

Patientenmagazin

Städtisches Klinikum Dresden

Ausgabe 02 | 2021



Seite 3
**Neurofächer rücken
zusammen**

Seite 6
**ECMO-Behandlung
bei Vaskulitis**

Seite 8
Ein Kind ist ein Kind

Meine Stadt.
Mein Klinikum.

Editorial



Foto: Privat

Marcus Polle

Der Dresdner Stadtrat hat sich klar zum Konzept „Zukunft 2035“ unseres Klinikums positioniert und nahezu einstimmig die erste Phase bis zum Jahr 2025 freigegeben. Für unser Haus ist diese Entscheidung essentiell.

Wir sind stolz, dass wir die bauliche Entwicklung unseres Klinikums nun in den nächsten fünf Jahren mit einem Investitionsvolumen von über 190 Millionen Euro konkret gestalten werden. Wir modernisieren und vervollkommen damit weiter unser medizinisches Spektrum und schaffen zeitgemäße Arbeitswelten, um so den Anforderungen der Zukunft noch stärker gerecht zu werden.

Was bedeutet dies konkret? Die Neurofächer sind seit wenigen Wochen am Standort Friedrichstadt konzentriert. Das optimiert das interdisziplinäre Zusammenwirken von Neurologie, Neurochirurgie und Neuroradiologie. Gleichzeitig ist am Campus Neustadt/Trachau eine Notfallversorgung für Schlaganfälle gesichert.

Mit dem Umzug der Klinik für Neurologie nach Friedrichstadt ist in Neustadt/Trachau Raum für die Konzentration der inneren Fächer gegeben. Dafür wechselt die Kardiologie vom Weißen Hirsch bis zum Jahr 2023 an den Neustädter Campus. Dadurch wird am Weißen Hirsch die räumliche Voraussetzung geschaffen, das Zentrum für Psychische Gesundheit zu zentrieren und den dafür notwendigen Neubau

umzusetzen. Außerdem entstehen dort eine sozialtherapeutische Wohnform für chronisch psychisch kranke Menschen und eine Rettungswache.

Am Standort Neustadt/Trachau werden neben den Umbauarbeiten für die Kardiologie das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) und das Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) umfassend saniert und erweitert. Außerdem kommt im Mutter-Kind-Zentrum bereits in diesem Jahr ein vierter Kreißsaal hinzu.

Saniert und erweitert wird auch am Standort Friedrichstadt, insbesondere das Haus P; hierfür haben wir vom Freistaat Sachsen bereits eine umfangreiche Förderung in Höhe von 42 Millionen Euro erhalten. Darüber hinaus entstehen ein neues Funktionsgebäude mit bestmöglichen Bedingungen für die hochtechnisierte Labormedizin sowie die Pathologie, ein modernes Logistikzentrum und ein Parkhaus. Bei uns passiert einiges und wir entwickeln uns weiter!

Aktuell sind wir erleichtert, die dritte Welle der Corona-Pandemie bewältigt zu haben und auch wieder mehr für die Patienten da sein zu dürfen, die aufgrund anderer Erkrankungen dringend die Hilfe unserer Experten benötigen.

Ihr Marcus Polle
Kaufmännischer Direktor

Inhalt

- 3 Neurofächer rücken zusammen
- 5 ASV für entzündlich rheumatische Erkrankungen
- 6 ECMO-Behandlung
- 8 Ein Kind ist ein Kind

- 10 Rheuma im Kindes- und Jugendalter
- 11 Folgen der Corona-Pandemie für die kindliche Psyche
- 12 Handchirurgen

- 13 Kurzgefasst
- 14 Helfen, wo Hilfe gebraucht wird
- 14 Einmal an die See und zurück
- 15 Kurzgefasst

Titelbild: Dr. Georg Heubner, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Foto: Füssel



CA Priv.-Doz. Dr. Jochen Machetanz, OA Dr. Olaf Wunderlich und CA Prof. Dr. Florian Stockhammer freuen sich auf die intensivere Zusammenarbeit

Neurofächer rücken zusammen

Die Zahl von Patienten mit Demenz, Schlaganfällen, Parkinson oder anderen typischen Alterserkrankungen des Nervensystems nimmt aufgrund des rasant steigenden Altersdurchschnitts der Bevölkerung deutlich zu. Entscheidend für die zumeist sehr komplexen, aber auch zeitkritischen Krankheitsbilder ist das reibungslose und schnelle Zusammenspiel verschiedener Fachdisziplinen.

Mit dem Umzug der Klinik für Neurologie am 7. Juli 2021 vom Standort Neustadt/Trachau an den Standort Friedrichstadt sind im Städtischen Klinikum Dresden alle Neurofächer räumlich konzentriert. Unsere Redaktion hat mit Priv. Doz. Dr. Jochen Machetanz (M), Chefarzt Klinik für Neurologie, Dr. Olaf Wunderlich (W),

Oberarzt und Leiter Neuroradiologie sowie Prof. Dr. Florian Stockhammer (S), Chefarzt Klinik für Neurochirurgie gesprochen.

■ *Was bringt die Klinik für Neurologie in das Spektrum des Standortes Friedrichstadt mit ein?*

M: Ein ganz wesentlicher Teil unserer Diagnostik und Therapie sind Schlaganfälle und Durchblutungsstörungen des Gehirns, akute neurologische Ausfälle, Anfallsleiden sowie Bewegungsstörungen.

■ *Was wird nun – neuro(radio)logisch gesehen – aus dem Standort Neustadt/Trachau?*

M: Am Standort Neustadt/Trachau sind die Notfallversorgung und die notwendige konsiliarische Versorgung der dort von anderen Fachrichtungen behandelten Patienten weiterhin auf

gewohnt hohem Niveau sichergestellt.

W: Der Dreh- und Angelpunkt unserer neuroradiologischen Tätigkeit war bisher der Standort Neustadt/Trachau, Friedrichstadt haben wir mitversorgt. Dieses Vorgehen läuft zukünftig entgegengesetzt.

S: Für Neustadt wird unser Facharzt-Rufdienst fortbestehen. Neben der dortigen Intensivstation und dem Traumazentrum werden wir nach wie vor neurochirurgischen Notfällen gerecht, die eine sofortige Versorgung vor Ort benötigen.

■ *Der Schwerpunkt Ihrer interdisziplinären Zusammenarbeit sind Schlaganfälle?*

M: Ja, rund 1 000 Schlaganfälle werden jährlich im Städtischen Klinikum Dresden behandelt, Tendenz stei-

gend. In einer demographisch älter werdenden Gesellschaft gewinnen Schlaganfälle an Gewicht, die Menschen sind zum Glück mehr für die Vorzeichen eines Schlaganfalls sensibilisiert und reagieren früher. Zusätzlich bekommen wir über das überregionale Schlaganfallnetzwerk aus dem Umland immer mehr Patienten für Spezialbehandlungen.

