

# 留学, Ryugaku – Studienaufenthalt in Tokyo

Susanne Weber

Mein Interesse für Japan geht schon auf eine sehr lange Zeit zurück. Mir gefiel die Kultur, die Sprache, die Schrift, die so andersartigen Traditionen, und ich besuchte das Land mehrmals. Nach Jahren als Rheumatologin in der Praxis war ich auch neugierig darauf, wie in Japan die Rheumatologie praktiziert würde. 1997 besuchte ich erstmals zwei Rheumakliniken in Tokyo als visiting guest.

Meine Japanischlehrerin hatte mich zwar gewarnt, dass das sicher nicht klappen würde, denn bei japanischen Universitäten seien Besuche nur über persönliche Empfehlungen möglich. Wider Erwarten hatte ich aber aus Tokyo von zwei der drei angefragten Rheumakliniken eine positive Antwort bekommen und wurde gastfreundlich aufgenommen. Allerdings musste zuerst der Vorsitzende der Fakultät noch um Erlaubnis gefragt werden.

Letztes Jahr stattete ich der Teikyo-Klinik erneut einen Besuch ab. Ich war gespannt zu erfahren, wie sich die Rheumatologie in Japan inzwischen entwickelt hatte. In der Zwischenzeit hatte sich auch in der Schweiz einiges geändert. Die TNF- $\alpha$ -Hemmer wurden eingeführt, und die Basistherapien werden früher und konsequenter eingesetzt.

## Der erste Besuch 1997

Beim Teikyo-Universitätsspital handelt es sich um ein privates Universitätsspital im Norden von Tokyo, das auch eine rheumatologische Abteilung hat. Es gibt dort auch eine rege Forschungstätigkeit, besonders über immunologische Nachweismethoden bei Neurolyupus und in der Grundlagenforschung. Mich interessierte allerdings hauptsächlich die klinische Arbeit mit stationären und ambulanten Patienten.

Bei meinem ersten Besuch 1997 verbrachte ich eine ganze Woche in dieser Klinik. Am ersten Tag sollte ich mich im Büro von Professor Hirohata einfinden, mit dem ich – damals noch per Brief und Fax – den Aufenthalt vereinbart hatte. Das Büro war schwierig zu finden, denn es befand sich im Laborgebäude, und ich konnte es kaum glauben, dass die Professoren und Ärzte sich mit so wenig Platz zufriedengeben mussten. Einige Pulte und Büchergestelle standen in einem kleinen Vorraum, und dahinter arbeiteten die Laborantinnen an den Laborischen.

Ich erhielt gleich einen Plan für die ganze Woche, wo ich überall dabeisein konnte. Zuerst wurde ich auf die Visite auf der Abteilung mitgenommen. Wir besuchten zwei Patienten: Einer hatte einen Neuro-Behçet, eine junge Frau einen disseminierten Lupus erythematoses. Nachmittags wurde eine Fallbesprechung mit den Assistenten durchgeführt und weitere Patienten vorgestellt. Wieder war ein Neuro-Behçet dabei, eine Erkrankung, die man bei uns kaum sieht. Mit einer SPECT-Untersuchung wurde eine Minderdurchblutung frontal und im Marklager nachgewiesen.

Am andern Tag konnte ich an der Sprechstunde des Klinikdirektors, Prof. Hashimoto, teilnehmen. Ich sass im Untersuchungsraum der Poliklinik hinter ihm auf einem Hocker, während ein Patient nach dem andern von der andern Seite her in den kleinen Raum eintrat, sich kurz verneigte und dann auf dem Patientenstuhl Platz nahm. Die Sprechstunde verlief zügig, und der Verlauf war um einiges anders als bei uns. Die Patienten stellten kaum Fragen, es wurde wenig gesprochen und auch wenig untersucht, allenfalls ein Knie, die Hände, nur dort, wo der Patient Schmerzen angab. Ich verstand wenig von dem, was gesprochen wurde, denn Hashimoto sprach kaum englisch und erklärte mir nur gerade die Diagnosen und die Medikamente. Auf dem Bildschirm waren auch nur lauter Kanjis, japanische Schriftzeichen, zu sehen. Von den 10 Patienten der Sprechstunde hatten die meisten einen Morbus Behçet, denn der Professor galt als Kapazität für diese Erkrankung, die übrigen andere entzündliche rheumatische Krankheiten wie rheumatoide Arthritis, Lupus erythematoses, Morbus Sjögren usw. Ein Patient war von einem anderen Spital der Nordinsel Hokkaido zur Abklärung von Fieber und Gelenkschmerzen zugewiesen worden.

Das Computersystem erschien mir damals als sehr fortschrittlich. 1997 war es bei uns noch nicht soweit. Man konnte die letzten Laborbefunde am Bildschirm abrufen und neue Verordnungen für Labor und Medikamente eingeben. Interessant war, dass manche alte Einträge in den Krankengeschichten auf deutsch abgefasst waren. Einige medizinische Ausdrücke sind auch heute noch deutsch, z.B. «Röntgen». Die Ausbildung der japanischen Ärzte war früher ausschliesslich von Deutschland geprägt.

