



Alles unter einem Dach



Lungenheilkunde:
Mukoviszidose-
Patientin bringt einen
gesunden Jungen
zur Welt

Seite 3

Intensivmedizin:
Ein Kamenzer ist
nach schwerer
Legionelleninfektion
wieder topfit.

Seite 6

„Ich würde
mich wieder so
entscheiden!“

Nierentransplantation:
Organspende für
den Partner trotz
Unverträglichkeit der
Blutgruppen

Seite 7

Schlaganfälle:
Spezialstation sichert
interdisziplinäre
Behandlung rund um
die Uhr

Seite 9

INHALT

- 03 Ich lebe bewusster!**
Ärzteteam ermöglicht Mukoviszidose-Patientin sichere Geburt
- 04 Erfolge auf sensiblem Feld**
Die Klinik für Urologie arbeitet mit zertifizierten Verfahren.
- 05 Von Mensch zu Mensch**
Neurologie vollbringt manchmal kleine Wunder
- 06 „Ein Glücksmoment für alle“**
Rettung: Membranlungge auf internistischer Intensivstation
- 07 „Ich würde wieder so entscheiden!“**
Nierentransplantation trotz Blutgruppen-Unverträglichkeit
- 08 Mit Wellen und Strahlen**
Radiologie: Diagnosen mit modernsten Geräten
- 09 Schnelle Hilfe bei Schlaganfall**
Neue Spezialstation sichert interdisziplinäre Behandlung
- 10 Diabetes individuell behandeln**
Therapie auf dem neuesten Stand der Forschung
- 11 Alles in einer Hand**
Die Klinik für Anästhesiologie betreut Patienten umfassend.
- 12 Kunst am Bau**
Drei Künstler setzen ästhetische und inhaltliche Akzente.

EDITORIAL



Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht
Medizinischer Vorstand



Wilfried Winzer
Kaufmännischer Vorstand

Wir möchten Sie heute herzlich zu einem Rundgang durch das neueste und zugleich größte Haus des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus einladen. Im Gebäudekomplex arbeiten gleich fünf wichtige Einrichtungen des Klinikums. Trotzdem heißt das nicht, dass alles enger und unübersichtlicher geworden ist. Ganz im Gegenteil: Das moderne Gebäude schafft nie da gewesene Freiräume – für die Patienten und ihre Angehörigen ebenso wie für die Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Dienstes und für das Klinikum selbst.

Großzügige Foyers, eine Cafeteria, ansprechende Wartebereiche – diese Vorzüge des Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrums fallen jedem Besucher sofort auf. Doch es gibt weitere Qualitäten, die ebenso wichtig sind: Das Zentrum verfügt über eine hochmoderne medizintechnische Ausstattung. Bis auf wenige Ausnahmen sind alle Geräte zur Diagnostik und Therapie der Patienten neu angeschafft worden und entsprechen damit dem aktuellsten Stand der Technik – vom tonnenschweren Magnetresonanztomographen bis hin zum mobilen Ultraschallgerät oder den fünf komplett neu ausgestatteten OP-Sälen der Klinik für Urologie. Auch auf den Stationen ist alles neu: Sie sind deutlich komfortabler als die Vorgängerstationen an den bisherigen Klinikstandorten.

Die Innovationen im DINZ beschränken sich jedoch nicht allein auf die bauliche und technische Infrastruktur: Herzstück ist die völlig neu konzipierte Organisation der Arbeitsabläufe und des damit eng verbundenen Personaleinsatzes. So gelingt es nicht nur, effizienter zu arbeiten, sondern auch die Sicherheit und Qualität in der Versorgung unserer Patienten weiter zu verbessern. Denn die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fächer – zum Beispiel der Internisten, Neurologen und Radiologen – wurde im Vorfeld analysiert und neu konzipiert: Das Gebäude und die Arbeitsorganisation sind so gestaltet worden, dass die Abläufe von Untersuchung und Behandlung nicht nur räumlich, sondern auch organisatorisch ineinandergreifen. Davon profitieren

die Patienten, die in diesem Gebäude auf ganz unterschiedliche Weise behandelt werden. Das vor Ihnen liegende Magazin informiert Sie anhand von Interviews, Patientengeschichten und Berichten über die Leistungsfähigkeit des DINZ, seiner Ärzte sowie der pflegenden Mitarbeiter, aber auch des gesamten Universitätsklinikums. Mit dem neuen Gebäudekomplex möchten wir unsere herausragende Position im Gesundheitswesen weiter ausbauen. Denn: Auch ohne dass das neue Zentrum seine Stärken ausspielen konnte, erhielt das Klinikum Bestnoten in Deutschlands größtem Krankenhausvergleich des Nachrichtenmagazins Focus. Rund 18 000 Ärzte kürten es als eines der drei besten Krankenhäuser der Bundesrepublik.

Ob Sie als Patient hierherkommen oder als Besucher – wir laden Sie ein, sich einen genaueren Überblick über die Leistungsfähigkeit der Dresdner Hochschulmedizin zu machen. Eine interessante Lektüre wünschen Ihnen

Prof. Michael Albrecht
Medizinischer Vorstand

Wilfried Winzer
Kaufmännischer Vorstand

Impressum

Herausgeber:

Vorstand des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
www.uniklinikum-dresden.de
info@uniklinikum-dresden.de, Tel. 0351 458-0

Redaktion:

Holger Ostermeyer, Pressesprecher des Universitätsklinikums (verantwortlich)
Birgit Hilbig, Redaktion DMV

Druck:

Dresdner Verlagshaus Druck GmbH
Meinholdstraße 2, 01129 Dresden

Ich lebe bewusster!

Ärzteteam wendet neueste Therapieform an und ermöglicht Mukoviszidose-Patientin eine sichere Geburt

Klein ist sie. Dünn. Fast durchscheinend. Doch wenn Elke Schaller spricht, ist die Willenskraft dieser zierlichen Frau fast körperlich.

Elke Schaller hat Mukoviszidose. Das ist eine vererbte Stoffwechselerkrankung, bei der sich die Körpersekrete in Bronchien, Bauchspeicheldrüse, Darm und Leber als zähflüssiger Schleim absetzen. „Die Krankheit wurde bereits bei meiner Geburt festgestellt. Aber ich hatte eine normale Kindheit“, erzählt Elke Schaller. Ganz so normal war es dann aber doch nicht. Oft war sie wegen Lungenentzündung im Krankenhaus, konnte nicht mit ins Ferienlager fahren.



Die Mühe hat sich gelohnt: Oberarzt Martin Kolditz, Elke Schaller und Sohn Foto: Amac Garbe

Ein Kind um jeden Preis

Ihren Mann lernt Elke Schaller mit 17 kennen. Schnell ist klar, dass sie Kinder wollen. Die Ärzte raten ihr davon ab. Doch Elke Schaller setzt sich durch. „Meine Lebenserwartung liegt bei etwa 40 Jahren. Mit diesem Wissen entscheide ich bewusst.“

Mit 23 ist Elke Schaller das erste Mal schwanger, und die mit der Mukoviszidose verbundenen Beschwerden wie Atemnot, Gewichtsabnahme und Infektionsanfälligkeit nehmen zu. Zwei Monate nach der Entbindung ihrer Tochter hat sich ihr Gesundheitszustand so weit verschlechtert, dass die herkömmlichen Behandlungen nicht mehr ausreichen. Sie erhält ihre erste intravenöse Antibiotika-Therapie.

Über das Internet lernt Elke Schaller eine Mukoviszidose-Patientin kennen, die im Universitätsklinikum ambulant betreut wurde – und ein Kind zur Welt brachte. Auch Elke Schaller ist wieder schwanger. Ihr erster Anlaufpunkt ist deshalb das „MukoviszidoseCentrum“ der Uniklinik. Doch ihre gesundheitliche Situation verschlechtert sich weiter. Sie bleibt, wird stationär betreut.

Die Pneumologen des Universitätsklinikums ken-

nen diese Situation. „Oft haben die Patienten einen langen Leidensweg hinter sich, ehe sie hier ankommen“, sagt Oberarzt Dr. Martin Kolditz. „Wir behandeln deshalb nahezu das gesamte Spektrum von Lungenerkrankungen.“

Als Elke Schaller in der Pneumologie ankommt, beträgt ihre Lungenfunktion gerade einmal 18 Prozent. Sie erhält unter anderem schleimlösende Medikamente und eine Reinigung der Atemwege. Eine intensive Antibiotika-Therapie und eine zusätzliche Sauerstoffversorgung sind weitere Behandlungsmaßnahmen.

Mit Erfolg. Elke Schallers Lungenfunktion hat sich mit 30 Prozent fast verdoppelt. Ihr Gesundheitszustand ist so stabil, dass sie auf die gynäkologische Abteilung verlegt wird und dort per Kaiserschnitt einen gesunden Jungen zur Welt bringt. Anika Böhme

„Meine Familie bedeutet mir alles – und deshalb würde ich es wieder tun.“

Kontakt:

Medizinische Klinik und Poliklinik I
Bereich Pneumologie
Prof. Dr. med. Gert Höffken
Telefon 0351 4583417
E-Mail silvia.reichelt@uniklinikum-dresden.de

Klinikum der kurzen Wege

Neue Notaufnahme optimiert Abläufe und senkt Wartezeiten für Patienten

Im Erdgeschoss des Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrums (DINZ) hat die Notaufnahme für internistisch-neurologische Fälle ihren Betrieb aufgenommen. Sie vereint die Kompetenzen der beiden Kliniken für Inneres (Medizinische Klinik I und III) sowie der Klinik für Neurologie. Mit drei Behandlungsräumen und einem Schockraum sowie der dazugehörigen Aufnahme-station mit 14 Betten bietet sie Kapazitäten für die klinische Erstversorgung von jährlich rund 12000 Patienten.