S: Die integrierte Schlaganfallversorgung findet im Haus C statt. Es ist optimal, wenn der Hubschrauber mit dem Schlaganfall-Patienten auf dem Dach landet und die Zentrale Notaufnahme sowie alle diagnostischen Möglichkeiten und die Intensivstation (ITS) im gleichen Haus sind. Der Betrof-

fene also an einem Ort untersucht, behandelt und bei Bedarf chirurgisch versorgt wird. Die weitere stationäre Behandlung auf der Intensivstation oder Stroke Unit (Schlaganfall-Station) übernimmt dann das medizinisch vorrangig benötigte Fachgebiet.

■ *Was bedeutet die Neuro-WG für Ihre Fachgebiete?*

S: Wir behandeln alle die gleichen Krankheitsbilder, die von Schädelhirnverletzung über Bandscheibenvorfälle, Neuroonkologie bis hin zur Epilepsie reichen. Deshalb ist es optimal, wenn die Expertisen unserer drei Fachrichtungen an einem Standort zusammenfließen. In der Neurologie liegt der Schwerpunkt auf der

Diagnostik und nichtinvasiven Therapie. Spätestens wenn es invasiv wird, kommen die Neuroradiologen und die Neurochirurgen ins Spiel.

W: Im Grunde liegt die Neuroradiologie zwischen den anderen beiden Fachgebieten. Wir sind für die invasive Gefäßdiagnostik gefragt, können die Ursache von Blutungen abklären und behandeln. Ist beispielsweise beim akuten Schlaganfall ein wichtiges Gefäß verschlossen, dann entfernen wir das Blutgerinnsel.

M: Wir sind im ständigen fachlichen Austausch. Mit der räumlichen Nähe wird dies wesentlich einfacher und intensiver. Jeder unserer Fachbereiche ist eine wichtige Säule der Behandlung und ermöglicht es, uns in der Region diagnostisch und therapeutisch breiter aufzustellen und mehr Verantwortung zu übernehmen.

■ *Nun dreht sich Ihr fachliches Zusammenspiel ja nicht nur um Schlaganfälle?*

W: Auch bei der Krebsbehandlung sind wir fachlich verknüpft. Wir können so die optimale ambulante Weiterbehandlung der Tumorpatienten in die Wege leiten.

M: Wöchentlich finden zwei bis drei Operationen mit neurologischer Diagnostik statt.

S: Die Aneurysmen, Aussackungen von Blutgefäßen im Kopf sind wohl unser anspruchsvollstes gemeinsames Thema, dem wir uns gern und gut widmen. Das geschieht grundsätzlich fachübergreifend, weil sich die optimale Behandlung nur findet, wenn sich die Fachgebiete eng austauschen. Und es gibt viele weitere Fälle, bei denen wir gemeinsam am Krankenbett entscheiden.

■ *Parallel zum Umzug geht ja auch der Anbau Haus C in Betrieb, was bedeutet dies für Ihre Arbeit?*

M: Für neurovaskuläre Erkrankungen, die des Blutgefäßsystems vom Ge-

Anbau Haus C

Die Gesamtkosten für den Anbau Haus C mit Hybrid-OP und Zweiebenen-Angiografieanlage liegen bei rund 12,5 Millionen Euro, gefördert mit 9,5 Millionen Euro vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales

und Verbraucherschutz (SMS) und von der Landeshauptstadt Dresden mit 850 Tausend Euro. Alles weitere ist über pauschale Fördermittel, Kredite und Eigenmittel finanziert worden.



Die biplanare Angiografieanlage während des Einrichtens im Anbau Haus C

ASV: Geballte Kompetenz für entzündlich rheumatische Erkrankungen

Von einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) profitieren Patienten, die an einer seltenen Erkrankung oder an einer mit besonders schwerem Verlauf leiden. Die ASV Rheuma am Städtischen Klinikum Dresden besteht seit Juli 2019 und ist die erste in Sachsen gewesen.

Die Rheumatologen übernehmen in enger Kooperation mit spezialisierten Ärzten verschiedener Fachbereiche wie beispielsweise der HNO- und Augenheilkunde, Radiologie sowie Herz- und Gefäßspezialisten gemeinsam und koordiniert die Diagnostik sowie Behandlung komplexer rheumatologischer Systemerkrankungen. 28 Klinik- und 51 Vertragsärzte aus verschiedenen Praxen arbeiten dabei unter gleichen Rahmenbedingungen fachübergreifend zusammen. „Es ist gut, dass so viele niedergelassene Kollegen unterschiedlichster Fachgebiete mit dabei sind“, freut sich Dr. Leonore Unger, Teamleiterin der ASV Rheuma und Chefarztin der 1. Medizinischen Klinik.

Die ASV Rheuma umfasst ein heterogenes Krankheitsspektrum. Eine



Engagiert: CÄ Dr. Leonore Unger, Melanie Petrick, Anne-Katrin Korn, Claudia Jungknickel

Besonderheit ist, dass auch Patienten mit Verdachtsdiagnose angeschaut werden können. Betroffene können von ihren Hausärzten überwiesen werden, jedes Mitglied der ASV kann zudem seine Patienten einbringen. Neben der geballten fachübergreifenden Kompetenz ist von Vorteil, dass die Patienten für klinische Diagnostik und Therapie zumeist nicht im Krankenhaus liegen müssen. „Wir können viel ambulant leisten, was für die Krankenkassen und die Patienten gut ist“, sagt Dr. Unger.

Der Bedarf ist groß: Circa 40 Neuzuweisungen gibt es im Monat, die Wartezeiten liegen zwischen ein und drei Monaten. Im Vorfeld werden jedoch alle Laborwerte und Vorbefunde geprüft, um akut gefährdete Patienten herauszufiltern, die sofort vorgestellt oder im Zweifelsfall sogar stationär aufgenommen werden müssen. Das Einzugsgebiet ist groß, die Betroffenen kommen nicht nur aus der Region, sondern auch aus dem Umfeld wie beispielsweise der Oberlausitz. SH

hirn und Rückenmark, befindet sich seit Anfang Juli fast alles unter einem Dach im Haus C. Der Anbau mit einem Hybrid-OP und einem Angiografie-Arbeitsplatz mit Zweiebenen-System ist Teil der strategischen Entscheidung für die Neurofächer.

W: Die neue Angiografieanlage ermöglicht Gefäßdarstellungen, bei denen mit einer Aufnahme gleichzeitig zwei Ebenen abgebildet werden.

Bei komplexen Hirnbefunden ist es essentiell, sie genau darstellen und sondieren zu können. Im Hybrid-OP werden chirurgisches Vorgehen und dreidimensionale Bildgebung während der Operation in Echtzeit miteinander kombiniert. Das erweitert die Therapiemöglichkeiten, weil sehr komplizierte Fälle mit dem Blick auf nur eine Raumebene schwierig zu behandeln sind.

