



KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

SEESCHAU PLUS

PUBLIKATION DER PRIVATKLINIK SEESCHAU AM BODENSEE
FÜR CHIRURGIE, GYNÄKOLOGIE, ANÄSTHESIE UND SCHMERZTHERAPIE

AUSGABE 08 | 2012

WWW.KLINIK-SEESCHAU.CH

Editorial



Qualität ist ein wichtiges, aber flüchtiges Ziel – man kann es verfolgen, aber niemals erreichen. Es wandelt sich stetig, beeinflusst durch neue Rahmenbedingungen und Prozesse. Mit diesen Entwicklungen Schritt zu halten, ist eines der zentralen Aspekte eines funktionierenden Qualitätsmanagements. Die Klinik Seeschau tut dies mit grossem Engagement – etwa mit der Einführung eines 7x24-Stunden-Dienststarzsystems, einer fundierten Weiterbildung der Mitarbeitenden oder der Fokussierung auf Kernkompetenzen. Mehr zu diesen und anderen Themen finden Sie in der aktuellen Ausgabe von SEESCHAU PLUS. Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre.

Corinne Juchli, Leiterin
Hotellerie, Mitglied der Direktion
Christian Juchli, Direktor und
Verwaltungsratspräsident



GESTÄRKTE KERNKOMPETENZEN

ALS LISTENSPITAL DES KANTONS THURGAU SETZT DIE KLINIK SEESCHAU
AUF HÖCHSTE QUALITÄT UND FOKUSSIERTE ANGBOTE.

Mit PD Dr. med. Jochen Binder ist der Pionier der «da Vinci»-Operationstechnologie neu für die Klinik Seeschau tätig.

Dadurch erfährt die Klinik nicht nur eine personelle Bereicherung durch einen renommierten Chirurgen, sondern gewährleistet zugleich eine punktuelle Stärkung des Angebotes im Fachbereich Urologie. Neben einer neu gegründeten eigenen

Praxis übernimmt PD Dr. med. Jochen Binder auch die Leitung des Uroviva-Seeschau-Kompetenzzentrums für Urologie, das in die Klinik Seeschau integriert ist. Auf den folgenden Seiten werfen wir einen Blick auf die Erfahrung und Kompetenz von PD Dr. med. Jochen Binder, auf die «da Vinci»-Operationstechnologie sowie das Urologie-Netzwerk Uroviva.

Inhalt

PD Dr. med. Jochen Binder
Der weltweit anerkannte Pionier der «da Vinci»-Technologie ist neuer Belegarzt an der Klinik Seeschau. > **Seite 2**

Dr. med. Roger Gablinger
Der Mitbegründer des Netzwerks Uroviva über die Zusammenarbeit mit PD Dr. med. Jochen Binder. > **Seite 5**

Dienststarzsystem
Andreas Juchli erklärt das neue Dienststarzsystem an der Klinik Seeschau. > **Seite 6**

Kernkompetenzen
Konsequente Angebotsqualität dank der Fokussierung auf Kernkompetenzen. > **Seite 8**

Interdisziplinarität
Wie sich Gynäkologie und Plastische Chirurgie effizient ergänzen. > **Seite 10**

Brustkrebs – was nun?
Nach einer kompletten Entfernung der Brust bieten sich verschiedene Möglichkeiten der chirurgischen Wiederherstellung an. > **Seite 11**

Erfahrungsaustausch in Hamburg
Im Norden Deutschlands nahm das Kader der Klinik Seeschau an einem dreitägigen Erfahrungsaustausch teil. > **Seite 15**

NEU AN DER KLINIK SEESCHAU: PD DR. MED. JOCHEN BINDER



PD Dr. med. Jochen Binder

Er ist ein renommierter Facharzt, Pionier der «da Vinci»-Technologie und hat die weltweit ersten Eingriffe mit dem Operationsroboter vorgenommen. Nun bereichert PD Dr. med. Jochen Binder die Klinik Seeschau mit seiner Kompetenz und Erfahrung.

Die Übernahme des Uroviva-Seeschau-Kompetenzzentrums für Urologie durch PD Dr. med. Jochen Binder stellt eine zusätzliche Erweiterung des gesammel-

ten Fachwissens an der Klinik Seeschau dar. Sein Renommee erlangte der Mediziner nicht zuletzt durch seine langjährige Tätigkeit als Chefarzt Urologie am Kantonsspital Frauenfeld und seine Vorreiterstellung in der «da Vinci»-Operationstechnologie.