Korrespondenz:  
Dr. med. Susanne Weber-Eggenberger  
Fachärztin für Rheumatologie  
Bederstrasse 51  
CH-8002 Zürich  
Tel. 044 202 77 22  
Fax 044 202 77 03  
sweberpraxis@hin.ch

Auch an den Vorlesungen für die Studenten nahm ich teil. Ich verstand allerdings trotz meiner Japanischkenntnisse zunächst sehr wenig, nur die Fachausdrücke, die auch in englisch an die Tafel geschrieben wurden. Hashimoto sprach über Vaskulitis, Hirohata brachte anhand von klinischen Fällen einen Überblick über die klinische Rheumatologie, mit besonderer Berücksichtigung der Labordiagnostik.

### Der zweite Besuch 2006

Als ich 2006 eine private Ferienreise nach Japan plante, schrieb ich Professor Hirohata ein E-Mail, dass ich bei dieser Gelegenheit gerne die Klinik wieder besuchen würde. Ich wurde freundlich eingeladen, und wir vereinbarten einen Besuchstag.

Von der Station Oji der JR-Line nahm ich ein Taxi, denn ich wusste nach dieser langen Zeit nicht mehr, welche Buslinie zum Teikyo-Hospital führte. An der Strasse vor dem Spital blühten diesmal gerade die Kirschbäume. Bei der Portierloge musste ich nicht einmal nach dem Weg fragen, denn es fiel mir gleich wieder ein, wohin ich gehen musste. Professor Hirohata, der bei meinem letzten Besuch noch Assistenzprofessor war, kam gerade die Treppe herauf. Wir gingen in sein Büro, das sich noch immer im Laborraum befand. Die gleiche Laborantin wie vor 8 Jahren war immer noch da, Tamiko Inaigara. Sie erinnerte sich noch an mich und freute sich offensichtlich, mich wiederzusehen. Sie zeigte mir einen Garderobekasten und gab mir einen weissen Mantel. Hirohata fragte mich, wie es mir gehe, ob ich immer noch dasselbe mache, meine Praxis noch weiterführe. Dann kam Dr. Kikuchi herein, den ich auch vom letzten Mal her kannte. Er war immer noch Assistent, ich verstand zwar zunächst Assistenzprofessor, doch er wehrte ab, nein, nein, Hirohata ist der Professor! Er sprach englisch, aber es schien mir, dass er seit dem letzten Mal keine grossen Fortschritte gemacht hatte! Es ging ihm wohl ähnlich wie mir mit dem Japanischen, zuwenig Zeit zum Wörterlernen und zuwenig Gelegenheit, die Sprache anzuwenden.

Professor Hashimoto sei inzwischen in Pension gegangen, erzählte mir Hirohata auf meine Frage. Er arbeite noch zeitweise als Lehrer an einer Physiotherapieschule.

### Outpatient Clinic

Um 9 Uhr begann die Sprechstunde im selben kleinen Untersuchungszimmer wie letztes Mal, mit einem Vorhang zum Gang, wo die Krankenschwestern und Ärzte sich bewegen, und einer Tür zu den Umziehkabinen der Patienten.

Eine alte Dame von 87 Jahren wurde im Rollstuhl hereingeschoben, begleitet von Tochter und Schwiegersohn. Sie hatte Fieber von 38–39°, ein stark aufgeschwollenes schmerzhaftes Kniegelenk, ein erhöhtes CRP, eine BSR von 100. Es war noch unklar, ob es sich um einen Infekt, eine Chondrokalzinose oder eine andere Ursache handelte. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes wurde die Spitaleinweisung vorbereitet, Hirohata schrieb die ersten Verordnungen und Laboraufträge für den Eintritt. Eine junge Krankenschwester mit einem gestärkten Häubchen auf dem Hinterkopf und einer adrett gebundenen weissen Schürze holte die Patientin ab.

Dann kam ein Patient nach dem andern ins Untersuchungszimmer. *Dô desu ka?* fragte Hirohata, wie geht es Ihnen. Höflicher ist *Ikaga desu ka?*, doch diese Höflichkeitsform wird nur bei den älteren Leuten gebraucht. Im Gegensatz zu früher kam es diesmal auch zu längeren Gesprächen mit den Patienten, und es wurden auch mehr Fragen beantwortet.

