

REHABILITATIONSMEDIZIN

„Dann bist du wohl mal weg“

Vor zwei Jahren suchte Judith Schnurr eine Alternative zur Akutmedizin, die trotzdem nah am Menschen sein sollte. Die Ärztin fand sie in der Rehabilitationsmedizin.



Foto: Your Photo Today

Frühmorgens saß ich im Zug und war auf dem Weg in die Reha. 31 Jahre alt war ich, frisch verheiratet und seit vier Jahren als Ärztin tätig. Seit meinem Examen hatte ich in der „Inneren“ und in der Pädiatrie gearbeitet und im letzten Jahr war ich erneut in der internistischen Abteilung eines Akutkrankenhauses. Ich befand mich bei bester Gesundheit und doch war ich auf dem Weg in die Reha-Klinik Roderbirken, einer angiologischen und kardiologischen Rehabilitationseinrichtung: Jedoch nicht als Patientin – ich war „die neue Kollegin“. Nach langem Überlegen hatte ich mich entschieden, eine andere Seite der Medizin und zwar die rehabilitative Medizin kennenzulernen. Ich habe die Patienten nicht gezählt, aber es waren gerade in der Kardiologie viele, mit denen ich über die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme gesprochen habe. Dabei hatte ich aber immer das Gefühl, dass ich als Blinder von

Farben redete, denn was genau dort mit ihnen gemacht wurde – so richtig wusste ich es nicht.

Fango und Tango?

Ich denke, vielen meiner Kollegen ging es ähnlich. Als ich ihnen sagte, wohin ich gehen würde, kamen Kommentare wie „Morgens Fango, abends Tango“ und „Schade, aus Ihnen hätte etwas werden können“ bis hin zu „Dann bist du wohl mal weg“. Insgesamt bekam ich durch die Meinung der Kollegen das Gefühl vermittelt, den „Emergency Room“ zu verlassen und in die „Schwarzwaldklinik“ zu wechseln. Das alles ging mir auf dem Weg zu meinem ersten Arbeitstag durch den Kopf. War ich jetzt also „weg“? Wenn ja, „weg“ wovon? Von der „richtigen Medizin“? Nicht länger Ärztin, eher Animateurin in einem medizinisch-eingefärbten Wellness-Hotel?

An diesem Morgen war ich wieder einmal nicht ganz bei Hermann

In der Rehabilitationsmedizin prüfen Ärztinnen und Ärzte, was die Patienten beruflich noch leisten können.

Hesse, der meinte: „Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne.“ Wieder einmal hatte ich das Gefühl, dass man hier „Zauber“ auch durch „Zweifel“ ersetzen könnte.

Zur Rehabilitation kann man nachlesen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgen durch Ärzte. In diesem Sinne sollte ich lernen, dass zu einer gelungenen Rehabilitationsmaßnahme Ärzte einiges leisten müssen.

Tag für Tag kam ich mit den unterschiedlichsten Patienten in Kontakt: Es gab den gut eingestellten, wohl unterrichteten Patienten, dessen kardiologisches Akutereignis schon Jahre zurücklag und der das Heilverfahren in der Reha-Klinik antrat, um eine Sicherung des bisher erreichten Status zu gewährleisten und auch denjenigen, bei dem eine drohende Verschlechterung vermieden werden sollte. Bei den Anschlussrehabilitationen gab es die „einfachen“ Fälle mit STEMI und NSTEMI mit guter linksventrikulärer Pumpfunktion und unkompliziertem Behandlungsverlauf, bei denen nicht komplizierte Überlegungen zu Diagnostik und Therapie im Vordergrund standen, sondern eine Vermittlung von Informationen über ihr Krankheitsbild. Zudem wurden sie bezüglich ihrer Risikofaktoren und der damit verbundenen Lebensstiländerung unterrichtet. Dann gab es die Patienten, die kurz nach ihrer Bypass-Operation kamen. Hier war häufig eine intensivere Betreuung notwendig, es stand eine postoperative Diagnostik an, sowie die Notwendigkeit zur psychischen Stabilisierung. Bei vielen dieser Patienten war noch Nahtmaterial vorhanden, nicht selten galt es eine Wundheilungsstörung durch Verbandswechsel oder Antibiotikatherapien zu behandeln oder

ein Postkardiotomiesyndrom zu stabilisieren. Das galt auch für die Patienten, die einen „Klappenersatz“ bekommen hatten. Bei ihnen spielte auch die Schulung im Selbstmanagement mit oralen Antikoagulanzen eine Rolle. Patienten mit einem Linksherzunterstützungssystem brauchten eine intensive Kontrolle der Therapie.