Computergestützte Ersteinschätzungen

In den neuen, modern eingerichteten Räumlichkeiten werden alle Patienten fachkompetent betreut, deren Erkrankung nicht primär chirurgischer Art ist. Dazu zählen Erkrankungen des Kreislaufs, schwere Infektionskrankheiten, Vergiftungen, akute Lungenfunktionsstörungen mit Atemnot, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, aber auch Schlaganfälle, Epilepsie oder Erkrankungen mit akut auftretendem Kopfschmerz als Hauptsymptom wie etwa Hirnhautentzündungen.

Ein neues Konzept sorgt in der Notaufnahme des DINZ für optimierte Handlungsabläufe, um auch bei einem hohen Patientenandrang allen gerecht zu werden. Patienten in einem lebensbedrohlichen Zustand werden sofort behandelt. Für alle übrigen wird ein System benutzt, mit dem computergestützt die medizinische Dringlichkeit ermittelt wird – nach dem Manchester-Triage-System. Das Besondere: Das System arbeitet auf der Grundlage von Symptomen und gibt bei der Einschätzung bestimmte Fragen vor.

Effektives Zeitmanagement

Aus den Ergebnissen resultiert eine Dringlichkeitsstufe und damit eine genau festgelegte maximale Wartezeit bis zum ersten Kontakt zwischen Arzt und Patient. Ein weiterer Vorteil: Die Wartezeit wird genutzt, um notwendige Untersuchungen vorzunehmen. Die interdisziplinäre Notaufnahme im DINZ vereinfacht damit für Patienten, Ärzte und Rettungsdienste manchen Weg und bildet so einen wichtigen Baustein für ein „Klinikum der kurzen Wege“. Durch die räumliche Nähe der beteiligten Kliniken im DINZ sind Spezialisten internistischer, neurologischer sowie radiologischer Disziplinen und auch die benachbarte Chirurgische Rettungsstelle in kürzester Zeit verfügbar. Anika Böhme

Vielseitiger Ambulanzbereich

Zehn Spezialsprechstunden decken das komplette Behandlungsspektrum ab.

Zur Klinik für Urologie gehört auch ein vielseitiger Ambulanzbereich: Dort werden insgesamt zehn Spezialsprechstunden angeboten, die das komplette Spektrum der Urologie abdecken. Schwerpunkte sind dabei die Urologische Onkologie, zu der auch die Zweitmeinungs- und die Studiensprechstunde gehören, die Behandlung benignen, also gutartiger Prostatavergrößerungen, die Inkontinenzbehandlung beider Geschlechter, die Neuro-Urologie, die Kinderurologie, die Steinsprechstunde, die Andrologie und die Transplantationsprechstunde. In der Regel müssen die Patienten von den niedergelassenen Ärzten zu den Spezialsprechstunden der Urologischen Ambulanz überwiesen werden. Die dortigen Fachärzte arbeiten eng mit Frauen- und Kinderärzten, aber auch mit Allgemeinmedizinern zusammen.

„Der Besuch der Klinikambulanz ist in vielen Fällen die Vorstufe zu einer Operation“, so Professor Manfred Wirth. „Mit speziellen Untersuchungen und einer umfassenden Beratung unterstützen wir die Patienten bei der Wahl der Therapie.“ Den Ärzten stehen modernste Geräte für Diagnostik und Behandlung zur Verfügung – so zum Beispiel eines zur videogestützten Kontrolle der Blasenentleerung (Videourodynamik).

Hierbei wird die Blase von Inkontinenzpatienten mit einer kontrastmittelhaltigen Flüssigkeit gefüllt und danach deren Entleerung unter Röntgenstrahlung gefilmt. Damit können die Urologen das Zusammenspiel der Blasenmuskulatur mit dem Schließmuskel beobachten. 52

Kontakt:

Klinik und Poliklinik für Urologie, Direktor Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Wirth
Telefon 0351 4582447
E-Mail urologie@uniklinikum-dresden.de

Erfolge auf sensiblem Feld

Die Klinik für Urologie arbeitet mit modernsten Geräten und zertifizierten Verfahren.

Über Prostataleiden, Nierensteine und Inkontinenz sprechen Betroffene hierzulande nur ungern. „Unser Fach ist sehr sensibel“, sagt Professor Manfred Wirth, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum. „Deshalb steht es trotz hoher Fallzahlen und prominenter Patienten selten im Blickpunkt der Öffentlichkeit.“

Mit 4 634 Patienten im Jahr 2010 ist die Urologie des Uniklinikums die größte in Deutschland. Und spätestens seit dem Einzug ins DINZ gehört sie auch zu den modernsten Einrichtungen ihrer Art. „Der OP-Bereich ist exzellent ausgestattet mit der absolut neuesten Technik“, so Professor Wirth. „Alle Räume liegen auf einer Ebene, Anästhesie und Überwachung funktionieren optimal. Nach größeren Operationen können alle Patienten auf einer eigenen Intensivstation betreut werden.“ Zudem gibt es mehr Betten als früher und deutlich komfortablere reine Zwei-Bett-Zimmer. Die räumliche Nähe von Klinik und Poliklinik hat den Vorteil, dass bei schwierigen Fällen schnell ein Spezialist gerufen werden kann.

Besonders gefragt ist die Klinik bei bösartigen Tumoren an Prostata, Nieren, Blase, Hoden und im Bereich der Harnwege. Jährlich kommen rund 1 500 Patienten mit Neuerkrankungen, darunter sehr schwere Fälle mit schlechten Genesungsprognosen. Umso mehr freuen sich Manfred Wirth und seine Kollegen, wenn sie ein „kleines Wunder“ vollbringen und einen solchen Patienten retten können. „Ich erinnere mich gut an einen damals 22-jährigen jungen Mann“, berichtet der Professor. „Er war bereits voroperiert, seine Heilungschance lag bei höchstens fünf Prozent. Nachdem wir den Tumor komplett entfernt hatten, erholte er sich gut und hat heute trotz Chemotherapie sieben Kinder.“

Zu möglichen Nachbehandlungsmethoden hatte Manfred Wirth sei-



Klinikdirektor Professor Manfred Wirth am Bett eines Patienten

Foto: Amac Garbe

nerzeit weltweit Informationen eingeholt – der entscheidende Hinweis für die erfolgreiche Therapie kam schließlich aus Houston.

An zweiter Stelle in puncto Patientenzahl stehen die gutartigen Prostataleiden, bei denen heute oft kein „Schneiden“ mehr nötig ist, sondern minimal-invasiv operiert wird. Zu den üblichen Verfahren gehört das endoskopische Entfernen des überschüssigen Gewebes über die Harnröhre mittels einer stromdurchflossenen Schlinge oder mithilfe des sogenannten Greenlight-Lasers, der das wuchernde Gewebe verdampft. Eine große Rolle spielen zudem die Steinerkrankungen. „Wir haben selbst Geräte zu ihrer Behandlung entwickelt“, sagt Professor Wirth. „Sie werden heute weltweit verkauft.“ Der hier vorhandene modernste Steinertrümmerer erlaubt, Steine in Niere oder Harnleiter berührungsfrei zu behandeln. Ist dies nicht möglich, können die Steine

durch Mini-Eingriffe entfernt werden. Technik auf dem neuesten Stand der Wissenschaft kommt ebenso bei der Untersuchung von Inkontinenz-Patienten zum Einsatz. Damit kann beispielsweise der Blaseninhalt nicht nur gemessen, sondern auch die Muskelaktion beobachtet werden.

Besonders stolz ist der Direktor auf den seit sechs Jahren vorhandenen Da-Vinci-OP-Roboter und darauf, dass alle in seiner Klinik angewandten Verfahren nach DIN und ISO zertifiziert sind. „Jeder Schritt ist genau festgelegt und wird außerdem dokumentiert und kontrolliert, damit sich die Prozesse ständig verbessern.“ Zwar sei der Aufwand sehr hoch, doch er zahle sich auf jeden Fall aus. So hat die Klinik für Urologie die bundesweit niedrigste Sterblichkeitsrate nach großen Operationen. Der „Focus“ kürte Professor Wirth kürzlich zum „Top-Mediziner 2012 Onkologie“.

Birgit Hilbig

Vorsprung durch neue Medikamente

Um Patienten helfen zu können, arbeiten die Spezialisten eng zusammen.

Professor Reichmann, womit befasst sich die Neurologie im Wesentlichen?

