

> transparent <

Städtisches Klinikum Dresden aktuell für medizinische Partner

Foto: mag. ffc

> editorial <



D. Köcher, P. Vitzthum und Prof. Dr. S. Schellong

Liebe Kolleginnen und Kollegen, mit der Umsetzung der Krankenhausreform, den Auswirkungen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes und der bevorstehenden Zuweisung der Leistungsgruppen im Rahmen der sächsischen Krankenhausplanung stehen wichtige Entscheidungen für die stationäre Versorgung an. Wir gehen davon aus, dass sich das Leistungsspektrum unseres Klinikums nicht wesentlich verändern wird. Wir bleiben für Sie und Ihre Patienten ein verlässlicher Partner.

Aktuell wird in der Landeshauptstadt über die Phasen 2 und 3 unseres Zukunftskonzeptes 2035 beraten. Und wir haben Grund zur Freude: Der Freistaat Sachsen unterstützt den Umbau von Haus P am Standort Friedrichstadt – einem Schlüsselbau für dieses Konzept – mit rund 91 Millionen Euro. Das ist ein sichtbares Zeichen dafür, dass unser Zukunftskonzept 2035 Schritt für Schritt Realität wird. Für Ende 2026 bzw. das erste Quartal 2027 ist der Umzug der

6. Medizinischen Klinik und eines Teils der Akutversorgung der Praxisklinik Herz und Gefäße vom Weißen Hirsch nach Neustadt/Trachau geplant. Damit konzentrieren wir unsere Expertise stärker.

Herzlichen Dank für die vertrauensvolle und kollegiale Zusammenarbeit. Gerade in Zeiten großer Veränderungen ist die enge Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung entscheidend. Dieser partnerschaftliche Weg ist für unsere Patienten essenziell.

Ihr Prof. Dr. Sebastian Schellong
im Namen des Direktoriums des
Städtischen Klinikums Dresden
> Medizinischer Direktor
☎ 0351 480-1001

> inhalt <

2 Förderung Haus P/SPZ | Tausend Da-Vinci-Eingriffe ■ **3** 3D-Implantat ersetzt Sprungbein | Robotergestützt: Kniegelenk-OP ■ **4** Aktiv vor und nach der OP | Rückenschmerz mit Entzündungszeichen ■ **5** Lipoprotein(a) | Barostimulation | Personalia ■ **6** Therapie des Magenkarzinoms ■ **7** Neue Studie zur Suizidprävention | Osteoporose früh erkennen | Pflegeinnovationspreis ■ **8** HEART BEAT-Studie | Komfortstation

> wissen <

Medizin am Mittwoch

Jeden Mittwoch von 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr bietet unsere Onlinefortbildung interessante Themen aus allen medizinischen Fachbereichen. Diese Veranstaltungen sind bei der Sächsischen Landesärztekammer mit jeweils einem CME-Punkt zertifiziert.
> Mehr unter: www.klinikum-dresden.de/medizinammittwoch

Programmauszug

14. Oktober 2026, 14:00 Uhr
Häufige Dermatosen beim Hausarzt
Fanny Arnhold, Dermatologie

28. Oktober 2026, 14:00 Uhr
Kopfschmerz
Dr. Marcel Klaus, Neurologie

4. November 2026, 14:00 Uhr
Der OP-Roboter DaVinci im täglichen Einsatz
Dr. Richard Tom Haselhoff, Urologie

11. November 2026, 14:00 Uhr
Schwindeldiagnostik
Dr. Julius Peller, HNO

25. November 2026, 14:00 Uhr
Crystal Meth in Sachsen
CA Prof. Dr. Maximilian Pilhatsch, Psychiatrie

> medizin aktuell <

Erste Förderung für ein Krankenhaus aus dem Sachsenfonds

Der Freistaat Sachsen unterstützt das Transformationsvorhaben am Haus P/Standort Friedrichstadt mit insgesamt rund 91 Millionen Euro. Davon stammen rund 27 Millionen Euro aus dem Sachsenfonds und knapp 64 Millionen Euro aus dem Bundesanteil zum Krankenhaustransformationsfonds. Die Förderung muss noch einige formale Schritte durchlaufen.

Das Vorhaben »Haus P« ist Grundlage für die Umsetzung des Zukunftskonzeptes 2035, mit dem sich das Städtische Klinikum Dresden langfristig wirtschaftlich und zukunftsfähig ausrichtet: Die stationäre Versorgung somatischer Erkrankungen wird hierbei am Campus Friedrichstadt gebündelt und konzentriert. Der Campus Neustadt/Trachau entwickelt sich zu einem modernen Gesundheitsquartier. Der Campus Weißer Hirsch wird zum Schwerpunktstandort für Psychiatrie und Psychosomatik. Und am Campus Löbtau wird die etablierte geriatrische Rehabilitation fortgeführt und insbesondere ambulante und tagesklinische Angebote erweitert.

