



Neuer Chefarzt am MARIEN

**Dr. med. Clemens Stock leitet ab Juli
die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe**

Onkologie

Gynäkologische
Tumorbehandlung

Endometriose

Das verkannte Leiden
der Frau

Urogynäkologie

Senkung und Inkontinenz



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

heute liegt Ihnen die neue Ausgabe unserer Kollegial vor, die das Schwerpunktthema Gynäkologie und Geburtshilfe beinhaltet.

Dr. med. Clemens Stock, der einstimmig gewählte Nachfolger des ausgeschiedenen Chefarztes Dr. med. Matthias Lerch, berichtet über die zukünftige Ausrichtung der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am MARIEN in der gynäkologischen Onkologie, der Myomchirurgie, Hysterektomie und Fertilitätschirurgie sowie über den Ausbau des Behandlungsspektrums Urogynäkologie.

Jochen Dieckert, Leiter der Sektion Gynäkologische Endoskopie, informiert über eine der häufigsten Unterleibserkrankungen bei Frauen, der Endometriose, und deren therapeutische Behandlungsoptionen.

Anja Salmassi, leitende Hebamme der Geburtshilfe und der Elternschule „Öcher Domstadtkinder“, beschreibt das zukunftsweisende Konzept des Hebammenkreißsaals, ein Gewinn für alle Gebärenden in der Region.

Das zukünftig angebotene Leistungsspektrum der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am MARIEN finden Sie als Abschluss dieser Ausgabe der Kollegial.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen

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

Chefarzt der Klinik für
Anästhesiologie, Intensivmedizin
und Schmerztherapie

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

Neuer Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am MARIEN

Dr. med. Clemens Stock übernimmt die Leitung der Frauenklinik von Dr. med. Matthias Lerch



Staffelübergabe in der Frauenklinik: Dr. med. Clemens Stock (links) ist seit 1. Juli 2022 neuer Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am MARIEN. Er übernimmt die Leitung von Dr. med. Matthias Lerch (rechts), der die Klinik seit 2014 führt und sich nun in den Ruhestand verabschiedet.

Dr. Stock hat an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf Medizin studiert und war zuletzt Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe am Evangelischen Krankenhaus Mettmann und Leiter des MIC-Zentrums Bergisches Land. Sein Wechsel nach Burtscheid ist für ihn ein weiterer beruflicher Meilenstein: „Das MARIEN genießt einen ausgezeichneten Ruf, das hat mir mein damaliger Chef schon in meiner Assistenzarztzeit gesagt“, erzählt Dr. Stock. „Das Haus ist nicht

nur in der Gynäkologie und Geburtshilfe sehr gut aufgestellt, sondern in allen Bereichen eine gute Adresse. Hinzukommen die hier gelebten Werte, die professionelle und harmonische Atmosphäre und das familiäre Miteinander. Ich habe sofort gespürt, dass hier alle an einem Strang ziehen und sich mit großem Engagement und vor allem viel Empathie um die Anliegen unserer Patientinnen kümmern. Diese Kombination aus Spitzenmedizin mit Herz hat mich überzeugt.“

Dr. Stock ist ein sehr erfahrener und kompetenter Gynäkologe und hat in seiner Ausbildung alle Bereiche der operativen und medikamentösen Gynäkologie durchlaufen. Mit seinem Team wird er die gesamte Bandbreite der Frauenheilkunde abdecken. Neben der allgemeinen Gynäkologie und der Geburtshilfe liegen die zukünftigen

Schwerpunkte in den Bereichen Gynäkologische Onkologie, Senkung und Inkontinenz, Myomchirurgie/Blutungsstörungen sowie Endometriose/Kinderwunsch.

Die Sektionen Gynäkologische Endoskopie unter der Leitung von Jochen Dieckert und das Brustzentrum am MARIEN von Dr. med. Mahmoud Danaei bleiben natürlich erhalten und behandeln die Patientinnen in gewohnt kompetenter Art weiter.

Das gesamte Leistungsspektrum der Frauenklinik sehen Sie auf der Rückseite des Magazins.

PERSÖNLICHES

Dr. med. Clemens Stock wurde am 11.11.1973 in Düsseldorf geboren. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder: Paul Constantin (16 Jahre) und Clara Mathilde (12 Jahre).

Das Medizinstudium hat Dr. Stock an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf absolviert.

Seine Freizeit verbringt er sehr gerne mit seiner Familie und engagiert sich ehrenamtlich in der Kirchengemeinde. Darüber hinaus unterstützt er mit Herzblut karitative Projekte im Rotary Club.

Dr. Stock liebt klassische Musik und Literatur, Bergwandern, Ski fahren und Tennis spielen. Im Urlaub zieht es ihn und seine Familie gerne in die Berge und nach Sylt.



