

Herausforderung Schiffsarzt

Als Hausarzt auf Tuchfühlung mit Besatzung und Passagieren

Frank Hebllich

Schiffsärzte arbeiten im – temporären – „Haushalt“ ihrer Patienten. Neben vielen allgemeinmedizinischen Konsultationen müssen sie dabei auch Fachmann in allen Fragen der Notfallmedizin, der Hygiene und z.B. der Notfallseelsorge sein.

Eine zivile Ausbildung für diese anspruchsvolle Tätigkeit gab es bisher nicht.

Schiffsärzte arbeiten nicht nur dort, wo Andere Urlaub machen. Sie sitzen sogar mit ihren Patienten buchstäblich „in einem Boot“. Schiffsärzte sind ihren Patienten damit wesentlich näher als es allen anderen Ärzten jemals gelingen kann. Sie sind im Rahmen ihrer Tätigkeit je nach Schiffstyp für zwei Personengruppen verantwortlich. Alle an Bord eingesetzten Ärzte sind zunächst einmal Hausarzt für die Besatzung. Und diejenigen, die auf Forschungs- oder Kreuzfahrtschiffen eingesetzt sind, kümmern sich zusätzlich um die eingeschifften Passagiere bzw. Wissenschaftler.

Nah am Patienten

Diese Nähe zum Patienten erweist sich in der Regel als sehr hilfreich. Selbst auf großen Kreuzfahrtschiffen, die von der Anzahl an Besatzungsmitgliedern und Passagieren an Kleinstädte erinnern, lassen sich die Hilfesuchenden ohne großen Aufwand praktisch täglich wieder einbestellen, das verbessert die Möglichkeiten zu einer guten Nachsorge erheblich. Und Besatzungsmitglieder, die eher zum Dissimulieren neigen, können direkt an ihrem Arbeitsplatz aufgesucht und betreut werden. Ein Luxus, den man an Land nicht häufig finden wird.

Die in einer Allgemeinarztpraxis eher gängige Verschreibungspraxis kann an Bord oft deutlich minimiert werden. Der Arzt kann in vielen Fällen auf den Einsatz von Medikamenten verzichten, da er sich täglich ein Bild seines Patienten verschaffen kann. Das gibt sowohl Arzt wie auch Patient ein zusätzliches Maß an Sicherheit. Die Kehrseite der Medaille: Der Schiffsarzt muss rund um die Uhr erreichbar sein. Das kann auf großen Schiffen mit zwei Kollegen und einem guten Pflgeteam, die sich die Dienste teilen, erträglich sein. Ist man Einzelkämpfer, kann das je nach Patientengut zu einer großen Herausforderung werden.

Entschlussfähigkeit gefragt

Das Gros des Tagesgeschäfts machen nach wie vor die allgemeinmedizinischen Konsultationen aus. Spektakulärer und deshalb aus Presse und Fernsehen besser bekannt sind die – erfreulicherweise selteneren – Notfalleinsätze.

Und hier beginnen die Schwierigkeiten. Wann entwickelt sich ein unklares allgemeinmedizinisches Problem zu einem Notfall?

Der Internist und Arbeitsmediziner Dr. med. Tobias Riemer berichtet von einer Patientin, die ihn auf der Seereise vom schwarzen Meer nach Kanada in Atem gehalten hat. Nach einem ausgedehnten Bad in der Mittagssonne klagte eine frisch zugestiegene Reisende über vermehrte Müdigkeit, die sie selbst dem Jetlag zuschrieb. Bei der Vorstellung im Schiffshospital am Folgetag fühlte sie sich in keinster Weise ausgeschlafen. Im Gegenteil war sie schläfriger als jemals zuvor.

Die klinische Untersuchung zeigte keine Hirndruckzeichen, das eingeschränkt mögliche Labor – an Elektrolyten ließ sich nur Kalium bestimmen – war unauffällig. Die

Patientin wurde stationär im Schiffshospital aufgenommen und fiel innerhalb weniger Stunden in ein nicht beatmungspflichtiges Koma.

Was tun? Die Vorgeschichte nahezu unbekannt, keine Fachkollegen für ein Konsil, keine ausgedehnten Diagnostikmöglichkeiten wie CCT und keine Intensivstation außer der bordeigenen weit und breit. Als Verdachtsdiagnosen Sonnenstich, Drogenabusus, Apoplex oder Hirnblutung.