Gesundheitsministerin Petra Köpping: „Ich freue mich sehr, dass als erstes Projekt das Haus P vom Sachsenfonds profitiert. Das Städtische Klinikum Dresden verfolgt mit dem Zukunftskonzept 2035 eine stringente, standortübergreifende Strukturreform. Wir fördern die Weiterentwicklung und Transformation einer der größten medizinischen Versorger in Sachsen.“

Unser Ziel ist es, ein leistungsfähiger, berechenbarer und partnerschaftlicher Versorger für Dresden und die Region zu bleiben. Wir werden den politischen Entscheidungsprozess transparent begleiten und Sie regelmäßig informieren. Denn die Qualität der stationären Versorgung und die Stärke der ambulanten Medizin gehören untrennbar zusammen.

4,27 Millionen Euro für Ausbau der Frühförderung am Sozialpädiatrischen Zentrum

Ende Mai 2026 übergab die sächsische Sozialministerin Petra Köpping den Förderbescheid für das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) in Höhe von 4,27 Millionen Euro. Die Mittel für den Ausbau der heilpädagogischen

Frühförderung stammen aus der Förderrichtlinie »Investitionen Teilhabe«.

In einem Erweiterungsbau entstehen auf rund 400 Quadratmetern zusätzliche Therapie- und Diagnostikflächen. Geplant sind Räume für Physiotherapie, Heilpädagogik, Ergotherapie, Logopädie und Musiktherapie. Ein multifunktionaler Bewegungs- und Veranstaltungsraum soll Gruppenangebote, Elternkurse sowie Fortbildungen ermöglichen. Speziell ausgestattete Diagnostikräume schaffen bessere Bedingungen für Entwicklungsuntersuchungen. Parallel wird das Bestandsgebäude durch einen Aufzug vollständig barrierefrei erschlossen. Der Baubeginn ist für Herbst 2026 geplant.

> Sozialpädiatrisches Zentrum

Chefarzt: Dr. Christoph Kretzschmar

☎ 0351 480-3552

Tausend DaVinci-Eingriffe

Vor gut drei Jahren startete das städtische Klinikum mit der modernsten Generation computergestützter Operationstechnik. Seitdem haben die Kliniken für Allgemeinchirurgie, Urologie und Gynäkologie gemeinsam über 1 000 Eingriffe mit dem DaVinci-System durchgeführt. Das Verfahren ist längst im OP-Alltag angekommen. Die häufigste Operation ist die Resektion der Prostata, die wohl anspruchsvollste: die des Pankreaskopfes. Nur wenige Kliniken bieten letztere robotergestützt an.

Welche Methode zum Einsatz kommt, hängt vom Einzelfall ab – etwa von Voroperationen, der Anatomie und der Ausdehnung des Tumors. DaVinci ergänzt dabei die offene und klassische minimalinvasive Chirurgie. Vorteile vom Kollegen Roboter können kleinere Schnitte, weniger Blutverlust und eine schnellere Erholung sein. Besonders bei adipösen Patienten erleichtert die Technik den Zugang: „Die vergrößerte, dreidimensionale Sicht hilft uns, auch in tieferen oder schwer zugänglichen Bereichen präzise zu arbeiten“, sagt Prof. Dr. Sören Torge Mees, Chefarzt der Allgemeinchirurgie. Die Allgemeinchirurgie bietet inzwischen ein breites Spektrum robotisch unterstützter onkologischer Eingriffe für Speiseröhre, Magen, Pankreas, Leber und Darm an.

„Nach drei Jahren und über 1 000 Eingriffen lässt sich sagen, dass man deutlich nervenschonender operiert, so dass beispielsweise beim tiefen Rektum das Kontinenzergebnis besser ausfällt, aber auch die Urogenitalfunktion“, betont Prof. Mees.

In der Gynäkologie profitieren Patientinnen mit Endometriumkarzinom von einer deutlich kürzeren Rekonvaleszenz und spürbar geringeren Komplikationsraten. Zur Therapie des Gebärmutterhalskrebses mit dem DaVinci-System laufen aktuell Studien mit bisher sehr guten Ergebnissen. Im Klinikum stehen zwei Konsolen für den DaVinci zur Verfügung.



Das ermöglicht, dass zwei Operateure gleichzeitig fachübergreifend arbeiten können und ist auch für die Ausbildung hilfreich, weil Schritte direkt übernommen oder korrigiert werden können.

Es gibt bundesweit verlässliche Daten, dass die Ergebnisse robotergestützter onkologischer Eingriffe anderen Methoden in nichts nachstehen, im Gegenteil. Es wird erwartet, dass die Fachgesellschaften demnächst auch in den Leitlinien entsprechende Empfehlungen zum Einsatz computergestützter Systeme aufnehmen.

> **Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie**

Chefarzt: Prof. Dr. Sören Torge Mees

☎ 0351 480-1520

> **Klinik für Urologie**

Chefarzt: Dr. Fred Schuster

☎ 0351 480-1160

> **Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe**

Chefarzt: Dr. Markus Grebe/Katja Ander

☎ 0351 480-1189

3D-Implantat ersetzt verlorenes Sprungbein

Ingo M. und sein Motorrad kollidieren im Mai 2025 mit einem Traktor in Südbrandenburg – wenig später liegt er in Dresden auf dem OP-Tisch.