Redaktion:
Benjamin Michael Koch (vi.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Möllhoff, M.Sc.
PD Dr. med. Gottfried J. Mommertz
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
www.instagram.com/marienhospital

Gynäkologische Onkologie

Dr. med. Clemens Stock beschreibt das vollumfängliche Angebot am MARIEN

Ein wesentlicher Schwerpunkt der zukünftigen Ausrichtung der Gynäkologie am MARIEN wird die gynäkologische Onkologie sein. Dazu wird es ein vollumfängliches Angebot geben. Inhaltlicher Bezugsrahmen in der Betreuung von gynäkologischen Tumorpatientinnen werden die aktuell gültigen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) und das Leitlinienprogramm Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft sein.

Seit frühester klinischer Ausbildung waren sowohl die operative als auch die konservative Onkologie zentrale Schwerpunkte meiner Arbeit. Ich bin Absolvent der Masterclass Ovarialkarzinom bei Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jalid Sehouli an der Charité in Berlin und habe im Rahmen meiner bisherigen Chefärztztätigkeit eng mit Prof. Dr. med. Peter Mallmann von der Universitätsfrauenklinik Köln zusammengearbeitet. Sowohl als leitender Oberarzt als auch als Chefarzt habe ich jeweils einen Brustzentrumsstandort geleitet und bin darüber hinaus auch Palliativmediziner.

Beim **Ovarialkarzinom** sind radikale multiviszerale Techniken mittlerweile sehr gut etabliert, um den maximalen Tumorrest als wichtigsten Prognosefaktor möglichst gering zu halten. Außerdem gibt es erfolgsversprechende neoadjuvante Konzepte, die auch in primär nicht operablen Situationen komplette Resektionen

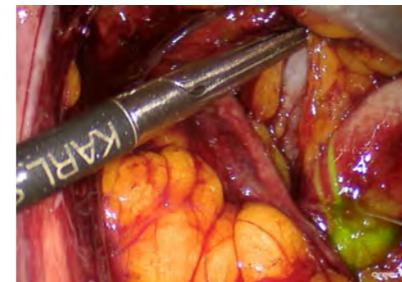
aller Tumoranteile ermöglichen. Gleichzeitig hat der weitreichende Verzicht auf Lymphknotenentfernungen in höheren Stadien eine verbesserte Morbidität für die Patientinnen gebracht.

Vor wenigen Jahren hat die LACC-Studie zu einem kompletten Umdenken in der operativen Therapie des **Zervixkarzinoms** geführt. Musste bis dahin die radikale laparoskopische Hysterektomie schon fast als Standard angesehen werden, zeigte sich in der Studie, dass die offen operierten Frauen eine insgesamt ca. 10 % bessere Überlebensrate aufwiesen. Diese neuen Erkenntnisse haben Einzug in die Behandlungsstrategie des Zervixkarzinoms gehalten: Zunächst endoskopische Durchführung der pelvinen Lymphonodektomie und im Falle von freien Lymphknoten das Umsteigen auf offene Wertheim-Operation Piver 3. Andernfalls primäre Radiochemotherapie.

Endometriumkarzinom: Wie beim Zervixkarzinom sind offene OP-Techniken wieder auf dem Vormarsch, allerdings auch hier durchaus kompatibel mit laparoskopischen Lymphknotenentfernungen, so dass Operationen aus schonenderen Unterbauchquerschnitten möglich sind. Außerdem werden in Zukunft laparoskopische Sentinelnodebiopsien mittels Indocyaningrün (ICG) eingesetzt, um die Morbidität für die Patientinnen zu verringern. Onkologisch zeichnet sich eine neue Einteilung der

Endometriumkarzinome nach molekulargenetischen Eigenschaften ab. Diese spannende Entwicklung wird insbesondere die adjuvante Behandlung der nächsten Jahre prägen.

Das **Vulvakarzinom** ist vor allem bei jungen Frauen im subklinikalen Kompartiment häufiger anzutreffen. Operativ muss hier immer ein onkologisch sauberer Weg mit einem funktionell und kosmetisch vertretbaren Ergebnis in Einklang gebracht werden. Dazu werden wir im MARIEN in gegebenen Fällen sowohl Lappentechniken (z. B. VY-Lappen) als auch die Sentinelnodebiopsie der Leisten anbieten, die zu einer erheblichen Reduktion der Morbidität geführt haben. Insgesamt bleibt die interdisziplinäre Betreuung der Patientin durch den gynäkologischen Onkochirurgen*innen, den Hämatonkologen*innen und die Strahlentherapeuten*innen von essentieller Bedeutung für das möglichst optimale Outcome. Dieser Ansatz soll am MARIEN stetig weiterentwickelt werden.