Nachdem er 1990 sein Medizinstudium an der Justus-Liebig-Universität in Giessen/Deutschland abgeschlossen hatte,

fürten ihn die weiteren beruflichen Stationen unter anderem nach Boston und Frankfurt am Main. Am dortigen Universitätsklinikum führte er im Jahr 2000 die weltweit erste radikale Prostataentfernung mit dem damals neuen «da Vinci»-Operationsroboter durch. Heute gilt das System als Standard in der minimal-invasiven Chirurgie – und PD Dr. med. Jochen Binder als Pionier des Verfahrens.

Im Gespräch erinnert sich der neue Belegarzt der Klinik Seeschau nicht nur an die Anfangstage der «da Vinci»-Technologie, sondern wirft auch einen Blick in seine Zukunft an seiner neuen Wirkungsstätte und beschreibt die Vorteile des Urologie-Netzwerks Uroviva.

Das Interview finden Sie auf den folgenden Seiten.

INTERVIEW MIT PD DR. MED. JOCHEN BINDER



PD Dr. med. Jochen Binder
Facharzt FMH für Urologie

«Sie dürfen einen Arzt erwarten, der Freude an seiner Arbeit hat.»

PD Dr. Binder, Sie übernehmen die Leitung des Kompetenzzentrums Uroviva-Seeschau in Kreuzlingen. Was reizt Sie an dieser Tätigkeit?

Nach gut zehn Jahren Ausbildung an Universitätskliniken und weiteren zehn Jahren in meiner Tätigkeit als Chefarzt Urologie am Kantonsspital Frauenfeld ist für mich die Zeit für eine neue Herausforderung gekommen. Mich reizt das persönliche Ambiente der Klinik Seeschau mit ihrem Versorgungsauftrag für alle Versicherten und die Anbindung an die führende Urologengruppe im Kanton Zürich, das Urologie-Netzwerk Uroviva.

Für jene, die Sie noch nicht kennen: Welchen Charakter dürfen die Patientinnen und Patienten erwarten?

Ich sehe mich in erster Linie als Dienstleister meines Patienten, der als langjähriger Prämien- und Steuerzahler eine erstklassige und persönliche Behandlung in der Geborgenheit des heimatnahen Spitals verdient hat. Sie dürfen also einen freundlichen, engagierten und kompetenten Arzt erwarten, der Ihre Anliegen ernst nimmt und Ihnen eine individuelle Gesundheitsberatung bieten möchte. Und einen Arzt, der Freude an seiner Arbeit hat.

Wie Sie bereits ausführten, waren Sie fast zehn Jahre als Chefarzt der Urologie am Kantonsspital Frauenfeld tätig. Nun treten Sie nicht nur Ihre neue Stelle an der

Klinik Seeschau an, sondern führen auch Ihre eigene Praxis im Ärztezentrum Schlossberg in Frauenfeld. Wie gross ist die Herausforderung bei diesem Schritt in die Selbständigkeit? Und ist auch ein mulmiges Gefühl dabei? Natürlich gibt es auch ein etwas mulmiges Gefühl. Doch die Freude auf die neue Herausforderung überwiegt. Die Arbeit am Kantonsspital Frauenfeld ist eine hoch befriedigende Tätigkeit gewesen. Zusammen mit meinem Team konnte ich mit Ausnahme der Nierentransplantation und komplexerer kinderchirurgischer Operationen das gesamte urologische Versorgungsspektrum abdecken – an sieben Tagen pro Woche über 24 Stunden am Tag. An meiner neuen Position kann ich nun allen Erwachsenen und Kindern mit urologischen Problemstellungen persönlich zur Untersuchung und Beratung zur Verfügung stehen. Bei allen grossen und komplexen urologischen Operationen werde ich jedoch auf den Verbund mit dem renommierten Zürcher Urologennetzwerk Uroviva setzen, um eine optimale Behandlungsqualität aufgrund hoher Fallzahlen zu garantieren. Auf die Praxistätigkeit im Ärztezentrum Schlossberg in Frauenfeld freue ich mich sehr, denn so kann ich viele wertvolle und langjährige Arzt-Patienten-Beziehungen im Raum Frauenfeld weiterführen.

Sie zählen zu den Pionieren der Mikrochirurgie mit dem «da Vinci»-Operationsroboter. Erin-

nern Sie sich an die Anfangszeiten dieser mittlerweile bestens etablierten Technologie? Wie verlief die Entwicklung?

Natürlich sind mir die Pionierzeiten mit dem «da Vinci»-Operationssystem sehr gut in Erinnerung. Es passiert den meisten Menschen höchstens einmal im Leben, dass sie zur richtigen Zeit am richtigen Ort sind, um etwas Bahnbrechendes zu beginnen. Die weltweit erste radikale Prostataentfernung bei einem Prostatakrebspatienten



in Frankfurt am Main im Mai 2000 hat mein Berufsleben nachhaltig verändert. Liveoperationen u. a. in Brüssel, London, Stockholm und Singapur, Liveübertragungen nach München, Genf und Kuala Lumpur – das waren unvergessliche Momente für einen jungen urologischen Oberarzt. Inzwischen ist die «da Vinci»-Technologie nicht mehr wegzudenken aus dem urologischen Fachgebiet und vielerorts Methode der Wahl beim Prostatakrebs und bei Eingriffen an den Nieren und Harnleitern.