Die Neurologie kümmert sich um die Krankheiten des Gehirns, des Rückenmarks, der peripheren Nerven und Muskeln. Dabei handelt es sich in erster Linie um Entzündungen, Tumore oder degenerative Erkrankungen. Wir im Uniklinikum behandeln vor allem Muskelentzündungen, Gefäßerkrankungen, wie sie bei einer Hirnblutung auftreten, Hirntumore, Anfallsleiden wie Epilepsie, aber auch Kopfschmerzen oder degenerative Erkrankungen wie Demenz, Parkinson oder Alzheimer.

Behandeln Sie auch Multiple-Sklerose-Patienten?

Ja, die Multiple Sklerose ist eine Entzündung des Gehirns und Rückenmarks. Hier gibt es zwei Möglichkeiten in der Behandlung. Die eine Gruppe der Patienten wird durch die Unterdrückung der Immunabwehr vollständig geheilt. Die andere muss ein Leben lang Medikamente, sogenannte Immunsuppressiva, einnehmen.

Das heißt, Sie können noch nicht alle Patienten heilen?

Ja, aber gerade bei der Multiplen Sklerose machen wir große Fortschritte. Durch die Immunsuppressiva gelingt es uns, die Krankheit aufzuhalten. Diese Möglichkeit haben wir erst seit zwei Jahren. Deshalb sind wir auch in puncto Studien sehr aktiv. Im Uniklinikum haben wir die besondere Situation, Medikamente zur Anwendung zu bringen, die der niedergelassene Neurologe erst in vier oder fünf Jahren erhält. Es ist für uns deshalb ein großer Erfolg, wenn wir den Zustand des Patienten deutlich verbessern können.



Professor Heinz Reichmann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie Foto: Amac Garbe

Welche Verfahren tragen noch dazu bei, den Gesundheitszustand der Patienten zu verbessern?

Aufgrund der unterschiedlichen Diagnosen kommen verschiedene Therapieformen in Betracht. Schlaganfall-Patienten helfen wir, indem wir verstopfte Blutgefäße durch Medikamente oder operative Eingriffe wieder frei machen. Die entzündlichen Erkrankungen wie Borreliose oder Meningitis können wir mit Antibiotika therapieren.

Sie haben auch spezielle Epilepsie- und Parkinsonstationen?

Das ist richtig. Patienten mit Parkinson können wir durch Pumpen kontinuierlich mit Medikamenten versorgen. Mit der tiefen Hirnstimulation bieten wir eine weitere spezielle Therapie an. Durch diesen neurochirurgischen Eingriff werden krankheitsbedingte Fehlfunktionen korrigiert. Auf der Epilepsie-Station behandeln wir Patienten so lange wie möglich medi-

kamentös. Darüber hinaus lassen sich über kleine Löcher in der Schädeldecke Messelektroden ins Gehirn verschieben, um den Ursprung der Epilepsie zu finden. Dadurch können die Neurochirurgen noch gezielter operieren. Beide Verfahren sind in Sachsen derzeit einzigartig.

Das Zusammenwirken vieler Spezialisten ist also von entscheidender Bedeutung?

Ja, das ist der Vorteil in einer großen Klinik. Da unser Fachgebiet sehr vielfältig ist, arbeiten wir immer mit einem Schlaganfall-, Epilepsie-, Parkinson- oder Demenzspezialisten zusammen. Wir bieten dem Patienten damit nicht nur überdurchschnittlich viele Informationen, sondern erstellen auch einen Behandlungs- und Sozialplan, damit er so schnell wie möglich wieder auf die Beine kommt. Und natürlich binden wir auch die Angehörigen intensiv mit ein.

Was ist für Sie als Neurologe die größte Herausforderung?

Die größte Herausforderung besteht darin, in der Forschung noch weiter voranzukommen. Ein Ziel ist es, nicht nur eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten, sondern Krankheitsbilder noch effektiver behandeln zu können. Ein weiteres wichtiges Ziel ist es, Krankheiten, die heute noch als unheilbar gelten, tatsächlich zu stoppen – durch verbesserte Medikamente oder durch chirurgische Eingriffe. Denn natürlich sind auch die Momente, in denen sich Patienten für die geleistete Arbeit bei uns bedanken, eine schöne Geste der Bestätigung.

Gespräch: Anika Böhme

Kontakt:

Klinik und Poliklinik für Neurologie
Direktor
Prof. Dr. med. Heinz Reichmann
Telefon 0351 4583565
E-Mail
kontakt@neuro.med.tu-dresden.de

Universitätsklinikum erobert Spitzenplatz

Neben der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Klinikum der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität gehört das Dresdner Universitätsklinikum zu den Top Drei unter den deutschen Krankenhäusern. Für den Qualitätsvergleich der Kliniken sammelte das Nachrichtenmagazin „Focus“ über sechs Monate hinweg

Einzelangaben zur Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Grundlage für die Auswertung waren unter anderem Angaben aus den Qualitätsberichten der Kliniken selbst, die Befragung von insgesamt 18 000 niedergelassenen Ärzten und die Qualifikationen des medizinischen Personals.

Externe Experten als Kontrollinstanz

Als eines der Gründungsmitglieder der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) setzt das Dresdner Universitätsklinikum auf ein aktives Qualitätsmanagement. Ziel ist es, die eigenen Stärken zu erkennen, aber auch vorhandenes Verbesserungspotenzial in der Medizin sichtbar zu machen. Hierzu ist es wichtig, sich mit den Qualitätsdaten anderer Kliniken zu

vergleichen. Um eine objektive Auswertung der Daten zu garantieren, erhalten auch ausgewiesene medizinische Fachexperten aus anderen Krankenhäusern Einsicht in die Klinikdaten. Die Ergebnisse der Initiative Qualitätsmedizin sind ab sofort auf der Homepage unter www.uniklinikum-dresden.de/iqm abrufbar.

„Ein Glücksmoment für alle“

Eine Membranlunge auf der internistischen Intensivstation rettet Leben.

Der Kamenzer Ingo Heide hat am eigenen Leib erfahren, dass eine schwere, durch Bakterien verursachte Blutvergiftung einen Menschen in kürzester Zeit in Lebensgefahr bringt. Helfen können in dieser Situation nur noch Spezialisten einer Intensivstation (ITS), wie sie im zweiten Stock des Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrums am Dresdner Uniklinikum zu finden ist.

Sein Leben verdankt der heute 42-Jährige dem Team um Oberarzt Dr. Matthias Weise. In der von ihm geleiteten ITS werden nicht nur schwerste Infektionen bekämpft, sondern auch lebensbedrohliche Lungenentzündungen oder -embolien, Nieren- und Lebersversagen, Blutungen im Magen-Darm-Bereich bis hin zu Komplikationen nach Transplantationen. Hierfür ist auf der Zwölf-Betten-Station rund um die Uhr ein erfahrenes Team für die Patienten da, zu dem sieben Ärztinnen und Ärzte sowie 35 Schwestern und Pfleger gehören.

Tabletten wirkten nicht

Die Leidensgeschichte von Ingo Heide begann am 7. Oktober 2010: „Ich spürte Grippesymptome, verbunden mit Husten, Schnupfen und Übelkeit.“ Der Heizungsmonteur hatte sich bereits fünf Tage mit den Krankheitsanzeichen zur Arbeit geschleppt. Nach seiner Rückkehr von der Montage erreichte er am Freitag keinen Arzt mehr, der am Montag aufgesuchte vermutete Grippe. Doch schon die Tabletten, die sich Ingo Heide zwischenzeitlich besorgt hatte, zeigten keine Wirkung. Freunde rieten zum Besuch eines weiteren Arztes: „Er sah gleich, dass etwas mit mir nicht stimmte, und überwies mich sofort ins Krankenhaus Kamenz.“

Nur an die Ankunft dort kann sich der 42-Jährige noch erinnern: dass man ihn



Ingo (links) und Helmut Heide mit Lebensretter Oberarzt Dr. Matthias Weise Foto: Amac Garbe

in einen Rollstuhl setzte und eine Röntgenaufnahme von seiner Lunge machte. „Von da an weiß ich nichts mehr“, so Ingo Heide.

Später erzählt Vater Helmut seinem Sohn, dass die Ärzte ihn ins Koma gelegt und in die internistische Intensivstation des Uniklinikums Dresden verlegt haben, aufgrund des Verdachts der Legionärskrankheit. „Wir können nur hoffen, dass Ihr Sohn es übersteht“, ließ man den Ernst der Lage beim Abschied durchblicken. „Noch heute bin ich den Ärzten im Krankenhaus Kamenz dankbar,

dass sie die Schwere dieser Erkrankung erkannt und meinen Sohn nach Dresden überwiesen haben“, so Helmut Heide.

„Das war mein Glück“, betont Ingo Heide. Der Verdacht, dass Legionellen seine Lunge befallen und die Bakterien zu einer schweren Entzündung geführt hatten, bestätigte sich in Dresden. „Drei Viertel der Lunge waren schwer geschädigt“, erklärt Dr. Matthias Weise, Oberarzt der Intensivstation. Obwohl der Patient bereits in Kamenz mit einer Maschine beatmet und mit Antibiotikum behandelt worden war, hatte sich sein Zustand weiter verschlimmert. „Der Patient konnte das Kohlendioxid nicht mehr ausreichend abatmen. Er wäre wahr-

scheinlich gestorben“, so Matthias Weise.