Neben mehreren Frakturen, insbesondere einer drittgradig offenen Verletzung am Bein, steht das Team vor einer seltenen Diagnose: Das Sprungbein (Talus) ist während des Unfalls ohne Bruchstellen in diesem Bereich vollständig verloren gegangen.

Nachdem der Patient stabilisiert ist, erfolgt die operative Erstversorgung. Die Wunde wird gereinigt, ein Fixateur externe angelegt und die Beinachse wiederhergestellt. Gefäße und Nerven sind glücklicherweise intakt.

In einem zweiten Eingriff wird der Bereich erneut gespült und ein antibiotikahaltiger handgeformter Platzhalter aus Knochenzement für das verlorene Sprungbein eingesetzt. Parallel hat das Team intensive Litteraturrecherche betrieben und ist auf nur zehn Fälle weltweit gestoßen, bei denen Verunfallte den Talus-Knochen aus dem Sprunggelenk verloren haben. Am Ende war das Gelenk zumeist versteift.

Aufgrund der Jugend des Patienten entscheidet sich das interdisziplinäre Team für einen in der Unfallchirurgie eher unüblichen



Ingo M. und Prof. Dr. Philip Gierer

Lösungsansatz: eine maßgefertigte Prothese aus dem 3D-Drucker. Mithilfe einer gespiegelten CT-Aufnahme des gesunden Fußes wird das fehlende Sprungbein digital rekonstruiert und aus Titan gedruckt. Es ist speziell beschichtet, damit es nicht, wie bei Titan typisch, in den Knochen einwächst, sondern die gelenkbildenden Flächen beweglich bleiben.

Im August 2025 wird der Zementplatzhalter entfernt und das Implantat eingesetzt. „Die Prothese ist nirgends verankert, sie hat sofort gegessen“, berichtet Prof. Dr. Philip Gierer, Chefarzt der Unfallchirurgie. Im Röntgenbild wirkt es, als wäre es nie anders gewesen. Postoperativ folgen mehrere Wochen Rehabilitation sowie eine antibiotische Therapie, um das Infektionsrisiko zu minimieren. Die gewählte Therapie hat eine gelenkerhaltende Versorgung möglich gemacht, auch wenn die Beweglichkeit vor allem aufgrund der Weichteilverletzungen noch eingeschränkt ist. Ein großer Erfolg, denn drittgradige offene Verletzungen haben auch heute noch ein circa 20-prozentiges Amputationsrisiko. Ingo M. kann wieder laufen und ist zurück in seinem Alltag als Signaltechniker.

> **Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie**

Chefarzt: Prof. Dr. Philip Gierer

☎ 0351 480-1301



Sprunggelenk aus Titan

Robotergestützt: Kniegelenk-OP

Neu im Klinikum ist »CORI®«, ein hochmodernes, robotergestütztes chirurgisches System, das speziell für Kniegelenkersatzoperationen entwickelt wurde. Es ermöglicht eine präzisere Implantatplatzierung und berücksichtigt dabei die individuelle Anatomie des Patienten. Im Gegensatz zu herkömmlichen Knieoperationen kommt CORI® ohne eine vorherige CT- oder MRT-Bildgebung aus – der Operateur kann intraoperativ das Kniegelenk exakt vermessen und darauf basierend das Implantat anpassen.

> **Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie**

Chefarzt: Prof. Dr. Torsten Kluba

☎ 0351 480-1561

Foto: Hunger

Fotos: Hunger/Unfallchirurgie

> medizin aktuell <



Zwei Wochen nach der OP wieder auf das Fahrrad ...

Aktiv vor und nach der OP = schneller zurück im Alltag

Wie schnell Patienten nach einer Hüftoperation wieder in den Alltag und zum Sport zurückkehren, hängt von weit mehr ab als vom operativen Eingriff selbst. Darauf weist Prof. Dr. Torsten Kluba, Chefarzt der Orthopädie, hin. Zwar sei die Hüfte nach der Operation grundsätzlich voll belastbar, doch was „voll belastbar“ bedeutet, unterscheide sich individuell erheblich – vom Treppensteigen bis zur Teilnahme an einem „Ironman“.

Entscheidend für den Rehabilitationserfolg sind nach seinen Erfahrungen Alter, Begleiterkrankungen, die körperliche Ausgangsverfassung und insbesondere die Motivation der Patienten. Menschen, die bereits vor dem Eingriff regelmäßig körperlich aktiv waren, erreichten häufig schneller wieder ein gutes funktionelles Ergebnis. Bewegung unterstütze den Erhalt der Muskulatur und fördere den Heilungsprozess. Gleichzeitig sollten Patienten Belastungen realistisch einschätzen und Schmerzen nicht ignorieren.