S: Bei der Operation von Missbildungen der Blutgefäße im Hirn lässt sich unser Vorgehen bereits während der Operation überprüfen. Wir können zudem bei Wirbelsäulenoperationen das Einbringen und die Lage von Implantaten optimieren. Vom Hybrid-OP werden auch andere Fachgebiete wie beispielsweise die Gefäßchirurgie und die Orthopädie profitieren.

■ Danke für das Gespräch. SH

Erste ECMO-Behandlung:

Patient mit lebensbedrohlicher Vaskulitis

„Auf einmal war die Kraft in den Beinen weg. Ich konnte nicht einmal mehr ins Auto steigen, musste im Sitzen die Beine einzeln hineinziehen. Mein Schlaf wurde schlechter“,

in die 1. Medizinische Klinik am städtischen Klinikum einzuweisen. Bereits bei der Aufnahmeuntersuchung fiel eine Blauverfärbung der Finger und Zehen auf. Schnell zeichnete sich ab,

Eine Vaskulitis ist selten – von 1 Million Menschen sind etwa 200 betroffen, 50 erkranken im Jahr neu. Deshalb sind Diagnose und Therapie schwierig und bedürfen eines Spezialisten. Seit zehn Jahren widmet sich das Vaskulitzentrum am städtischen Klinikum entzündlichen rheumatischen Erkrankungen mit dem besonderen Schwerpunkt auf Vaskulitiden. „Je früher eine Vaskulitis entdeckt wird, desto besser sind die Aussichten, sie zu heilen oder zumindest aufzuhalten“, erklärt Dr. Leonore Unger, Leiterin des Zentrums und Chefärztin der 1. Medizinischen Klinik. Ihr Team behandelte bereits viele schwerkranke Patienten mit seltenen Autoimmunerkrankungen erfolgreich. Zu danken ist das vor allem einem funktionierenden fachübergreifenden Netzwerk. Die Ursachen der meisten Vaskulitiden sind noch unbekannt.

Eine Vaskulitis beginnt damit, dass an der Wand eines Blutgefäßes durch eine „Fehlleitung“ des Immunsystems eine Entzündung entsteht. Die



ECMO (Künstliche Lunge)

erinnert sich Marek W. Seit September 2020 litt er an Schmerzen und Schwellungen in verschiedenen Gelenken, hatte an Gewicht verloren und war nicht mehr leistungsfähig. Hohe Entzündungswerte im Blut veranlassten seinen Hausarzt, ihn im November letzten Jahres zur Diagnostik

dass der 49-Jährige an einer Form der Vaskulitis litt, die mit einer geweberstörenden Entzündung der Gefäße, mit einer Knötchenbildung in den oberen und den unteren Atemwegen einhergeht. Eine hohe Konzentration spezifischer Antikörper bestätigte den Verdacht.

Unter dem Begriff Vaskulitis ist eine Gruppe von Autoimmunerkrankungen versammelt, deren Gemeinsamkeit die Entzündung von arteriellen und/oder venösen Blutgefäßen bildet.

Abwehrkräfte des Körpers bekämpfen dann nicht fremde Viren oder Bakterien, sondern das eigene Körpergewebe. In Folge schwellen die betroffenen Gefäßwände an, sacken aus oder platzen. Verengt sich ein Gefäß zu sehr, kann der betroffene Teil des Körpers nicht mehr entsprechend versorgt werden.

Herr W. litt nach drei Tagen plötzlich unter Luftnot. Die Blutgasanalyse dokumentierte kritische Werte. Er musste auf die internistische Intensivstation verlegt werden. Die Computertomographie zeigte starke Einblutungen in allen Lungenabschnitten, eine bekannte und gefürchtete lebensbedrohende Komplikation dieser Form der Erkrankung. Aufgrund weiter rapid abnehmender Lungenfunktion musste Herr W. noch am selben Tag maschinell beatmet werden. Doch auch dadurch konnte sein Körper nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden.

„Als letzte Möglichkeit, das Leben des Patienten zu retten, blieb nur der Anschluss an die künstliche Lunge, die sogenannte ECMO“, sagt OA Dr. Michael-Matthias Schmidt, Leiter der Internistischen Intensivstation am Standort Friedrichstadt. Dieses Verfahren wurde im letzten Jahr im städtischen Klinikum neu etabliert. Von Beginn an wurde die Therapie im interdisziplinären Team geplant und durchgeführt. Drei Wochen kämpfte es um das Leben von Marek W. Die kombinierte Therapie aus Entzün-

Mitarbeiter des
ECMO-Behandlungsteams
der Internistischen Intensivstation

dungshemmung, Eiweiß-Austausch, Chemotherapie und Immuntherapie zeigte Wirkung. Insbesondere hörte die Lungenblutung auf, so dass die ECMO-Behandlung in eine „normale“ künstliche Beatmung und schließlich Entwöhnung überführt werden konnte.

Die spezifische Vaskulitis-Therapie wurde ab Mitte Dezember in der rheumatologisch-nephrologischen Station fortgeführt, mit intensiver Physiotherapie wurde Herr W. mobilisiert und startete Mitte Januar 2021

in die Anschlussheilbehandlung. „Es ist toll, welche Leistung von Ärzten und Pflegekräften, die oft unter Stress stehen, erbracht wurde. Ich bin sehr dankbar, nur Geduld muss ich noch lernen. Wenn es Probleme oder Hindernisse gibt, packe ich sie gerne an und löse diese sofort. Das geht jetzt nicht immer,“ berichtet Marek W. Aber er hatte Glück, dass er mit seiner seltenen, lebensbedrohenden Erkrankung rechtzeitig in eine Klinik mit entsprechender Expertise kam. SH



Fotos: 2. Medizinische Klinik



Die erste Schwangerschaft verlief „unkompliziert“, erzählt Katja Z. Ihre Tochter kommt gesund zur Welt und als Emma fast drei ist, planen sie und ihr Mann ein zweites Kind. „Ich war sofort schwanger und wir haben unser Glück mit allen geteilt. Unsere Tochter hat sich riesig auf das Geschwisterchen gefreut“, die Stimme der 37-Jährigen klingt gefasst, doch die Tränen in ihren Augen sprechen eine andere Sprache. In der elften Woche kann der Arzt keinen Herzschlag mehr erkennen. Ihr hat es den Boden weggezogen. Aber bald darauf wird sie wieder schwanger. Die Schwangerschaft wird von Anfang an von Blutungen begleitet, sie endet in der siebenten Woche, wiederum mit einem Eingriff. Das war schlimm, aber

burt ein Tabuthema. Katja arbeitet als Krankenschwester und erfährt selbst von Kollegen, insbesondere den älteren, wenig Verständnis. Warum sie das überhaupt erzähle und wer weiß, wofür das gut sei – sind Bemerkungen, die sie hört. Noch schlimmer sei das Schweigen. „Wenn ich in den Aufenthaltsraum komme, verstummen manchmal die Gespräche. Auch aus der Familie fragen viele nicht nach“, erzählt sie. Dabei sind Fehlgeburten häufig.

