

> transparent <

Städtisches Klinikum Dresden aktuell für medizinische Partner



> editorial <

Liebe Kolleginnen und Kollegen, gegenwärtig durchleben wir Wochen mit tiefgreifenden Ereignissen und passieren entscheidende Wegmarken – global, regional und im eigenen Klinikum. Die Sorge um die kriegerische Auseinandersetzung in der Ukraine schiebt sich vor alle anderen Themen.



Foto: Flüßel

Prof. Dr. Sebastian Schellong

Mit dem Frühling verebbt hoffentlich bald die aktuelle Corona-Welle. Nachdem wir uns auftragsgemäß stark auf die Versorgung der Covid-19 Kranken fokussiert haben, gilt es dann, den Übergang in den Normalbetrieb zu gestalten. Das wird kein einfaches Zurück, nicht nur wir werden uns zum Teil neu (er-)finden müssen.

Trotz der Pandemie haben wir im letzten Jahr viel bewegt. Die erste Phase unseres Zukunftskonzeptes ist auf den Weg gebracht und wir haben viele Projekte angeschoben.

Sehr froh sind wir darüber, dass wir vielerorts wieder persönlich mit Ihnen kommunizieren können. Und wir sind stolz, dass wir bei der Patientenbefragung durch die Kostenträger im Vergleich mit 25 kommunalen Großkrankenhäusern in Deutschland in allen Kategorien (Ärztliche und pflegerische Versorgung, Organisation und Service,

Weiterempfehlung) erneut den ersten Platz belegt haben.

Im Direktorium sind wir nun komplett. Die dadurch gewonnene Stabilität wird uns Schubkraft für die anstehenden Herausforderungen und die bestmögliche Versorgung unserer Patienten geben.

Im Namen der Krankenhausleitung
Ihr Prof. Dr. Sebastian Schellong
Medizinischer Direktor

☎ 0351 480-1001

> inhalt <

- 2 Prof. Schellong Medizin. Direktor | Dirk Köcher Kaufmännischer Direktor | ITW – rollende Intensivstation | Qualitätsstandards für Hernien-Eingriffe ■
- 3 Schwerpunktzentrum Hypertonie re-zertifiziert | Komplexes Behandlungskonzept: Brustbeindefekt ■ 4 Gehör: Wenn das wichtigste Arbeitsmittel versagt | Kassenärztliche Notfallpraxis Neustadt/Trachau | MVZ: Behandlungstermine VAC-Therapie und Portimplantation ■ 5 Therapiestrategien für lokal fortgeschrittenes Rektumkarzinom ■ 6 Patientenorientiertes Infektmanagement ■ 7 Selten sind sie nur für Andere | Palliativdienst Friedrichstadt ■ 8 Endometriose – der lange Weg zur Diagnose | 40 Jahre Dialyse am Klinikum

> aktuell <

Medizin am Mittwoch

Jeden Mittwoch von 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr bietet unsere Onlinefortbildung interessante Themen aus allen medizinischen Fachbereichen. Diese Veranstaltungen sind bei der Sächsischen Landesärztekammer mit einem CME-Punkt zertifiziert.

> Mehr unter: www.klinikumdresden.de/medizinamittwoch

Programmauszug

13. April 2022

Lebererkrankungen

Dr. Ulrike Kullig, Leitende Oberärztin
3. Medizinische Klinik

20. April 2022

Schmerzen nach Hernienchirurgie

Dr. Alexander Cramer, Oberarzt, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

27. April 2022

Untersuchung der Hand – nur etwas für Spezialisten?

Claudia Zielsdorf, Fachärztin, und Sven Tempel, Leitender Oberarzt, Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie

4. Mai 2022

Die distale Radiusfraktur – was gibt es Neues?

Dr. Philipp Herlyn, Oberarzt, Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie

> neues <

Professor Schellong ist Medizinischer Direktor

Mit Prof. Dr. Sebastian Schellong ist nach anderthalb Jahren wieder ein hauptamtlicher Medizinischer Direktor Teil der Krankenhausleitung. Das Verfolgen des Campuskonzeptes und der medizinischen Strategie in enger Abstimmung mit den Gremien der Landeshauptstadt bilden für ihn wichtige Schwerpunkte seiner Arbeit.

Gebürtig in Gütersloh baute der anerkannte Spezialist für Gefäßkrankungen zunächst am Uniklinikum in Magdeburg und später in Dresden angiologische Abteilungen auf. 1997 habilitierte er sich. Im Jahr 2004 wurde er Direktor des Gefäßzentrums der Universitätsklinik und in den Lehrstuhl für Innere Medizin/Angiologie berufen.



Foto: privat

Prof. Dr. Sebastian Schellong

Professor Dr. Sebastian Schellong ist von 2008 an Chefarzt der 2. Medizinischen Klinik des Städtischen Klinikums Dresden gewesen. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der Diagnostik und Therapie der Thrombose und Lungenembolie, der arteriellen Verschlusskrankheit und der Therapie des Diabetischen Fußsyndroms. Er engagiert sich in zahlreichen Fachgesellschaften, so zuletzt im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM).

Dirk Köcher Kaufmännischer Direktor

Seit April ist das Direktorium des städtischen Klinikums mit dem Dienstantritt des Kaufmännischen Direktors Dirk Köcher komplett.

Der gebürtige Rheinländer aus der Nähe von Köln lebt seit mehr als 20 Jahren in der Region Dresden und ist zuletzt in verantwortlicher Position für Krankenhausstandorte in Freital und Dippoldiswalde tätig gewesen. Die Gesundheitslandschaft in Sachsen und deren Akteure sind ihm deshalb gut bekannt. Das theoretische Rüstzeug für seine



Foto: Jost

Dirk Köcher

Arbeit hat der diplomierte Betriebswirt an der Universität der Bundeswehr München und an der Dresden International University erworben.