Besonders geeignet seien in der frühen Phase nach einer Hüftoperation gleichmäßige Bewegungsabläufe wie Radfahren oder Training auf dem Ergometer. Sie ermöglichen eine kontrollierte Belastung des Gelenks und fördern den schrittweisen Wiederaufbau der Leistungsfähigkeit. Weniger günstig sind dagegen zunächst Sportarten mit abrupten Start-Stopp-Bewegungen oder hohen Stoßbelastungen.

Ein Beispiel welches Potenzial in einer guten körperlichen Ausgangslage und hoher Eigenmotivation liegen kann, zeigt ein 61-jähriger Patient aus der Klinik: Bereits eine Woche nach der Operation saß er wieder auf dem Hometrainer, knapp zwei Wochen später fuhr er mit Freunden durch den Wald. Eine klassische Reha sagte er ab, dafür begleitete er ein Radteam beim Training in Spanien und fuhr dabei wenige Wochen nach der Operation 1 500 Kilometer aktiv mit.

Rückenschmerz mit Entzündungszeichen

Mehrfach sucht Andreas R. aufgrund stehender Schmerzen im Rücken Notaufnahmen in der Oberlausitz auf – zunächst ohne eindeutigen Befund. Erst als ein Verwandter, selbst Arzt, Blut abnimmt, werden die stark erhöhten Entzündungswerte bemerkt. Die Empfehlung lautet, umgehend ein spezialisiertes Krankenhaus aufzusuchen. Im Städtischen Klinikum Dresden zeigt die Diagnostik eine Spondylodiszitis und einen Abszess, der bereits auf das Rückenmark drückt. Die Blutwerte signalisieren eine beginnende Sepsis. „In solchen Fällen dürfen wir keine Zeit verlieren“, betont Oberarzt Dr. Andreas Weber, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Am nächsten Tag wird Herr R. operiert. Das entzündete Gewebe wird entfernt, der Eiter ausgespült, die Wirbel verschraubt, um die Stabilität wiederherzustellen und das Rückenmark zu entlasten.

Oft bleibt die Ursache für Spondylodiszitis unklar. Bakterien gelangen über kleine Eintrittspforten ins Blut – etwa Hautverletzungen, entzündete Zähne oder schlecht heilende Wunden – und setzen sich an geschwächten Stellen fest. Bei Andreas R. kamen gleich mehrere Risikofaktoren zusammen: Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht und Gicht – ein sogenanntes metabolisches Syndrom, das das Immunsystem schwächt.

Mit einer Inzidenz von etwa 12,5 Fällen pro 100 000 Einwohnern zählt die Spondylodiszitis zu den seltenen Erkrankungen. Gerade deshalb wird die Diagnose häufig verzögert gestellt. Deshalb gilt: Treten starke, persistierende Rückenschmerzen in Kombination mit erhöhten Entzündungsparametern, Fieber oder einer raschen Verschlechterung des Allgemeinzustands auf, sollte frühzeitig an eine infektiöse Ursache und eine mögliche Sepsis gedacht werden. Eine zeitnahe MRT-Diagnostik sowie die rasche Überweisung in ein spezialisiertes Zentrum können entscheidend dazu beitragen, neurologische Schäden, septische Verläufe und potenziell lebensbedrohliche Komplikationen zu verhindern.

> Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Chefarzt: Prof. Dr. Torsten Kluba

☎ 0351 480-1561

Lipoprotein(a): Der verborgene Risikofaktor für Herz und Gefäße

Nicht jedes Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall lässt sich durch den Lebensstil erklären. Manche sind genetisch bedingt – wie ein erhöhter Wert des Lipoprotein(a)s, kurz Lp(a).

Etwa jeder fünfte Deutsche hat erhöhte Werte, häufig ohne es zu wissen. Dabei kann ein erhöhter Lp(a)-Wert (größer 105 nmol/l) das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich steigern – selbst dann, wenn LDL-Cholesterin und die übrigen Blutfettwerte unauffällig sind.

Lp(a) ähnelt dem „schlechten“ LDL-Cholesterin, trägt aber ein zusätzliches Eiweiß, das Entzündungen, Gefäßverkalkungen und die Bildung von Blutgerinnseln begünstigen kann.

„Die moderne Labordiagnostik macht solche versteckten Risiken sichtbar. Da der Wert überwiegend erblich bedingt ist und im Laufe des Lebens weitgehend stabil

bleibt, wird von Fachgesellschaften eine einmalige Bestimmung im Erwachsenenalter empfohlen“, erklärt MUDr. Josef Raus, Labormediziner.

Der Lp(a)-Wert lässt sich durch herkömmliche Cholesterinsenker wie Statine kaum senken. Umso wichtiger ist es, andere Risikofaktoren konsequent zu minimieren: LDL-Cholesterin senken, Blutdruck und Blutzucker gut einstellen, nicht rauchen, sich ausgewogen ernähren und körperlich aktiv bleiben.