Im städtischen Klinikum findet Katja Z. Hilfe bei Dr. Sabine Hartmann (H), Oberärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, und bei Cornelia Schiebe (S), Diplompsychologin. Unsere Redaktion hat sich mit beiden getroffen und genauer nachgefragt.

S: Viel Zeit, um über das ideale Kind zu fantasieren, es zu begrüßen und über das freudige Ereignis mit viel Aufwand zu informieren. Zum nächsten Ultraschall, vielleicht in der zehnten oder zwölften Woche, folgt der Schock: Da ist keine intakte Schwangerschaft mehr. Diesen Schock kann die Frau nicht allein überwinden, ein therapeutisches Gespräch in der Praxis oder Klinik ist wichtig.

Die Psyche ändert sich nicht – nicht so schnell wie die Zeit. Die Unterschiede liegen eher darin, ob Erlebnisse bewussteinfähig sind, ob sie wahrgenommen und besprochen werden können. Wir sprechen heute mehr. In der Altersmedizin erlebe ich häufig ältere Frauen, die tote, nicht betrauerte oder beerdigte Kinder am Lebensende nicht verarbeiten können. Wenn ich aber Raum für die Trauer bekomme, kann ich besser damit umgehen.

■ *Das betrifft nur Fehlgeburten?*

S: Schwangerschaftsabbrüche haben selbst bei klarer Entscheidung einen Ambivalenzkonflikt. Man kann sich einem Kind nicht gewachsen fühlen und trotzdem trauern.

H: Jede Lebenssituation ist besonders und die Beweggründe individuell, genau wie die Lebensspanne von über 30 Jahren, in der sich Frauen für oder gegen einen Abbruch entscheiden.

■ *Wie verhält man sich Betroffenen gegenüber richtig?*

S: Jede Frau und ihre Situation sind anders. Der Grundrespekt ist in jedem Fall wichtig: Der Verlust eines Kindes ist keine Blinddarm-OP, sondern ein biographisches Ereignis. Das ist vielen nicht bewusst. Und: Wichtiges im Leben muss erzählt werden, damit es einen Platz bekommt und wahrgenommen wird. Und damit meine ich keine Psychotherapie. Das hilft auch besser, einander zu verstehen. Wenn Ärzte, Pflegenden oder Freunde das Erlebnis herunterspielen, kann das den Prozess der Trauer beschädigen. Auch die Unterstützung und der Austausch

Ein Kind ist ein Kind

anders für die junge Frau: „Weil es irgendwie zu erwarten war.“ Sie wird erneut schwanger. Vorfreude erlaubt sie sich und der Familie erst nach der zweiten Ultraschalluntersuchung. Doch in der 14. Woche schlägt das Herz des Kindes nicht mehr. „Es war schon so fertig, alle wussten davon“, erzählt sie von ihrer Fassungslosigkeit. Dieses Mal holt sie sich professionelle Hilfe. „Ich bekam den Rat, erstmal runter zu kommen, eine Woche abzuwarten, Abschied zu nehmen, damit Herz und Kopf besser loslassen können“, erzählt sie. Die medikamentöse Blutungsinduktion wirkt sofort. Ihr haben die Gespräche mit ihrer Frauenärztin und der Psychologin sehr geholfen. Aber sonst sei die Fehlge-

■ *Sind die Frauen heute verletzlicher oder die Generation 50 plus zu wenig empathisch?*

H: Die Gesamtsituation hat sich verändert. Die Generation 50 plus bekam ihre Kinder um die Zwanzig, da gab es keinen Zeitdruck. Da ging man erst zum Arzt, wenn die Periode mehrfach ausgeblieben ist. Fehlgeburten wurden oft nicht als solche wahrgenommen. Der Wunsch nach einem eigenen Kind kommt heute später, ist aber stark. Die Frauen planen ihre Schwangerschaft. Die Vorsorge ist differenzierter und die medizinische Kontrolle genauer. Die meisten gewünschten Schwangerschaften werden vor Ablauf der siebenten Schwangerschaftswoche im Ultraschall bestätigt.



Cornelia Schiebe und Dr. Sabine Hartmann

Foto: Hunger

zwischen den Partnern sind wichtig. Die Schwangerschaft endet nicht mit der Fehlgeburt, es folgt ein Miniwochenbett. Stehen Partner diese Belastungsprobe zusammen durch, können sie im besten Fall gestärkt daraus hervorgehen.

■ *Was kann die Medizin tun?*

S: Die Fehlgeburt bedeutet für viele einen innerlichen Stillstand. Die Gefühle wechseln zwischen Ohnmacht und Hilflosigkeit, ohne dass es Sprache dafür gibt. In diesem psychisch gespaltenen Zustand wird die junge Frau ins Krankenhaus geschickt: Narkose, Ausschabung! Da kommt die Psyche nicht hinterher.

H: Das ist für die betroffenen Frauen oft viel schwerer, als wenn sie in der Frühschwangerschaft anfangen zu bluten. Der Verlust einer gewünschten Frühschwangerschaft erfordert eine empathische Beratung. Für viele Schwangere ist es sehr wichtig mitzuentcheiden, wie die verhaltene Fehlgeburt beendet werden soll. Es ist ein natürlicher Prozess, den man auch zulassen kann. Eine große Errungenschaft ist, wie Frau Schiebe sagt, dass heute darüber gesprochen wird und die Frau mitbestimmen kann, wie sie diesen Abschied gestalten möchte. Wir müssen nicht sofort operieren, es handelt sich um keinen Notfall. Wir können abwarten oder die Blutung gegebenenfalls medikamentös unterstützen. Internationale Studien zeigen, dass das Risiko weder für eine

Infektion noch für eine andere Komplikation beim abwartenden oder medikamentösen Vorgehen höher ist als bei einer Operation. Ich kann mich an kaum eine Frau erinnern, die zeitnah die Schwangerschaft beendet haben wollte. Wir unterstützen sie, aber operieren nicht sofort. Es ist selten, dass es nicht anders geht.

■ *Was geschieht mit dem Kind?*

S: Heute wird jedes Kind bestattet, unabhängig davon, ob es sich freiwillig verabschiedet hat oder aufgrund eines Schwangerschaftsabbruches gehen muss. Es ist das Recht des Kindes, das sonst noch keine Rechte hat. Das ist auch seit fast 15 Jahren das Anliegen des Vereins Sternenkinder Dresden e. V., in dem sich unser Haus von Beginn an engagiert. Es ist eine Haltung, die dahinter steht: Ein Kind ist ein Kind, das eine Würde hat – unabhängig von der Schwangerschaftswoche. Das entlastet auch die Eltern, insbesondere die Frauen. Das Kind ist einen anderen Weg gegangen, aber für die Frau endet er nicht einfach. Der Weg geht weiter – ob lang oder kurz, kompliziert oder einfach, ist auch davon abhängig, welche Bedeutung das Kind für das Leben der Frau bzw. Familie gehabt hat. Es wird immer ein Teil des Lebenslaufes bleiben – das gilt ebenso für die Männer. Viele setzen sich noch Jahrzehnte später damit auseinander: Wie wäre mein Leben verlaufen, wenn es anders gewesen wäre. Geburt und Tod sind irreversibel.