Präparation eines Sentinel-Nodes (grün) der linken Beckenwand mittels ICG

Myomchirurgie, Hysterektomie und Fertilitätschirurgie

Patientinnenindividuelle Wahl der OP-Technik

Myome des Uterus sind wegen ihrer weiten Verbreitung (ca. 50% aller Frauen) immer noch einer der häufigsten Gründe für eine gynäkologische Konsultation bzw. Operation. Allerdings hat sich in den letzten Jahren eine Verschiebung der Therapie weg von der Hysterektomie hin zu organerhaltenden Verfahren ergeben. Auch Frauen der mittleren Altersgruppe bzw. perimenopausal wünschen sich heute häufig den Erhalt des Uterus. Das Spektrum der OP-Techniken reicht dabei von **hysteroskopischen Myomresektionen, laparoskopischen (selten offenen) Myomenukleationen** bis hin zu interventionell radiologischen Verfahren wie der **Uterusarterienembolisation** oder der **MRT-gesteuerten Hochfrequenz-Ultraschallablation (HiFu)**.

Insbesondere seit meiner Tätigkeit bei Prof. Dr. med. Matthias Korell habe ich große Erfahrungen sowohl in den operativen Techniken als auch in der Beratung im Hinblick auf die **interventionell-radiologischen Verfahren** gesammelt, die ich in Kooperation mit der Universitätsklinik Köln seit einigen Jahren anbiete. Allerdings ist nicht jedes Verfahren zur Myombehandlung für jede Frau gleichermaßen geeignet. Bei Frauen mit Kinderwunsch müssen die operativ-organerhaltenden Verfahren zum Zuge kommen, die wir fast ausschließlich endoskopisch durchführen. Bei Frauen mit abgeschlossener Familienplanung kann je nach Wunsch und Befund aber auch eine HiFu gut eingesetzt werden. Selbstverständlich wird es bei gegebener Indikation auch Hysterektomien geben. Dabei bevorzuge ich laparoko-

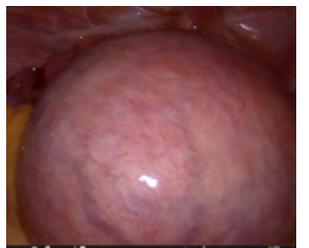
pische Verfahren wie **LASH und TLH** oder auch **vaginale Hysterektomien**. Offene Hysterektomien sollen die absolute Ausnahme sein, da internationale Studien seit langer Zeit die geringere Komplikationsrate und schnellere Rekonvaleszenz der endoskopischen Operationen untermauern. Eigenen Untersuchungen nach, halbierten sich bei endoskopischen Eingriffen die Aufenthaltsdauer, die Drainagedauer- und -anzahl sowie die Dauer eines Katheters gegenüber offenen OPs. Umgekehrt halbierte sich der Schmerzmittelbedarf durch das endoskopische Vorgehen.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt ist die **Abklärung organischer Ursachen bei Sterilitätspatientinnen**, z. B. postentzündliche oder endometriosebedingte Veränderungen der Eileiter. Auch hier haben wir über die Diagnostik hinaus durchaus Möglichkeiten der Verbesserung der Schwangerschaftsrate. Beispielsweise ist mit einer **Salpingoneostomie** eine Wiedereröffnung einer Saktosalpinx möglich. Auch Verwachsungen können endoskopisch vorsichtig gelöst und die Mobilität der Eileiter wiederhergestellt werden. In den letzten Jahren hat die Beachtung des sog. **Niche-Syndroms (Isthmozele)** deutlich zugenommen. Auch hierbei kann eine effektive Rekonstruktion der Uterusvorderwand kombiniert laparoskopisch-hysteroskopisch vorgenommen werden, um Fertilitätschancen zu verbessern oder typische Beschwerden wie Blutungsstörungen zu verbessern. Für alle Fragen rund um das Thema Myomchirurgie, Hysterektomie und Fertilitätschirurgie wird es eine Sprechstunde nach Terminvereinbarung geben.



Dr. med. Clemens Stock

Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe



Situs vor und nach endoskopischer Myomenukleation

Endometriose

Das verkannte Leiden der Frau

Endometriose ist wahrscheinlich die am meisten unterschätzte Erkrankung der Frau in ihrer fruchtbaren Lebensphase. Unterschätzt sowohl im Hinblick auf die körperlichen und psychischen, als auch die volkswirtschaftlichen Auswirkungen durch hohe Krankheitskosten und Produktivitätsausfälle.



