

Reisebericht zum Gerd-Hegemann-Reisestipendium der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen 2011

S. Krüger

Dank des Gerd-Hegemann-Reisestipendiums, das mir im Rahmen der 88. Jahrestagung der Vereinigung Bayerischer Chirurgen e.V. im Juli 2011 in München verliehen wurde, hatte ich im Februar/März 2012 die Möglichkeit, zwei namhafte Zentren für Adipositaschirurgie in den USA zu besuchen.

In den USA gab es 2010 über 200 Millionen adipöse Menschen, dies entspricht 30,6% der Bevölkerung. In Deutschland waren es zum selben Zeitpunkt 12,9%. Die Tendenz ist weltweit steigend.

Department of Bariatric Surgery, Brigham and Women's Hospital Boston, Massachusetts

Die erste Station auf meiner Reise war die Abteilung für bariatrische Chirurgie des Brigham and Women's Hospitals in Boston unter der Leitung von Prof. Scott A. Shikora (*Abb. 1*).

Boston liegt an der Ostküste der USA nördlich von New York und hat zusammen mit den Vororten 2,2 Millionen Einwohner. Daher herrscht vor allem im Stadtkern von Boston eine hohe Krankenhausedichte. Die größten und namhaftesten sind das Massachusetts General Hospital, das Tufts New England Medical Center und das Brigham and Women's Hospital.

Das Brigham and Women's Hospital (BWH) ist ein 800-Betten Haus mit 55 (!) OP-Sälen und Lehrkrankenhaus der Harvard Medical School. Hier werden sogar „facial transplants“ durchgeführt, wie mir Prof. Shikora bei unserer ersten Begegnung gleich stolz erzählte.

Prof. Shikora ist Präsident der American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), aktives Mitglied der Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) und der American Society for Metabolic & Bariatric Surgery (ASMBS), deren Präsident er 2008/2009 war. Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt liegt in der enteralen/parenteralen Ernährung und Adipositaschirurgie.

Als Leiter des center for metabolic health and bariatric surgery betreut und operiert er mit fünf weiteren Chirurgen mehr als 500 Adipositaspatienten pro Jahr am BWH und am Faulkner Hospital, einem Lehrkrankenhaus im Südwesten von Boston. Dem Team sind im Rahmen von Rotationen jeweils mehrere Weiterbildungsassistenten und Medizinstudenten fest zugeordnet.

In der Regel handelt es sich hierbei um Harvard-Absolventen, ein Nachwuchsmangel in der Chirurgie scheint hierzulande kein Problem zu sein.

Für bariatrische Eingriffe stehen der Abteilung täglich je nach Bedarf bis zu drei OP-Säle zur Verfügung. Die Vorbereitung erfolgt im Team, die Lagerung des Patienten auf dem OP-Tisch ist Aufgabe der Pflege. Interessant war, dass eine split-leg-Position nur in Ausnahmefällen erfolgt und vorher extra vom Operateur angesagt werden muss. Der Aufbau des OP-Instrumentariums war ebenfalls überraschend, wurde doch immer das komplette laparoskopische und offene Equipment vorbereitet. Auf Nachfragen wurde mir erklärt, man wolle gewappnet sein, „falls jemand beim Setzen des lateralen Trokars die Aorta verletzt“. Auffällig war weiter, dass in jedem OP eine high-tech Ausstattung zur Verfügung steht und Materialien und Instrumente reichlich vorhanden sind. Oftmals waren auch Firmenvertreter anwesend, die bei Fehlfunktion oder nicht Funktionieren eines Gerätes sofort dieses (und die gesamte Charge!) austauschten. Per UPS war binnen längstens 24 Stunden Ersatz da.