Die Größe des Städtischen Klinikums Dresden und das breite Spektrum, verbunden mit einem engagierten Zukunftskonzept, sind unter anderem Gründe für seinen Wechsel gewesen. Ihm ist wichtig, die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern der Region weiter voranzutreiben. Dabei profitiert er auch von seiner Erfahrung aus der Sächsischen Krankenhausgesellschaft, in der er seit einigen Jahren den Fachausschuss für Krankenhausorganisation leitet. Die medizinische Versorgung der Menschen in der Region bestmöglich sicherzustellen, verbindet aus seiner Sicht alle.

ITW – eine rollende Intensivstation

Von Adorf oder Eilenburg nach Leipzig – dies sind die bisher weitesten Strecken, die mit dem bodengebundenen Intensivtransportwagen (ITW) von der Basis in Dresden in diesem Jahr zurückgelegt worden sind. Das speziell ausgerüstete Fahrzeug kommt

beispielsweise bei der Verlegung von Patienten zwischen Intensivstationen zum Einsatz. Etwa, wenn ein Verletzter mit schweren Verbrennungen in eine Spezialklinik gebracht werden muss. Der Wagen wird von der Dresdener Feuerwehr gestellt. Seit Januar 2022 wird er vom Malteser Hilfsdienst betrieben, unterstützt von rund 20 ärztlichen Kollegen aus unserem Klinikum. Das erfordert eine eng abgestimmte Zusammenarbeit. Aktuell gibt es in Dresden nur ein solches Fahrzeug. Eingesetzt wird es sachsenweit. Noch im Frühjahr kommt ein weiterer ITW hinzu.

Qualitätsstandards für Hernien-Eingriffe

Jährlich erliden rund 375 000 Menschen in Deutschland einen Leisten- oder Bauchwandbruch. Hernien gehören zu den am häufigsten chirurgisch versorgten Erkrankungen, weil ein eingeklemmter Bruch ernsthafte Komplikationen nach sich ziehen kann. Trotzdem sind die OP-Ergebnisse nicht immer zufriedenstellend. Die Anzahl der Rückfälle und chronischen Schmerzen nach Leistenbruch-OPs ist relevant. Erfahrene Chirurgen haben deshalb besondere Qualitätsstandards entwickelt. „Wir sind stolz, dass unsere Expertise mit dem Qualitätssiegel der Deutschen Hernien Gesellschaft anerkannt ist. Unsere Hernien-Spezialisten beraten Betroffene in einer eigenen Sprechstunde“, erläutert Prof. Sören Torge Mees, Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie.

> Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Chefarzt Prof. Dr. Sören Torge Mees

☎ 0351 480-1520

Herniensprechstunde

☎ 0351 480-1530



Fotos: Piffers/Jusse

Dr. Johanna Ullrich fährt Einsätze mit dem Intensivtransportwagen

> rekonstruktiv <

Schwerpunktzentrum Hypertonie rezertifiziert

Nur drei zertifizierte Hypertoniezentren der Deutschen Hochdruckliga (DHL) gibt es in Sachsen. Zwei in Leipzig und eins am Städtischen Klinikum Dresden. Letzteres ist frisch rezertifiziert.

Deutschland liegt bezüglich der Häufigkeit von Bluthochdruck und der Anzahl der Schlaganfall-Toten als Folge der arteriellen Hypertonie in Europa an der Spitze. Besorgniserregend ist die zunehmende Zahl an erkrankten Kindern. Laut einer großen Studie gehen drei von vier Bluthochdruck-Erkrankungen auf Bewegungsmangel, Übergewicht, ungesunde Ernährung, regelmäßigen Alkoholkonsum, die Einnahme von nicht steroidalen Analgetika und Folsäuremangel zurück. Therapie Nummer 1 lautet deshalb: den Lebensstil zu ändern. Zeigt dies keinen Erfolg, sind medizinische Therapien gefragt.

DHL-Schwerpunktzentrum Hypertonie

Ambulante und stationäre Diagnostik und Therapieoptimierung von Patienten mit arterieller Hypertonie
Termine:

☎ 0351 480-1479

(Montag – Freitag: 14:00 – 16:00 Uhr)

OA Dr. Holger Palisch, Hypertensiologe, Regionalbeauftragter der DHL

Ines Petzold, Assistentin für Prävention und Hypertonie, Mitglied im Vorstand der DHL

Schwerpunkte:

> Patientenseminare für Patienten mit hohem Blutdruck (u. a. nicht medikamentöse Therapie)

> ausführliche Diagnostik, insbesondere bei Patienten mit therapierefraktärer Hypertonie

> Klärung der Notwendigkeit einer interventionellen Therapie (Operation, wie renale Denervation oder Schrittmacherimplantation)

> Selbsthilfegruppe Bluthochdruck

> Vorträge über Bluthochdruck

www.klinikum-dresden.de/med2/hypertoniezentrum

Komplexes Behandlungskonzept: Brustbeindefekt

Bei Herzklappen- oder Herz-Bypass-Operationen muss in den meisten Fällen der Brustkorb geöffnet werden. Nicht selten kommt es an dieser Stelle zu Infektionen und Wundheilungsstörungen des Brustbeines sowie der Weichteile. Circa acht Prozent dieser Patienten sind von einer sogenannten Sternumosteomyelitis betroffen. Sie wird durch eine Ansiedelung von Bakterien oder Pilzen verursacht. Ferner kann es zu einer Verminderung der Knochendurchblutung kommen. Risikofaktoren wie Diabetes, Bluthochdruck, Arteriosklerose, Rauchen, Immunabwehrschwäche oder Adipositas können die Entstehung einer Sternumosteomyelitis begünstigen. Patienten klagen über Schmerzen und Schwellungen im Brustbeinbereich. Typischerweise kommt es zu vermehrter Wundsekretion und Bildung einer Fistel oder einer instabilen Narbe im Wundbereich. Darüber hinaus zeigen sich meist hohe Entzündungsparameter. Eine verzögerte Behandlung kann im späteren Verlauf in eine schwere, lebensbedrohliche Infektion münden. Eine alleinige antibiotische Therapie ist meistens nicht ausreichend. In der Regel muss eine chirurgische Versorgung erfolgen.