■ *Wie stehen die Chancen für einen weiteren Versuch und wann ist ein guter Zeitpunkt?*

S: Das gute, was die Schwangerschaft gezeigt hat – die Partner können zusammen schwanger werden. Psychologisch gesehen ist ein guter mentaler Abstand zur Fehlgeburt wichtig. Jeder Mensch ist einzigartig. Das nächste Kind soll weder Ersatz sein, noch unter einer ängstlichen traumatisierten Mama leiden.

■ *Danke für das Gespräch. SH*

Fehlgeburt

Jede fünfte bis sechste Frau erlebt mindestens einmal im Leben eine Fehlgeburt. Etwa 20 Prozent der befruchteten Eizellen gehen zugrunde, bevor die Schwangerschaft bemerkt wurde. Von den klinisch bekannten Frühschwangerschaften enden etwa 10 bis 15 Prozent vor der 8. bzw. 12. Schwangerschaftswoche. In etwa 50 bis 60 Prozent der Fälle ist die Ursache eine spontane genetische Mutation, die nicht mit dem Leben vereinbar ist. Von einer verhaltenen Fehlgeburt (Missed Abortion) wird gesprochen, wenn der Embryo nicht mehr lebt, es aber noch nicht zur Blutung gekommen ist.



Rheuma im Kindes- und Jugendalter

Rheuma ist keine „Alte-Leute-Krankheit“ – rund 50 000 Kinder sind bundesweit davon betroffen.

Bei den rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter gibt es Parallelen zu denen im Erwachsenenalter, viele unterscheiden sich jedoch deutlich. „Typisch für junge Menschen ist die juvenile idiopathische Arthritis“, erläutert Dr. Georg Heubner, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am städtischen Klinikum. Das ist eine Gelenkentzündung mit unbekannter Ursache, die zumeist chronisch verläuft. Ein häufiges Krankheitsbild ist der sogenannte Hüftschnupfen. Dabei handelt es sich um eine plötzlich auftretende, nicht bakterielle Entzündung des Hüftgelenkes, die schnell wieder abklingt.

Ein entscheidender Unterschied zwischen chronischen und akuten Manifestationen liegt darin, dass bei den akuten Formen die Gelenkstrukturen in der Regel erhalten bleiben, während bei der chronischen Entzündung die Gefahr bleibender Be-

wegungsstörungen besteht. Eine frühzeitige Diagnose ist deshalb wichtig. Dabei ist es für Eltern und Ärzte oft schwer, die richtigen Schlüsse zu ziehen und an Rheuma zu denken. „Zumeist zeigen die Kinder keine oder nur geringe Schmerzsymptome – auffälliger ist das veränderte Gangbild“, erklärt Dr. Heubner, dessen Erfahrung auf dem Gebiet der Kinderrheumatologie über fast drei Jahrzehnte reicht. Auch entzündete Gefäße sind in jungen Jahren zu diagnostizieren. Vor allem die Leukozytoklastische Vaskulitis kann schwere Folgen haben, wenn sie nicht frühzeitig erkannt wird.

Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind in den letzten zwanzig Jahren intensiv weiterentwickelt worden. Die Prognosen für junge Rheumatiker sind heute deutlich besser. Schwere körperliche Schäden lassen sich medikamentös weitgehend abwenden. Die Physiotherapie spielt bei der Therapie ebenfalls eine große Rolle. „Es macht



Freude, als Rheumatologe tätig zu sein, weil man heutzutage fast allen Kindern gut helfen kann“, erzählt Dr. Heubner, dessen rheumatologische Ambulanz die meisten Kinder in Ostsachsen versorgt.

Dresden ist zudem in der komfortablen Lage, dass auch die Uniklinik auf dieses Fachgebiet spezialisiert ist. Sonst sind Kinderrheumatologen selten. In Ostsachsen fehlen sie ganz. Aus diesem Grund behandeln Dr. Georg Heubner und sein Team immer mehr Patienten aus dieser Region. Die Therapie ist umfassend, die jungen Patienten werden in der Ambulanz vorgestellt, behandelt und nachbetreut. Beim Blick auf die Krankengeschichte von Schmerzpatienten mit Beschwerden, die die Muskulatur und das Skelett betreffen, hat Dr. Heubner gegenüber anderen Kliniken in der Region den Vorteil, auch auf die Expertise seiner Abteilung Pädiatrische Psychosomatik zurückgreifen zu können. SH

Folgen der Corona-Pandemie für die kindliche Psyche

Kinder und Jugendliche leiden zunehmend unter der Covid-19 Pandemie. Das belegen die Ergebnisse der COPSY-Studie (Corona & Psyche) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, die die Auswirkungen und Folgen der Pandemie auf die psychische Gesundheit der jungen Menschen untersucht hat. Demnach zeigt fast jedes dritte Kind psychische Auffälligkeiten. Dies bekommt auch das Team unserer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin zu spüren. Die Redaktion sprach dazu mit OA Andreas Lachnit, Leiter der psychosomatischen Station unserer Kinderklinik.

■ *Wie hat die Corona-Pandemie Ihre Arbeit beeinflusst?*

Der erste Lockdown war für alle eine plötzliche und neue Situation. Auch wenn die Maßnahmen stellenweise restriktiver gewesen sind, ließ er sich überstehen, denn es gab eine Perspektive. Die Maßnahmen erwiesen sich rasch als wirksam, man hatte das Ziel vor Augen und wusste, im Sommer wird es besser. Der zweite Lockdown hingegen ist ganz anders gewesen, allein schon wegen der längeren Dauer. Das soziale Netz Schule oder auch Kita ist komplett weggefallen und die Perspektive fehlt. Das registrieren die Kinder und Jugendlichen ebenso. Auch wenn sie von der Politik mehr in den Fokus gerückt sind, ist es nicht gelungen, gute nachvollziehbare Strategien für die Schulen zu entwickeln. Den Kindern ist nicht allein damit geholfen, wieder zur Schule zu gehen, sie müssen auch unterstützt werden, den fehlenden Lernstoff aufzuholen. Einige Familien bewältigen das sicher gut zu Hause. Aber es gibt viele Familien oder so-

ziale Verhältnisse, in denen das nicht funktioniert. Die Patienten, die hier sind, zeigen allerdings, dass sie ein gewisses Problembewusstsein haben, aber auch Fähigkeit besitzen, sich Hilfe zu holen.

■ *Die Abgehängten sehen sie hier weniger?*

Richtig. Um sich Hilfe zu holen, braucht es eine gewisse Struktur und Ressourcen, sei es über die therapeutischen Netzwerke oder sozialpädagogische Beratungsstellen. Dafür muss man sensibilisiert sein und nicht alle Familien sind das. Wir wissen nicht, wie es in den Familien aussieht, die nicht zu uns kommen. Das sind Kinder und Jugendliche, von denen wir wahr-



OA Andreas Lachnit

scheinlich erst in ein paar Monaten oder Jahren mitbekommen werden, was für Folgen diese Zeit auf ihre Gesundheit hat. Spätestens dann müssen wir uns überlegen, welche Unterstützungs- und Auffangmöglichkeiten wir bieten können.

