werden kann in einer nicht lebensbedrohlichen Situation.*

Dodt: Das kann man natürlich ansprechen. Das wird bei uns in einem städtischen Krankenhaus auch nicht regelförmig gemacht. Auch nicht im Aufnahmegespräch. Ich denke, dass dies in ein Aufnahmegespräch immer miteingeschlossen werden müsste. Aber das findet nicht statt.

SPIRITUAL CARE: *Die vierte ACCM-Empfehlung, möchte ich sagen, ist für uns Europäer provokativ. Wir sind erzogen, weltanschaulich neutral zu sein. Die Vorstellung, der Patient will beten und fragt uns, ob wir mit ihm beten, ist ungewöhnlich, ist aber in den USA durchaus eine, die diskutiert wird. Wie sehen Sie das? Der Patient hat den Wunsch mit jemandem aus dem Ärzteteam oder Pflorgeteam zu beten. Was heißt da respektvoller Umgang?*

Dodt: Ich stimme überein, das ist ein amerikanischer Umgang. Das ist tatsächlich eine andere Kultur. Da können Sie nur meine persönliche Meinung hören und die ist: Wenn jemand auf mich zukäme und das möchte, dann würde ich das tun, ganz klar. Aus meiner Erfahrung hab' ich tatsächlich – ich muss mal überlegen – ich habe mit Angehörigen gebetet, aber eigentlich nicht mit Patienten.

Obwohl solche Themen schon eine Rolle spielen, das ist ganz klar. Weniger in der Notfallmedizin, das ist so eine besondere Situation, aber in der Intensivmedizin und – in meiner Assistentenzeit – auf onkologischen Stationen zum Beispiel: da sowieso. Aber es ist in Deutschland unüblich.

SPIRITUAL CARE: *Sie haben eben schon darauf hingewiesen, dass es einen Unterschied in den Kulturen gibt, sicherlich zwischen den USA und Lateinamerika und uns. Nun haben wir auch in unserem eigenen Land verschiedene Kulturen, insbesondere durch das stärker werden des Islam. Es kommen Menschen verschiedener kultureller, religiöser, spiritueller Hintergründe zu uns und auch das Behandlungsteam ist viel bunter geworden. Was bedeutet das denn in einem High-Tech-Klinikum wie dem, in dem wir hier sind? Mit dieser Diversität umgehen verschiedenster Stile: die einen ganz klassisch religiös sozialisiert – in der inneren Türkei zum Beispiel – die anderen vollkommen atheistisch ... so bunt ist das ja.*

Dodt: Es ist so, dass der Islam tatsächlich eine sehr unterschiedliche Auffassung zur Medizin hat. Das ist ganz erstaunlich: Was uns antreibt, also den Patientenwunsch mit einzubeziehen in die medizinische Behandlung, scheint mir im Islam nicht so eine starke Rolle zu spielen. Der Arzt tut, was er tun muss, bis zum bitteren Ende. Und wenn's dann aber zum Tod kommt, dann ist es so wie es ist. Inshallah – und dann ist es das. Dann wird in einen Trauermodus umgeschaltet. Das ist so meine Erfahrung und das einzige was man tun kann, ist die Wünsche der Verwandten – so sie denn geäußert werden und so sie gefragt werden – auch umzusetzen. Bei den Muslimen ist das oft sehr schwer herauszufinden. Aber es hilft nichts: neugierig sein und fragen. Das ist das, was zu tun ist. Und dann eben auch offen zu sein und versuchen, das umzusetzen. Was das Behandlungsteam betrifft: Dieses Thema spielt im intensivmedizinischen Bereich eine viel stärkere Rolle. Im notfallmedizinischen Bereich sind wir aktiv medizinisch handelnd. Da ist es eher im Nachhinein. Denn jeder nimmt dann schon mit, was ihn so betrifft, muss das dann verarbeiten und hat dann dabei auch eine spirituelle Ebene, ganz sicher.

SPIRITUAL CARE: *Auf die möchte ich gern noch eingehen. Es wird ja selten explizit von Religion und Spiritualität geredet. Das tun die Patienten ganz selten von sich aus. Es gibt diese floskelhaften Stoßgebete: „Oh Gott ...“, die teilweise recht tief sein können, weil sie ein Erschrecken, ein Erstauen und die Sinnfrage in ganz kurzer Form zum Ausdruck bringen können. Wie merken Sie denn in der Notfallmedizin,*

noch stärker in der Intensivmedizin, dass jetzt eine spirituelle Dimension hinzukommt?