Das Team der Klinik für Plastische, Brust- und Ästhetische Chirurgie hat sich auf solche Fälle spezialisiert und ein komplexes Behandlungskonzept entwickelt. Oberärztin Dr. Hana Novotná, die viele dieser Eingriffe vornimmt, erklärt das Vorgehen: „Zumeist sind drei bis vier Operationen nötig. Das Weichteilgewebe, kontaminierte Drähte sowie das infizierte Brustbein werden schrittweise entfernt und die Wunde gesäubert. Sowohl zur Wundkonditionierung als auch zur Stabilisierung des nun instabilen Brustkorbes wird eine Vakuumversiegelung (VAC-Verband) angelegt.“ Hiermit können alle Patienten mit Hilfe der Physiotherapie sofort mobilisiert werden und erhalten ein intensives Atemtraining zur Vermeidung von Lungenkomplikationen. Nach dreimaliger Wundsäuberung und Wechsel der Vakuumversiegelung kann bei optimalen Wundverhältnissen die Defektdeckung erfolgen.

„Zur Rekonstruktion und Plombierung des Defektes wird eine Lappenplastik mit gut durchblutetem Eigengewebe durchgeführt“, sagt Dr. Novotná. Bei Männern wird zumeist

der große Brustmuskel genutzt. Die Haut-/Weichteile werden zum Ort des früheren Brustbeins hinbewegt, zusammengerollt und vernäht. Im weiteren Verlauf vernarbt der Lappen, das stabilisiert den Brustkorb und gibt den Patienten ihre Bewegungsfreiheit zurück. „Bei Frauen würde diese Methode zur Asymmetrie der Brüste führen. Außerdem könnte eine Durchblutungsstörung der Brustdrüse auftreten, welche im schlimmsten Fall zum Verlust der Brust führen könnte“, erklärt Dr. Novotná. Hier kommt der große Rückenmuskel für die Defektde-



Dr. Hana Novotná

ckung in Betracht. Dieser Eingriff ist technisch und zeitlich aufwendiger. Der Muskel wird mitsamt einem spindelförmigen Hautareal vom Rücken gehoben und über die Achselhöhle in den Defekt hineingeschwenkt. So kann eine Brustasymmetrie vermieden werden. Nachteil dieser Behandlungsoption ist eine zusätzliche längere Narbe am Rücken.

In der Regel bleiben die Patienten circa vier Wochen im Klinikum. Sie bekommen in dieser Zeit regelmäßig Physiotherapie und eine Ernährungsberatung. „Der Ernährungszustand ist sehr wichtig. Für einen optimalen Heilungsprozess müssen die Eiweißwerte stimmen. Sonst ist eine Wundheilungsstörung oder chronische Serombildung vorprogrammiert“, betont Dr. Novotná. Ausschlaggebend für eine erfolgreiche Behandlung ist insbesondere die gute Vernetzung zu den anderen Fachdisziplinen am Klinikum.

> Klinik Plastische, Brust- und Ästhetische Chirurgie

Chefarzt Dr. Sönke Eger

☎ 0351 856-3602

> querbeet <



Gehör: Wenn das wichtigste Arbeitsmittel versagt

Markus Zoitl ist Intonateur. Rund sechs Stunden täglich kann er konzentriert auf den Klang von Orgelpfeifen lauschen. Zuletzt hat der gebürtige Österreicher sechs Monate an der Orgel der Stadtkirche in Havelberg, Sachsen-Anhalt, gearbeitet. Dass das möglich gewesen ist, verdankt er der Medizin und Wissenschaft.

„Kurz vor Weihnachten 2018 wurde ich morgens mit einem seltsam wattigen Gefühl im Kopf wach“, erzählt er. Das linke Ohr – sein Arbeitsmittel – nahm Geräusche nur noch gedämpft wahr.

Sein HNO-Arzt schloss einen Hörsturz aus. Ohne große Umwege kommt Markus Zoitl zu Dr. Ernst Röpke, leitender Oberarzt an der Klinik für HNO-Heilkunde im Städtischen Klinikum Dresden. Die Diagnose: Teile der Gehörknöchelkette des linken Mittelohres sind krankhaft verknöchert. Bei der Otosklerose kann der Schall nicht mehr ungehindert an das Innenohr weitergeleitet werden. Dass die Beschwerden so plötzlich erschienen, ist ungewöhnlich. Tatsache ist: Markus Zoitl würde ohne Therapie nicht mehr ausreichend hören können, um seinen Beruf auszuüben. Ihm wird eine Operation an den Gehörknöchelchen empfohlen, sie ist jedoch mit Risiken verbunden, die der Intonateur nicht eingehen will. Der Friedrichstädter Arzt rät deswegen zum Knochenleitungshörgerät Bonebridge. „Es besteht aus einem Implantat, das unter die Haut

in den Schädelknochen eingebracht wird und die Schallinformation in Vibrationen umwandelt. Diese werden vom Knochen direkt zum Innenohr geleitet. Der Audioprozessor, das eigentliche Hörgerät, haftet über einen Magneten an der Schädelhaut“, erklärt Dr. Ernst Röpke. Geeignet ist so ein Knochenleitungshörgerät für Patienten, die eine Schallleitungsstörung haben und nicht ausreichend mit einem konventionellen Hörgerät rehabilitiert werden können. Vorbereitend sind viele Untersuchungen nötig, um eine sichere Diagnose zu stellen, den Eingriff zu planen und die Hörhilfe auf die besonders anspruchsvolle Arbeit des Intonateurs zu programmieren.