Doch der erfahrene Internist und sein Team gewannen den Wettlauf mit dem Tod. Mittels eines extrapulmonalen Verfahrens (Membranventilator) bestand die Chance, diese kritische Situation zu beherrschen. Deshalb musste dieser Membranventilator sofort zum Einsatz kommen. „Bei diesem Verfahren wird das Kohlendioxid aus dem Blut des Patienten über eine Membran außerhalb des Körpers entfernt“, erklärt der Oberarzt.

Dazu wird das Gerät mit einem Katheter an die Arterie in der Leiste des Patienten und an eine Vene angeschlossen. Durch den Blutdruck in der Arterie fließt das Blut dann über Membranen und im Anschluss zurück in die Vene beziehungsweise in den Organismus. Dabei wird das Kohlendioxid mittels Diffusion entfernt. „So ist es möglich, die gesunden Lungenabschnitte sehr schonend zu beatmen und damit ihre Funktion zu erhalten“, sagt Weise.

Ingo Heide wurde wieder gesund. Nach zwei Wochen holten ihn die Ärzte aus dem Koma. „Ich hatte 20 Kilo abgenommen und war so kraftlos, dass ich noch nicht mal die Tasse halten konnte“, erzählt der Gerettete. Inzwischen spannen unter seinem T-Shirt erneut die Muskeln. Und seine Lunge funktioniert wieder bestens, auch beim Radfahren.

Ingo Heide war einer der Ersten, die durch den Einsatz dieses Membranventilators in der internistischen ITS des Uni-Klinikums gerettet werden konnten. Dem nun etablierten extrapulmonalen Verfahren verdanken inzwischen weitere zwölf Patienten ihr Leben. „Das ist ein Glücksmoment für alle und verdeutlicht, dass eine funktionierende ‚Rettenkette‘ einschließlich entsprechender Medizintechnik in bedrohlichen Situationen von lebenserhaltender Bedeutung ist“, so Oberarzt Matthias Weise.

Brigitte Holland

Kontakt:

Internistische Intensivmedizin
Bereichsleiter
OA Dr. med. Matthias Weise
Telefon 0351 4583694
E-Mail Matthias.Weise@uniklinikum-dresden.de

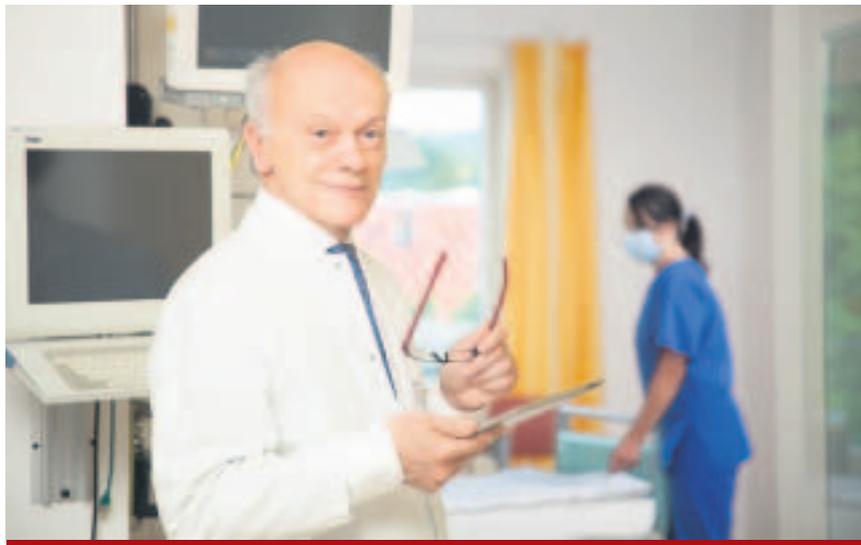
Station für sichere Chemotherapie

Optimale Therapie auch für Ältere und Patienten mit Vorerkrankungen

In der fächerübergreifenden Therapie von Krebserkrankungen spielt die medikamentöse Behandlung eine wichtige Rolle. Dank moderner Krebsmedikamente und besserer Möglichkeiten, die Nebenwirkungen zu lindern, erfolgt dieser Teil der Behandlung heute weitestgehend ambulant.

Die Onkologische Tagesklinik der Medizinischen Klinik I ist in den umfassend modernisierten Altbauflügel des Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrum (DINZ) umgezogen. Hier bietet sie ein ansprechendes Umfeld für die oft mehrstündigen Infusionen der Chemotherapie und Behandlung mit Antikörpern.

Doch nicht alle Patienten der von Prof. Gerhard Ehninger und Prof. Martin Bornhäuser geleiteten Medizinischen Klinik I können die Chemotherapie in der Tagesklinik bekommen. „Aus Altersgründen oder aufgrund zusätzlicher Erkrankungen – etwa des Herz-Kreislaufsystems oder des Stoffwechsels – müssen bestimmte Patienten während der Therapie besonders intensiv versorgt werden“, erklärt Prof. Ehninger. „Wir kümmern uns verstärkt um diese Menschen, aber auch um Patienten, die einer komplexen fächerübergreifenden Krebstherapie bedür-



Professor Gerhard Ehninger auf einer Station der Medizinischen Klinik I Foto: UKD/Christoph Reichelt

fen.“ Für sie bietet das DINZ ein optimales Umfeld. Prof. Ehninger leitet seit 1994 die Medizinische Klinik I des Dresdner Uniklinikums. Die Schwerpunkte des Arztes und Wissenschaftlers sind die Gastroenterologie, Hämatologie, Onkologie, Pneumologie und Infektiologie. Der Internist ist Gründungsgesellschafter der DKMS Deutsche Knochenmarkspender-Datei und begleitet diese sehr erfolgreiche Einrichtung auch heute noch aktiv.

Zudem ist Prof. Ehninger Gründungsmitglied des

Universitäts KrebsCentrums, das er als Geschäftsführender Direktor leitet. Diese Einrichtung erhielt von der Deutschen Krebshilfe den Titel „Onkologisches Spitzenzentrum“, den bundesweit nur elf Einrichtungen tragen. Sie stehen für eine Krankenversorgung, die neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zeitnah in die Therapie überträgt. Prof. Ehningers herausragende Stellung als Arzt und Wissenschaftler schlägt sich auch in der Ausgabe November/Dezember 2012 des Magazins „Focus Gesundheit“ nieder, die ihn als „Top Mediziner Onkologie“ ausgezeichnet hat.

Kontakt:

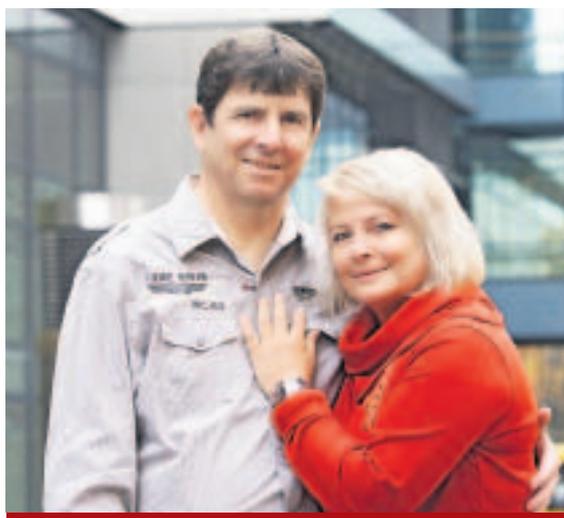
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Direktor Prof. Dr. med. Gerhard Ehninger
Gerhard.Ehninger@uniklinikum-dresden.de
www.uniklinikum-dresden.de, www.mk1dd.de

„Ich würde wieder so entscheiden!“

Neues Verfahren ermöglicht Nierentransplantation trotz Blutgruppenunverträglichkeit

Der 15. April 2010 war für Simone Bär und Tilo Pietsch ein ganz besonderer Tag. An jenem Donnerstag schenkte die 43-jährige Dresdnerin ihrem Lebenspartner eine ihrer Nieren. Prof. Christian Hugo von der Medizinischen Klinik III ist als Nephrologe auf Nierenerkrankungen und Nierentransplantationen spezialisiert: „Die Zahl der Menschen, die eine neue Niere brauchen, ist in Deutschland viermal so hoch wie das Angebot an Spenderorganen. Oft warten Nierenkranke bis zu sieben Jahre auf die Transplantation. Für viele ist das zu lang.“ Dazu kommt, dass bis vor wenigen Jahren die Blutgruppe des Spenders zu der des Empfängers passen musste.

Bei einer sogenannten Blutgruppenunverträglichkeit, in der Fachsprache auch AB-Null-Inkompatibilität genannt, bildet der Organismus Antikörper und stößt die neue Niere ab. Dank einer neuen Desensibilisierungstherapie ist das heute kein Problem mehr. Am Dresdner Uniklinikum erhält der Organempfänger einen Monat vor der OP ein Medikament gegen die Nachbildung von Antikörpern und eine Woche vor der OP eine sogenannte Immunad-



Tilo Pietsch führt wieder ein normales Leben. Foto: Amac Garbe

sorption. In diesem einer Dialyse vergleichbaren Verfahren werden dem Blut die Antikörper entzogen, die eine Abwehrreaktion gegen die Blut- und Nierenzellen des Spenders bewirken. Insgesamt fanden im vergangenen Jahr 67 Nierentransplantationen statt, 21 der verpflanzten Organe waren von Lebendspenden naher Angehöriger.