Jochen Dieckert

Leiter Gynäkologische Endoskopie

Die Prävalenz liegt bei ca. 11%, so viel wie bei Diabetes mellitus Typ II. Pro Jahr erkranken in Deutschland ca. 40.000 Frauen neu an Endometriose, d. h., man muss von 2 bis 4 Millionen Erkrankten in Deutschland ausgehen.

Seit meiner Assistenzarzt Ausbildung vor über 30 Jahren bei Professor Dr. med. Karl-Werner Schweppe, dem „Endometriose-Papst“, in Westerstede beschäftigt mich dieses Frauenleiden. Als Folge habe ich mir schon vor Jahren das Ziel gesetzt, dieser Erkrankung eine besondere Beachtung zu schenken.

Zunächst bei Prof. Schweppe und später in leitenden Positionen an anderen Kliniken, z.B. über 20 Jahre am Luisenhospital Aachen, konnte ich innovative Techniken

und operative Kenntnisse kontinuierlich ausbauen und seit nunmehr über drei Jahren erfolgreich im MARIEN einsetzen.

Zur Erweiterung des operativ-gynäkologischen Spektrums mit seinen spezialisierten Teilgebieten im MARIEN wurde zu Beginn meiner Tätigkeit eine endoskopisch-operative Ausstattung realisiert, die den höchsten medizinischen Ansprüchen gerecht wird.

Darüber hinaus bietet unser umfassendes Versorgungskonzept eine hohe Qualität nach aktuellen und überprüfbar Standards. Unsere fragebogengestützte Zweitmeinungssprechstunde mit ausführlicher Anamneseerhebung, gynäkologischer Untersuchung und vaginaler Sonographie erfolgt leitliniengerecht und dient der eventuellen Bestätigung eines Anfangsverdachts auf Endometriose.

Dennoch kann auch bei einem unauffälligen Untersuchungsbe fund die Erkrankung nicht ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund ist bei einem Verdacht auf Endometriose, sowie bei unklaren Unterbauchbeschwerden nach Ausschluss anderer organischer Ursachen die Indikation zur laparoskopischen Abklärung gegeben. Hinzu kommen die Patientinnen mit unerfülltem Kinderwunsch, da

in diesen Fällen bei über 50% der Frauen eine Endometriose vorliegt.

Modernes operatives Equipment und ein ergonomisches OP-Setting unterstützt unseren hohen Qualitätsanspruch und gewährleistet durch eine ermüdungsarme Position aller beteiligten Personen die volle Konzentration auf den Eingriff. Das operative Spektrum erstreckt sich über sämtliche Schweregrade der Erkrankung, von der **Peritonealresektion** bei milder Endometriose bis hin zu anspruchsvollsten, mehrere Stunden dauernden **Präparationen bei ‚Frozen Pelvis‘, Ureterummauerung sowie rectovaginalem und vaginalem Befall.**

Ziel ist immer eine Linderung der Beschwerden sowie die Wiederherstellung der ursprünglichen anatomischen Verhältnisse unter größtmöglichem organerhaltenden Vorgehen. Dies ist insbesondere bei Vorliegen eines Kinderwunsches oberste Prämisse.

Eine besondere Herausforderung stellen die **Endometriosezysten** dar, da eine zu radikale Resektion nachweislich die ovarielle Reserve schädigen kann. Hier können wir auf die schonende kontaktlose Argon-Plasma-Coagulation der Firma Erbe zurückgreifen, die eine minimale Eindringtiefe von 2-3 mm

gewährleistet. Dadurch wird lediglich eine Destruktion des Endometrioseepithels im Inneren der Zyste erreicht und das gesunde Ovarialgewebe maximal geschont.

Dieses Konzept hat sich insbesondere bei Kinderwunschpatientinnen bewährt. Durch eine im Rahmen der Sanierungsoperation durchgeführte Ovariopexie und den großzügigen Einsatz von adhäsionsverhinderndem 4 Dry Field-Gel lässt sich eine postoperative Verklebung der Adnexe mit den Wundflächen an den Beckenwänden und im Douglas weitestgehend vermeiden. Bei der Second-Look-OP nach etwa 8 Wochen lassen sich die Adnexe dann problemlos lösen und gleichzeitig eine Chromopertubation durchführen. Nach dem Eingriff zeigt sich der Vorteil des minimalinvasiven Vorgehens gegenüber konventionellen OP-Verfahren. Bereits am Abend werden die Patientinnen mobilisiert, können normale Nahrung zu sich nehmen und benötigen im Allgemeinen nur nach größeren Eingriffen eine PCIA-Pumpe, um den Analgetikabedarf individuell steuern zu können.