Aufgrund strenger Richtlinien und weil jederzeit ein (unangekündigter) Besuch der joint commission (analog zu unserem Gewerbeaufsichtsamt) erfolgen kann, geht es immer sehr korrekt zu: jeder Gegenstand im OP ist ordnungsgemäß beschriftet, Materialien sauber aufgeräumt, jeder Mitarbeiter trägt ein Schild mit seinem Namen, Titel und Position, alle Geräte sind in gutem Zustand und es wird viel Wert auf korrekte Dokumentation gelegt. Kompressen und Bauchtücher sind mit einem Barcode versehen und werden nach Gebrauch eingescannt, der Wert wireless ans OP-Dokusystem übertragen. Darüber hinaus werden Kompressen und Bauchtücher gewogen und in den Blutverlust mit einberechnet.

Das Einlegen einer Magensonde oder das Einbringen eines Bauchtuches in das Abdomen wird auf einer Tafel im OP vom Springer dokumentiert. Bei Entfernen der Magensonde oder des Bauchtuches wird dies laut vom Anästhesisten oder dem Chirurgen angesagt und ebenfalls auf der Tafel vermerkt. Somit geht die Gefahr, beispielsweise eine Magensonde beim Gastric Bypass durchzustapeln, gegen Null.

Zu Beginn jeder Operation findet ein team-time-out statt. Dabei wird der Name des Patienten, Geburtsdatum, Diagnose, geplanter Eingriff besprochen und jede Person im OP stellt sich noch mal kurz mit Name und Position vor. Dies wird konsequent vor jedem neuen Eingriff durchgeführt, auch wenn das Team den ganzen Tag zusammen ist.

Der Teamgeist im OP hat mich persönlich nachhaltig beeindruckt. Menschen verschiedenster Nationalitäten, Glaubensrichtungen und Charaktere haben reibungslos zusammengearbeitet, sehr gute Arbeit geleistet und dabei noch Spaß gehabt.

Bei den Operationen steht immer ein erfahrener Chirurg mit einem Weiterbildungsassistenten, einem Assistenten und einem Medizinstudenten am OP-Tisch. Fast ausnahmslos jeder Eingriff wird konsequent assistiert und gleichzeitig dem Medizinstudenten der mit eingewaschen ist, erklärt. Es herrscht durchwegs ein freundliches Klima und eine jederzeit höfliche Kommunikation. Durch Lob oder konstruktive Kritik fördert der Ausbilder die Entwicklung des fellows. Dadurch entsteht eine beeindruckende Lehr- und Ausbildungssituation.

Das operative Spektrum beinhaltet das Magenband, den Schlauchmagen und den Magenbypass. Die Durchführung der einzelnen Eingriffe unterscheidet sich nicht wesentlich von den bei uns angewandten Techniken. Der Schlauchmagen wird momentan favorisiert, er wird aber z.B. von der staatlichen Versicherung Medicare nicht bezahlt. Medicare ist die öffentliche und bundesstaatliche Krankenversicherung innerhalb des Gesundheitssystems der USA für ältere oder behinderte Bürger. In Boston sei man stolz darauf, dass es keine „nicht-krankenversicherte“ Menschen gäbe. Der intragastrale Magenballon, der bei uns zur präoperativen Gewichtsreduktion und Verkleinerung der Leber eingesetzt wird, ist in den USA von der FDA nicht zugelassen und wird daher nicht verwendet. Alternative Verfahren wie z.B. Magenschrittmacher werden selten und nur im Rahmen von Studien implantiert. Ein bariatrisches Stufenverfahren (z.B. sleeve – Bypass) kann ebenfalls nicht angeboten werden, weil die amerikanischen Krankenversicherungen nur ein Verfahren pro Patient bezahlen (von massiven Problemen, die einen Verfahrenswechsel aus chirurgischer Sicht indizieren, abgesehen).