> Fortsetzung Seite 4



Heute ist die roboterassistierte Chirurgie mit dem «da Vinci»-System bei vielen Eingriffen zur Standard-Behandlung gereift. Welche Vorzüge bieten sich dadurch dem Patienten?

Die Vorzüge der «da Vinci»-Methode liegen auf der Hand: Die feinen artikulierten Instrumente sind eine Weiterentwicklung der vergleichsweise kruden Instrumente der klassischen Schlüssellochchirurgie, und die hochauflösende 3-D-Optik bietet eine bis zu 15-fache Vergrößerung der Feinstrukturen im Körper. Dieses ist besonders ein Vorteil in der Tiefe des kleinen Beckens, wo die Prostata fest eingebettet liegt und sich oft hinter einem Knochenstern an der Schambeinfuge versteckt, wo sie bei der herkömmlichen offenen Operation oft nur schlecht einsehbar ist. Vorteile für den Patienten sind überdies die lediglich kleinen Verletzungen der Bauchwand, ein geringer Blutverlust und die schnelle Genesung. Dennoch ist das «da Vinci»-System «nur» ein Werkzeug, welches per se keine

bessere Operation garantiert. Entscheidend sind vielmehr die Erfahrung und die Detailliebe des Operateurs und seines Teams.

Konnten auf dem Gebiet der Urologie – neben dem «da Vinci»-Operationsroboter – in den vergangenen Jahren weitere Innovationen geschaffen werden, welche die Behandlungen erleichtern oder sicherer machen?

Ich kann mit Stolz sagen, dass ich gemeinsam mit meinem Kollegen Dr. Ronald Bräutigam im Kanton Thurgau neben dem «da Vinci»-System weitere Methoden eingeführt habe, die dem urologischen Patienten zugute gekommen sind und 2012 fast als Standard anzusehen sind. Zum Beispiel die Laparoskopie im Jahr 2003, die erstmals Eingriffe an der Niere, an Harnleiter, Blase und Prostata über kleine Hautschnitte ermöglichte. Dann die bipolare transurethrale Resektionstechnik 2005, die als Spüllösung physiologische Kochsalzlösung verwendet und daher praktisch zum

Verschwinden des sogenannten Einschwemmsyndroms führte, einer gefürchteten bedrohlichen Elektrolytverschiebung im Blutkreislauf. Und auch die breite Einführung fiberoptischer flexibler Blasen- und Harnleiterspiegel war ein wertvoller Schritt. Sie hat in den letzten Jahren einerseits zu einer Verbesserung der diagnostischen Präzision im Harntrakt geführt bei gleichzeitig wesentlich geringerer Belastung für den Patienten. Andererseits konnte dadurch die Zugänglichkeit von Steinen im oberen Harntrakt deutlich vereinfacht werden.

Mit der Übernahme der entsprechenden Praxis an der Klinik Seeschau werden Sie auch Teil von Uroviva. Welchen Stellenwert hat ein derartiges urologisches Netzwerk Ihrer Ansicht nach?

Die Vernetzung mit der führenden Urologengruppe im Kanton Zürich ermöglicht mir, mein Spezialwissen im Bereich der Laparoskopie und «da Vinci»-Operationstechnik weiterhin in

einem grösseren Kontext einzubringen. Andererseits bietet mir und meinen Patienten diese Kooperation auch den Zugang auf die jeweiligen Kompetenzschwerpunkte der angeschlossenen Fachkollegen. Ich halte dieses Netzwerk für ein wegweisendes Zukunftsmodell in unserem hoch spezialisierten Fachgebiet.

Haben Sie sich für Ihre verschiedenen Tätigkeiten gewisse Ziele gesetzt, die Sie erreichen möchten?

Mein oberstes Ziel und Hauptmotivation meiner ärztlichen Tätigkeit ist der zufriedene Patient, ebenso seine zufriedenen Angehörigen und sein zufriedener Hausarzt. Dabei bringe ich meine langjährige Erfahrung auf dem gesamten Gebiet der urologischen Erkrankungen ein. Ein weiteres Ziel ist es, die Integration in das standortübergreifende Urologennetzwerk voranzubringen, um meinen Patienten Zugang zur bestmöglichen Behandlungsqualität zu gewährleisten.