Alle Patientinnen werden postoperativ ausführlich über den Operationsverlauf informiert und der Situs anhand von Fotos demonstriert. Auch über die eventuell anschließende medikamentöse Behandlung werden die Patientinnen aufgeklärt. Ebenso wird über zusätzliche komplementäre Maßnahmen wie TCM, Yoga, Sport, Entspannungsübungen, Physio-

therapie, Osteopathie und Psychotherapie gesprochen und die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit der örtlichen Selbsthilfegruppe erwähnt.

Im Fall einer sehr umfangreichen Endometriosesanierung besteht die Option einer Anschlussheilbehandlung in spezialisierten Kliniken, was den betroffenen Frauen auf Wunsch angeboten und durch unser Entlassmanagement in die Wege geleitet wird. Wir sehen uns in unserem Vorgehen bestätigt durch die positiven Rückmeldungen der überweisenden Kolleg*innen und die Zufriedenheit unserer Patientinnen, die sich in zahlreichen Mails und Bewertungen in Internetportalen widerspiegelt.



Endometriosezyste sonographisch



Kissing ovaries



Zystendestruktion mit Argon Plasma Coagulation



Endsituation

KONTAKT

Sektion für Gynäkologische Endoskopie

Sektionsleiter:
Jochen Dieckert

Telefon: 0241/6006-1601

frauenklinik@marienhospital.de
marienhospital.de/gyn-endo

Urogynäkologie

Zukunftsorientierter Ausbau des Behandlungsspektrums am MARIEN



Dr. med. Clemens Stock

Chefarzt der Klinik
für Gynäkologie und
Geburtshilfe

Das Gebiet der **Urogynäkologie** entwickelt sich mehr und mehr zu einer **vierten Säule der Frauenheilkunde**. Dies ist einerseits dem demographischen Wandel geschuldet, andererseits aber auch den immer differenzierteren und anspruchsvolleren Operationsverfahren.

Urogynäkologie in allen Formen war seit Beginn meiner klinischen Tätigkeit immer ein großer Schwerpunkt meiner Arbeit. **Deshalb werden wir nun das gesamte Spektrum der Urogynäkologie am MARIEN anbieten.** Zugute kommt mir dabei sowohl mein Zertifikat im MIC-Bereich (nach der Arbeitsgemeinschaft Endoskopie in der Gynäkologie, AGE) als auch im Tätigkeitsfeld der Beckenbodenchirurgie (nach der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenchirurgie,

AGUB). Dies beinhaltet auch die differenzierte Beckenbodensonographie. Ich bin überhaupt kein Anhänger von einer OP-Technik, die dann bei allen Patientinnen undifferenziert zum Einsatz kommt.

Dazu sind die Beckenbodendefekte, die Symptomatik und die individuellen Voraussetzungen der Patientinnen zu unterschiedlich. Kommt es bei der älteren Patientin mit einem Totalprolaps auf ein zügiges, aber hinreichend stabiles OP-Verfahren an, braucht eine jüngere, sportliche Frau möglicherweise eher eine minimalinvasive Beckenbodenrekonstruktion. Auch der Einsatz von alloplastischem Material muss situativ entschieden werden. **Eine Beckenbodenkosmetik, die das ästhetische Empfinden des Operateurs zufriedenstellt, ist nicht das Ziel, sondern eine funktionelle Wiederherstellung mit einer guten Alltagszufriedenheit.**

Ein wichtiges Thema, das sich unter Gynäkologinnen und Gynäkologen, aber auch Patientinnen noch nicht weit herumgesprochen hat, ist die **Indikation zur Hysterektomie im Rahmen eines urogynäkologischen Eingriffes**. Denn diese benötigt nach den neusten Empfehlungen eine eigenständige Indikation und ist als klassischer „Standard“ oft gar nicht erforderlich. Im Gegenteil ist es meistens sogar hilf-

reich und sinnvoll, zumindest die Zervix als Ankerpunkt für Fixationsmaßnahmen zu belassen, was z. B. die Rate an Bandarrosionen deutlich reduziert und die Stabilität der Rekonstruktion erheblich verbessert.

Grundsätzlich wird an den Empfehlungen der Leitlinien festgehalten, Senkungszustände und Inkontinenz als eigenständige Krankheitsbilder mit spezifischen Behandlungsoptionen zu betrachten. Das bedeutet, dass in der Regel zunächst die Anatomie des Beckenbodens durch Rekonstruktion einer Senkung wieder hergestellt wird. Erst danach folgt im Falle einer persistierenden Belastungsinkontinenz die eigenständige operative Therapie,

sofern gewünscht und erforderlich.

Abgerundet wird unser breites urogynäkologisches Spektrum durch die **zystoskopische Bottoxtherapie der Drangblase** (Over activ bladder, OAB). Dieses Verfahren zeigt sehr gute Erfolge und kann komplikationsarm durchgeführt werden. Allerdings ist häufig eine Wiederholung nach einigen Monaten erforderlich.