Neue Medikamente, die Lp(a) gezielt senken, befinden sich derzeit in fortgeschrittener klinischer Entwicklung und könnten für Betroffene bald eine neue Behandlungsoption darstellen.

> Institut für Klinische Chemie und Labormedizin

Chefarzt: Dr. Rayan Suliman
☎ 0351 480-3901

Clips für undichte Herzklappen

Luftnot, Brustschmerzen oder sogar Ohnmachtsanfälle können auf eine relevante Herzklappenerkrankung hinweisen. Unbehandelt kann sie die Lebenserwartung verkürzen und den Herzmuskel dauerhaft schädigen. Eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung sind deshalb besonders wichtig.

Die offene Herzoperation gilt weiterhin als etablierter Therapiestandard. Für ältere oder vorerkrankte Patienten kann ein solcher Eingriff jedoch mit einer erheblichen Belastung und einem erhöhten Risiko verbunden sein. Für ausgewählte Patienten bietet die kathetergestützte Reparatur der Mitral- oder Trikuspidalklappe heute eine schonende Alternative.

Voraussetzung ist eine sorgfältige Diagnostik. Eine wichtige Rolle spielt dabei die transösophageale Echokardiografie (TEE), die eine besonders präzise Beurteilung der Anatomie und Funktion der Herzklappen ermöglicht.

„Gemeinsam mit den herzchirurgischen Kollegen entscheidet unser interdisziplinäres Team, welche Therapie für den jeweiligen Patienten die bestmögliche ist“, erläutert Dr. Hilmar Martin, Oberarzt der Kardiologie.

Bei der minimalinvasiven Behandlung wird ein Katheter über die Leistenvene bis zum Herzen vorgeschoben. Dort werden kleine Clips an der undichten Herzklappe eingesetzt. Sie stabilisieren die Klappensegel und reduzieren den Rückfluss des Blutes.

Dadurch können Beschwerden wie Luftnot deutlich gelindert und die Belastbarkeit verbessert werden. Besonders für ältere Pa-

tienten bietet das schonendere Verfahren eine wichtige Therapieoption – mit geringerer Belastung als eine offene Herzoperation und der Chance auf mehr Lebensqualität.

> 2. Medizinische Klinik

Chefarzt: Prof. Dr. Frank Heinzel
☎ 0351 480-1467

Dr. Stefanie Schmetsdorf Chefärztin der Geriatrie

Seit April leitet Dr. Stefanie Schmetsdorf die Akutgeriatrie am Standort Neustadt/Trachau sowie die Geriatriische Rehabilitationsklinik in Löbtau. Die Verbindung beider Bereiche empfindet sie als besondere Chance: „Akutbehandlung und Rehabilitation gehören für ältere Patienten eng zusammen. Genau hier liegt großes Entwicklungspotenzial.“



Dr. Stefanie Schmetsdorf

Die Fachärztin für Neurologie verfügt über die Zusatzweiterbildung in Geriatrie, Palliativmedizin und Notfallmedizin. Nach Studium und Promotion im Bereich der Alzheimer-Forschung absolvierte sie ihre Facharztausbildung am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM), zuletzt arbeitet sie als leitende Oberärztin am Krankenhaus Weilburg.

Sie fasziniert die Ganzheitlichkeit in der Geriatrie – dass man nicht nur eine Diagnose, sondern immer den ganzen Menschen betrachtet. Im städtischen Klinikum möchte Dr. Schmetsdorf die Zusammenarbeit mit regionalen Kliniken und niedergelassenen Praxen intensivieren und perspektivisch neue Angebote entwickeln wie den Ausbau der geriatrischen Tagesklinik.

> Geriatriische Rehabilitationsklinik

Chefärztin: Dr. Stefanie Schmetsdorf
☎ 0351 856-2712



> fachlich <

Therapie des Magenkarzinoms

Das Städtische Klinikum Dresden gehört zu den sieben Kliniken in Deutschland, die für alle fünf wesentlichen viszeralmedizinischen Krebserkrankungen (Ösophagus, Magen, Leber, Pankreas, Darm) von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert sind. Es bietet als einziges nicht-universitäres Klinikum diese umfassende Behandlungsqualität.



Foto: magnific

Im Magenkrebszentrum behandelt ein spezialisiertes Team die Patienten mit allen modernen Verfahren, leitliniengerecht, aber immer passend zum jeweiligen Patientenfall und -wunsch.

Trotz sinkender Inzidenz bleibt das Magenkarzinom prognostisch ungünstig: In Deutschland erkranken jährlich etwa 17 000 Menschen, überwiegend im höheren Lebensalter. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei rund 34 bis 37 Prozent. Bei etwa 40 Prozent der Betroffenen wird die Erkrankung bereits im metastasierten Stadium diagnostiziert.

Aktueller Behandlungsstandard (S3-Leitlinie)

Das therapeutische Management richtet sich nach TNM-Stadium und molekularen Biomarkern. Die umfassend aktualisierte S3-Leitlinie Magenkarzinom definiert folgende Standards:

Kurativer Ansatz

Frühstadien (cT1 cN0) können primär im kurativen Ansatz operiert werden.

