



Moderne Gefäßchirurgie

Atherektomie zur endovaskulären Behandlung komplexer Verschlüsse oder Stenosen im Oberschenkel

Osteoporose

Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung

Geburtshilfe

Individuelles und risikostratifiziertes Angebot

Allgemeinchirurgie

Zukunftsorientiertes Leistungsspektrum in der Chirurgie

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

unsere neuen Chefärzte stehen für Innovation!

In dieser Ausgabe der Kollegial berichten unsere beiden Chefärzte der Klinik für Gefäßchirurgie, Herr Prof. Dr. med. Jochen Grommes und Herr Dr. med. Klaus-Thilo von Trotha, über innovative Methoden in der Behandlung arterieller und venöser Gefäße.

Unser Chefarzt für Wirbelsäulenchirurgie Herr Dr. med. Marco Koriller referiert im Anschluss über die Osteoporose, eine Erkrankung, die rund 6% der Menschen in Deutschland betrifft. Dabei sind Frauen fast viermal häufiger betroffen als Männer und mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Osteoporose bedingte Frakturen an.

Auch die Geburtshilfe unter der Leitung von Herrn Dr. med. Clemens Stock geht innovative Wege. Er berichtet über das individuelle und risikostratifizierte Angebot am MARIEN.

Die Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Rhythmologie ist dank der fachlichen Expertise von Herrn Izv. Prof. (Univ. Osijek, HR) Dr. Dr. med. Robert Bernat und seinem Team als Chest Pain Unit zertifiziert worden. Unter dieser Bezeichnung firmieren Spezialeinheiten zur Versorgung von akuten Brustschmerzen.

Zum Schluss stellt der neue leitende Arzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie, Herr Dr. med. Hans-Peter Wüllenweber, das Leistungsspektrum seiner Klinik vor.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen der neuen Kollegial!

Ihr



Professor Dr. med. Thomas Möllhoff, M. Sc.
Ärztlicher Direktor



**Chefarzt der Klinik für
Anästhesiologie, Intensivmedizin
und Schmerztherapie**

Telefon: 0241/6006-1101
anaesthesie@marienhospital.de
marienhospital.de/anästhesie

Chest Pain Unit

Zertifizierung durch Deutsche Gesellschaft für Kardiologie



Die Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Rhythmologie von Chefarzt Izv. Prof. (Univ. Osijek, HR) Dr. Dr. med. Robert Bernat ist im Juni 2023 als **Chest Pain Unit (CPU) mit dem Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauf-forschung e.V. (DKG)** ausgezeichnet worden.

Die Zertifizierung dient der Etablierung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit undefiniertem Brustschmerz. Das Prüfverfahren für das erhaltene Siegel ist anspruchsvoll und die Gutachterkommission nimmt die Häuser akribisch unter die Lupe.

„Wir freuen uns sehr, dass wir im Marienhospital Aachen die von der DKG definierten verbindlichen Kriterien für die CPU-Zertifizierung uneingeschränkt erfüllen“, betont Prof. Bernat, der seit Oktober 2022 die Klinik leitet und seitdem das Leistungsspektrum und die Fallzahlen in der Kardiologie und Rhythmologie deutlich ausgebaut hat.

„Unsere Qualitätsstandards sind sehr gut und das Zertifikat ist ein weiterer Baustein, der dokumentiert, dass unserer Arbeit geprüfte Strukturen und Prozesse zugrunde liegen, die interdisziplinär von allen involvierten Fachbereichen umgesetzt werden: Angefangen bei der Zentralen Notfallaufnahme, über die Chest Pain Unit, das Herzkatheterlabor bis hin zur Intensivstation“, erläutert der Chefarzt.

Zu den Leistungsanforderungen der Zertifizierung gehören neben den umfassenden Verfahrensanweisungen auch eine fundierte Ausbildung des Personals im ärztlichen und pflegerischen Dienst sowie in den Funktionsbereichen.