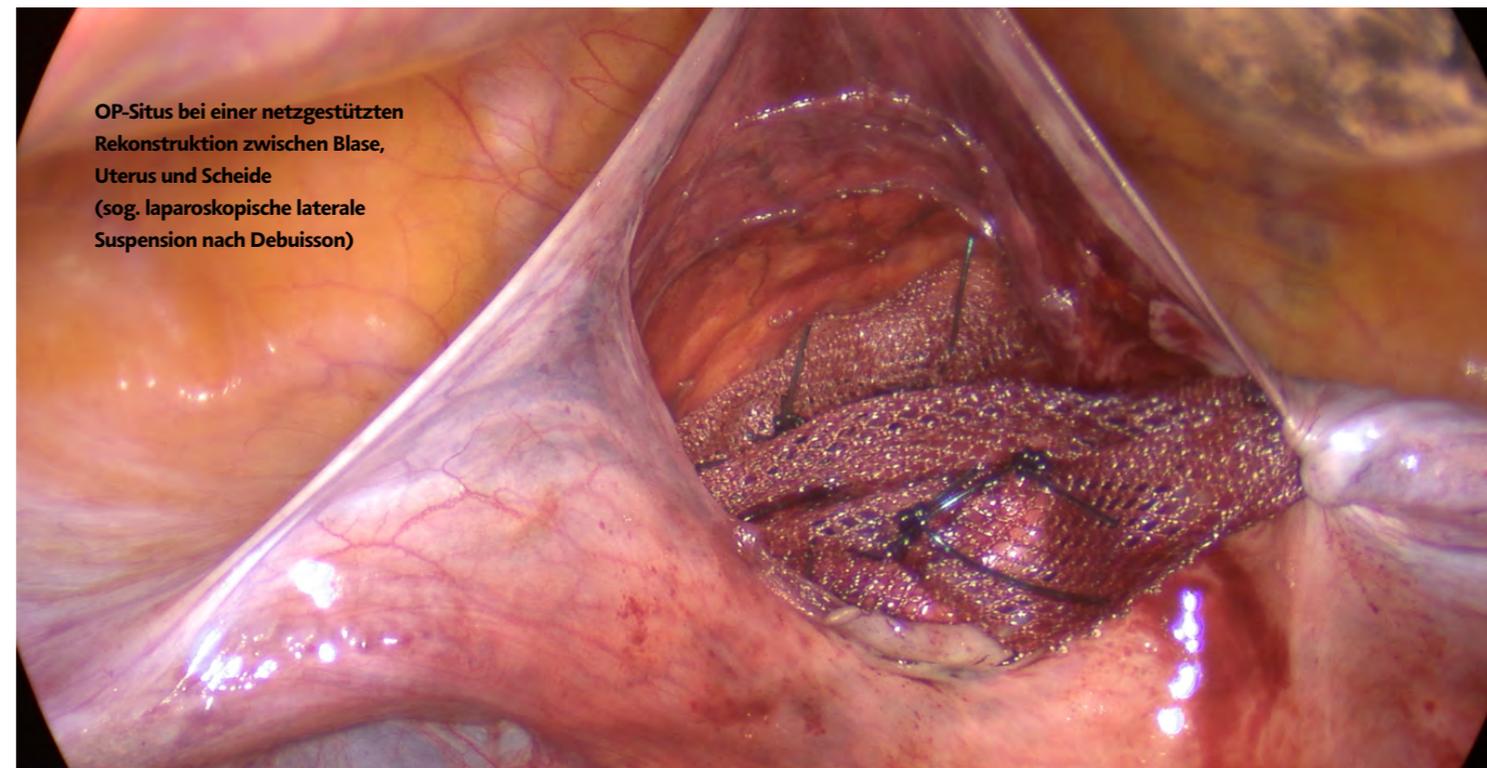
Eine Herzensangelegenheit ist für mich die Behandlung auch betagter Patientinnen. Hier gibt es besondere Herausforderungen, die im Hinblick auf Begleiterkrankungen, Polymedikationen und das Alter berücksichtigt

werden müssen, um beispielweise Delire zu vermeiden. Aus diesem Grund wird es in solchen Fällen einen altersgynäkologischen Ansatz geben, die ein obligatorisches Assessment und je nach Ergebnis perioperative Einbeziehung geriatrischer Expertise vorsieht.

Damit sind wir in der gesamten Gynäkologie sehr weit vorne im Sinne der älter werdenden Patientinnen. Zum **altersgynäkologischen Ansatz** gehören auch hochspezialisierte, neue OP-Techniken zur Beckenbodenrekonstruktion, die in einer sehr kurzen OP-Zeit von 20 – 30 Minuten eine dauerhaft stabile Rekonstruktion ermöglichen. **Diese werden in Deutschland bisher nur an**

sehr wenigen Kliniken angeboten, zukünftig auch bei uns am MARIEN.