Ab Stadium cT2 oder cN+:

- **Perioperative Systemtherapie:** Standard für lokal fortgeschrittene, resektable Tumoren ist die perioperative Systemtherapie nach dem **FLOT-Schema** (5-FU, Leucovorin, Oxaliplatin, Docetaxel). Eine zusätzliche präoperative Strahlentherapie bringt laut TOPGEAR-Studie keinen Überlebensvorteil gegenüber FLOT allein. Studiendaten nach dem sog. Matterhon-Protokoll mit einer Kombination von FLOT mit Durvalumab zeigen deutliche Vorteile für die Patienten. Die Therapie ist von den Krankenkassen akzeptiert und als neuer Behandlungsstandard definiert.

- **Erweiterung durch Immuntherapie:** Bei dMMR/MSI-H-Tumoren zeigt die perioperative Systemtherapie oft ein schlechteres Ansprechen. Hier rücken primäre Immuncheckpoint-Inhibitoren (ICI) in den Fokus. Erste Daten zur perioperativen Kombination von FLOT mit PD-1-/PD-L1-Inhibitoren wie Durvalumab

oder Pembrolizumab fließen zunehmend in die klinische Praxis ein. Bei MSI-Tumoren sind Behandlungen ohne Systemtherapie mit alleiniger Immuntherapie zu erwägen.

Palliativer Ansatz/Metastasierte Erkrankung

Vor Therapiebeginn ist eine obligate molekularpathologische Testung erforderlich:

1. **HER2:** Bei HER2-Positivität erfolgt die Erstlinientherapie mit Chemotherapie plus **Trastuzumab** und **Pembrolizumab** (KEYNOTE-811-Studie).
2. **PD-L1-Expression (CPS):** Bei HER2-negativen Tumoren und CPS ≥ 5 ist Chemotherapie (z. B. FOLFOX) plus **Nivolumab** etabliert (CheckMate-649).
3. **CLDN18.2:** Bei hoher Expression ($\geq 75\%$) und HER2-Negativität bietet die Kombination der Erstlinien-Chemotherapie mit **Zolbetuximab** signifikante Überlebensvorteile (SPOTLIGHT/GLOW-Studie).

Operation und strukturelle Qualitätssicherung

Die chirurgische Resektion bleibt das Fundament der kurativen Therapie. Am städ-

tischen Klinikum operieren wir möglichst minimal-invasiv, robotisch (DaVinci) oder laparoskopisch. Patientenwunsch und individuelle Gegebenheiten wie Voroperationen oder Multiviszeralresektionen, bestimmen das optimale Verfahren.

Die perioperative Mortalität nach Magenresektion/Gastrektomie korreliert mit der Fallzahl. In Kliniken mit niedriger Operationsfrequenz liegt sie bei komplexen Eingriffen teilweise bei über 10 Prozent während sie in High-Volume-Zentren signifikant niedriger ist. Der G-BA hat daher eine verbindliche Mindestmenge von Magenkrebs-Operationen pro Jahr beschlossen. Oberhalb dieser Schwelle ist das Risiko postoperativer Sterblichkeit rund 38 Prozent geringer.

Zukunftsoptionen und Fazit

Die Therapie des Magenkarzinoms entwickelt sich zunehmend zur biomarkergesteuerten Präzisionsmedizin. Aktuelle Studien untersuchen die Integration neuer zielgerichteter und immunologischer Verfahren in frühere Therapielinien.

Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADCs) wie Trastuzumab-Deruxtecan werden über etablierte Einsatzgebiete hinaus erforscht. Auch neue molekulare Targets wie **FGFR2b** stehen im Fokus; Bemarituzumab zeigte bei entsprechenden Tumoren vielversprechende Signale.

Bei limitierter **Peritonealmetastasierung** werden innovative Konzepte wie neo-adjuvante intraperitoneale Chemotherapie (NIPS) und HIPEC untersucht, um eine lokale Kontrolle und gegebenenfalls sekundäre Resektion zu ermöglichen. Weitere Zukunftsperspektiven sind **mRNA-Tumorvakzine** und **CAR-T-Zell-Therapien**, etwa gegen CLDN18.2.

Fazit: Die Behandlung hat sich von einer primär chirurgisch-zytostatischen Strategie zur **biomarkergesteuerten Präzisionsmedizin** entwickelt. Vor jeder Therapieentscheidung sollten HER2, PD-L1-CPS, MSI/MMR und CLDN18.2 bestimmt werden. Chirurgische Eingriffe sollten aufgrund der nachgewiesenen Fallzahl-Ergebnis-Beziehung an zertifizierten Zentren mit entsprechender Expertise erfolgen.

> Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Chefarzt: Prof. Dr. Sören Torge Mees

☎ 0351 480-1520

Osteoporose – Abklärung ab dem 50. Lebensjahr

Das Tückische an Osteoporose: Aufgrund ihres oft langen beschwerdefreien Verlaufs wird die Erkrankung häufig erst spät erkannt. Selbst Wirbelkörper- oder Rippenfrakturen bleiben nicht selten unbemerkt. Nach wie vor gehört es zum klinischen Alltag, dass Patienten mit osteoporosebedingten Brüchen behandelt werden, ohne von ihrer Grunderkrankung zu wissen.

Der Dachverband Osteologie (DVO) empfiehlt deshalb eine Abklärung ab dem 50. Lebensjahr, wenn Risikofaktoren vorliegen – etwa Frakturen ohne größere Krafteinwirkung, bestimmte Vorerkrankungen oder die Einnahme von Kortisonpräparaten.

Nach einer osteoporosebedingten Fraktur ist das Risiko für weitere Brüche innerhalb der folgenden zwölf Monate deutlich erhöht. Daher sollte bei allen Frakturen ab dem 50. Lebensjahr, insbesondere ohne adäquates Sturzereignis, eine weiterführende Diagnostik erfolgen. Ab dem 70. Lebensjahr wird grundsätzlich eine Basisdiagnostik empfohlen.

Um gefährdete Patienten frühzeitig zu identifizieren und Folgeschäden zu vermeiden, wurde 2004 am Städtischen Klinikum Dresden das Osteoporosezentrum gegründet. Im Mittelpunkt steht dabei die enge Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche und Partner, um Diagnostik und Therapie schnell und zielgerichtet einzuleiten.

Im 22. Jahr hat sich die Spitze des Zentrums neu gefunden. Geleitet wird das Zent-

rum von Dr. Olaf Nestler, leitender Oberarzt der 1. Medizinischen Klinik, stellvertretend stehen ihm zur Seite: Christoph Böhme, Oberarzt der Unfallchirurgie und Dr. Andreas Kiel, Oberarzt der Orthopädie und Leiter des MVZs Orthopädie in Großröhrsdorf. „Eine Osteoporose ist mehr als nur ein brüchiger Knochen – und jeder Patient ist anders. Deshalb bedarf es einer individuellen und fachübergreifenden Versorgung“, sind sich die Drei einig.

> Osteoporosezentrum

Leiter: OA Dr. Olaf Nestler

☎ 0351 480-1400

PREVENTS: Neue Studie zur Suizidprävention startet in Dresden

Seit August 2026 beteiligt sich die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Standort Weißer Hirsch am Forschungsprojekt PREVENTS. Das vom Universitätsklinikum Jena koordinierte, multizentrische Projekt untersucht, wie die Versorgung von Menschen nach einem Suizidversuch sektorenübergreifend verbessert werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert das Vorhaben mit 1,3 Millionen Euro.

Im Fokus steht das RISE-Programm (Relapse Prevention Intervention after Suicidal Event) – eine suizidspezifische psychotherapeutische Kurzzeitintervention mit fünf bis sechs Sitzungen. Sie soll Krisenkompetenz stärken und gemeinsam mit den Betroffenen konkrete Strategien entwickeln, die beim Bewältigen zukünftiger Krisen helfen. Getestet wird, ob RISE im Vergleich zur Standardthe-

rapie das Risiko suizidalen Verhaltens verringert. 350 Patienten an sechs Standorten in fünf Bundesländern werden eingeschlossen. Zusätzlich werden Suizidgedanken, Symptomschwere, Lebensqualität und sowie die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen analysiert.

Der Bedarf ist groß: Nach einem Suizidversuch besteht insbesondere in den ersten Monaten ein deutlich erhöhtes Risiko für erneutes suizidales Verhalten. Bis zu 30 Prozent der Betroffenen unternehmen innerhalb eines Jahres einen weiteren Suizidversuch. Bei Erfolg könnten Suizidversuche – und damit hoffentlich auch Suizide – signifikant reduziert werden. Außerdem könnten strukturierte suizidspezifische Therapien und therapeutische Kontinuität in Leitlinien für die Behandlung nach Suizidversuchen einfließen.

> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt: Prof. Dr. Burkhard Jabs

☎ 0351 856- 6902

Informationen



Pflegeinnovationspreis für Konzept zur Geburtsnachbesprechung

Beim 5. Lausitzer Pflegekongress wurde Hebamme Fanni Wuschik für ihr Konzept zur Geburtsnachbesprechung mit dem 1. Platz des Pflegeinnovationsawards ausgezeichnet.

Das Konzept greift ein Thema auf, das in der Geburtshilfe zunehmend an Bedeutung gewinnt: die psychische Verarbeitung von Geburtserfahrungen. Studien zufolge erleben 20 bis 30 Prozent der Frauen eine Geburt als traumatisch. Die strukturierte Nachbesprechung kann helfen, belastende Erfahrungen einzuordnen, offene Fragen zu klären und psychischen Folgen vorzubeugen.