„Qualifizierte und engagierte Mitarbeitende in Verbindung mit hochwertiger medizinischer Ausstattung und gut organisierten Arbeitsabläufen sind entscheidend für erfolgreiche lebensrettende

Maßnahmen. Über dieses Gesamtpaket verfügen wir im MARIEN“, freut sich der Chefarzt. „Mein herzlicher Dank gilt allen am Zertifizierungsprozess Beteiligten – insbesondere Dr. med. Dirk Benke (Ltd. Oberarzt) und PD Dr. med. Wolfgang Fehske (Leiter Kardiale Bildgebung) für die hervorragende Unterstützung.“



Izv. Prof. (Univ. Osijek, HR) Dr. Dr. med. Robert Bernat
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Rhythmologie

Tel.: 0241/6006-1801
Fax: 0241/6006-1809

kardiologie@
marienhospital.de

marienhospital.de/
kardiologie



MARIEN

Ein Verbund der Alexianer und der
Katholischen Stiftung Marienhospital Aachen

Redaktion:
Benjamin Michael Koch (v.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Möllhoff, M.Sc.
Sandra Stöbener
Frederieke Bachem
Mareike Feilen

Zeise 4 · 52066 Aachen
Tel: 0241/6006-3180/-3185
Fax: 0241/6006-3109

www.marienhospital.de
www.facebook.com/
marienhospital.aachen
instagram.com/marienhospital

Moderne Gefäßchirurgie

Atherektomie zur endovaskulären Behandlung komplexer Verschlüsse oder Stenosen im Oberschenkel



Dr. med. Klaus-Thilo von Trotha
Prof. Dr. med. Jochen Grommes
Chefärzte der Klinik für Gefäßchirurgie

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) ist eine der Manifestationen der Atherosklerose, deren Risikofaktoren uns allen bekannt sein dürften. Trotz aller Innovationen und Verbesserungen in der medikamentösen Therapie zählen Herzinfarkt, Apoplex und die kritische Extremitätenischämie zu den häufigsten natürlichen Todesursachen in unserer Gesellschaft.

Selbst Patient*innen mit einer asymptomatischen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit haben eine erhöhte kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität.

Eine Indikation zur invasiven Behandlung ist ab dem Stadium IIb nach Fontaine (Gehstreckenli-

mitierung <200m) gegeben. Aber auch in diesem Stadium kann eine konservative Therapie mit Gehtraining und medikamentöser Therapie eine deutliche klinische Verbesserung erzielen. Im Stadium III nach Fontaine (Ruheschmerzen) oder Stadium IV (Gangrän oder Ulcus) ist die Extremität gefährdet. Interventionelle und offen-chirurgische Verfahren konkurrieren nicht miteinander, sondern können sequentiell oder auch simultan eingesetzt werden.

Wir sprechen hier von Hybrideingriffen. Während langstreckige Verschlüsse im Oberschenkel früher nur durch Bypässe überbrückt werden konnten, stehen uns heutzutage neue perkutane Techniken zur Rekanalisation dieser Gefäße zur Verfügung. Dazu werden mechanische Thrombektomie oder Artherektomiekatheter eingesetzt. Hiermit können nicht nur frische Thromben, sondern auch atherosklerotische Stenosen oder Verschlüssen entfernt werden.

Dies hat den entscheidenden Vorteil, dass das Gefäßlumen vergrößert wird. Es erfolgt nach Atherektomie eine ergänzende Angioplastie mit einem drug-coated Ballon (DCB) zur Reduktion der Restenoserate. Mit dieser Technik ist es uns im Oberschenkelbereich häufig möglich, auf eine Stentangioplastie zu verzichten (Bild 1 und Bild 2).