Auch Tilo Pietsch leidet an Nierenversagen und war seit 2008 von der Dialyse abhängig. Gesundheitlich ging es ihm sehr schlecht. Als Simone Bär erfuhr,

dass am Dresdner Uniklinikum Transplantationen auch bei einer Blutgruppenunverträglichkeit erfolgreich vorgenommen werden, stand ihr Entschluss fest: „Ich wollte ihm eine meiner Nieren spenden, damit es ihm wieder besser geht.“

Die anschließend durch das Transplantationsteam der von Prof. Manfred Wirth geleiteten Klinik für Urologie vorgenommene OP verläuft erfolgreich. Noch auf dem OP-Tisch nimmt die Niere der Spenderin im Körper des Empfängers ihre Arbeit auf. Es dauert aber noch ein paar Monate, bis sich Simone Bär wieder genauso fit und gesund fühlt wie vor dem Eingriff. Heute hat sie keine Einschränkungen in ihrem gewohnten Alltag. Für sie steht fest: „Ich würde mich immer wieder so entscheiden!“

Tilo Pietsch hat durch das Geschenk seiner Partnerin viel Lebensqualität zurückgewonnen. Die Zeit der Dialyse gehört der Vergangenheit an, und auch sein positives Lebensgefühl ist zurückgekehrt. Die Medikamente, die er einnehmen muss, damit sein Körper die neue Niere nicht abstößt, nimmt er gern. Ein kleiner Preis für ein freieres Leben. Anika Böhme

Kontakt:

Medizinische Klinik und Poliklinik III, Bereich Nephrologie, Prof. Dr. med. Christian Hugo
E-Mail christian.hugo@uniklinikum-dresden.de
www.mk3.uniklinikum-dresden.de

Wellen und Strahlen

In der Radiologie werden Diagnosen mit modernsten bildgebenden Verfahren gestellt.

Herr Professor Laniado, lässt sich Ihr Fachgebiet – die Radiologie – in wenigen Worten beschreiben?

Die Radiologie ist ein unverzichtbarer klinischer Dienstleister. Mit den verschiedenen bildgebenden Verfahren werden Verdachtsdiagnosen bestätigt oder ausgeschlossen und das Ausmaß vieler Erkrankungen dokumentiert.

Welche Verfahren werden angewendet?

Zu Beginn bediente man sich ausschließlich der Röntgentechnik. Dann kamen die Mammographie, also die Untersuchung der weiblichen Brust, die Sonographie und die (Röntgen-)Computertomographie (CT) hinzu. Aber auch die Magnetresonanztomographie (MRT), bei der unter Ausnutzung magnetischer Felder und deren Wirkung auf menschliches Gewebe Bilder erstellt werden, und die Angiographie, die Darstellung der Gefäße, gehören dazu.

Wann kommt die Radiologie zum Einsatz?

Patienten werden uns von den Fachabteilungen des Klinikums oder niedergelassenen Fachärzten überwiesen, um beispielsweise Verdachtsdiagnosen zu überprüfen. Eine typische Situation: Über die Notaufnahme wird ein Patient mit dem Verdacht auf eine Lungenarterienembolie aufgenommen. Um diesen Verdacht zu bestätigen oder zu entkräften, führen wir eine CT durch.

Was passiert nach der Untersuchung?

Zunächst muss die Untersuchung ausgewertet werden, was abhängig von der Komplexität des Falles unterschiedlich viel Zeit in Anspruch nimmt. Dann wird der Befund geschrieben und im persönlichen Kontakt mit dem zuweisenden Arzt besprochen. Es ist ein großer Vorteil, dass sich am Universitätsklinikum alle Spezialisten an einem Ort befinden. So entscheiden wir gemeinsam. Da wir ein sehr gutes Daten-Netzwerk haben, ist bereits wenige Minuten nach Abschluss der Untersuchung das gesamte Bildmaterial von jedem an der Behandlung beteiligten Arzt abrufbar.

Sind es bestimmte Patientengruppen, die von der Radiologie besonders profitieren?

Ja, das sind zum Beispiel Patienten mit akuten und schwerwiegenden Erkrankungen. So erhalten Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall sofort eine CT des Schädels, nach einem Sturz dagegen ein Röntgenbild. Bei heftigen Beschwerden im rechten Oberbauch und dem Verdacht auf Gallenblasenentzündung wird eine Sonographie durchgeführt.

Was sind die häufigsten Diagnosen?

DIE Diagnose gibt es bei uns nicht. Denn die Patienten werden uns von nahezu allen Fachdisziplinen zugewiesen. Dennoch gibt es häufige Diagnosen: Krebserkrankungen wie Brust-, Darm-, Lun-



Professor Michael Laniado an einem der Arbeitsplätze zur Auswertung der bildgebenden Verfahren

Foto: Amac Garbe

gen- oder Lymphdrüsenkrebs, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Darmverschluss, Rheuma, Arthrose. In der Gefäßmedizin ist eine häufige Diagnose die Durchblutungsstörung der Beine, bei der der interventionelle Radiologe die Gefäße durch einen Ballonkatheter oder Metallstent wieder öffnen kann. Hier am Uniklinikum sehen wir Radiologen das gesamte Spektrum der Notfallmedizin, einschließlich der Erstversorgung von Schwerverletzten. Bei der modernen Polytraumaversorgung von Patienten, die mit dem Rettungswagen oder Hubschrauber in die Klinik kommen, ist die sofortige Durchführung eines Ganzkörper-Spiral-CTs mittlerweile Standard.

Was ist das Besondere dieser Geräte?

Während der Patient durch den CT gefahren wird, erstellt die Röntgenröhre mehrere Hundert Schnittbilder, die genau aufzeigen, welche Verletzungen oder Organveränderungen vorliegen. Wir verfügen über zwei Geräte der neuesten Generation, sogenannte 128-Zeilen-CTs, wovon einer im Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrum steht. Das ist etwas Besonderes, denn Patienten werden innerhalb von wenigen Sekunden von Kopf bis Fuß untersucht.

Gibt es noch weitere Neuentwicklungen?

Ja, zum Beispiel bei der Darstellung der Gefäße, wo früher das Kontrastmittel immer über einen Katheter in die Blutbahn gespritzt wurde. Dieselbe Aussage über den Verlauf und die Beschaffenheit der Gefäße ist dank CT und MRT heute ohne Katheter möglich. Ein grundlegender Wandel vollzieht sich auch bei der Archivierung: Seit 2003 haben wir im Uniklinikum nach und nach unsere analogen Rönt-

engeräte durch digitale ersetzt. Die Bilder, einschließlich der Voruntersuchungen, sind jetzt sofort sichtbar – und das an jedem Ort des Klinikums.

Bei den bildgebenden Verfahren durchdringen Röntgenstrahlen oder elektromagnetische Wellen den Körper. Wie gefährlich sind diese für den Patienten?

Natürlich ist jedes Röntgenbild mit einer Strahlenexposition verbunden. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, dass es durch die niedrige Dosis zu einer Schädigung der Zellen kommt, sehr gering. Deutlich höher ist die Strahlenexposition bei der CT, weshalb die Indikation immer genau überprüft wird. Bei der MRT wurden bisher keine Schäden am Erbgut oder an der Zelle nachgewiesen.

Was sind für Sie als Radiologe die besonderen Momente?

Hier im Klinikum arbeiten wir interdisziplinär mit allen Fachbereichen zusammen. Das heißt, wenn wir morgens eine Diagnose stellen, wissen wir 24 Stunden später, ob unsere Diagnose richtig war. Das ist für die Rückkopplung und die Bestätigung der eigenen Arbeit extrem wichtig. Und natürlich profitieren wir von der enormen technologischen Entwicklung. Damit werden auch wir immer schneller.

Gespräch: Anika Böhme

Kontakt:

Poliklinik für Radiologische Diagnostik
Direktor Prof. Dr. med. Michael Laniado
Telefon 0351 4582259
E-Mail radiologie@uniklinikum-dresden.de

Schnelle Hilfe bei Schlaganfall

Eine neue Spezialstation gewährleistet die interdisziplinäre Behandlung rund um die Uhr.

Ganze 17 Schritte sind es vom Eingang bis zum Schockraum, dem Herzstück der Notfallaufnahme im neuen Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrum (DINZ). Kurze Distanzen können Leben retten. Doch was vor allem zählt, sind erfahrene Ärzte, die in wenigen Minuten im Raum mit modernster Medizintechnik an der Seite des Patienten sind. Das Besondere an der Notaufnahme im Erdgeschoss des DINZ ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachbereiche. Zum Vorteil des Patienten, beispielsweise bei einem Schlaganfall.