■ *Mit welchen Problemen kommen*

die jungen Patienten und ihre Familien zu Ihnen?

Tatsächlich leiden alle Kinder und Jugendlichen bzw. alle Familien unter dem Lockdown. Das hat uns die COPSY-Studie mittlerweile auch bestätigt. Dieser generelle, signifikante Zuwachs an psychischen Belastungen macht sich ganz unterschiedlich bemerkbar, häufig in Form von Verhaltensauffälligkeiten, Konzentrationschwierigkeiten oder psychosomatischen Problemen wie Kopf- und Bauchschmerzen, Schlafstörungen oder Niedergeschlagenheit. Mit diesen Symptomen haben auch unsere Patienten zu kämpfen. Besorgniserregend ist allerdings, dass sie sich im Vergleich zu Vor-Corona-Zeiten verdreifacht haben.

■ *Wie äußern sich die jungen Patienten Ihnen gegenüber zur momentanen Situation?*

Sie fühlen sich mit ihren Problemen allein gelassen. Ganz besonders betrifft das die pubertierende Altersgruppe, also die, die sich mitten in der Selbstfindung und in der Verantwortungsübernahme befindet. Zudem spüren sie die Überforderung ihrer Eltern. Für Erwachsene mit einer gewissen Lebenserfahrung ist das nicht so schlimm. Wir wissen, dass wir sowas durchstehen und die Zeiten wieder besser werden. Aber für einen Jugendlichen bedeutet das eine enorme Einschränkung. Und er kann nicht darüber reden, die strikten Kontaktbeschränkungen zu Freunden oder der Familie lassen das kaum zu. Dieses Belastungsniveau, in dem sich Störungen und Krankheiten entwickeln, haben wir eine ganze Weile so aufrecht erhalten.

■ *Danke für das Gespräch. AW*

Gut vernetzt: Friedrichstädter Handchirurgen

Dezember 1952: Marianne Müller (Name geändert) ist zwölf Jahre und begleitet den Vater zur Weihnachtsfeier in die Papierfabrik. Auf dem Heimweg stürzt sie und bricht sich den rechten Arm. Vier Wochen liegt sie im damals üblichen Streckverband, kann wochenlang nicht aufstehen. Als der Verband entfernt wird, kann sie den Arm, vor allem im Ellenbogen- und Schultergelenk, kaum

für eine OP. Es ist mittlerweile Juni. „Zu diesem ambulanten OP-Termin wollte der Orthopäde noch ein MRT, durch viel Telefonate und Nachdruck habe ich einen Tag vor dem Eingriff einen Termin bekommen“, erzählt die 80-Jährige resolut. Als sie für den ambulanten Eingriff zu Hause ein paar Sachen zusammenpackt, klingelt das Telefon. „Der notwendige Eingriff sei sehr komplex, der Orthopäde

ten Fingers“, erläutert der Handchirurg. „Er liegt direkt auf dem Knochen, ohne nennenswerte Polsterung durch Bindegewebe. Bereits ein leichtes Anstoßen an dieser Stelle kann Missempfindungen auslösen. Viele kennen dies als sogenannten Musikantenknochen. Ist der Nerv eingeklemmt oder beschädigt, behindert dies die Funktionen. Das erklärt auch die Sensibilitätsstörung der Patientin“, ergänzt der Oberarzt. Ursache in diesem Fall ist eine viele Jahre zurückliegende Ellenbogenverletzung, wahrscheinlich der Bruch aus dem Kindesalter.

September 2020: Für Marianne Müller steht der ambulante mikrochirurgische Eingriff an. Unter regionaler Betäubung und mit einem sechs Zentimeter langen Hautschnitt an der Innenseite des Ellenbogens legt Sven Tempel den Ellenerv frei und entlastet ihn. „Anspruchsvoll ist der Eingriff insofern, weil aufgrund der zurückliegenden Verletzung die Knochenstrukturen verändert sind und keine weiteren Nerven und Gefäße verletzt werden dürfen“, erläutert Sven Tempel.

Februar 2021: „Ich weiß, Nerven erholen sich langsam“, sagt Marianne Müller. Auch fünf Monate später hat sie ab und zu noch ein Taubheitsgefühl in den beiden Fingern. „Auch Wetterumschwünge spüre ich einige Tage vor den Ankündigungen der Meteorologen im Ellenbogen“, schmunzelt sie. Dass Marianne Müller wieder lachen kann, verdankt sie der guten Vernetzung der Friedrichstädter Handchirurgen mit den niedergelassenen Kollegen. Ihre Expertise ist nicht nur bei chronischen Erkrankungen gefragt. Die Abteilung ist zudem ein wichtiger Bestandteil des überregionalen Traumazentrums und leistet einen erheblichen Anteil bei der Behandlung von schweren Unfallverletzungen. VP



bewegen. Zwei Jahre lang bekommt sie Massagen. Die Beweglichkeit des Schultergelenks ist danach wieder gut, die des Ellenbogens bleibt eingeschränkt – ihr Leben lang.

Januar 2020: „Im kleinen und im Ringfinger hatte ich ein Taubheitsgefühl. Die Finger sind immer wieder eingeschlafen“, beschreibt Marianne Müller ihre Beschwerden. Sie geht deshalb zum Hausarzt in Freiberg. Der überweist sie Ende Januar zur Neurologin. Mitte März hat sie dort einen Termin, die Nervenleitbahnen werden kontrolliert. Schnell erkennt die Ärztin, sie kann nicht helfen, überweist daher zum Chirurgen im nahegelegenen Ärztehaus. Der schaut sich die inzwischen angefertigten Aufnahmen an und überweist zum Kollegen der Orthopädie. Einen Termin bekommt sie, und gleich einen zweiten

möchte mich gern zu einem Spezialisten für Handchirurgie schicken“, erinnert sich Marianne Müller an das Telefonat und betont: „Ich finde es gut, dass die Ärzte ihre Grenzen kennen und ich bei dem Richtigen gelandet bin.“ Damit meint sie Sven Tempel, Oberarzt der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie und Leiter der Abteilung Handchirurgie am Standort Friedrichstadt. Hier stellt sie sich im August in der Handsprechstunde für ein Erstgespräch vor. Der Experte bestätigt die Notwendigkeit der OP. Es gilt den sogenannten Ellenerv aus einer Umklammerung im Ellenbogenkanal zu befreien. „Dieser Nerv verläuft in einer Rinne des unteren Oberarmknochens und ist für viele Funktionen der Hand verantwortlich, zum Beispiel für das Gefühl des vierten und fünf-