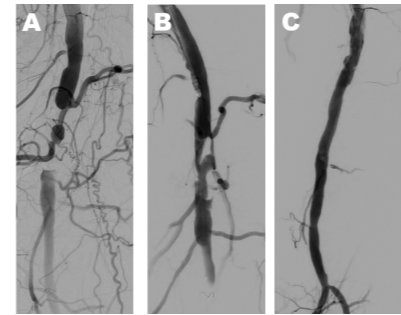


Bild 1
kalzifizierter Verschluss der Art. femoralis superficialis (AFS)

- A** Zeigt den stark kalzifizierten Verschluss der AFS
- B** Eingebrachter Jet-Stream-Katheter
- C** Abschlussangiographie nach Atherektomie und Balloangioplastie

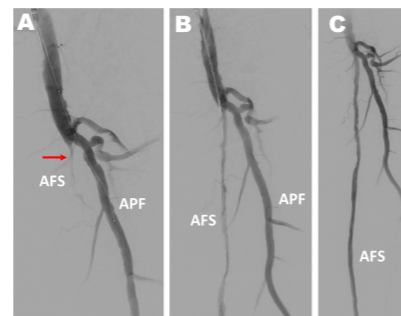


Bild 2
langstreckiger Verschluss der AFS

- A** Langstreckiger Verschluss der AFS, Beginn der AFS mit rotem Pfeil markiert, Art. profunda femoris (APF)
- B** Rekanalisation mit Jet-Stream Katheter
- C** Abschlussangiographie nach Atherektomie und Ballonangioplastie

Chronisch venöse Insuffizienz - Können wir mehr als nur komprimieren?

Das klinische Bild des post-thrombotischen Syndroms (PTS) umfasst eine sekundäre Varikosis, Spannungsgedühl, Hautveränderungen, Ödembildung bis hin zu Ulcerationen. Häufig erfolgt in der Therapie lediglich eine Kompressionstherapie.

In unserer Sprechstunde stellte sich ein 38-jähriger Mann mit einem ausgeprägten postthrombotischen Syndrom vor. Die venöse Claudicatio trat in aller Regel beim bergauf gehen auf und besserte sich sobald die Beine hoch gelagert wurden. Bei der körperlichen Untersuchung fielen neben den Veränderungen an den Beinen, die ausgeprägten varikös veränderten Kollateralvenen an der Bauchdecke auf (Bild 3). In der Vorgeschichte hatte der Patient 2010 einen Verkehrsunfall mit einer LWK 4 Fraktur, die von dorsal mit einem Fixateur interne und einem ventralem Spacer operativ versorgt wurde. Im weiteren Verlauf hatte der Patient rezidivierende Lungenarterienembolien. Das klinische Bild des PTS entwickelte er in der Folgezeit obwohl in der Vordiagnostik nie eine Thrombose nachgewiesen werden konnte.

In unserer Diagnostik zeigte sich ein Verschluss der Vena cava inferior (VCI) auf Höhe des Wirbelkörper-Spacer als Folge einer abgelauenen Thrombose. Eine chronisch venöse Obstruktion als Folge einer Thrombose – wie in diesem Fall – sieht man besonders häufig nach proxi-

malen Thrombosen (Beckenvenen oder VCI). Hier ist das Risiko für ein schweres PTS wesentlich höher. Wir führten eine endovaskuläre Rekanalisation der VCI und der Beckenvenen durch. Dieser Eingriff wird rein perkutan durchgeführt. Die Bilder der intraoperativen Angiographie zeigen zu Beginn die ausgeprägten Kollateralen. Nachdem die Beckenvenen und die VCI rekanalisiert wurden, kontrastierten sich diese Kollateralen am Ende der Prozedur nicht mehr (Bild 4). Unser Patient verspürte eine sofortige klinische Besserung. Die Antikoagulation wurde für diesen Eingriff nicht pausiert und wird auch postoperativ weiterhin benötigt. Auf die Kompressionstherapie verzichteten wir in der Folge nicht gänzlich, aber die Beseitigung der Obstruktion führt bei den meisten Patient*innen zu einer deutlichen klinischen Besserung.