In einem geschützten Rahmen werden Geburtsverläufe reflektiert und medizinische Hintergründe erläutert. Im Jahr 2025 nutzten bereits rund 100 Frauen die Möglichkeit zur Nachbesprechung.

> Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Chefarzt: Dr. Udo Nitschke

☎ 0351 856-2402

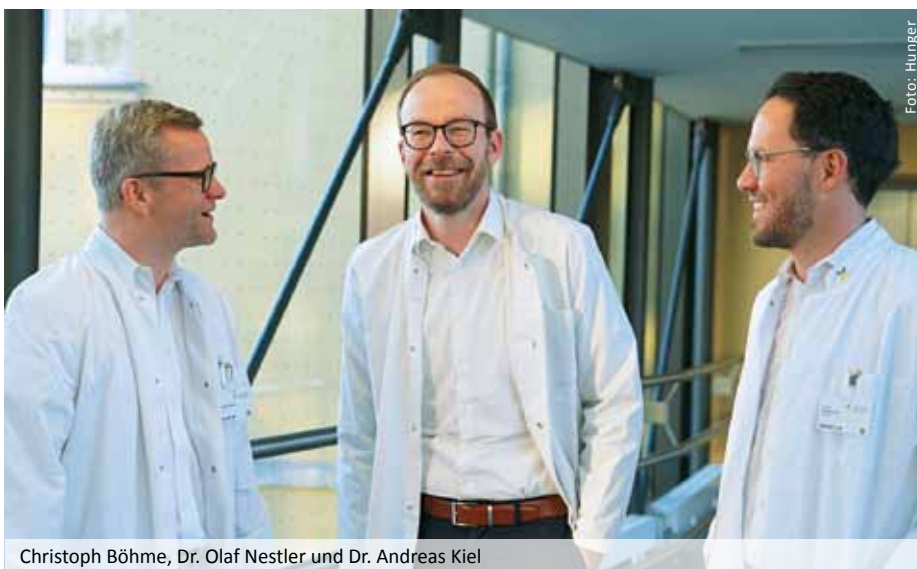


Foto: Hunger

Christoph Böhme, Dr. Olaf Nestler und Dr. Andreas Kiel

> querbeet <



Wahlleistungsbereich übergeben

Ende Juli 2026 ist unsere neue Komfortstation am Standort Friedrichstadt übergeben worden.

Sie verfügt über modern ausgestattete Ein- und Zweibettzimmer, ruhige Aufenthaltsbereiche sowie zusätzliche Serviceangebote für mehr Komfort während des Krankenhausaufenthaltes. Damit bietet der neue Bereich eine zeitgemäße Umgebung, die medizinische Versorgung, Privatsphäre und persönliche Betreuung sinnvoll miteinander verbindet. Die Finanzierung des Aufenthaltes dort erfolgt über die privaten Kranken- und Zusatzversicherungen oder über die Patienten selbst.

Wahlleistungsmanagement

☎ 0351 480-4800

HEART BEAT-Studie

Ein Marathon fordert das Herz über viele Kilometer. Doch wie reagiert das Herz auf extreme Ausdauerbelastung – und wie schnell findet der Körper danach in den Normalzustand zurück? Diesen Fragen widmet sich die deutschlandweite HEART BEAT-Studie.

Initiator der Studie ist das Deutsche Herzzentrum der Charité (DHZC). Das Städtische

Selbsthilfegruppen der Landeshauptstadt Dresden

Kontakt- und Informationsstelle
Selbsthilfegruppen (KISS)
www.dresden.de/selbsthilfe

Klinikum Dresden beteiligt sich als Studienzentrum rund um den Dresden-Marathon im Oktober 2026 und sucht dafür Läuferinnen und Läufer.

Ziel ist es, besser zu verstehen, wie Langstrecken-Ausdauersport das Herz beeinflusst und welche Erkenntnisse sich daraus für Herzgesundheit und Prävention ableiten lassen.

Wer beim Dresden-Marathon startet oder Teilnehmende kennt, kann Teil der HEART BEAT-Studie werden und damit einen Beitrag zur Herzforschung leisten.

Informationen und Anmeldung



> impressum <

> transparent <

Städtisches Klinikum Dresden aktuell
für medizinische Partner

Herausgeber

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

Klinische Standorte

Friedrichstadt

Friedrichstraße 41
01067 Dresden

Neustadt | Trachau

Industriestraße 40
01129 Dresden

Weißer Hirsch

Heinrich-Cotta-Straße 12
01324 Dresden

Löbtau

Geriatrische Rehabilitationsklinik
Altonaer Straße 2a
01159 Dresden

Redaktion

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

Ihre Anregungen und Wünsche

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

Newsletter lieber digital?

Anmeldung:
redaktion@klinikum-dresden.de

Layout und Satz

Volkmar Spiller, Büro für Gestaltung

Druck und Versand

addprint, Possendorf

Auflage 3 000 Stück, 2 jährlich

Aus Gründen der Lesbarkeit wird vorwiegend das generische Maskulinum verwendet, die weibliche und andere Formen sind mit eingeschlossen.