Jede Minute zählt fürs Gehirn

„Bei Verdacht auf einen Schlaganfall leitet der Neurologe sofort alle notwendigen Untersuchungen ein. Innerhalb von zehn Minuten wird Blut abgenommen und ein EKG aufgezeichnet. Innerhalb von 30 Minuten wird im Computertomographen ein Bild vom Gehirn des Patienten gemacht. Und innerhalb von 45 Minuten die Therapie eingeleitet“, erklärt Dr. Ulf Bodechtel. Denn bei einem Schlaganfall zählt jede Minute, um die Schädigungen der Nervenzellen so gering wie möglich zu halten. Dr. Bodechtel ist Oberarzt der „Stroke Unit“, der Spezialstation für Schlaganfallpatienten innerhalb der Klinik und Poliklinik für Neurologie. Vorbei die Zeiten, als die Neurologie noch auf drei Standorte im Uniklinikum verteilt war, im DINZ liegen ihre Abteilungen dicht zusammen – nur durch Stockwerke getrennt.

„Die Lähmung einer Körperseite, Sprachstörungen, ein hängender Mundwinkel oder akute Sehstörungen können Symptome eines Schlaganfalls sein. Dann sollte man sofort zum Telefon greifen und die 112 wählen“, so Dr. Ulf Bodechtel. Der Rettungsdienst wiederum informiere die Notaufnahme, sodass bei der Ankunft des Patienten schon alles vorbereitet sei, beispielsweise der Computertomograph frei ist, um sich ein Bild von dem zu machen, was im Kopf des Patienten gerade passiert ist. Die Art der Akutbehandlung hängt davon ab, ob ein verstopft oder geplatzt Gefäß im Gehirn die Ursache des Schlaganfalls ist. Nach der schnellen Differenzierung entscheidet sich, ob beispielsweise der Neurochirurg gerufen werden muss oder ob sich das Gerinnsel medikamentös auflösen lässt. „Die Lyse, bei der ein Blutgerinnsel auflösendes Medikament in die Vene gespritzt wird, setzt schon in der Notaufnahme ein“, erklärt er.

Die „Stroke Unit“

In der „Stroke Unit“ im zweiten Geschoss des DINZ wird der Patient dann weiterbehandelt. Die neue Schlaganfallstation mit derzeit 16 Betten nimmt rund um die Uhr Patienten auf. Ein Team von Spezialisten – Ärzten, Schwestern, Physio- und Ergotherapeuten und Logopäden – betreut sie in funktional



Oberarzt Dr. Ulf Bodechtel, Leiter der neuen Schlaganfallstation „Stroke Unit“
Foto: Amac Garbe

eingerrichteten Zweibettzimmern. Monitore an verschiedenen Stellen auf der Station und damit immer im Blickfeld des geschulten Personals zeichnen die Herz-Kreislauf-Parameter der Patienten auf, um bei Abweichungen von der Norm schnell reagieren zu können. Die Behandlung, die beim Schluck-Screening beginnt und mit der stündlichen Umlagerung der Kranken noch lange nicht beendet ist, basiert auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. „Noch auf der Schlaganfallstation beginnen wir mit der Rehabilitation“, so Oberarzt Dr. Bodechtel. Das heißt, die zum Team gehörenden Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden kommen ins Spiel, um gegen die Lähmungen und Sprachstörungen der Patienten mit ersten gezielten Übungen vorzugehen.

Interdisziplinäre Akutversorgung, Diagnose und Therapie sowie Rehabilitation in ein- und derselben Klinik stehen hinter dem englischen Begriff „Stroke Unit“, was einfach nur „Schlaganfalleinheit“ heißt, aber einen neuen Ansatz meint. Durchschnittlich liegen die Patienten neun Tage auf der Schlaganfallstation des Uniklinikums, länger als die bisher üblichen 2,7 Tage, bevor sich der Aufenthalt in einer Reha-Klinik anschließt. „Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass das Konzept von Monitoring und hochspezialisiertem Team die Sterblichkeit und Pflegebedürftigkeit der Patienten deutlich verringert“, so Dr. Ulf Bodechtel. Doch jeder Mensch kann selbst etwas tun, um sein Schlaganfallrisiko zu verringern, indem er beispielsweise das Rauchen einstellt, sich mit reichlich Obst und Gemüse gesund ernährt und sich so viel wie möglich bewegt. Mehr als 17 Schritte am Tag sollten es schon sein. B.Holland

Mit einem Test können Laien einen Hirnschlag schnell erkennen.

Auch medizinisch nicht geschulte Menschen können einen Schlaganfall relativ sicher erkennen: Sie müssen nur beurteilen, ob ein Patient normal lächeln, beide Arme heben und halten sowie einen einfachen Satz verständlich formulieren kann. In Amerika hat sich für diesen Schnelltest zum besseren Einprägen die Eselsbrücke F-A-S-T (englisch: schnell) eingebürgert. Ausgeschrieben steht sie für Face – Arms – Speech – Time. Und so funktioniert der Test:

- ▶ Bitten Sie die Person zu lächeln. Bei einer Lähmung wird das Gesicht einseitig verzogen.
- ▶ Bitten Sie die Person, gleichzeitig beide Arme nach vorne zu heben, die Handflächen nach oben. Bei einer Lähmung kann ein Arm nicht gehoben werden beziehungsweise er sinkt wieder oder dreht sich, vor allem bei geschlossenen Augen, ab.
- ▶ Bitten Sie die Person, einen einfachen Satz nachzusprechen, zum Beispiel: „Ich benötige keine Hilfe.“ Bei einer Lähmung kann der Satz nicht korrekt wiederholt werden, und die Sprache klingt „verwaschen“.

Mit diesem Schnelltest werden die wesentlichen Schlüsselsymptome für einen Schlaganfall abgefragt. Somit besteht die Möglichkeit, den Betroffenen schneller ins Krankenhaus zu bringen, und die Chancen steigen, dass bleibende Schäden gemildert oder verhindert werden können.

Symptome eines Schlaganfalls

- ▶ **Lähmungen:** Man kann plötzlich einen Arm oder ein Bein nicht mehr heben, ein Mundwinkel hängt.
- ▶ **Sprachstörungen:** Man spricht undeutlich oder falsch.
- ▶ **Sehstörungen:** Man sieht plötzlich Doppelbilder.
- ▶ **Gefühlsstörungen:** Gefühllosigkeit oder Taubheitsgefühl an Arm, Bein oder Gesicht
- ▶ Gleichgewichtsstörungen
- ▶ heftiger Kopfschmerz

Kontakt:

Schlaganfallstation („Stroke Unit“) in der Klinik für Neurologie
Oberarzt Dr. med. Ulf Bodechtel
Telefon 0351 4584791
Ulf.Bodechtel@uniklinikum-dresden.de

Rheuma-Ambulanz

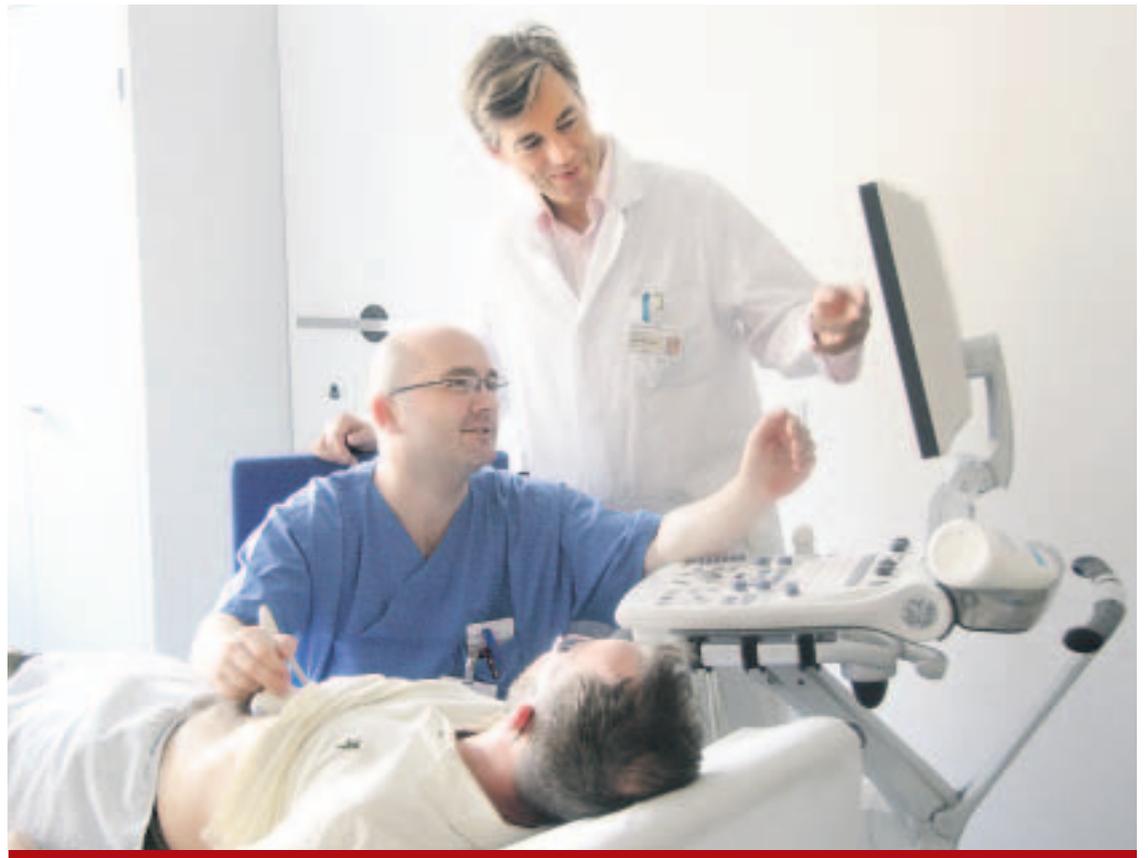
Hier werden Patienten mit Verdacht auf entzündliche Gelenkerkrankungen oder systemische Autoimmunerkrankungen untersucht und bei Bedarf auch längerfristig in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen weiter betreut. Zu den „systemischen“ Autoimmunerkrankungen gehören die drei Krankheitsgruppen Kollagenosen, Systemvaskulitiden (Auto-immun-Gefäßentzündungen) und Arteritiden (Autoimmunerkrankungen großer Arterien). Die erste Untersuchung in der Rheuma-Ambulanz erfolgt nach einer Zuweisung durch den Hausarzt, Rheumatologen, Internisten oder Orthopäden sowie durch eine andere Ambulanz des Universitätsklinikums. In den Bereich Rheumatologie fallen neben den entzündlichen Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen alle Erkrankungen, bei denen verschiedene Organsysteme durch eine fehlerhafte Überreaktion der Körperabwehr (Immunsystem) betroffen sind.