Einige Wochen nach der Implantation hört er erstmals mit seiner Bonebridge. Die Programmierer der Herstellerfirma stellen vor Ort bei der Arbeit in der Kirche das Gerät optimal auf seine Bedürfnisse und Aufgaben ein. „Auch für uns war es spannend zu sehen, ob alles so funktioniert, wie wir es erhofft haben“, so Dr. Röpke. Für den außergewöhnlichen Einsatz sind alle Möglichkeiten des Gerätes ausgeschöpft worden – und das mit Erfolg: Seit der Operation vor gut zwei Jahren hat Markus Zoitl rund acht Orgeln ohne Einschränkungen intoniert. Das ist der engen Zusammenarbeit von Techniker, HNO-Arzt und dem Patienten zu verdanken.

> Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf-Hals-Chirurgie, Plastische Operationen
Chefarzt Prof. Dr. Friedemann Pabst
☎ 0351 480-1220

Kassenärztliche Notfallpraxis in Neustadt/Trachau

Am Standort Neustadt/Trachau ist eine neue, allgemeinmedizinisch ausgerichtete Praxis eröffnet worden. Sie steht den Patienten an Wochenenden, Brückentagen und Feiertagen in der Zeit von 09:00 bis 13:00 Uhr zur Verfügung. Die Praxis ist räumlich direkt an unsere Notaufnahme angeschlossen und versorgt Patienten mit leichteren Beschwerden, die keiner Krankenseinweisung bedürfen.

MVZ: Behandlungstermine für VAC-Therapie und Portimplantation

Neben seiner Tätigkeit in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie begleitet OA Dr. Michael Hohaus einen anteiligen KV-Sitz innerhalb unseres Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Außer der allgemeinchirurgischen Sprechstunde, in der insbesondere Patienten mit benignen (Reflux, Achalasie) und malignen Ösophagus- und Magenerkrankungen vorgestellt, beraten und gegebenenfalls operative Therapien geplant werden können, besteht die Möglichkeit, Patienten mit onkologischem Krankheitsschwerpunkt venöse Portsysteme zu implantieren. Das geschieht ohne stationären Aufenthalt, aber mit fachlicher Expertise unserer Kompetenzzentren.

Darüber hinaus können Patienten mit Wundheilungsstörungen zur Wundversorgung mittels VAC-Therapie vorgestellt werden. Diese Methode ermöglicht insbesondere bei abdominalen Wundheilungsstörungen eine raschere Abheilung bzw. die Vorbereitung für einen sekundären Wundverschluss und dies bei deutlich höherem Patientenkomfort. Sie eignet sich besonders für Patienten aus gynäkologischer, urologischer oder allgemeinchirurgischer Vorbehandlung. Eine speziell geschulte Wundschwester sowie eine langjährige Kooperation zum Hilfsmittelanbieter erleichtern diese Therapie. Gern können Sie den Überweisungsschein, ergänzt um die Rufnummer des Patienten, auch an das MVZ faxen oder mailen. Die Patienten werden umgehend zurückgerufen und zuweisende Ärzte über den weiteren Ablauf informiert.

> Medizinisches Versorgungszentrum

Oberarzt Dr. Michael Hohaus
☎ 0351 480-4507
Fax: 0351 480-3227

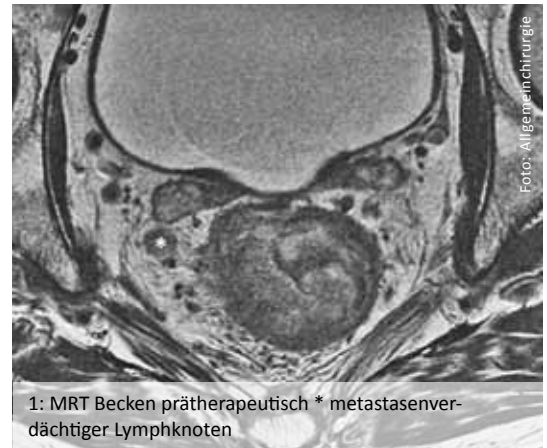
> onkologisch <

Therapiestrategien für lokal fortgeschrittenes Rektumkarzinom

Die Behandlung des Rektumkarzinoms hat sich in den letzten Jahren zu einem sehr differenzierten befundadaptierenden Vorgehen entwickelt. Als Entscheidungsgrundlage dient neben der klinischen Einschätzung mittels digitaler Untersuchung und Rektoskopie im Wesentlichen eine qualitätsgesicherte hochauflösende MRT-Bildgebung des Beckens. Fernmetastasen werden mittels CT von Thorax und Abdomen detektiert. Während Enddarmkrebs im oberen Rektumdrittel (>12 cm) analog der Kolonkarzinome in der Regel primär operiert und gegebenenfalls eine adjuvante Chemotherapie erhalten, steigt das Risiko für das Auftreten von Lokalrezidiven im mittleren und unteren Rektumdrittel (0 – 12 cm) aufgrund der engen anatomischen Lagebeziehungen mit zunehmendem Tumorstadium. Deshalb wird für fortgeschrittene Rektumkarzinome des mittleren und unteren Drittels (cT3/T4 und/oder cN+) seit 2004 eine neoadjuvante Radiochemotherapie oder eine Kurzzeitradiotherapie empfohlen. In der Studie von Sauer et al. konnte durch dieses Vorgehen ein Absenken der Lokalrezidivrate nachgewiesen werden, während das Gesamtüberleben unbeeinflusst blieb. Die Einschätzung der T- und N-Kategorie in der Bildgebung ist jedoch mit hohen Unsicherheiten verbunden. Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass der Abstand des Tumors zur mesorektalen Hüllfaszie, dem zirkumferenziellen Resektionsrand (CRM), für die lokale Prognose entscheidend ist. Diese anatomische Grenze lässt sich in der MRT darstellen (mrCRM) und entspricht bei schichtgerechter Chirurgie auch dem histopathologischen Resektionsrand (pCRM). Für Karzinome mit einem Abstand größer als 1 mm zum CRM kann nach aktueller Studienlage ein niedriges und für Tumore mit ≤1mm Abstand zum CRM ein hohes Risiko für Lokalrezidive nach chirurgischer Behandlung prognostiziert werden. Die Ergebnisse der OCUM-Studie konnten für Karzinome des oberen und mittleren Rektumdrittels bereits belegen, dass auch bei fortgeschrittenen Karzinomen mit niedriger Risikokonstellation durch eine primäre Resektion sehr gute onkologische Ergebnisse erzielt werden. Durch eine strenge MRT-gestützte Selektion können somit eine Übertherapie und damit die Nebenwirkungen von Bestrahlung (RT)