Hier beginnt dann zusätzlich zur medizinischen Tätigkeit die Managementaufgabe: Herstellen des Kontakts zu potentiell aufnehmenden Krankenhäusern an der amerikanischen Ostküste, Organisieren eines Rücktransports ins Heimatland mit einem Assistance-Unternehmen sowie Kontaktaufnahme und Koordination des weiteren Vorgehens mit den Verwandten der Patientin zu Hause. „Ein furchtbarer bürokratischer Aufwand“, so Dr. Riemer.

Um es kurz zu machen: Die Patientin wurde ausgeschifft, mit einem Rettungswagen ins Krankenhaus gefahren und dort untersucht. Dabei klarte sie auf, die neurologische Diagnostik blieb ergebnislos, das CCT ohne pathologischen Befund. Die Verdachtsdiagnose der Kollegen an Land lautete Alkoholentzugssyndrom, die Patientin wurde entlassen. Trotz ihrer eingeschränkten Englisch-Kenntnisse fand die Dame den Weg zurück zum Hafen und setzte die Seereise bis zum geplanten Ende ohne weitere Auffälligkeiten fort.

Vertrauen der Besatzung

Über die zweite Patientengruppe, die Besatzungsangehörigen, berichtet der Allgemein- und Arbeitsmediziner Dr. med. Frank Hebllich. Diese Mitarbeiter, die auf einem Schiff häufig aus bis zu 54 verschiedenen

Ländern stammten, sehen bei ihren oft ein Jahr dauernden Heuerzeiten meist keinen Arzt an Land und sind deshalb besonders vom Engagement und der Zivilcourage des eingesetzten Schiffsarztes abhängig. Das Vertrauen dieser Menschen zu gewinnen ist nicht ganz einfach. Und vielen Kollegen gelingt das auch nicht, wenn sie nicht aktiv an die Arbeitsplätze der Besatzung herantreten und sich sichtlich für die Tätigkeit und auch für das Leben der ihnen Anvertrauten interessieren. Umso erfreulicher ist es dann für einen echten Hausarzt, wenn er oder sie bei der Mannschaft Vertrauen gewinnt, therapeutisch aber auch präventiv tätig werden darf.

Dr. Heblich freut sich noch Jahre später über den Anruf eines Decksmanns der Lilli Marleen: „Ich weiß nicht, wie er an meine Telefonnummer gekommen ist!“ Der junge Mann war seit Jahren nicht geimpft worden und hatte auf einer gemeinsamen Seereise zum Teil Auffrischimpfungen und zum Teil die ersten Dosen der Grundimmunisierung für Impfungen nach dem STIKO-Schema erhalten. „Doc, Sie haben uns damals geimpft. Sind wir nun wieder dran?“ Ja, sie waren. Und haben dann durch den Kollegen auf ihrem neuen Schiff den Abschluss der Grundimmunisierung erfahren.

Noch einmal nach dem Basisgeschäft gefragt resümiert Dr. Riemer die Schwerpunkte seiner Tätigkeit. Gerade auf Kreuzfahrtschiffen sind ein großer Teil der Patienten Kinder. Häufigstes Krankheitsbild sei der Sonnenbrand, die größte Krankheitsgruppe sei dem HNO-Bereich zuzuordnen. Bei den Besatzungsmitgliedern seien Ekzeme häufig, bei den Maschinisten zusätzlich noch abszedierende Infektionen der Haut. Passagiere klagten oft über Zahnschmerzen. In der Regel sei die Schmerztherapie an Bord schaffbar. Die Beratung und in einigen Fällen Therapie

fände allerdings, auch wenn Zahnärzte unter den Passieren seien, fast ausschließlich bei zahnärztlichen Kollegen an Land statt. Hier steuert Dr. Heblich die Geschichte eines Patienten bei, der durch eine entzündete Zahnwurzel innerhalb eines Tages so starke Schmerzen entwickelte, die mit Höchstdosen von NSAR und einem niedrigpotenten Opioid nicht adäquat gelindert werden konnten. Erst die Trepanation des Zahns – Dr. Heblich hatte die Technik während seiner Ausbildung zum Schiffsarzt der Marine gelernt – führte zu einer sofortigen Schmerzlinderung. An Bord würden solche Zähne nur provisorisch verschlossen, die Endbehandlung den zahnärztlichen Kollegen an Land überlassen. Aus dem Gebiet der Allgemeinchirurgie sei die Abszessspaltung der häufigste Eingriff, der Traumatologe im Schiffsarzt habe sich hauptsächlich um Distorsionen meist des Sprunggelenks gelegentlich auch um Frakturen zu kümmern.