Organisatorisch wird eine urogynäkologische Sprechstunde eingerichtet. Es wird eine standardisierte Anamnese mittels Fragebogen erhoben und eine chef- oder oberärztliche Untersuchung des Beckenbodens inkl. Beckenbodensonographie vorgenommen. Besteht der Wunsch der Patientin und ist eine entsprechende leitlinienkonforme Indikation gegeben, wird das Operationsverfahren festgelegt und der Eingriff terminiert. Die*der zuweisende Gynäkologin bzw. Gynäkologe erhält immer ein Anschreiben mit den Befunden und den geplanten Maßnahmen.



OP-Situs bei einer netzgestützten Rekonstruktion zwischen Blase, Uterus und Scheide (sog. laparoskopische laterale Suspension nach Debuissou)

KONTAKT

Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe

Chefarzt:
Dr. med. Clemens Stock

Telefon: 0241/6006-1601

frauenklinik@marienhospital.de
marienhospital.de/gyn-endo

Der Hebammenkreißsaal

Zukunftsweisend am MARIEN und ein Durchbruch (nicht nur) für die Aachener Klinik-Geburtshilfe



Anja Salmassi

Leitung Geburtshilfe/Elternschule
„Öcher Domstadtkinder“

0241/6006-2407

anja.salmassi@marienhospital.de
marienhospital.de/geburt

Für das zweite Halbjahr 2022 hat sich die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am MARIEN viel vorgenommen. Neben dem **Chefarztwechsel** steht die Geburtshilfe vor dem großen Schritt, den herkömmlichen Kreißsaal mit üblichem Facharzt*ärztinnen-Standard um den sogenannten **Hebammenkreißsaal (HKS)** zu ergänzen. Dieser ist wohlgermerkt kein spezieller Raum, sondern **ein von Hebammen geleitetes Betreuungskonzept im klinischen Setting**, dessen Ansatz die natürlichen Vorgänge (Physiologie) von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (gesamter Betreuungsbogen) ist, mit der **Frau im Zentrum als souveränes Individuum**, selbstbestimmt und mit besonders positiver Einstellung zum bevorstehenden Geburtsereignis.

Zur Förderung des Projektes hat das MARIEN vom Ministerium für Gesundheit Nordrhein-Westfalen Ende 2021 eine **Summe von 375.000 Euro** erhalten. Neben den Kosten für die **strukturelle Umsetzung** soll auch **baulich mehr Geburtshaus- und Wohlfühl-atmosphäre entstehen** mit einem zusätzlichen Raum für Entspannung und Betreuung rund um die Geburt.

Im Rahmen der Implementierung des HKS stehen aktuell für das gesamte geburtshilfliche Team - insbesondere die Hebammen, aber auch die Ärzt*innen - spannende und **gezielte Pflichtfortbildungen auf dem Programm**. Für zahlreiche **Seminare zu evidenzbasierter und interventionsarmer Geburtshilfe** konnten wir namhafte Referentinnen wie u.a. Tara Franke, Prof. Dr. Christiane Schwarz oder Patricia Gruber gewinnen. Diese Expertinnen vermitteln nach aktuellstem wissenschaftlichen Stand „auffrischende“ und neue Inhalte zu Themen wie Gebärhaltungen, Beckenbeweglichkeit und Dystokien, Latenzphase sowie zu Geburtsnahttechnik, Wassergeburt und frauenzentrierter Kommunikation und Entscheidungsfindung. Das hat es so geballt noch nie gegeben. Der HKS spricht Schwangere an, die den Wunsch nach einer möglichst natürlichen Geburt **ohne (Routine-) Interventionen** anstreben. Diese Frauen möchten **die Geburt ihres Kindes aktiv mitgestalten** und

somit die geschaffte **Geburt als nachhaltige Stärkung erleben**. Dabei verzichten sie bewusst auf Schmerzmittel und ärztliche Anwesenheit und vertrauen stattdessen einer oder zwei Hebammen an ihrer Seite. Trotz der Geburt „in Eigenregie“ wählen diese Frauen bzw. die werdenden Eltern die Klinik grundsätzlich als sehr geschätzten Geburtsort, weil bei Bedarf schnell gehandelt werden kann. Alles ist direkt vor der Tür.