und Chemotherapie vermieden werden. Ob sich diese Ergebnisse auch auf fortgeschrittene Tumoren (cT3 oder cN+) des mittleren und insbesondere unteren Rektumdrittels übertragen lassen, wird Gegenstand der SELREC-Studie sein. An deren Pilotstudie mit geplantem Beginn 04/2022 wird sich unsere Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie beteiligen. Für das Gesamtüberleben limitierend ist die Entwicklung von Fernmetastasen, die bei ca. 25 – 30 Prozent der Patienten mit Rektumkarzinom auftreten. Deshalb wurde in Studien der letzten Jahre das Konzept der totalen neoadjuvanten Therapie (TNT) untersucht. Patienten mit bildgebend deutlich fortgeschrittenen Rektumkarzinomen werden intensiv mittels Radio- und Chemotherapie vorbehandelt. Im Anschluss wird nach rektoskopischer Beurteilung und Kontroll-MRT die Notwendigkeit einer Operation geprüft (keine Rektumresektion = Organerhalt). Aktuell liegen vier Studien (CAO/ARO/AIO-12, RAPIDO, Prudige 23, OPRA) vor, die eine höhere Rate an Komplettremissionen (bis zu 28 Prozent) sowie ein verbessertes krankheits- und metastasenfreies Überleben für die TNT aufzeigen. Die TNT-Protokolle der Studien unterscheiden sich in der Art der Bestrahlung (Kurzzeitbestrahlung 5x5Gy, Langzeitbestrahlung 50,4 Gy) und dem Zeitpunkt der Chemotherapie (Induktionschemotherapie vor RT oder Konsolidierungschemotherapie nach RT). Aufgrund dieser Ergebnisse wurde die TNT als neue Therapieoption für lokal weit fortgeschrittene Rektumkarzinome empfohlen. Als Kriterien für eine TNT (außerhalb von Studien) gelten ein cT4-Stadium, eine extramurale Veneninvasion (EMVI+) oder Abstand des Tumors zum CRM ≤1mm. Eine aktuell rekrutierende Studie (ACO/ ARO/AIO-18.1) untersucht den strahlenbiologischen Effekt einer Kurzzeitbestrahlung gegenüber einer Langzeit-Radiochemotherapie, gefolgt von einer Konsolidierungschemotherapie auf eine komplette Remission des Rektumkarzinoms mit der Möglichkeit des Organerhalts. Patienten, die die Einschlusskriterien für diese Studie erfüllen, werden interdisziplinär von

der Abteilung für Strahlentherapie, der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und der 4. Medizinischen Klinik des Städtischen Klinikums Dresden betreut. Auch nach TNT mit kompletter klinischer Remission ist die onkologische Operation mittels totaler mesorektaler Exzision (TME) derzeit als Standard anzusehen. Literaturdaten belegen jedoch, dass im Falle einer Komplettremission ein Beobachtungskonzept mit dem Ziel des Organerhalts unter einem strengen engmaschigen Nachsorgeregime (klinische Untersuchung, MRT-Kontrollen) diskutiert werden kann. Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass eine klinische Komplettremission nicht unbedingt auch mit einer pathologi-



schon Komplettremission gleichzusetzen und erneutes lokales Tumorwachstum in etwa 25 Prozent der Fälle vorrangig in den ersten 3 Jahren zu erwarten ist.

Fazit: Die Therapie des Rektumkarzinoms entwickelt sich stetig weiter und ist kürzlich um die Behandlungsform der total neoadjuvanten Therapie (TNT) erweitert worden. Bei der Abwägung der bestmöglichen

> ambulant <

Therapie sind Standards in der S3-Leitlinie definiert, aber es sind aufgrund der neuen Konzepte weitere Studien erforderlich, um den Patienten eine verlässliche Aussage zu der optimalen Therapie ihrer Rektumkarzinomerkrankung zu geben. Aktuell ist der zirkumferenzielle Resektionsrand (CRM) in der MRT das entscheidende Kriterium für die Risikostratifizierung von Rektumkarzinomen bezüglich der Lokalrezidivrate. Dadurch ist es möglich, eine Übertherapie bei Patienten mit niedrigem Risiko zu vermeiden und mit optimaler Chirurgie exzellente onkologische Ergebnisse zu erzielen. Als prognostisch ungünstige Faktoren bezüglich Lokalrezidivrate und Fernmetasen konnten ein cT4-Stadium, CRM- und EMVI-Positivität etabliert werden und qualifizieren für eine TNT. Die hohe Rate an klinischen Komplettremissionen erscheint erfreulich, bleibt aber mit vielen Unsicherheiten verbunden und erfordert bei Verzicht auf eine Operation eine intensive engmaschige Nachbetreuung der Patienten.