Nephrologische Ambulanz

Dies ist die Anlaufstelle für Menschen mit Nierenkrankheiten – nach Zuweisung durch den Hausarzt, Nephrologen oder Internisten. Die Niere ist im Herz-Kreislauf-System für die Ausscheidung von Stoffwechselabbauprodukten zuständig. Bei Nierenversagen ist der Patient nicht überlebensfähig, da sich die Stoffwechselabbauprodukte im Körper anhäufen und den Organismus schädigen bzw. vergiften (Harnvergiftung, Urämie). Eine Harnvergiftung äußert sich bei dem Betroffenen mit Erbrechen, Hautjucken, Blässe, Ermüdbarkeit, Abgeschlagenheit, Atemnot, Knöchelschwellungen, Kopfschmerz und Bluthochdruck. Eine Nierenerkrankung kann plötzlich entstehen und muss dann schnell behandelt werden. Allerdings ist ein langsam schleichender Verlauf über einige Monate oder Jahre wesentlich häufiger und schlechter zu erkennen und zu behandeln, da die frühe Phase des beginnenden Nierenfunktionsverlustes aufgrund mangelnder Beschwerden leicht übersehen wird. Insbesondere Patienten mit Diabetes und/oder Bluthochdruck, ältere Patienten und Raucher sind gefährdet, nierenkrank zu werden.

Endokrinologische Ambulanz

Das Ärzte- und Pflegeteam der endokrinologischen Ambulanz kümmert sich um die Erkennung und Behandlung von Hormon- und Stoffwechselerkrankungen. Gängige Krankheitsbilder, mit denen Patientinnen und Patienten diese Ambulanz nach Zuweisung durch den Hausarzt oder Internisten aufsuchen, sind die Volkskrankheiten Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus/metabolisches Syndrom sowie die Osteoporose. Außerdem werden Störungen der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse), der Nebennieren, des Kalziumstoffwechsels und Sexualfunktionsstörungen behandelt. Auch Wachstumsstörungen oder ein unerfüllter Kinderwunsch können Folge von Hormonstörungen sein. Innerhalb des Universitätsklinikums und durch Zusammenarbeit mit externen Partnern erhalten Patienten moderne Diagnostik (Röntgen, Computertomographie, Kernspintomographie, DXA-Messung der Knochendichte, Szintigraphie) und eine leistungsfähige Labordiagnostik (Hormonbestimmungen, Funktionstests, Tumor- und Knochenstoffwechselmarker).



Professor Stefan R. Bornstein begleitet die Untersuchung eines Diabetes-Patienten.

Foto: CRTD/Katrin Boes

Diabetes individuell behandeln

Wissenschaftler und Ärzte der Medizinischen Klinik III arbeiten an Therapien der Zukunft.

Im Fokus der Medizinischen Klinik und Poliklinik III am Universitätsklinikum Dresden steht neben Hormon- und Stoffwechselstörungen, Nieren-, Gefäß- und Rheumaerkrankungen die Behandlung und Erforschung der Volkskrankheit Diabetes. „Um dem drastischen Anstieg von Diabetes entgegenzuwirken, bietet die Medizinische Klinik und Poliklinik III Betroffenen individuelle Behandlungsstrategien“, so Klinikdirektor Professor Stefan R. Bornstein.

Geleistet wird dieser medizinische Service von mehr als 200 Mitarbeitern im ärztlichen, pflegerischen, technischen und administrativen Dienst. Hinzu kommen über 50 in der Forschung tätige Mitarbeiter. Diese Fachkompetenz nutzen jährlich rund 30 000 Patientinnen und Patienten.

Führendes Zentrum

Das Dresdner Uniklinikum gehört in der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie seiner Folgekrankheiten – wie des diabetischen Fußsyndroms, von Gefäßerkrankungen und Nierenversagen – zu den führenden Zentren Europas. So ging 2008 das Dresdner Inselzelltransplantations-Programm an den Start. Die Transplantation stellt für Menschen mit Typ-1-Diabetes, die trotz

medikamentöser Behandlung an starken Schwankungen ihres Zuckerhaushalts leiden, eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität dar. Dabei werden insulinproduzierende Zellen aus einem Spenderorgan (Bauchspeicheldrüse) entnommen, aufbereitet und anschließend dem Empfänger in die Leber gespritzt. Die Zellen siedeln sich in der Leber an und nehmen nach kurzer Zeit die Insulinproduktion auf. Das Dresdner Uniklinikum ist zurzeit bundesweit das einzige aktive Zentrum, das diese Behandlung anbietet.

Auch in der Diabetes-Prävention ist das Uniklinikum Dresden zukunftsweisend. So verfügt die Medizinische Klinik und Poliklinik III über den europaweit ersten Lehrstuhl zur Prävention und Versorgung des Diabetes und bietet Menschen mit erhöhtem Diabetes-Risiko spezielle Programme und Behandlungen zur gezielten Früherkennung und einer möglichen Vermeidung der Krankheit.

„Wir folgen der Vision, in Dresden Entwicklungen voranzutreiben, die weltweit einmalig sind“, so Professor Bornstein. So wird gerade ein von einem israelischen Unternehmen entwickelter Bio-Reaktor erforscht, der die Form einer kleinen Dose hat und mit Inselzellen befüllt ist. Dieser Bio-Reaktor soll zukünftig im Körper von Typ-1-Diabetikern die Insulinproduktion übernehmen.

Kontakt:

Medizinische Klinik und Poliklinik III
Direktor Prof. Dr. med. Stefan R. Bornstein
Telefon 0351 4585955
E-Mail
Stefan.Bornstein@uniklinikum-dresden.de

Alles in einer Hand

Vor, während und nach einem Eingriff: Die Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie betreut Patienten umfassend.

Frau Professor Koch, was sind die Kernaufgaben Ihrer Klinik?

Die Klinik beschäftigt sich mit der Patientenversorgung vor, während und nach einer Operation und umfasst die Schwerpunkte Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie.

Was bedeutet der Begriff Anästhesie, und welche Formen gibt es?

Anästhesie heißt Empfindungslosigkeit, Schmerzlosigkeit und bei der Allgemeinanästhesie auch Bewusstlosigkeit. Deshalb wird hier zwischen der Allgemeinanästhesie und der Regionalanästhesie unterschieden. Letztere bietet die Möglichkeit, gezielt die Schmerzen einzelner Körperteile auszuschalten, ohne den Patienten in ein künstliches Koma zu versetzen.

Wann wird die Anästhesie eingesetzt?

Für die meisten Operationen wird eine Anästhesie benötigt. Bei allen größeren Eingriffen kommt die Allgemeinanästhesie zur Anwendung, während bei Eingriffen an den Extremitäten oder beim Kaiserschnitt auch eine Regionalanästhesie ausreicht. Für Eingriffe in der unteren Körperhälfte bis zum Bauchnabel arbeiten wir mit rückenmarksnahen Nervenblockaden, wie zum Beispiel der Spinalanästhesie. Dabei wird das Anästhetikum in das Nervenwasser der Lendenwirbelsäule eingespritzt. Das hat den Vorteil, dass der Patient nicht künstlich beatmet werden muss.

Gibt es Patienten, für die eine Anästhesie nicht infrage kommt?

In der Regel nicht. Dank der hervorragenden gerätetechnischen Ausstattung und unserer erfahrenen Ärzte bekommen wir häufig Hochrisiko-Patienten aus anderen Kliniken überwiesen. Wesentlich für die Patientensicherheit ist die umfassende

„Die Arbeit erfordert ein hohes Maß an Aufmerksamkeit, denn der Patient legt sein Leben in unsere Hände.“



Professorin Thea Koch, Direktorin der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Foto: Amac Garbe

de Erhebung der Krankengeschichte, verbunden mit einer körperlichen Untersuchung und gegebenenfalls apparativer Diagnostik vor der Anästhesie, um das bestmögliche Anästhesieverfahren für den Patienten auszuwählen. Danach richten sich die Auswahl der Medikamente und die erforderliche Überwachung. So ist es möglich, auch Hochrisiko-Patienten sicher durch die OP zu führen.