Einmal pro Woche operiert Prof. Shikora mit seinen Kollegen im **Faulkner Hospital**, einem 150-Betten Lehrkrankenhaus im Südwesten von Boston. Ich durfte ihn dort hin begleiten und war erstaunt: auch hier wird alles analog zum BWH durchgeführt! Derselbe Aufbau mit laparoskopischem und offenem Instrumentarium, die high-tech- Geräte, dieselbe Ausbildungssituation mit Chef, fellow, resident und med. student, das konsequente team-time-out. Die ruhige, sehr freundliche Atmosphäre, die auch bei Auftreten von Komplikationen beibehalten wird.

Die erste Kontaktaufnahme mit bariatrischen Patienten erfolgt sowohl am BWH, als auch am Faulkner in Form von wöchentlich stattfindenden Patienteninformationsabenden. Der Patient kann sich vorab hierüber im Internet informieren und anmelden. Dies verlangt ein erstes „Aktiv-Werden“ von den Patienten, eine pädagogisch sehr wertvolle Maßnahme.

Im Rahmen der Patienten-Info-Abende stellen Prof. Shikora und seine Kollegen die verschiedenen Operationsmöglichkeiten vor. Die bariatric nurse erklärt, was die Patienten an

Unterlagen und Vorbefunden sowie Voruntersuchungen brauchen. Ein Mitglied des Adipositas-Teams ist nur für den Komplex der Versicherungs(an-)fragen zuständig und stellt diesen Teilaspekt vor. Eine Diätassistentin bespricht die geplanten Ernährungsumstellungen nach der Operation. Der Pharmakologe/ Apotheker im Haus geht mit den Patienten ihre Medikamentenlisten durch und berät sie, welche Medikamente zum Beispiel bei einem Magen-Bypass durch andere ersetzt werden müssen, damit weiterhin therapeutische Wirkspiegel bei diesem malabsorptiv wirkenden Verfahren erzielt werden können. Die Patienten bekommen eine Infobroschüre ausgehändigt.

Erst dann stellen sich die Patienten mit ihren Unterlagen/Untersuchungsergebnissen in der Sprechstunde vor und es wird entschieden, welches operative Verfahren durchgeführt werden soll. Zwischen diesem Gespräch und dem OP-Termin (nach erfolgreichem Kostenübernahmeantrag an die Krankenkasse) liegen in der Regel ein bis maximal zwei Monate. Die zügige und strukturierte Abwicklung dieses Patientenpfades war sehr eindrucksvoll.

Oftmals –aber in anderer Hinsicht als in Deutschland- erfordern die Sprechstundenkontakte mit den Patienten hier viel Geduld und Einfühlungsvermögen:

Als Stadt mit See- und Flughafen ist Boston ein Schmelztiegel der unterschiedlichsten Nationalitäten, vor allem Hispanics, Iren, Juden, Italiener, Chinesen. Das BWH behandelt Patienten aus der ganzen Welt. Insofern ist es üblich, dass ein hauptamtlicher Übersetzer-Service im Hospital für ausländische Patienten gerufen wird, die Patienten haben hierauf einen Rechtsanspruch.

Diese Vielfalt erfordert Flexibilität und gegenseitigen Respekt, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten.

In einer Stadt wie Boston, mit einem hohen Anteil an Akademikern und einer starken Mittel- und Oberschicht gibt es vergleichsweise wenig Adipöse. Morbide Adipositas ist hier eher mit einer niedrigen Gehaltsstufe und IQ assoziiert. Diesen Menschen ein komplexes Verfahren wie einen Bypass mit den konsekutiven Folgen im Hinblick auf Ernährungsumstellung und Vitamindefizienzen zu erklären, ist nicht immer einfach.

Neben der täglichen Hospitation im OP nahm ich auch an der „morbidity & mortality“- Morgenbesprechung teil, in der Todesfälle und Komplikationen von Patienten (nicht nur der bariatrischen, sondern der ganzen chirurgischen Klinik) vorgestellt werden. Hierbei wird kurz der Verlauf skizziert und das eigene Vorgehen selbstkritisch hinterfragt. Alle Fälle werden vom Vortragenden auch anhand der aktuellen Literatur diskutiert, die anwesenden Kollegen können Fragen stellen und die Leiter der einzelnen Abteilungen geben ihre fachlichen Kommentare dazu ab. Dies fand ich sehr lehrreich.