Bild 3 Das Bild zeigt die Bauchdecke des Patienten im Stehen mit ausgeprägten Kollateralvenen

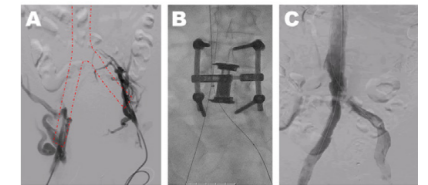


Bild 4

- A** Nach Punktion der Vena femoralis bds. erfolgte eine Phlebographie. Es kontrastieren sich ausschließlich Kollateralvenen. Rot markiert ist der Verlauf der Beckenvenen und VCI
- B** Beide Beckenvenen und die VCI sind rekanalisiert (einliegende Drähte). Mit dargestellt sind der Fixateur interne und der LWK4 Spacer
- C** Abschlussangiographie nach Stentangioplastie der Beckenvenen und der VCI. Die Kollateralvenen werden nicht mehr kontrastiert



Klinik für Gefäßchirurgie

Tel.: 0241/6006-1301
Fax: 0241/6006-1309

gefaesschirurgie@
marienhospital.de

marienhospital.de/
gefäßchirurgie



Osteoporose

Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung

Die Osteoporose ist eine systemische Knochenkrankung, definiert durch niedrige Knochenmasse und eine mikroarchitektonische Verschlechterung des Knochengewebes. Dadurch kommt es zu einem konsekutiven Anstieg der Knochenfragilität und der Neigung zu Frakturen.

Aktuell geht man davon aus, dass bundesweit knapp 30% der über 65-Jährigen an Osteoporose leiden. Dieser Anteil wird bis zum Jahr 2050 auf über 50% steigen. Da auch die absolute Anzahl der über 65-Jährigen stark ansteigen wird, ist folglich mit einer starken Zunahme der Osteoporose-assoziierten Wirbelsäulenerkrankungen zu rechnen.

Die Osteoporose kann asymptomatisch bleiben. Häufig aber führen starke akute oder chronische Rückenschmerzen Patient*innen zu einer ärztlichen Konsultation. Dabei werden akute Beschwerden oft durch frische Wirbelkörperfrakturen verursacht. Chronische Schmerzen hingegen resultieren eher aus der Veränderung der Körperstatik mit Verschiebung des Schwerpunktes nach vorne und der damit einhergehenden Überlastung des Halteapparates. Offensichtlich können akute in chronische Schmerzen übergehen. Viele osteoporotische Frakturen (70-90%) bleiben klinisch stumm. Dennoch sollte man diese Frak-

turen nicht unterschätzen. Die 5-Jahresletalität nach einer (symptomatischen) Wirbelkörperfraktur liegt bei ca. 72% und ist damit signifikant höher als nach einer Schenkelhalsfraktur (59%).

Durch starke Verbesserungen der Materialien und Techniken in der Wirbelsäulenchirurgie ist es möglich, relativ sicher Implantate bei reduzierter Knochenqualität zu verankern. Daraus resultiert, dass getrieben durch die demografische Entwicklung und die gestiegenen Ansprüche und Erwartungen des älteren Menschen in Zukunft die Zahl solcher Eingriffe zunehmen wird.

Dabei gilt, dass für die Beurteilung und Versorgung der Wirbelbrüche beim alten Menschen andere biomechanische Voraussetzungen bestehen als beim jungen Menschen mit gesundem Knochenstoffwechsel. Dies ist neben der reduzierten Knochenqualität unter anderem auch auf die zunehmende Sklerose der Bandscheiben zurückzuführen. Dies muss neben den Komorbiditäten unbedingt bei der Therapieentscheidung berücksichtigt werden. Deshalb wurde vor einigen Jahren ein eigenes Klassifikationssystem für osteoporotische Wirbelsäulenfrakturen eingeführt (OF-Klassifikation). Ähnliches gilt auch für die osteoporotische Sakrum-Fraktur, weshalb es hier ebenfalls eigene Frakturklassifika-



**Dr. med.
Marco Koriller**

Chefarzt der Klinik für
Wirbelsäulenchirurgie

Tel.: 0241/6006-3701
Fax: 0241/6006-3709

wirbelsaeulenchirurgie
@marienhospital.de

marienhospital.de/
wirbelsaeulenchirurgie



tionen für osteoporoseassoziierte Frakturen gibt (FFP, OF-pelvis). Es stehen uns verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Dabei muss eine individuelle Therapieentscheidung je Patient*in getroffen werden. Neben der Frakturmorphologie spielen die Symptome (Schmerzen, Lähmungen, Immobilität etc.), der Allgemeinzustand und das Vorliegen von Nebenerkrankungen eine Rolle beim Finden der Therapie. Ziel muss die zügige Remobilisierung des*der Patient*in sein. Die konservative Therapie besteht meistens aus einer adäquaten Schmerztherapie. Dabei sollte zurückhaltend mit der Verordnung von Opiaten vorgegangen werden, da diese die Sturzneigung erhöhen können. Zudem kann je nach Frakturlokalisierung auch die Verordnung von stabilisierenden oder reklinierenden Miedern sinnvoll sein.