Erfahrungen zeigen, dass das Modell HKS eine **hohe Qualität mit gutem Outcome** bietet. Frauen gebären im HKS häufiger spontan

als im herkömmlichen Kreißsaal. Und selbst wenn die Geburt nicht im HKS beendet werden kann, führt dies trotzdem zu **positiveren Geburtserlebnissen, zufriedeneren Frauen, besserem Stillstart**. Das sind wichtige Aspekte von Gesundheitsförderung!

Gute Geburtshilfe auf Augenhöhe – immer zum Wohle von Mutter und Kind.

Hebammen können im HKS nach dem Hebammengesetz autonom arbeiten, mit dem **Fokus auf die Geburtsphysiologie und die originäre Hebammentätigkeit**. Die neue S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ als aktuellste Handlungsempfehlung für interdisziplinäre Geburtsteams bietet dabei nach Evidenz und langer gemeinsamer Konsensfindung federführend

von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) sowie weiterer Fachgesellschaften eine gute Orientierung für unser geburtshilfliches Handeln. Damit der HKS keine „Mogelpackung“ ist, werden für die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzt*innen-Team bestimmte Regeln besonders bzgl. Kommunikation festgelegt. **Wertschätzen des Miteinander, Respekt und Reflexionsbereitschaft** intensivieren den fachlichen Austausch und damit die Qualitätssteigerung.

Jederzeit kann – ohne den Raum wechseln zu müssen - in das ärztliche Modell mit z. B. PDA oder sonstiger **„Intention-to-treat“** übergeleitet werden. Das ist für viele Schwangere bei der Entscheidung

für den Geburtsort ihres Kindes ein unschlagbarer Vorteil von **„Gebären (fast) wie zuhause im klinischen Setting“**. Das eine muss das andere demnach nicht ausschließen.

Mit dem HKS stärkt das MARIEN den Hebammenberuf und bietet für Hebammen, einen zufriedenstellenden und gesicherten Arbeitsplatz in der Klinik-Geburtshilfe. Hiervon profitieren alle Schwangeren/Gebärenden in der Region. **Frauen dürfen ihre Kinder gebären, wo und wie sie es wollen**. Bedenken wir, dass ca. 98% aller Kinder in Deutschland in der Klinik geboren werden.

Investieren lohnt sich also!



Leistungsspektrum der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am MARIEN

Allgemeine Gynäkologie

- Operationen der Eierstöcke und Eileiter
- Lösen von Verwachsungen
- Diagnostische Bauch- und Gebärmutter Spiegelungen
- Operationen an Scheide und Gebärmutter

Gynäkologische Onkologie

- Moderne, leitlinienkonforme Operationen bei allen bösartigen Erkrankungen gynäkologischer Organe
- Gebärmutter- und Gebärmutterhalskrebs
- Schamlippenkrebs
- Eierstockkrebs
- Wann immer möglich minimal-invasiv
- Enge Kooperation mit Strahlentherapeut*innen und Onkolog*innen

Senkung und Inkontinenz

- Individuell geplante Operationsverfahren für alle Beschwerdebilder und Altersgruppen
- Außerordentlich breites Behandlungsspektrum
- Vaginale und Schlüsseloch-Operationen (Laparoskopie)
- Eigengewebstrekonstruktionen und Einsatz von stabilisierendem Netzmaterial (wenn angezeigt)
- Mit und ohne Gebärmutterentfernung
- Spezielle Verfahren auch im Wiederholungsfall

Myomchirurgie/Blutungsstörungen

- Vielseitige organerhaltende OP-Verfahren
- Gebärmutterentfernung nahezu immer minimal-invasiv mit kurzem stationären Aufenthalt
- Goldnetzverfahren zur Behandlung von Blutungsstörungen

Endometriose/Kinderwunsch

- Endometriosezentrum
- Große Erfahrung auch bei ausgeprägten Befunden
- Immer endoskopisches Vorgehen
- Wiedereröffnende Operationen an den Eileitern
- Entfernung von Gebärmuttersepten

Schwangerschaft und Geburt

- Moderne Geburtshilfe in familiärer und selbstbestimmter Atmosphäre
- Kreißsaal mit 3 Geburtsräumen und ein Alternativ-Geburtsraum mit Gebärranne
- Hebammen-Kreißsaal
- Wassergeburt
- Verschiedene Narkoseverfahren
- CTG-Überwachung mit Bewegungsfreiheit durch Telemetrie
- Familienzimmer
- Ambulante Geburt möglich
- Bonding - auch im OP bei Kaiserschnitt
- Elternschule „Öcher Domstadtkinder“



Das MARIEN · Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Zeise 4 · 52066 Aachen · Telefon: 0241/6006-1601 · Fax: 0241/6006-1609
frauenklinik@marienhospital.de · www.marienhospital.de/frauenklinik
www.facebook.com/marienhospital.aachen · www.instagram.com/marienhospital