Fallbeispiel: Bei einem 61-jährigen Mann wurde 03/2021 ein Rektumkarzinom bei 6 cm histologisch gesichert. Die CT von Thorax und Abdomen zeigte keine Fernmetastasen (M0). In der MRT hatte der Tumor Kontakt zum zirkumferenziellen Resektionsrand (cT3, CRM+). Es wurden mesorektale Lymphknotenmetastasen bis 10mm (N2) sowie eine extramurale Veneninvasion (EMVI+) beschrieben (Abb.1). Aufgrund dieser Kriterien empfahl das Tumorboard unseres Klinikums eine TNT, die mittels Radiochemotherapie und Konsolidierungstherapie (CAPOX-Protokoll) bis Ende 08/2021 durchgeführt wurde. In den Kontroll-MRT des Beckens 08 und 12/2021 konnte ein komplettes Ansprechen des Tumors nachgewiesen werden (Abb.2). Fernmetastasen traten nicht auf. Rektoskopisch war eine flächige Narbe sichtbar. Anhaltende Nebenwirkungen der TNT oder funktionelle Einschränkungen wurden vom Patienten nicht angegeben. Eine Probeentnahme aus dem ehemaligen Tumorgebiet ergab lediglich narbige Fibrose. Der Patient befindet sich weiterhin in einem engmaschigen Nachsorgeprogramm für fünf Jahre. Ein Organerhalt ohne funktionelle Einschränkungen erscheint möglich.

> Darmkrebszentrum

Leiter: Oberarzt Dr. Thomas Jackisch

☎ 0351 480-1140

Patientenorientiertes Infektmanagement

Als Endoprothesen- und Wirbelsäulenzentrum versorgen wir zunehmend periprothetische und periimplantäre Infektionen sowie Spondylodiszitiden aus dem Großraum Dresden. Neben der häufig herausfordernden chirurgischen Sanierung spielt dabei eine ausreichende antibiotische Therapie eine entscheidende Rolle für den Therapieerfolg. Konfrontiert mit teilweise multiresistenten Keimen müssen wir in der Regel auf intravenös zu verabreichende Antibiotika zurückgreifen, um eine sensible und gut gewebe- und knochengängige Therapie zu gewährleisten.

In aller Regel kann der ursächliche Erreger der Erkrankung während des Klinikaufenthaltes bestimmt werden. Hierzu stehen die Ärzte mit den Mikrobiologen des Hauses im Austausch und passen die, bereits zur Operation begonnene, Antibiotikatherapie entsprechend des Antibiogramms an. An Grenzen stößt die Behandlung, wenn die Resistenzlage des Erregers nur noch Antibiotika zulässt, die intravenös über die Vene verabreicht werden können oder nur noch Antibiotika sensibel sind, die in Tablettenform eine schlechtere Wirksamkeit haben. Gepaart mit der Notwendigkeit einer laut der fachspezifischen Leitlinien 6- bis 12-wöchigen Dauer der Antibiose, stehen Klinik und Patienten aufgrund einer wochenlangen Hospitalisation vor wirtschaftlichen und psychischen Herausforderungen.

Mit der APAT (ambulante parenterale Antiinfektivtherapie) gibt es seit einigen Jahren eine ambulante Alternative. Hierbei erfolgt die Antiinfektivgabe über einen sicheren venösen Zugang mittels einer Elastomerpumpe in der Häuslichkeit durch

den Patienten oder eine Betreuungsperson. Aufgrund zahlreicher Vorteile von APAT hat die Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie erfolgreich nach geeigneten Kooperationspartnern gesucht, um die stationäre Verweildauer zu verkürzen und gleichzeitig den Service für die Patienten sowie deren Compliance zu verbessern.

Seit einem knappen Jahr sind über die Orthopädische Klinik inzwischen etwa 40 Patienten in die APAT eingebunden worden. Hauptkriterien für deren Auswahl sind die Dauer der Antibiose, die Resistenzlage des Erregers und die damit verbundene eingeschränkte Wahl des Antibiotikums. Für nur parenteral verfügbare Präparate wird ein dauerhafter Zugang gelegt. Unterstützt wird die ambulante Versorgung von Therapiemanagern unserer Kooperationspartner. Sie stimmen sich mit den Experten im Klinikum zu jedem Fall individuell ab. Der Patient und gegebenenfalls die Angehörigen werden in der Therapieumsetzung geschult. Geübt wird bereits im Krankenhaus und weiter in der Häuslichkeit. Die gesamte Behandlung betreuen die externen Therapiemanager. Die Klinik erhält wöchentliche Berichte über die laufenden Therapien und kann die Patienten bei Bedarf in der Ambulanz nachuntersuchen. Die allermeisten Patienten sind erleichtert, nicht so lange im Klinikum bleiben zu müssen. Selbst bei jenen, die sich anfangs die Umsetzung dieser spezifischen Therapie in der Häuslichkeit nicht zutrauten, konnte sie mit den Angehörigen und Therapiemanagern bislang sicher etabliert werden.

> Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Chefarzt Prof. Dr. Torsten Kluba

☎ 0351 480-1561



Patient mit 2-lumiger PICCLine und konnektierter Medikamentenpumpe

> autoimmun <

Selten sind sie nur für Andere

Sven Moser litt ständig unter entzündlichen Erkrankungen. „Mal war die linke Gesichtshälfte, das Knie oder Lymphknoten angeschwollen. Ohrenscherzen, Asthma, Lungenentzündung kamen hinzu. Eine abnorme Speicheldrüse wurde operiert: Man hat keinen Tumor gefunden, das war es dann“, erzählt der 50-Jährige aus Oschatz. Seine medizinische Odyssee ging durch Kliniken in Leipzig, Riesa und Oschatz. Stets wurde nur die augenscheinliche Erkrankung behandelt, der Ursache ging niemand auf den Grund. Bis ihn nach einer Blutspende ein Brief erreichte: Sie könnten sein Blut nicht verwenden, er soll einen Arzt aufsuchen. Das große Blutbild bei der Hausärztin zeigte extreme Entzündungswerte. Sie überwies zur Rheumatologin und die in die 1. Medizinische Klinik im Städtischen Klinikum Dresden. Das Team um CÄ Dr. Leonore Unger hat drei Wochen akribisch die Nadel im Heuhaufen gesucht. Erst nach der Biopsie der Niere ist die Diagnose klar: Sven Moser leidet unter einer IgG4-assoziierten Autoimmunerkrankung. „Bei diesen Erkrankungen erkennt das Immunsystem körpereigenes Gewebe fälschlicherweise als körperfremd und bekämpft gesunde eigene Zellen. Dabei kommt es zu tumorähnlichen, teils verdrängenden Gewebsumbildungen und -entzündungen. Davon können viele Organe bzw. Körperregionen betroffen sein. Das IgG4 ist der Subtyp des Immunglobulins IgG, eines körpereigenen Eiweißes, das von B-Lymphzellen sezerniert wird. IgG4 wird als Antwort auf Nahrungs- und Umweltreize gebildet. Seine genaue Rolle beim Entstehen und dem Verlauf der Erkrankung wird bis heute nicht komplett verstanden“, erklärt Dr. Leonore Unger, Chefärztin der 1. Medizinischen Klinik. Autoimmunerkrankungen scheinen einen genetischen Hintergrund zu haben. Zusätzlich bedarf es eines Auslösers wie virale oder bakterielle Infekte und/oder Stress. Bei der Therapie unterdrückt man das überschießende Immunsystem mit Medikamenten aus der Transplantations- oder Tumormedizin.

„Ich bin gut eingestellt, aber es gibt auch Rückschläge, die kontrolliert werden müssen“, erzählt Sven Moser, der weiter als Koch arbeitet und unter seiner Abgeschlagenheit leidet. „Wir können diese Krankheiten nicht heilen, nur kontrollieren. Doch in den meis-



Sven Moser

ten Fällen gelingt es uns, Organschäden zu vermeiden oder zumindest deren Fortschreiten aufzuhalten. Vorausgesetzt die Diagnose ist rechtzeitig gestellt worden“, erklärt Dr. Unger. Sie und ihr Team haben jahrzehntelange Erfahrung mit seltenen Erkrankungen.

Als seltene Erkrankungen definiert die EU jene, bei denen maximal 5 von 10 000 Menschen betroffen sind. Im Medizinstudium und im medizinischen Alltag erfahren Ärzte wenig bis nichts über seltene Erkrankungen. Deshalb werden entsprechende Befunde oft erst nach vielen Jahren richtig eingeordnet. Auch um den Preis bleibender Organschäden.

Vier Millionen Menschen leiden bundesweit an einer der rund 9 000 seltenen Erkrankungen. „Wenn man daran erkrankt ist, hat man 100 Prozent – was nutzt einem dann die ganze Statistik“, sagt Dr. Unger: „Die Betroffenen können nichts dafür, dass die Pharmaindustrie nicht interessiert ist, für tausend Leute ein Medikament herzustellen. Aus meiner Sicht hat auch der Staat eine Verpflichtung, Forschungsgelder für seltene Erkrankungen bereitzustellen!“

Sven Moser konnte sich zunächst unter seiner Erkrankung wenig vorstellen. „Rheuma kenne ich nur an den Gelenken und das wäre mir lieber gewesen, dann hätte ich gewusst, woran ich bin“, schmunzelt er. „Alle stellen sich bei Rheuma eine alte Frau mit krummen Händen vor, das ist ein Trugschluss. Die Rheumatologie behandelt

autoimmune Erkrankungen im weitesten Sinne. Wir sind Spezialisten dafür und für andere genetische Stoffwechselerkrankungen. Wenn sich beim Rheuma das Immunsystem gegen körpereigenes Gewebe richtet, können das mal die Gelenke sein, aber es kann genauso die Speicheldrüse, eine Gefäßwand oder die Niere betreffen. Die Diagnostik und Therapie ist daher breit ausgerichtet. Das Team der Rheumatologen hält mit den Nephrologen die Fäden in der Hand. Gearbeitet wird interdisziplinär, weil viele Immunerkrankungen sich an Herz, Lunge, Augen und im HNO-, gynäkologischen oder urologischen Bereich manifestieren. Essentiell ist auch eine gute Pathologie, denn man sieht nur, was man weiß. Und natürlich eine High-end Radiologie mit PET-CT, um entzündliche Erkrankungen dokumentieren zu können. Interdisziplinäre Fallbesprechungen gehören zum Alltag.

Sven Moser hat es die Nieren, wenn nicht gar das Leben gerettet, dass er in ein Experten-zentrum gekommen ist, in dem sich Ärzte seit Jahrzehnten interdisziplinär mit seltenen Erkrankungen beschäftigen. Nur gibt es von diesen Zentren sehr wenige.

> 1. Medizinische Klinik

Chefärztin Dr. Leonore Unger

☎ 0351 480-1400

Palliativdienst Standort Friedrichstadt

Seit fünf Jahren ergänzt der Palliativdienst das begrenzte Versorgungsangebot der Palliativstation und erweitert dies in alle Fachabteilungen unseres Klinikums. Rund 2 000 Konsultationen und über 1 000 daraus resultierende Begleitungen von Patienten und deren Angehörigen in nahezu allen Fachabteilungen des Klinikums hat es seither gegeben.