So vielfältig das Patientenkontinuum in dieser Rehaklinik war, so vielfältig waren dort die diagnostischen Möglichkeiten, auch unter dem Aspekt, dass der Rehaklinik in den letzten Jahren aufgrund der kurzen Liegezeiten in den Krankenhäusern immer mehr Aufgaben zukommen, die noch vor einigen Jahren von den Akutkrankenhäusern übernommen wurden. Langzeitmessungen des EKG und des Blutdruckes waren Standard, Echokardiographien, häufig auch zur postoperativen Kontrolle, Lungenfunktionsprüfungen, Schlafapnoe-Screenings und Belastungs-EKG ebenso. Falls nötig wurden dynamische Stressechokardiographien, Spiroergometrien, transösophageale Echokardiographien und elektrische Kardioversionen durchgeführt. Auch die Duplexsonographie

der extracraniellen und der peripheren Gefäße, sowie Abdomen- und Schilddrüsenultraschall wurden regelmäßig durchgeführt. Aufgrund dieser Vielfältigkeit hatte jeder Mitarbeiter die Möglichkeit, entsprechend nach eigener Motivation oder Interessenslage diese Funktionen zu erlernen.

Aufgrund des Patientenkontinuels kam es auch zu kardiologischen Notfällen, für die ein „Schockraum“ zur Verfügung stand. Bei Instabilität wurde der Notarzt von außerhalb gerufen.

Somit ist eine Reha-Klinik eine gute Mischung aus Akutmedizin und geregelter Arbeitsablauf.

Viel Zeit für die Patienten

Positiv war für mich, dass man die Patienten mehr als drei Wochen betreut, in denen man ein Therapiekonzept erstellen und dieses auch überprüfen kann. Dadurch bleibt mehr Zeit für jeden Patienten. Zusätzlich erlernt man die Sozialmedizin, mit der ich bis dahin nie in Berührung gekommen war. So ist es die Aufgabe des Arztes in der Rehaklinik anhand des Krankheitsbildes und der körperlichen Leistung unter Einbeziehung der linksventrikulären

Pumpfunktion zu entscheiden, was der Patient beruflich noch machen kann.

Auch die Arbeitsbedingungen in der Klinik sind attraktiv. Man hat feste Arbeitszeiten; es gibt die Möglichkeit der Gleitzeit, Mehrarbeit wird auf einem Zeitkonto dokumentiert und kann ausgeglichen werden. Natürlich gibt es Aspekte, die nicht immer positiv erscheinen, die man aber wissen sollte: Viele Rehakliniken gehören einer Behörde an, und arbeiten bürokratisch.

Wie überall, wird das Erlernen von Funktionen einem nicht auf dem Silbertablett serviert, sondern man muss Eigeninitiative zeigen. Allerdings sind die Rahmenbedingungen sehr gut. Die Klinik Roderbirken hat eine Weiterbildungsermächtigung für Allgemeinmedizin und Innere Medizin für zwei Jahre, somit kann ich meine Weiterbildung hier weiterführen.

Für mich ist das Arbeiten in der Rehaklinik eine interessante Alternative zum Akutkrankenhaus und ob Krankheitsbild, Diagnostik oder Therapie – meinen medizinischen Horizont habe ich hier deutlich erweitert.

Dr. med. Judith Schnurr

FRAGE DER WOCHE AN ...

Pascal Nohl-Deryk, Bundeskoordinator der AG Gesundheitspolitik der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd)

Der Ärztemangel vor allem in ländlichen Regionen wird immer drängender. Die Politik scheint kein Patentrezept zu haben. Zwangsmaßnahmen wie eine Landarztquote oder Pflichtabschnitte im Bereich der Allgemeinmedizin während des praktischen Jahres werden in Betracht gezogen.

Stadt oder Land – wo möchten die künftigen Ärzte lieber arbeiten und warum?

Nohl-Deryk: Das ist sicherlich eine Frage, die jeder Einzelne für sich selbst beantworten muss. Generell sehen wir aber einen Trend zur Stadt. Das ist nicht mediziner-spezifisch, die aktuelle Urbanisierung zieht sich durch alle Fachrichtungen. Nur bei der Ärztin oder beim Arzt fällt es besonders auf, wenn sie oder er nicht mehr schnell erreichbar ist. Aber wie sollte man es jemandem verübeln, sich nicht mehr dort niederlassen zu wollen, wo auch keine Bäckerei, kein Supermarkt und keine Schule mehr ist?

Der demografische Wandel im ländlichen Raum und die Wiederherstellung seiner Attraktivität ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und kann nicht mit Sondervorschriften für (angehende) Mediziner abgetan

werden. Zwangsmaßnahmen wie eine Landarztquote gehen nicht nur am eigentlichen Problem vorbei, sondern dürften sich auch langfristig als nicht haltbar erweisen. Getrennt werden sollte auch zwischen Wohn- und Arbeitsort. Schließlich ist es durchaus möglich, städtisch zu wohnen und ländlich zu arbeiten. Die Wahl des Arbeitsortes fällt letztlich vor allem dahin, wo die Arbeit am meisten Freude bereitet.

Es muss also darum gehen, Studierende von der ländlichen Versorgung zu überzeugen, statt sie zu verpflichten. Schließlich gibt es wunderschöne Landstriche, wie ich aus meiner eigenen Heimat weiß. Ein möglicher Ansatz ist das Land.in.Sicht-Projekt der bvmd und der KV Bayerns. Das startet gerade in einem Pilotversuch für den Sommer und fördert haus- und fachärztliche Famulaturen in ländlichen und (drohend) unterversorgten Regionen. Wir hoffen, damit Studierende für die primärärztliche Versorgung begeistern zu können.