Es gab in dieser ganz gewöhnlichen Polikliniksprechstunde viele Patienten mit Diagnosen, die man bei uns kaum sieht: Morbus Wegener, Morbus Behçet (wird mit Colchicin behandelt), Neuro-Behçet (hier wird therapeutisch oft eine Kombination von Methotrexat und Antikoagulation angewendet), Morbus Whipple. Die medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis ist ähnlich wie bei uns. Nur das Medikament Bucillamin ist ein spezifisch japanisches Medikament. Bucillamin hatte ich schon beim letzten Besuch kennengelernt, es handelt sich um ein Derivat von Penicillamin. Interessant ist auch, dass selbst ein Herzchirurg von einer Krankenschwester in der korrekten Injektion von Enbrel instruiert werden muss. Das ist Vorschrift, selbst wenn es sich um einen Arzt handelt!

Insgesamt untersuchte Hirohata an diesem Vormittag etwa 20 Patienten, ohne Pause, mit einer durchschnittlichen Untersuchungsdauer von etwa 10 Minuten. Da die Zeit für eine Konsultation recht kurz war, blieb wenig Zeit für Erklärungen. Ich war froh um meine Japanischkenntnisse. Im Vergleich zu den schweizerischen Verhältnissen wurde immer noch wenig klinisch untersucht, nur gerade die betroffenen Gelenke. Aber bei jedem Patienten mit RA bestimmte Hirohata den DAS (Disease Activity Score) mittels eines kleinen Gerätes zur Verlaufskontrolle. Auf dem PC erschienen wieder nur Kanjis, japanische Schriftzeichen, und wenige englische Ausdrücke. Rezepte und Laborblätter wurden sofort ausgedruckt, eine elektronische Krankengeschichte ist aber erst in Planung. Die Kopie des

Rezeptes wurde in die Krankengeschichte eingeklebt, und der Patient konnte die Medikamente in der Spitalapotheke abholen. Meist wurde im Computersystem gleich eine Kontrolle eingetragen.

Nach der Sprechstunde trafen sich die Ärzte in einem Besprechungsraum zum Mittagessen, wo schon Obento-Boxen auf dem Tisch bereitstanden. Eine Laborantin brachte Tee dazu. In der Box befanden sich verschiedene Speisen, Fisch, eingelegtes Gemüse und Reis. Nach dem Essen, das nur eine kurze Zeit in Anspruch nahm, legte jeder seine Stäbchen wieder ordentlich in die nun leer gegessene Box, und der Deckel wurde wieder daraufgelegt. Nun sah das Besprechungszimmer gleich wieder aus wie ein Büro.

### Visite auf der Abteilung

Am Nachmittag besuchte ich mit den beiden Assistenzärzten die Spitalabteilung, wo den Rheumatologen einzelne Betten zur Verfügung standen. Wir besuchten eine junge Frau mit zerebralem Lupus und einer Lupuspsychose. Ein Patient mit einem Neuro-Behçet war noch in der Rehabilitation und bekam medikamentös Infliximab und Prednison. Man zeigte mir auch SPECT-Untersuchungen eines anderen Falles von Neuro-SLE, wo die Angiitis durch die blaue Farbe, die eine verminderte Durchblutung angibt, klar zu erkennen war. Interessant ist die Feststellung, dass das Rauchen zusammen mit einem bestimmten Antigen die Entstehung eines Neuro-Behçet begünstigen soll. Im Stationszimmer sah ich auch das inzwischen angefertigte Knie-RTG-Bild der alten Dame von der Vormittagsprechstunde. Es zeigte einige feine Verkäl-

kungen, also handelte es sich doch um eine Chondrokalzinose. Der Assistenzarzt würde später eine Punktion des Kniegelenkes durchführen.

Die Krankenschwestern auf der Abteilung trugen wie diejenigen in der Poliklinik adrette gestärkte Häubchen und hatten zur Auflockerung einen Anstecker mit einer Comicsfigur daran befestigt.

Im Vergleich zu meinem letzten Besuch haben sich das Äussere der Klinik, die Untersuchungsräume und die Büros kaum verändert. Ausser dem alten Professor, der pensioniert wurde, sind auch die meisten Mitarbeiter noch dieselben. Aber die Therapie der entzündlichen rheumatischen Erkrankungen hat sich wie überall etwas gewandelt, die Behandlung wird früher und intensiver durchgeführt, und Biologicals werden zunehmend häufiger eingesetzt.

Interessant war für mich, dass hier nebst der häufig vorkommenden RA viele bei uns seltene Krankheitsbilder diagnostiziert werden, wie der Morbus Behçet, der ja entlang der alten Seidenstrasse häufig ist, Neurolupus oder Morbus Whipple. Überhaupt nicht vorhanden ist die Spondylitis ankylosans, da in Japan das HLA-B27-Gen nicht vorkommt. Ebenso interessant sind aber auch die Gemeinsamkeiten der Diagnose und Therapie, wobei gerade die kleinen Unterschiede bei der Wahl der Medikamente mir einen anderen Blick auf die Alltagsroutine in meiner Praxis ermöglichen. Der Umgang mit den Patienten ist gegenüber früher, als ich das erste Mal hier war, persönlicher geworden, es werden mehr Erklärungen abgegeben und auch Fragen beantwortet, selbst wenn die Zeit knapp ist.