Zu den Aufgaben gehören unter anderem, eine adäquate Symptomlinderung für die Betroffenen zu erreichen und das Behandlungsteam bei komplexen Entscheidungen oder beim Herausarbeiten des Therapieziels zu beraten und unterstützen. Auch die ganzheitliche und multiprofessionelle Betreuung der Patienten und deren Angehörigen gehören dazu. All das geschieht in enger Abstimmung mit den Kollegen der fallführenden Abteilung.

> 4. Medizinische Klinik

Chefarzt Dr. Harald Schmalenberg

☎ 0351 480-3741

> querbeet <

40 Jahre Dialyse am städtischen Klinikum

Seit Januar 1982 werden am Städtischen Klinikum Dresden Dialysen durchgeführt. Etwa 200 000 dialysepflichtige Patienten bzw. solche mit akutem Nierenversagen sind seither allein am Standort Friedrichstadt in der 1. Medizinischen Klinik versorgt worden. Alle üblichen Blutreinigungsverfahren stehen zur Verfügung.

Seit Juli 2021 arbeitet der Dialysebereich standortübergreifend. Neben den 13 Dialyseplätzen am Standort Friedrichstadt sind vier Dialysegeräte in Neustadt/Trachau vor Ort. Parallel werden Patienten auf den Intensivstationen versorgt. Auch auf Corona-Stationen besteht die Möglichkeit zur Dialyse. Ambulante Dialysepraxen empfehlen ihren Patienten das städtische Klinikum aufgrund der guten Dialysemöglichkeiten. Kleinere Krankenhäuser verlegen kritische nephrologische Fälle hierher.

> 1. Medizinische Klinik

Chefärztin Dr. Leonore Unger

☎ 0351 480-1400



Dialyse am Standort Friedrichstadt

Endometriose – der lange Weg zur Diagnose

Endometriose betrifft etwa sechs bis zehn Prozent der Frauen. In Deutschland erkranken jährlich etwa 40 000. Manche Betroffene haben gar keine Beschwerden, andere leiden unter extremen Regelschmerzen. „Zwischen den ersten Symptomen und einer Diagnose vergehen selbst heutzutage noch sieben bis zehn Jahre. Die Symptome sind unspezifisch. Manche Patientin wird nicht ernst genommen oder geht nicht zum Arzt, weil sie glaubt, sie hätte normale Re-

gelschmerzen“, sagt Dr. Sabine Hartmann, Oberärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Neustadt/Trachau.

Die Endometriose tritt bei Frauen im gebärfähigen Alter auf. Wie die Erkrankung entsteht, ist noch unklar. Es wird vermutet, dass die Monatsblutung nicht durch die Scheide abfließt, sondern ein Teil etwa rückwärts durch die Eileiter in die Bauchhöhle gelangt. Das Risiko steigt mit der Anzahl der Menstruationszyklen. „Früher waren Frauen häufiger schwanger und haben lange gestillt. So hat die Endometriose vermutlich weniger Frauen betroffen“, ergänzt Dr. Hartmann. „Heute menstruieren Frauen im Laufe ihres Lebens neunmal mehr als früher.“ Im Rahmen ihrer Facharzt Ausbildung hat sie in einem Kinderwunschzentrum das Thema Endometriose als tägliches Problem, einschließlich Diagnostik und Therapie erlebt. Das hat sie fachlich weiter vertieft. Ihr operatives Können auf dem Niveau MIC II sichert auch die „handwerkliche“ Expertise für die minimal-invasive spezialisierte Diagnostik und Therapie der Erkrankung.

Aus Sicht der Gynäkologin bedarf es einer gründlichen Anamnese. Eine sichere Diagnose ist zumeist nur durch eine Bauchspiegelung möglich. Während dieses Eingriffs kann zumeist schon die Therapie beginnen. „Bei der Laparoskopie untersuchen wir die Bauchhöhle auf Endometrioseherde. Gleichzeitig werden Gewebeproben entnommen oder auch Endometriosezysten an den Eierstöcken entfernt.“ Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch, kann der Arzt im Rahmen dieses Eingriffs außerdem die Durchgängigkeit der Eileiter testen. Neben der Bauchspiegelung ist die Hormontherapie eine Behandlungsoption. „Bei der Mehrzahl der Patientinnen muss von einem längerfristigen Therapiebedarf ausgegangen werden“, ergänzt Sabine Hartmann und betont: „Eine Behandlung sollte immer ganzheitlich erfolgen und auch die Psyche und das Schmerzgedächtnis einer Frau berücksichtigen.“

> Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Chefarzt Dr. Udo Nitschke

☎ 0351 856-2402

> impressum <

> transparent <

Städtisches Klinikum Dresden aktuell für medizinische Partner

Herausgeber

Städtisches Klinikum Dresden
Friedrichstraße 41 | 01067 Dresden
www.klinikum-dresden.de

Klinische Standorte

Friedrichstadt

Friedrichstraße 41
01067 Dresden

Neustadt | Trachau

Industriestraße 40
01129 Dresden

Weißer Hirsch

Heinrich-Cotta-Straße 12
01324 Dresden

Löbtau

Geriatrische Rehabilitationsklinik
Altonaer Straße 2a
01159 Dresden

Redaktion

Sabine Hunger (V. i. S. d. P.)
Viviane Piffczyk
Anja Witthauer
Dr. André Fleck
☎ 0351 480-3170
redaktion@klinikum-dresden.de

Ihre Anregungen und Wünsche

zum Inhalt von > transparent < senden Sie bitte an E-Mail:
redaktion@klinikum-dresden.de

Layout und Satz

Volkmar Spiller, Büro für Gestaltung

Druck und Versand

addprint, Possendorf

Auflage 3 000 Stück

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der Regel nur die männliche Sprachform verwendet, die weibliche und diverse Formen sind mit eingeschlossen.