Sollte eine operative Therapie notwendig sein, kann bei OF 1- oder OF 2-Frakturen in der Regel eine Zementaugmentation der betroffenen Wirbelkörper, z.B. durch eine Kyphoplastie, erfolgen. Bei höhergradigen Deformitäten ggf. in Verbindung mit neurologischen Defiziten kommen eventuell auch längerstreckige dorsale Instrumentationen infrage. Diese können offen oder perkutan durchgeführt werden. Bei Bedarf können die Schrauben zementaugmentiert

werden. Darüber hinaus sind auch Hybridlösungen mit Kyphoplastie und dorsaler Instrumentationen möglich.

Zum Management akuter Wirbelsäulenfrakturen, auch nach operativer Versorgung, sollten eine adäquate Diagnostik und die Einleitung sowie das Monitoring einer Osteoporosemedikation gehören. Anhaltende chronische Schmerzen resultieren hingegen meist aus der insuffizienten Stabilisierung der Wirbelsäule aufgrund von arthromuskulären Funktionsstörungen.



Zusätzlich kann der Verlust von Muskelkraft in Kombination mit der veränderten Statik zu einer erhöhten Sturzneigung führen. Deswegen sollten Bewegungstherapie und Krafttraining ein dauerhafter Therapiebestandteil sein.

Zur Versorgung von Osteoporosepatient*innen ist folglich eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Osteolog*innen sowie niedergelassenen Orthopäd*innen und Allgemeinmediziner*innen notwendig.



Frische Fraktur LWK 4 Typ OF 2 und frische Fraktur LWK2 Typ OF 4 mit hochgradigem neurologischem Defizit und resultierender Immobilität. Operative Versorgung mit zementaugmentierten Schrauben und Dekompression L2/3.

Geburtshilfe im MARIEN

Individuelles und risikostratifiziertes Angebot

Mit der Erweiterung unseres geburtshilflichen Leistungsspektrums um den hebammengeleiteten Kreißsaal, der im Oktober 2023 implementiert wurde, bieten wir im MARIEN ein vollständiges geburtshilfliches Portfolio an.

Darüber hinaus konnten wir durch die Eröffnung von zwei weiteren Geburtsräumen unsere Kapazitäten deutlich ausbauen. Auf der einen Seite steht die

interventionsarme hebammengeleitete Geburt für Frauen ohne Risiken („Low-risk-Fälle“) in unserem neuen Kreißsaalbereich.

Die Schwangeren werden in mehreren Informationsgesprächen nach einem sehr konkreten Kriterienkatalog gefiltert. Bei Bedarf erfolgt eine präpartale oder peripartale ärztliche Konsultation.

Im Fall einer sich ergebenden

Interventionsnotwendigkeit (z. B. Geburtseinleitung, CTG-Veränderungen, auch PDA) wird die Schwangere in den interdisziplinären Kreißsaal weitergeleitet und dort betreut.

Zentraler Kernbereich unserer Geburtshilfe bleibt entsprechend auch unser interdisziplinärer Kreißsaal, in dem das Team aus Hebammen und Ärzt*innen die

Geburten nach den allseits bekannten Maßstäben betreut. Hier sind alle Formen der Geburtshilfe möglich, von der üblichen Spontangeburt – einschließlich Wassergeburt – bis hin zu vaginal-operativen Entbindungen oder Sectiones.

Auch Risikoschwangeren steht ab 36 + 0 SSW ein leitlinienkonformes Angebot zur Verfügung, z. B. bei diätetisch eingestelltem

Gestationsdiabetes oder allen Formen der hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen (inkl. Angiogenesfaktordiagnostik).