Kurzgefasst

Neues PAC-System für Radiologie

Bis September 2021 stellt das städtische Klinikum sein Bildarchivierungs- und Kommunikationssystem (PACS) auf das von Dedalus um. Patienten und niedergelassene Kollegen profitieren davon, dass es einen Link im Browser mit einer Upload Funktion geben wird, um unkompliziert Bilder an unser Klinikum zu senden. Für Patienten ist es dann außerdem einfacher, sich ihre eigenen Bilder herunterzuladen oder ihrem Hausarzt über eine verschlüsselte Download-Funktion zu übermitteln. SH

Patientenbefragung

Im letzten Jahr haben wir die Patienten an den Akutstandorten befragt. Und sie sind mit uns zufrieden. Sechs Prozent mehr als im letzten Jahr haben unseren Standort Neustadt/Trachau empfohlen und zwei Prozent mehr den in Friedrichstadt. Unsere Rehabilitationsklinik wird von 94 Prozent der Befragten weiter empfohlen. Auch Befragungen und Bewertungen, die durch Externe durchgeführt werden, haben eine positive Tendenz. In der Focus Liste der Top 100 Krankenhäuser Deutschlands 2021 hat unser

Klinikum Platz 79 erreicht (2020: 80 und 2019: 81) und unsere Rehaklinik gehört zu den Top 100 Rehakliniken Deutschlands. In Sachsen sind wir nach den Unikliniken Dresden und Leipzig auf Platz drei. In der Studie des Frankfurter-Allgemeine-Zeitung-Instituts (Mai 2020) gehört unser Klinikum mit 82,9 Punkten zu den besten 10 Krankenhäusern Deutschlands. Darüber hinaus sind wir im Vergleich der kommunalen Großkrankenhäuser in Deutschland (AKG) auf Platz Eins.

Thomas Prickartz | Qualitätsmanagement

Empfohlen: unsere Mediziner

Wen empfehlen Mediziner und Patienten gleichermaßen? In der Focus-Ärzteliste gehört Priv.-Doz. Dr. Dieter Teichmann zu den Top-Medizinern der Reise- und Tropenmedizin. Wiederholt punktet in der aktuellen Liste Chefarzt Prof. Dr. Sebastian Schellong: in der Angiologie, bei der Behandlung von Beingefäßen sowie Venenleiden. Chefarzt Prof. Dr. Tobias Lohmann ist zu einem der besten Ärzte gewählt worden, wenn es um Diabetes geht. Ausgezeichnet wurde unter anderem

seine Behandlung bei Adipositas bzw. dem metabolischen Syndrom.

Die Chirurgen stehen den Internisten nicht nach. Chefarzt der Unfallchirurgie Prof. Dr. Philip Gierer empfiehlt sich mit der Ellenbogen- und Schulterchirurgie sowie der allgemeinen Unfallchirurgie gleich drei Mal. Als Experte rund um die Hüftchirurgie wird Chefarzt Prof. Dr. Torsten Kluba angeführt. Er punktet des Weiteren mit der Expertise insbesondere bei Knochen- und Weichteiltumoren sowie der Wirbelsäulenchirurgie.



Foto: Piffczyk

In diesem Fachgebiet gehört auch Prof. Dr. Florian Stockhammer zu den Top-Medizinern Deutschlands.

Als Expertin in ihrem Fach zählt Dr. Miriam Dreßler. Sie ist zum wiederholten Male zu den besten Medizinerinnen Deutschlands in der Adipositas-Chirurgie gewählt worden. Häufig empfohlen von Kollegen wurden Chefarzt Prof. Dr. Uwe Wollina für die Therapie der Psoriasis und Chefarzt Prof. Dr. Sören Torge Mees für die Hernienchirurgie. PD Dr. Sigmar Stelzner gehört zu den besten im Fachgebiet der Proktologie. Seine Patienten unterstützen diese Empfehlung durch sehr gute Patientenbewertungen. Mit Chefarzt Prof. Dr. Thomas Kittner rundet sich die Empfehlungsliste des Focus mit dem Fachgebiet der Radiologie ab. VP



Wir freuen uns über die positive Bewertung.

Helfen, wo Hilfe gebraucht wird

Lars ist Gastronom, steht als Barkeeper am Tresen, schenkt seinen Gästen ein Lächeln und freundliche Worte. Eigentlich. Anfang des Jahres beginnt seine Arbeit 06:00 Uhr auf einer Covid-Station. Bis zum Schichtende 14:30 Uhr wird er mehr als 20-mal die Schutzkleidung an- und ausgezogen haben, um unsere Pflegekräfte bei der Versorgung der Covid-Patienten zu unterstützen. Der Dresdner ist unserem Aufruf nach Helfern vom Dezember 2020 gefolgt. Er kennt das Klinikum. Bereits seinen Zivildienst hat der heute 40-Jährige am Klinikum Dresden-Friedrichstadt absolviert. „Jetzt bin ich wieder so etwas wie der Zivi der Station“, schmunzelt er. „Mein Job ist es, den Pflegekräften

bestmöglich zuzuarbeiten, damit sie sich zu 100 Prozent auf die Patienten konzentrieren können. Sei es, Gebrauchsmaterialien aufzufüllen oder Patienten Essen zu reichen“, berichtet er über seine Tätigkeiten auf der Covid-19 Normalstation. An den ersten Tagen war er schon aufgeregt, gibt er zu. Er musste viele Informationen aufnehmen, sich an die Abläufe auf Station gewöhnen, aber auch erkennen – obwohl er es nie bezweifelt hatte – wie gefährlich eine Infektion mit dem Coronavirus sein kann und was sie mit dem Menschen macht. Zuvor zweifelte er am Sinn mancher Corona-Regel:



Foto: Piffczyk

Lars hilft auf einer Covid-19 Station

„Seitdem ich auf der Station arbeite, verstehe ich die Maßnahmen besser denn je.“ Die Station unterstützt er bis zum Frühjahr. Damit hat er einen festen Job, der ihm den Kühlschrank füllt, wie er sagt, ihn zugleich aber auch erfüllt. Spurlos geht die Arbeit jedoch nicht an ihm vorbei. „Als ich einen Tag im Januar zum Dienst kam, waren bereits zwei Patienten verstorben. Ein weiterer starb während meines Dienstes.“ Um das Erlebte zu verkraften, konzentriert er sich auf die positiven Dinge: Denn seine lieben Worte und sein Lächeln kommen selbst hinter der Maske gut an. *VP*

Einmal an die See und zurück – Notfälle eine Frage des Fachgebietes?



Foto: Frank

Überlebenswichtige Transporte von Intensivpatienten zwischen Kliniken gehören zu den Aufgaben der DRF Luftrettung. In Ostsachsen werden diese Transporte vor allem mit dem Hubschrauber Christoph 62 durchgeführt. Seit rund 23 Jahren in Bautzen stationiert, wird er von Anfang an mit Ärzten des Städtischen Klinikums Dresden besetzt.