Auch nahm ich an der wöchentlichen „grand round“ um 7:00 Uhr morgens teil. Dies ist eine wissenschaftliche Vortragsrunde, vom fachlichen Anspruch einer Habilitationsvorlesung bei uns vergleichbar.

Ein außerklinisches Highlight meiner Zeit in Boston war am Ende der Hospitation eine Einladung von Prof. Shikora zum Hummeressen mit seiner Familie.

Department of Bariatric Surgery, Metabolic & Nutrition Center, Case Medical Center University Hospitals Cleveland, Ohio

Die zweite Station meiner Reise war die Abteilung für bariatrische Chirurgie des Case Western Reserve Hospitals in Cleveland unter der Leitung von Dr. Alan A. Saber (*Abb.2*).

In Ohio sind 29,2% aller Menschen adipös. Cleveland hat 400.000 Einwohner und ist damit die zweitgrößte Stadt im Bundesstaat Ohio. Ethnische Konflikte und ein schlechtes Bildungssystem, hohe Arbeitslosigkeit, Armut, Kriminalität, Abwanderung und Brachflächen prägen die Stadt. Dadurch sieht man hier viele arme und adipöse Menschen auf den Strassen.

Die zwei größten Krankenhäuser in Cleveland sind die Cleveland Clinic und das UH Case Medical Center bzw. Case Western Reserve (CWRU). Auf dem Weg zum Eingang der Klinik, der mehr einer Hotelauffahrt gleicht, steht die Mission des Hospitals geschrieben: „to heal, to teach, to discover“.

Das CWRU hat 1.200 Betten und 22 OP-Säle. Das Klinikum ist sehr freundlich gestaltet, viel Farbe, Kunstwerke, Pflanzen, Licht und Sitzcken. Vom Aspekt her wirkt es eher wie ein nobles Hotel, als ein Krankenhaus. Man hat erkannt, dass es zum persönlichen Gesundheitsprozess beiträgt, wenn man sich nicht schon durch die sterile Umgebung krank fühlt. In jeder einzelnen Abteilung der Klinik gibt es food courts (=kleine Marktplätze, z.B. in Form eines Wintergartens), mit Essständen, coffee shops und auch Mc Donalds Filialen.

Alle bariatrischen Pat. werden im CWRU unabhängig vom Versicherungsstatus auf der Privatstation untergebracht, Angehörige sind jederzeit willkommen.

Wie in Boston findet die erste Kontaktaufnahme mit den Patienten in Form eines Patienten-Infoabends („Bariatric surgery new patient info session“) statt. In Cleveland wird dieser Abend allein von der bariatric nurse bestritten. Auch hier erfolgt die Vorstellung des Ärzteteams (Dr. Saber und seine Kollegin Dr. Khaitan), der angebotenen Eingriffe (Band-Sleeve-Bypass), des Spezialisten für Versicherungsfragen und der Diätassistentin. Die Infoabende werden auch an 6 weiteren assoziierten Lehrkrankenhäusern angeboten.

Besonders stolz ist man darauf, ein medizinisch supervidiertes Diätprogramm mit einer low-calorie-diet präoperativ anbieten zu können für dessen Inanspruchnahme den Patienten keine zusätzlichen Kosten entstehen.

Dr. Alan Saber operiert pro Jahr ca. 50 Magenbänder, 400 Bypässe und 150 sleeves. Seit 12 Jahren auf dem Gebiet der Adipositaschirurgie tätig, operiert er zwischen 3 und 8 Patienten pro Woche. Er ist ein großer Verfechter der Schlauchmagen-Operation. Die überwiegende Anzahl dieser Eingriffe operiert er in single-incision-laparoscopic-surgery (SILS)-Technik. Dr. Saber ist gebürtiger Ägypter und lebt nach eigenen Aussagen nach der Maxime „hey, lass uns das probieren, das ist wild“. Von März 2007 bis heute hat er über 500 SILS-Operationen durchgeführt. Ein SILS-Bypass dauert bei ihm ca. 135 Minuten und die gesamte Krankenhausaufenthaltsdauer beträgt im Schnitt 23 Stunden.