Mit diesem breitgefächerten Angebot (mit der in der StädteRegion Aachen einzigartigen Möglichkeit des hebammengeleiteten Kreißsaals) können wir nahezu alle Schwangeren ab der 36+0 SSW individuell und risikostratifiziert unterstützen und begleiten.

Bei Fragen stehen wir unter den üblichen Kontaktmöglichkeiten jederzeit für Sie zur Verfügung.



Unsere Geburtsplanung und Risikoschwangerensprechstunde findet werktäglich nach Vereinbarung im Sekretariat (Tel. 0241/6006-1601) statt und richtet sich an folgende Schwangeren:

- Indikationstellung zur primären Sectio (inkl. Wunschsectio)
- BEL inkl. Möglichkeit der äußeren Wendung
- Fetomaternalen Doppleruntersuchungen bei Plazentainsuffizienz usw.
- dGDM
- Fragen des Geburtsmodus bei individuellen Risiken wie beispielsweise Z. n. Sectio, Z. n. Myomenukleationen, V.a. Missverhältnis usw.
- Spezielle maternale Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Thrombophilien, Wirbelsäulenerkrankungen etc.)
- Alle sonstigen Fragen rund um die Geburt

Kinderärztliche Betreuung

Neben den vorgeschriebenen Untersuchungen des Neugeborenen wie Stoffwechselscreening, Hörtest und Pulsoxymetrie bieten wir selbstverständlich auch eine umfangreiche kinderärztliche Betreuung und Beratung im Rahmen der U2 sowie für spezielle Fragestellungen wie Sonographien, Blutentnahmen usw. an. Unsere Konsiliarkinderärzt*innen sind täglich von Montag bis Samstag im Haus erreichbar.

Für die stationäre Versorgung erkrankter Neugeborenen arbeiten wir eng mit der Neonatologie des Universitätsklinikums der RWTH Aachen sowie mit unserem Alexianer-Partnerhaus des Bethlehem-Gesundheitszentrums Stolberg zusammen.



Dr. med. Clemens Stock
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Tel.: 0241/6006-1601
Fax: 0241/6006-1609
frauenklinik
@marienhospital.de
marienhospital.de/
geburt



Zukunftsorientiertes Leistungsspektrum in der Chirurgie

Qualitätsgeprüfte Kompetenz in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie am MARIEN



Dr. med. Hans-Peter Wüllenweber, FRCS
Leitender Arzt der Klinik für Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie

Trotz der immer weiter fortschreitenden Subspezialisierung bleibt die Allgemein- und Viszeralchirurgie ein umfassendes und sehr faszinierendes Fachgebiet. Chirurgie ist immer Teamwork und die interdisziplinäre Zusammenarbeit rückt stärker in den Vordergrund. Es liegt uns sehr am Herzen, dass jede*r Patient*in individuell betreut und gut umsorgt wird. Unsere Mitarbeitenden sind hier zweifellos die eigentliche Stärke der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Die **laparoskopische bzw. minimalinvasive Chirurgie** hat die operative Behandlung gerade im Bereich des Bauchraumes drama-

tisch verändert. Einige Indikationen sind komplett in den Bereich der minimalinvasiven Chirurgie übergegangen, so die Appendektomie aber auch ganz besonders die Fundoplicatio. Unsere Klinik ist seit Jahren als Kompetenzzentrum für Minimalinvasive Chirurgie durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) anerkannt und mit einem Zertifikat ausgezeichnet. Neben den Standardoperationen an Gallenblase, Blinddarm, Leistenbruch und Zwerchfell (Reflux) sind auch Operationen an Milz, Nebenniere und Dickdarm sowie Eingriffe an Brustkorb und Lunge mit hohen Standards sicher möglich. Dabei sind bei den Indikationen auch bösartige Erkrankungen eingeschlossen. Oft können Kolon- und Rektumkarzinome laparoskopisch operiert werden. Gerade bei Rektumkarzinomen ist dies bundesweit nicht der Standard. Das Indikationsspektrum zum minimalinvasiven Vorgehen wird derzeit im Bereich der Hernien- und der kolorektalen Karzinomchirurgie weiter ausgeweitet. Dennoch behalten auch die offen-chirurgischen Verfahren ganz klar ihren Stellenwert.