Wann werden kombinierte Anästhesieverfahren angewendet?

Um bei den Hochrisiko-Patienten die Nebenwirkungen der einzelnen Anästhesieverfahren möglichst klein zu halten, werden sie kombiniert. Zum Beispiel wird eine Allgemeinanästhe-

sie mit einer Peridural-Anästhesie kombiniert, da sich über letztere der Schmerz regional ausschalten lässt. Dadurch werden weniger Narkosemittel gebraucht, was sich wiederum positiv auf den Kreislauf und die Gehirnfunktion des Patienten auswirkt.

Auch nach der Operation wird der Patient von Ihnen weiter betreut.

Richtig. Wir verstehen unter der Anästhesiologie nicht nur die reine Anästhesie während der OP, sondern sind auch zuständig für die postoperative Überwachung auf der Intensivstation und die Schmerztherapie. Das betrifft nicht nur die Therapie der Wundschmerzen nach der OP, sondern auch chronische Schmerzen.

Was ist eine Intensivtherapie?

Es handelt sich um eine sehr aufwendige Weiterbehandlung, die nicht auf

den Normalstationen erfolgen kann. Hier werden die Patienten versorgt, die nach der OP Kreislaufunterstützung brauchen, beatmet werden oder deren Nierenfunktion beeinträchtigt ist. Hinzu kommen Patienten, die nach Hirnblutungen oder Hirntumoren längere Zeit im künstlichen Koma liegen und von der Beatmung entwöhnt werden müssen sowie Patienten mit entzündlichen Erkrankungen (Sepsis).

Da ist es sicherlich ein großer Vorteil, dass Sie auch für die Schmerztherapie zuständig sind?

Ja, denn durch die enge Verzahnung der Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie bleibt alles in einer Hand. Wir haben extra einen ärztlichen Schmerzdienst eingerichtet, der rund um die Uhr im Einsatz ist und die Patienten mit speziellen Schmerztherapieverfahren auf den Stationen versorgt. Dazu gehören die Schmerzkatheter zur Nervenblockade bzw. die intravenösen Schmerzpumpen, die es dem Patienten erlauben, die Medikamente selbst zu steuern, wenn er Schmerzen hat.

Welche Anwendungen tragen zur Verbesserung der Therapien bei?

Kürzer wirkende und besser steuerbare Anästhetika sowie ultraschallgestützte Regionalanästhesieverfahren erhöhen die Patientensicherheit. In der Intensivmedizin setzen wir ein in unserer Klinik entwickeltes und patentiertes neues lungenschonendes Beatmungsverfahren ein. Es orientiert sich an der natürlichen Atmung des Menschen und wird seit Kurzem von den Beatmungsgeräteherstellern in die Beatmungsgeräte integriert. Hier sind wir auf diesem Gebiet Vorreiter. Darüber hinaus kommen auch sogenannte extrakorporale Verfahren bei schwerer Lungenschädigung zum Einsatz. Hierbei wird das Blut außerhalb des Körpers mit Sauerstoff angereichert und das Kohlendioxid entfernt. Dieses Lungenersatzverfahren ermöglicht die Überbrückung bis zur Erholung der Organfunktion und verbessert die Heilungschancen für den Patienten.

Gespräch: Anika Böhme

Kontakt:

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
Direktorin Prof. Dr. med. Thea Koch
Telefon 0351 4584110
E-Mail anae.sekretariat@uniklinikum-dresden.de

Patientenservice von A bis Z

Als Krankenhaus der Maximalversorgung deckt das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus das gesamte Spektrum der modernen Medizin ab. Das Krankenhaus vereint 21 Fachkliniken, acht interdisziplinäre Zentren und drei Institute, die eng mit den klinischen und theoretischen Instituten der Medizinischen Fakultät zusammenarbeiten.

Um den Aufenthalt im Klinikum so angenehm wie möglich zu machen, hält das Uniklinikum eine große Zahl von Serviceleistungen für Patienten, Besucher und Angehörige bereit:

- ▶ Baby-Wickelräume für Gäste
- ▶ Behindertentoiletten für Gäste
- ▶ Besuchsdienst „Grüne Damen“
- ▶ Bistros, Cafeterien
- ▶ Bushaltestellen auf dem Gelände
- ▶ Dolmetscherdienst
- ▶ Fernsehen und Telefon am Bett
- ▶ Ideen- und Beschwerdemanagement
- ▶ Klinische Ethikberatung
- ▶ Ökumenisches Seelsorgezentrum
- ▶ Patienteninformationsmappe
- ▶ klinikeigene Parkplätze
- ▶ Küchenhotline
- ▶ Spielplätze
- ▶ unabhängiger Patientenführsprecher
- ▶ Friseur, Maniküre, Pediküre (externer Service)
- ▶ Geldautomat
- ▶ Gepäcktransport (externer Service)
- ▶ Presseservice am Bett / Presseshop

Kontakt:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 4580
E-Mail info@uniklinikum-dresden.de
Internet www.uniklinikum-dresden.de

Kunst am Bau

Drei Künstler setzen ästhetische und inhaltliche Akzente.

Im Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrum sorgen neben rund 1000 Ärzten, Schwestern und Servicemitarbeitern auch drei Künstler dafür, dass sich in dem hochmodernen Gebäude Patienten, Gäste und Mitarbeiter so wohl wie möglich fühlen.

Die in Berlin lebende Künstlerin Eva Wilde schuf für den Neubau ein Ensemble von 32 Motiven, die jeweils zwei Mal inner- und außerhalb der Treppenhäuser des Neubaus (Haus 27) hängen. Dieses „räumliche Memory“ greift nicht nur Bildwelten aus dem Alltag des Krankenhauses und der medizinischen Forschung sowie Motive aus der Medizingeschichte auf, sondern bietet dem Betrachter die Möglichkeit, seine eigene Gedächtnisleistung auf die Probe zu stellen.

Assoziationen wecken

Auch die Arbeit von Prof. Dr. Judith Siegmund – sie lehrt an der Universität der Künste Berlin – beschäftigt sich intensiv mit dem alltäglichen Geschehen in einem Krankenhaus. Die im Treppenhäuser befindliche Schriftinstallation verwendet einzelne – insgesamt mehr als 300 – Worte, die aus Gesprächen stammen, welche die Künstlerin mit Klinikumsmitarbeitern geführt hat. An diesen Orten, die viele Menschen täglich passieren, ohne dort zu verweilen, möchte Prof. Siegmund Assoziationen auslösen – zum eigenen Tun, aber auch zu Menschen und Situationen, die der Betrachter gerade verlassen hat oder zu



Das „räumliche Memory“

Foto: Uniklinikum

denen er gerade geht. Im Kontrast dazu stehen die Arbeiten des Stuttgarter Künstlers Nikolaus Koliusis, den das Farbenspiel der Elbauen und des Flusses selbst inspiriert hat. Seine Installationen fangen das durch die Fenster des Treppenhauses fallende Licht ein, um es zu wandeln und auf bestimmte Punkte zu lenken Anika Böhme

Generationswechsel am Uniklinikum

Neu berufene Klinikdirektoren sorgen für einen Ausbau der fachlichen Spitzenposition.

Mit Prof. Jürgen Weitz wechselte im September dieses Jahres ein ausgewiesener Transplantations- und Krebspezialist ans Dresdner Uniklinikum. Weitz lei-



tet als neuer Direktor die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie. Der vom Heidelberger Universitätsklinikum nach Dresden gewechselte Chirurg löst Professor Hans-Detlev Saeger ab, der die Klinik und das Behandlungsspektrum in knapp 20 Jahren aufgebaut hat.

Frau Prof. Pauline Wimberger wurde als zweite Frau in Deutschland auf einen Lehrstuhl für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berufen. Die Gynäkologin übernahm



die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Ziel, das Behandlungsspektrum weiter auszubauen. Im Mittelpunkt steht dabei die Behandlung von Krebserkrankungen. Als erfahrene Operateurin und Wissenschaftlerin ergänzt sie die hohe onkologische Kompetenz des Uniklinikums.

Mit Professor Stefan Beisert wechselte ein weiterer Arzt und Wissenschaftler ans Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, der für eine enge Ver-



knüpfung von Krankenversorgung und Forschung steht. Der bisher am Universitätsklinikum Münster tätige Hautkrebsspezialist leitet seit dem 1. März 2012 die Klinik und Poliklinik für Dermatologie. Beiserts Spezialgebiete sind entzündliche Erkrankungen der Haut und die Dermaonkologie.

Einen Stabwechsel gab es auch an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin: Der Pädiater und Infektiologe Prof. Reinhard Berner aus Freiburg löste



Anfang des Jahres Klinikdirektor Professor Manfred Gahr ab. Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte des neuen Klinikdirektors bilden die allgemeine Kinder- und Jugendmedizin und hier insbesondere Infektionskrankheiten sowie rheumatologische Krankheitsbilder.

Anika Böhme