

Maritime Medizin

Herausforderung Schiffsarzt: auf Tuchfühlung mit Crew und Gästen

Schiffsärzte arbeiten im „temporären“ Haushalt ihrer Patienten – mit allen Konsequenzen. Ein Erfahrungsbericht von Dr. Frank Heblich aus Kiel.

Schiffsärzte arbeiten nicht nur dort, wo andere Urlaub machen. Sie sitzen mit ihren Patienten buchstäblich „in einem Boot“ und sind ihren Patienten damit wesentlich näher als es anderen Ärzten 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.

Diese Nähe zum Patienten erweist sich in der Regel als sehr hilfreich. Selbst auf großen Kreuzfahrtschiffen, die von der Anzahl an Besatzungsmitgliedern und Passagieren her 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 gängige Verschreibungspraxis kann an Bord oft 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 Arzt und Patient zusätzliche 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 Pflorgeteam, die sich die Dienste teilen, erträglich sein. Ist man Einzelkämpfer, kann das je nach Patientengut zu einer großen Herausforderung werden.

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. 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 zunächst stationär im Schiffshospital aufgenommen und fiel innerhalb weniger Stunden in ein nicht beatmungspflichtiges Koma. Was tun? Die Vorgeschichte war nahezu unbekannt, Fachkollegen für ein Konsil waren nicht in Reichweite, ausgedehnte Diagnostikmöglichkeiten wie CCT nicht vorhanden und keine Intensivstation außer der bordeigenen weit und breit. Als Verdachtsdiagnosen standen Sonnenstich, Drogenabusus, Apoplex oder Hirnblutung zur Auswahl.

Hier beginnt dann zusätzlich zur medizinischen Tätigkeit die Managementaufgabe für den Schiffsarzt: Herstellen des Kontakts zu potenziell aufnehmenden Krankenhäusern an der amerikanischen Ostküste, Organisation 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 Riemer. Um es kurz zu machen: Die Patientin wurde eingeschifft, 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 Alkoholent-

zugssyndrom, die Patientin wurde entlassen. Trotz ihrer eingeschränkten Englischkenntnisse fand die Dame den Weg zurück zum Hafen und setzte die Seereise bis zum geplanten Ende ohne weitere Auffälligkeiten fort.

Über die zweite Patientengruppe, die Besatzungsangehörigen, habe ich als Allgemein- und Arbeitsmediziner selbst Erfahrungen gesammelt. 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 und therapeutisch, aber auch präventiv tätig werden darf. Ich habe mich noch Jahre später über den Anruf eines Decksmanns der Lilli Marleen gefreut. 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 wieder dran. Und haben dann durch den Kollegen auf ihrem neuen Schiff den Abschluss der Grundimmunisierung erhalten.

Noch einmal nach dem Basisgeschäft gefragt, resümiert Riemer die Schwerpunkte seiner Tätigkeit. Gerade auf Kreuzfahrtschiffen ist 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 zu bewältigen. Die Beratung und in einigen Fällen die Therapie finde allerdings, auch wenn Zahnärzte unter den Passagieren seien, fast ausschließlich bei zahnärztlichen Kollegen an Land statt. Hierzu kann ich die Geschichte eines Patienten beisteuern, der durch eine entzündete Zahnwurzel innerhalb eines Tages starke Schmerzen entwickelte, die mit Höchstdosen

von NSAR und einem niedrigpotenten Opioid nicht adäquat gelindert werden konnten. Erst die Trepation des Zahns – ich hatte die Technik während meiner Ausbildung zum Schiffsarzt der Marine gelernt – führte zu einer sofortigen Schmerzlinderung. An Bord werden solche Zähne nur provisorisch verschlossen, die Endbehandlung bleibt den zahnärztlichen Kollegen an Land überlassen. Auf dem Gebiet der Allgemeinchirurgie ist die Abszessspaltung der häufigste Eingriff, der Traumatologe im Schiffsarzt hat sich hauptsächlich um Distorsionen, meist des Sprunggelenks, gelegentlich auch um Frakturen zu kümmern.

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. Das ist unspektakulär, solange nichts passiert. Aber äußerst unangenehm wird es, wenn sich der Schiffsarzt nach einem Noro-Virus-Ausbruch und entsprechenden Schlagzeilen der Boulevardpresse kritische 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, Isolation und eventuell Quarantäne anlassbezogen umzusetzen.“

Auch wenn Nottfälle vergleichsweise selten auftreten, bleiben sie einfach besser im Gedächtnis. Etwa der COPD-Patient, der nach tagelangen frustranen Therapieversuchen an Bord doch ausgeschifft werden musste. Und die Patientin mit der TIA, die in der Ostsee mitten in der Nacht ausgeflogen wurde. Alle mir bekannten 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 so lange stabilisiert werden konnte, bis das Schiff einen geeigneten Hafen anlaufen konnte.

Einigkeit herrscht zwischen den Kollegen aber auch darüber, dass die schiffsärztliche Tätigkeit zu einer der anspruchsvollsten Sparten in der Medizin gehört und sich die wenigsten auf ihren ersten Fahrten hinreichend vorbereitet fühlten. *Dr. Frank Heblisch, Kiel*