Was umfasst die **Allgemeinchirurgie noch?** Hierzu zählen ambulante Operationen, Weichteilchirurgie, Appendektomien und die Cholezystektomie. Cholezystektomien erfolgen zu mehr als 50%

bei akuten Krankheitsbildern nach notfallmäßiger Aufnahme, in den allermeisten Fällen gelingt dennoch die laparoskopische Entfernung der Gallenblase. Die Hernienchirurgie des Bauchraums, die in den letzten Jahren eine enorme Dynamik entwickelt hat, stellt einen ganz zentralen Bestandteil unseres Spektrums dar. Auch riesige Narbenhernien können mit neuen Techniken wie z.B. der hinteren Kompartimentseparation (transversus abdominis release) zufriedenstellend versorgt werden. Die Behandlung des Leistenbruchs ist unverändert der häufigste chirurgische Eingriff überhaupt. Hier konkurrieren konventionelle und laparoskopische Techniken, wobei sich im Erwachsenenalter weitgehend die Implantation von Netzplastiken bewährt hat, um die Rezidivhäufigkeit zu senken. Wir bieten minimalinvasive und konventionelle OP-Verfahren – mit oder ohne Netz – an und verfolgen ein differenziertes, individualisiertes Indikationskonzept. Für die Hernienchirurgie sind wir (über-)regional bekannt und als Kompetenzzentrum durch die DGAV zertifiziert.

Viszeralchirurgie

Die gastroenterologische und die onkologische Chirurgie des Bauchraumes stellt seit jeher das Herzstück unseres Fachbereiches

dar. Wichtig sind hier interdisziplinäre Besprechungen mit den Gastroenterolog*innen, den Onkolog*innen und den weiteren beteiligten Kliniken zur Abstimmung eines individuellen Konzeptes. Onkochirurgische Prinzipien und eine leitliniengemäße Behandlung sind essentiell. In unserer Klinik erfolgen Magenresektionen und Gastrektomien, Dünndarmchirurgie, bei M. Crohn auch darmerhaltend, Kolonresektionen, Kolektomien (evtl. mit Pouch), Rektumresektionen (incl. Totaler Mesorektaler Excision), Rektopexien bei Prolaps, Pankreaslinkresektionen (Whipple), Pankreaslinksresektionen, Pankreatektomien sowie Lebersegmentresektionen bis hin zur Hemihepatektomie. In der Thoraxchirurgie bieten wir eine Anzahl minimalinvasiver (VATS) und offen-chirurgischer Thoraxoperationen an – so z.B. Lungensegmentresektionen oder die Behandlung des Pleuaempyems. Nur eine hohe Präzision und Subtilität kann in der Viszeralchirurgie zu guten Ergebnissen führen.

In der **Proktologie** behandeln wir Hämorrhoiden (alle Verfahren), Abszesse und Fissuren. Wir führen plastische Fistelverschlüsse, auch bei M. Crohn, und Prolapschirurgie (auch transanal) sowie transanale Mikrochirurgie bei breitbasigen Rektumpolypen durch. Erkrankungen im Bereich des Enddarmes

haben ihre besonderen Regeln. Für Patient*innen ist es häufig eine Überwindung, den Arzt*die Ärztin aufzusuchen und die Beschwerden offen zu kommunizieren. Hier bedarf es einer besonders guten Abstimmung in der persönlichen Betreuung der Patient*innen, die bei uns in einer speziellen Sprechstunde durch unsere dermatologische Oberärztin Katrin Wienert gewährleistet ist.

Die **endokrine Chirurgie** umfasst die Chirurgie der Schilddrüse, der Nebenschilddrüse und der Nebenniere. Die Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie erfordert besondere Subtilität. Häufig handelt es sich um junge und gut informierte Patient*innen ohne schwerwiegendes Krankheitsgefühl. Minimale Morbidität ist das Ziel. Alle technischen Modalitäten zur Sicherheit der Patient*innen, wie der Einsatz des kontinuierlichen Monitorings, der Lupenbrille

und ggf. auch des intraoperativen Schnellschnitts sowie Quick-PTH Testung werden eingesetzt.