Dr. Heinz Brehme, Oberarzt der Anästhesiologie und Intensivmedizin am Standort Friedrichstadt, hat schon oft

intensivpflichtige Patienten begleitet. Bei normalen ITS-Transporten werden Patienten in der Regel in eine Spezialklinik verlegt. Während der Coronapandemie sind zumeist fehlende Kapazitäten der Anlass gewesen. Diese Flüge hat die Integrierte Regionalleitstelle Dresden der städtischen Feuerwehr koordiniert.

Deutschland ist in fünf Regionen aufgeteilt worden. Kommen Krankenhäuser in einer dieser Regionen an ihre Grenzen, sind strategische Patientenverlegungen in andere möglich. Das Kleeblatt Ost, zu dem Sachsen gehört, hat während der Corona-Hochzeit für die Verlegung von intensivpflichtigen Patienten als erstes diese Möglichkeit genutzt. Denn die Bettensituation ist aufgrund der vielen Covid-19 Fälle zum Teil sehr

prekär gewesen. In einer Schicht hat die Crew, zu der in der Regel ein Pilot, ein Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie ein Notfallsanitäter (HEMS-TC) gehören, zumeist nur einen Flug an die Ostsee und zurück geschafft, manchmal noch einen zweiten in ein benachbartes Bundesland.

Neben den Schutzmaßnahmen für den Patienten und die Crew ist viel zu planen gewesen. Das Team muss Tankstellen und Ausweichrouten kennen und für den Notfall auch Kliniken im Kopf haben, bei denen eine Zwischenlandung möglich wäre. „Die DRF Luftrettung, das Team des Christoph 62, die Leitstellen und die beteiligten Kliniken haben bestens zusammengearbeitet“, unterstreicht OA Brehme, die herausfordernde Zeit. *SH*

Kurzgefasst

Homepage: neue Seite Geburtshilfe

Übersichtlicher und modern präsentiert sich auf der Homepage des städtischen Klinikums die Geburtshilfe am Standort Neustadt/Trachau. Werden die Eltern können sich dort gut informieren. *AW*

> www.klinikum-dresden.de/geburtshilfe



Selbsthilfegruppe Bluthochdruck

> Wir sind online

Die Diagnose Bluthochdruck wirft oft viele Fragen auf. Durch den Austausch zwischen Betroffenen kann man den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und die krankheitsbedingten Herausforderungen des Alltags erfolgreich meistern. Die Selbsthilfegruppe trifft sich online zum Austausch, hinzu kommen Vorträge mit Experten. Die Teilnahme ist kostenlos und unverbindlich. Einfach Kontakt aufnehmen, Interessenten erhalten dann einen Link mit einer Anleitung. E-Mail: bluthochdruck@klinikum-dresden.de | WhatsApp: 0176 54311222

> Betroffenenprechstunde

Hochdruckliga

Seit Juli gibt es jeden ersten Donnerstag im Monat von 17:00 – 18:30 Uhr eine Telefonsprechstunde unter: 06221 5885588. Ines Petzold aus dem

Städtischen Klinikum Dresden wird im Juli und September dort Ansprechpartner sein

> Kontakt Selbsthilfegruppe

Zertifiziertes Dresdner Hypertonie-Zentrum der Deutschen Hochdruckliga des Städtischen Klinikums Dresden, Standort Friedrichstadt
Oberarzt Dr. Holger Palisch | Hypertensiologe und Regionalbeauftragter der Deutschen Hochdruckliga e. V.
Ines Petzold | Assistentin für Hypertonie und Prävention

Telefon: 0176 54311222

(montags von 18:00 – 20:00 Uhr)

Neue Linearbeschleuniger

Per Kran ist Mitte Juni der erste neue Linearbeschleuniger in das Untergeschoss der Praxis und Abteilung für Strahlentherapie gehoben worden. Das schwerste Einzelteil davon wiegt zwei- bis dreimal so viel wie ein Mittelklasse-PKW. Im Inneren wird der insgesamt zwölf Tonnen wiegende Beschleuniger zusammengesetzt und auf ein Zehntel Millimeter genau ausgerichtet. Ein enormer logistischer Aufwand, an dessen Ende zwei Linearbeschleuniger der neuesten Generation mit erweiterten Behandlungsoptionen und noch besserem Patientenkomfort ans Netz gehen. *VP*



Primus übernimmt Speiserversorgung im Klinikum

Guten Appetit: Zum 1. Juli 2021 hat die Primus Service GmbH die Speiserversorgung für Patienten und Mitarbeiter des Städtischen Klinikums Dresden übernommen. Der Caterer bezeichnet sein gastronomisches Konzept als „unverfälscht“, hat den Anspruch Suppen und Soßen selbst herzustellen und verspricht gesunde und abwechslungsreiche Küche. Die Patienten können unter vier Menüs und einem Salatteller wählen. Das Angebot ist von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) zertifiziert. Die Qualität wird permanent überwacht und die Patienten werden stichprobenartig nach ihrer Zufriedenheit befragt. Für die Kinder- und Jugendklinik gibt es einen eigenen Speiseplan. Das spezielle Buffettangebot für die Wochenstation wird verbessert und erweitert, damit die jungen Mütter auch nachts etwas zu sich nehmen können. *SH*

Sport und Medizin

Mit den Dresdner Eislöwen und dem Handballclub Elbflorenz verbindet uns eine Partnerschaft. Beispielsweise führen wir den Checkup der Spieler vor der Saison durch und kümmern uns bei den Handballern um notwendige PCR-Tests auf Sars-CoV-2. *VP*

Patientenmagazin

Städtisches Klinikum Dresden

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

Standorte

Neustadt | Trachau

Industriestraße 40
01129 Dresden

Friedrichstadt

Friedrichstraße 41
01067 Dresden

Weißer Hirsch

Heinrich-Cotta-Straße 12
01324 Dresden

Löbtau

Geriatrische Rehabilitationsklinik
Altonaer Straße 2a
01159 Dresden

Redaktion

Dr. André Fleck
☎ 0351 480-3174
Sabine Hunger
☎ 0351 480-3170
Viviane Piffczyk
☎ 0351 480-3171
Anja Witthauer
☎ 0351 480-3172

Redaktionsadresse

Sabine Hunger,
Öffentlichkeitsarbeit
(V. i. S. d. P.)
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden,
☎ 0351 480-3170
E-Mail: sabine.hunger@klinikum-dresden.de

Layout und Satz

Volkmar Spiller, Büro für Gestaltung

Druck

addprint, Possendorf

Auflage

7 600 Stück

Redaktionsschluss 1 | 2022

7. Januar 2022

Unser Patientenmagazin
erscheint zweimal jährlich.

Eingesendete Manuskripte dürfen unter Berücksichtigung des Informationsgehaltes redigiert, gekürzt oder auf eine der nächsten Ausgaben verschoben werden. Namentlich gekennzeichnete Artikel sowie Leserbriefe müssen nicht mit der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers übereinstimmen. Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der Regel nur die männliche Sprachform verwendet, die weibliche und andere Formen sind dabei mit eingeschlossen.