Mandat der Hygiene

Zum Aufgabenbereich des Schiffsarztes gehört aber auch der große Bereich der Hygiene. Und zwar außer der Hygiene im Hospital, gemeinsam mit anderen Abteilungen an Bord auch die Trinkwasser- und die Küchenhygiene. Unspektakulär, solange nichts passiert. Aber äußerst unangenehm, wenn sich der Schiffsarzt nach einem Noro-Virus-Ausbruch und entsprechenden Schlagzeilen der Boulevardpresse kritischen Fragen zum Hygienemanagement gefallen lassen muss. „Sollte es dennoch einmal zu einem Ausbruch kommen – und hundertprozentig kann man sich dagegen nicht schützen“, so Bettina Gau, Ärztin an der Uni-Klinik Kiel und ehemalige Hamburger Hafenärztin, „müssen unverzüglich die bordeigenen Ausbruchspläne umgesetzt werden. Hier gilt es, alle Kontrollmaßnahmen bei Infektionskrankheiten an Bord durch Diagnostik, Desinfektion, Iso-

lation und eventuell Quarantäne anlassbezogen umzusetzen.“

Auch wenn Notfälle vergleichsweise selten auftreten, bleiben sie einfach besser im Gedächtnis. Der COPD-Patient, der nach tagelangen frustrierten Therapieversuchen an Bord doch ausgeschifft werden musste. Und die Patientin mit der Transitorische ischämische Attacke, die in der Ostsee mitten in der Nacht ausgeflogen wurde. Und alle Kollegen sind sich einig, dass sie bisher Glück hatten. Dass das Wetter gut genug war für einen Hubschrauberstart, dass die Entfernung zum nächstgelegenen Land so kurz war, dass die Reichweite des Helikopters ausreichte, dass ein Patient solange stabilisiert werden konnte, bis das Schiff einen geeigneten Hafen anlaufen konnte.

Gute Vorbereitung essentiell

Einigkeit herrscht zwischen den Kollegen aber auch, dass die schiffsärztliche Tätigkeit zu einer der anspruchsvollsten Sparten in der Medizin gehört und sich die Wenigsten auf ihren ersten Fahrten hinreichend vorbereitet fühlen.

Mit dem Zertifikat Maritime Medizin hat die Ärztekammer Schleswig-Holstein im Jahr 2001 erstmals ein qualitativ hochwertiges Curriculum zur Ausbildung von Schiffsärzten erstellt, an dem sich die Schiffsarzausbildung der Marine seitdem orientierte. Eine entsprechende Ausbildung für den zivilen Bereich hat es bisher nicht gegeben. Ein auf dem zurzeit ausgesetzten Zertifikat Maritime Medizin basierendes und modular aufgebautes Ausbildungskonzept wurde erst in diesem Jahr etabliert und wird mit ausgewiesenen Experten auf allen Gebieten angehende Schiffsärzte in einem ersten „Basic Course – Einführung in die Maritime Medizin“ die grundlegenden maritimen Kenntnisse ver-

mitteln (www.schiffsarztlehrgang.de). In einem zweiten Modul, dem Advanced Course, wird das dort erworbene Wissen in verschiedenen Spezialgebieten wie beispielsweise Ausbruchmanagement, Tropen- und Reisemedizin, Tauchmedizin und vielen anderen Themen vertieft. Und in einem dritten Modul, dem Professional Course, das sich hauptsächlich an bereits erfahrene Schiffsärzte richtet, sollen die Kolleginnen und Kollegen anhand von Leitlinien-Updates angepasst an das maritime Umfeld wieder auf den aktuellen Stand der Medizin gebracht werden und außerdem die Ausbilderfähigkeit für Sofortmaßnahmen, Erste Hilfe, Reanimation und Frühdefibrillation gefestigt werden.