Sein zweites großes Thema ist die Robotik, so führt er einen Teil der bariatrischen Operationen mit dem Da-Vinci System durch.

Im CWRU darf man als Gast im OP keine Fotos machen und auch hier ist es wichtig, dass man sich mit badge jederzeit ausweisen kann. Hierzu ist einiger bürokratischer Aufwand von Nöten. Von der leitenden OP-Schwester wurde mir erklärt, dass sie sonst bei 800-900 (!) Hospitanten im Jahr den Überblick verlieren würden. Die Op-Kleidung (=scrubs) kommt hier sehr fortschrittlich aus einem „OP-Wäsche-Automaten“.

Als ich am zweiten Tag meiner Hospitation mit der bariatric nurse auf dem Weg zu Dr. Saber war, hatte ich en passant noch das Glück, Prof. Jeffrey Ponsky kennen zu lernen. Wieder beeindruckte mich die Offenheit, Neugier und Freundlichkeit, mit der die Menschen einander begegnen. Prof. Ponsky ist der Direktor der Chirurgischen Klinik im CWRU und ist (zusammen mit dem Kinderchirurgen Dr. Gauderer, ebenfalls CWRU) Erfinder der PEG-Ernährungssonde. Er freute sich sehr zu hören, dass seine Sonde bei uns so häufig Verwendung findet und meinte ganz bescheiden, in seiner Klinik wüssten viele Mitarbeiter gar nicht, warum sein Name auf der Verpackung stünde. Er lud mich spontan zu sich in den OP ein und so hatte ich die Möglichkeit einer Operation beizuwohnen, die er selbst erst zum 8. Mal durchführte. Es handelte sich dabei um eine perorale endoskopische Myotomie (POEM) zur Therapie einer Achalasie.

Als außerklinisches Highlight meiner Hospitation in Cleveland war ich auf dem Lakeview cemetery und habe das Grab von Harvey Cushing, dem Namensgeber der gleichnamigen Krankheit und renommierten Neurochirurgen, besucht.

Zusammenfassend hat mich die Studienreise in die USA in beruflicher wie in menschlicher Hinsicht sehr bereichert. Ich durfte mehrere renommierte bariatrische Chirurgen persönlich kennenlernen und bei Ihrer Arbeit begleiten. Die Kollegen waren alle sehr freundlich, zeigten sich stets offen für Fragen und die Bereitschaft für ausführliche Erklärungen und Demonstrationen im OP war sehr hoch. Fachliche Diskussionen, selbst mit hochrangigen Experten, wurden immer „auf Augenhöhe“ geführt. Besonders begeistert hat mich auch der respektvolle und professionelle Umgang der Ärzte mit Ihrem Team, den Patienten, den Angehörigen und mit mir als Hospitantin. Die Fröhlichkeit und der Spaß an der Arbeit waren spürbar und ansteckend. Auch die Bereitschaft, junge Kollegen auszubilden statt auszubeuten, hat mich nachhaltig beeindruckt.

Ich hoffe sehr, einige der gemachten Erfahrungen auch in unseren Klinikalltag einfließen lassen zu können.

Abschließend möchte ich mich nochmals ganz herzlich bei der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen für die Ehre bedanken, dieses Reisestipendium erhalten zu haben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sophie Krüger

Funktionsoberärztin

Stadtkrankenhaus Schwabach

Regelsbacherstr. 7

91126 Schwabach

Tel.: 09122-182-1

E.-Mail: sophie.krueger@khsc.de



Abb.1 : Prof. Scott Shikora



Abb.2 : Dr. Alan Saber