Dodt: Das wird deutlich an den vegetativen Zeichen der Betroffenheit. Sie sehen das dem Menschen an, ob etwas daher gesagt ist oder tatsächlich eine tiefere Dimension hat. Das glaube ich tatsächlich. Man denkt manchmal, etwas ist daher gesagt und das ist es nicht. Das sehen Sie daran, wie der Mensch Ihnen gegenübersteht, wenn er es sagt. Das ist nicht in Worte zu fassen, das ist tatsächlich wahrzunehmen an den körperlichen Reaktionen. Das sieht man.

SPIRITUAL CARE: *Nun kommt es ja auf die Passung, auf das Matching an zwischen dem, was der Patient äußert, auch zwischen dem – was Sie vollkommen zu Recht sagen – oft Nonverbalen, das sich durch vegetative Zeichen äußert auf der einen Seite und auf der anderen Seite der Fähigkeit vielbeschäftigter Ärzte und Pfleger, das wahrzunehmen, darauf einzugehen. Was müssen wir Ihrer Meinung nach in der Ausbildung, in der Fort- und Weiterbildung tun, damit die spirituellen Kompetenzen der Behandler und der Teams besser werden?*

Dodt: Ich glaube, da muss man früh anfangen. Das beginnt wahrscheinlich schon vor dem Studium, mit dem Studium. Es ist halt so, dass die Medizin eine Naturwissenschaft ist, die sich mit dem Menschen beschäftigt und sich eben nicht nur auf naturwissenschaftliche Fakten sondern auch auf eine Geisteshaltung bezieht – und diese Geisteshaltung, die wahrscheinlich darin besteht, dass man wahrnimmt, dass der Mensch ein geistvolles Wesen ist, von Anfang an in das Studium einbezieht. Das ist nur das Eine. Das Andere ist, dass natürlich der Raum. Wenn man dann im Berufsleben oder in der Weiterbildung steht, dass der Raum für Themen der Spiritualität eben tatsächlich gegeben sein muss.

SPIRITUAL CARE: *Was heißt in diesem Zusammenhang „Raum“?*

Dodt: „Raum“ heißt ein zeitlicher Raum, und auch ein Gesprächsraum. Ein Debriefing nach einer Reanimations-situation zum Beispiel. Es ist ein Unterschied, ob ein 84-jähriger Mensch nach einem reichen Leben stirbt oder ein 24-jähriger. Das geht jeden an und das geht jedem nah, das ist jetzt unabhängig, wie alt der Mensch ist. Sie haben einen Menschen vor sich, der in einer schwierigen Situation steht oder stirbt. Das macht etwas mit Ihnen, das müssen Sie wahrnehmen, das müssen Sie quasi in Ihr Leben einbauen. Den Raum brauchen Sie. Auch den Raum, in

Ihrer Freizeit darüber nachzudenken. Sie müssen sich diese Zeit einfach lassen. Das lernt man tatsächlich nicht. Der Beruf am Menschen, ob es Pflegende oder Ärzte sind, der erfordert einfach, dass man einen Menschen mehr erfasst als in seinen funktionierenden Einzelteilen, sondern auch als Gesamtheit. Von daher müssen Sie selber das auch für sich erkennen, dass Sie so sind, und das dann auch übertragen können auf Ihre Patienten. Dazu brauchen Sie aber auch unabhängig von Ihrer ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeit auch Raum, wo Sie über das Leben nachdenken können und Dinge auch abstrahieren können. Das kann man auch lernen, muss man auch vermitteln. Das ist aber ein lebenslanger Prozess.

SPIRITUAL CARE: *Gibt es Ihrerseits noch einen Punkt, der Ihnen einfällt, den Sie hinzufügen möchten?*

Dodt: Ich glaube wirklich, dass wir als Mediziner immer Gestalter und auch Produkt einer gesellschaftlichen Ent-

wicklung sind. Dass wir ein bisschen wie eine spirituelle Wüste dastehen, das ist eine Reflexion der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung. Wir drücken viele Dinge einfach so weg und das tut uns nicht gut. Und da sind alle Menschen aufgefordert, vor allem alle, die mit anderen Menschen viel zu tun haben...

SPIRITUAL CARE: *... die können auch die Wüste gestalten.*

Dodt: Das muss man halt dann tatsächlich auch tun.

SPIRITUAL CARE: Lieber Herr Dodt: Herzlichen Dank für Ihre fachlichen und persönlichen Antworten!

Gordon BS, Keogh M, Davidson Z, Griffiths S, Sharma V, Marin D, Mayer SA, Dangayach NS (2018) Addressing spirituality during critical illness: A review of current literature. *Journal of Critical Care* 43:76-81.