Christoph Sevenich, Geschäftsführer und Mitinitiator der Schiffsarztlehrgang GbR beschreibt den Hintergrund des ersten zivilen deutschen Schiffsarztlehrganges: „Auf Grund fehlender Regularien besteht die Gefahr unsachgemäßer Fortbildungsangebote in diesem wachsenden Segment. Qualitativ hochwertige Fortbildung aus erster Hand, mit Augenmaß und Verantwortungsbewusstsein ist unsere oberste Prämisse. Uns ist wichtig, unseren Teilnehmern gleich von Anfang an ihre bedeutsame Rolle für Besatzung und Passagiere zu verdeutlichen, sie auf ihren späteren Einsatz gut vorzubereiten und dabei mit viel Einfühlungsvermögen und echter Praxiserfahrung aus der Maritimen Medizin Wissen zu vermitteln.“

„Wenn es das schon früher gegeben hätte, wäre mir auf meinen ersten Seereisen deutlich wohler gewesen“, so Dr. Riemer, der nun als einer der Referenten seine inzwischen ausgiebigen Erfahrungen an die Kollegen weitergeben wird.

Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Frank Heblich
Facharzt für Allgemeinmedizin und
Arbeitsmedizin
Maritime Medizin, Flugmedizin
Wissenschaftlicher Leiter
Schiffsarztlehrgang GbR
Meimersdorfer Weg 217
24145 Kiel
E-Mail: heblich@schiffsarztlehrgang.de*

OLG Karlsruhe beanstandet Ärzteverzeichnis: Keine Werbung mit „Top-Experten“

Bei der Auswahl von Ärzten verlassen sich Patienten neben Empfehlungen von Verwandten und Freunden auf die – oft nur vermeintlich – objektiven Bewertungen in Ärzteverzeichnissen. Das OLG Karlsruhe hat in einem aktuellen Urteil ein solches Ärzteverzeichnis, das sich ausweislich der Eigendarstellung an Patienten aus dem In- und Ausland wandte, in verschiedener Hinsicht als wettbewerbswidrig beanstandet, weil es die bei den Lesern erweckten Erwartungen nicht erfüllte:

Die in dem Verzeichnis dargestellten Mediziner wurden als „Spitzenmediziner“, „Top-Experten“ oder „Top-Fachärzte“ bezeichnet. Insgesamt wurde der Eindruck erweckt, durch aufwendige Recherchen könne man ein Verzeichnis von Ärzten präsentieren, die mit Abstand führend in ihrem Fachgebiet seien. Dass ein solch deutlicher und nachhaltiger Vorsprung in der Qualifikation der jeweiligen Mediziner gegenüber dem Durchschnitt der auf dem jeweiligen Fachgebiet tätigen Kollegen bestand, konnte der Beklagte allerdings im Prozess nicht darlegen. Manche Kriterien hielt das Gericht bereits für untauglich zur Einstufung als „Spitzenmediziner“ (etwa akademische Titel oder die Zugehörigkeit zu wissenschaftlichen Gesellschaf-

ten). Insgesamt fehlte es den Richtern an einer überzeugenden Darstellung der Ermittlung und Gewichtung der einzelnen Kriterien, die zur Einstufung als „Top-Experten“ und ähnlichem führten. Hinzu kam, dass die Ärzte und Einrichtungen, die von dem Beklagten als Spitzenmediziner dargestellt wurden, für den Eintrag erhebliche Beträge zahlen mussten. Es handelt sich bei dem Verzeichnis daher nach Auffassung des OLG Karlsruhe nicht um redaktionelle Berichterstattung, wie die Beklagte suggerieren wollte, sondern um eine von den präsentierten Ärzten durch hohe Entgelte mit finanzierte Werbeplattform. Dies sei für den Verbraucher aber nicht ersichtlich. Das OLG Karlsruhe hat die Revision nicht zugelassen (OLG Karlsruhe, Urteil vom 7. Mai 2012, 6 U 18/11).

Weitere Informationen zum Verfahren erhalten Sie von der Wettbewerbszentrale, Büro Bad Homburg, Frau RAin Christiane Köber unter Angabe des Aktenzeichens F 4 0010/10.

*RAin Christiane Köber
Wettbewerbszentrale, Büro Bad Homburg*