Ganz oben steht für uns immer das Ziel, dass unsere Patient*innen ihre Erkrankung schnell überwinden und rasch zum gewohnten Alltag und zu ihrer Leistungsfähigkeit zurückzufinden. Hierzu setzen wir, wann immer sinnvoll möglich, schonende minimalinvasive Operationsverfahren ein. Bei Tumoroperationen streben wir eine maximale Radikalität an, um die Tumorausbreitung zu verhindern, ohne jedoch Organe leichtfertig zu entfernen oder umliegendes Gewebe unbedacht in Mitleidenschaft zu ziehen. Jedoch ist nicht immer alles sinnvoll, was machbar ist. Das wissen wir und wir berücksichtigen es bei unseren immer älter werdenden und oft multimorbiden Patient*innen.



Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie

Tel.: 0241/6006-1201
Fax: 0241/6006-1209

allgemeinchirurgie@marienhospital.de
marienhospital.de/chirurgie



Neue Spitze in der Chirurgie

Dr. med. Hans-Peter Wüllenweber, FRCS leitet kommissarisch die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie

Nach dem Ausscheiden von Prof. Dr. med. Carsten J. Krones steht **Dr. med. Hans-Peter Wüllenweber, FRCS** nun kommissarisch der Klinik vor. Der versierte Chirurg, Laparoskopiker und Endokriner Spezialist ist seit Oktober 2018 Leitender Oberarzt der Fachabteilung. Sein sehr gut aufgestelltes und erfahrenes Team rund um die Oberärztinnen und Oberärzte Dr. med. Mona El-Magd, Anja Beurich, Katrin Wienert, Dr. med. Perrine Adolphs und Fabian Bley bietet den Patientinnen und Patienten weiterhin das vollumfäng-

liche Leistungsspektrum an. Als **zertifiziertes Kompetenzzentrum** für Minimal-invasive Chirurgie, Hernienchirurgie und Chirurgische Koloproktologie (DGAV) und als **zertifiziertes Darmzentrum** durch den TÜV Rheinland (DIN EN ISO 9001/2015) liegen die qualitätsgeprüften Schwerpunkte im Bereich der Tumorchirurgie, Viszeralchirurgie, Hernienchirurgie, Endokrinen Chirurgie und Kolo-proktologie. Mit dem Reflux-Zentrum Euregio verfügt das MARIEN darüber hinaus über einen interdis-

ziplinären Zusammenschluss von Spezialisten in der Diagnostik und konservativen sowie operativen Behandlung der Refluxkrankheit.

Die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Innere Medizin und den weiteren chirurgischen Disziplinen (Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie) rundet das vollumfängliche Angebot im Marienhospital Aachen ab.



Werdegang von Dr. med. Hans-Peter Wüllenweber

Nach dem Studium und seiner Promotion in Düsseldorf zog es Dr. med. Hans-Peter Wüllenweber für mehrere Jahre nach England. Als Fellow of the Royal College of Surgeons kehrte er 1994 nach Deutschland zurück und startete seine akademische Karriere unter Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Christian Herfarth an der Heidelberger Universitätsklinik. Diese besondere Prägung setzte sich unter dem „Herfarth-Adepten“ Professor Dr. med. Thomas Lehnert (Klinikdirektor der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Onkologische Chirurgie, Klinikum Bremen-Mitte) auch an seiner nächsten Wirkstätte in

Norddeutschland fort. Dr. Wüllenweber ordnet sich der renommierten Heidelberger Schule zu. Er ist Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Spezielle Viszeralchirurgie und beherrscht die gesamte Bandbreite der operativen Viszeralmedizin – von der Appendektomie bis zur high-end Chirurgie an Pankreas, Leber und Ösophagus.

Dr. Wüllenweber ist verheiratet und Vater von vier Kindern. In seiner Freizeit spielt er gerne Klavier, schätzt das kreative Kochen und sportlich fit bleibt er beim Laufen.