Die «da Vinci»-Operationstechnologie

Mit der Roboterplattform «da Vinci» hat sich innerhalb der minimal-invasiven Chirurgie eine ausgereifte Operationstechnologie durchgesetzt. PD Dr. med. Jochen Binder zählt zu den Pionieren in diesem Verfahren.

Bereits im Jahr 2000 hat PD Dr. med. Jochen Binder die weltweit ersten Eingriffe mit dem «da Vinci»-Operationsroboter durchgeführt. Heute zählt das System zu den Standardanwendungen in der minimal-invasiven Chirurgie und wird beispielsweise zur radikalen Entfernung der Prostata bei Prostatakrebs oder bei der Behandlung von Nieren- und Blasen Tumoren eingesetzt.



INTERVIEW MIT DR. MED. ROGER GABLINGER



Dr. med. Roger Gablinger, Facharzt FMH Urologie

Dr. Gablinger, mit PD Dr. med. Jochen Binder übernimmt ein renommierter Spezialist in der operativen Urologie die Leitung des Kompetenzzentrums Uroviva-Seeschau in Kreuzlingen. Was versprechen Sie sich von dieser Zusammenarbeit?

Das Team Uroviva sucht laufend weitere Ärzte, die höchste fachliche sowie menschliche Kompetenz mitbringen. Bei PD Dr. med. Jochen Binder ist beides mehr als erfüllt, und wir sind sehr glücklich, dass wir ihn für die Uroviva gewinnen konnten. Auch für die Klinik Seeschau ist dies ein Glücksfall. Mit PD Dr. med. Jochen Binder als Chefarzt Urologie der Klinik Seeschau konnte die Klinik ein urologisches «Schwergewicht» mit überregionalem Ruf akquirieren.

Welche Vorteile bieten sich PD Dr. med. Jochen Binder und seinen Patienten aus dem Anschluss ans Urologie-Netzwerk Uroviva?

Das Netzwerk Uroviva besteht aus einem grösseren Verbund von spezialisierten Urologen, welche alle ihre Subspezialitäten betreiben. Somit können Patienten mit seltenen oder hochkomplexen Fragestellungen einerseits im Team diskutiert und andererseits auch von den entsprechenden Ärzten behandelt werden. Durch den engen Austausch und die kurzen Wege profitiert jeder Uroviva-Arzt wie auch jeder Patient von den gesamten Fähigkeiten und Kenntnissen des Uroviva-Teams.

PD Dr. med. Jochen Binder zählt zu den weltweit anerkannten Pionieren der Chirurgie mit dem «da Vinci»-Operationsroboter. Welchen Stellenwert hat diese Technologie bei Uroviva?

Einen sehr hohen Stellenwert. Mit Dr. med. Aron Cohen verfügt die Uroviva bereits über einen Exponenten, der diese Methode in hoher Qualität anbietet. Mit PD Dr. med. Jochen Binder als weltweiter «Erfinder und erstem Anwender» dieser Technologie gewinnt die Uroviva eine Fachkraft von allerhöchster Kompetenz, was uns natürlich freut.

Uroviva bietet den Patienten zahlreiche Vorteile, von der breit abgestützten Kompetenz über die persönliche Atmosphäre bis zur ausgereiften Infrastruktur. Inwiefern profitieren zuweisende Ärzte vom Angebot des Urologie-Netzwerks?

Die Uroviva versteht sich als homogenes Team. Zuweisende Ärzte profitieren insofern davon, dass ihre Notfälle schnellstmöglich bei einem Uroviva-Arzt mit freien Kapazitäten platziert werden können. Andererseits weiss der Grundversorger, dass alle seine Patienten unabhängig von der Versicherungsklasse umfassend beraten und optimal behandelt werden können.

Neben den vier Standorten in Bülach, Männedorf, Zürich und Zürich-Höngg verfügt Uroviva auch über zahlreiche Partnerschaften wie jene mit der Klinik Seeschau. Wie lassen sich die Inhalte und Ziele dieser Kooperationen zusammenfassen?

Jegliche Partnerschaft steht und fällt mit den beteiligten Personen. Uroviva möchte eine menschlich und geografisch nahe Versorgung von urologischen Patienten unabhängig von der Versicherungsklasse anbieten. Mit der Person von PD Dr. med. Jochen Binder, der hervorragenden Infrastruktur und der freundlichen Atmosphäre der Klinik Seeschau kann die Philosophie der Uroviva ideal umgesetzt werden.

Dr. med. Roger Gablinger ist Facharzt FMH Urologie mit Schwerpunkt operative Urologie und Mitbegründer des Urologie-Netzwerkes Uroviva.



DIENSTARZTSYSTEM AN DER KLINIK SEESCHAU

Als Listenspital des Kantons Thurgau nimmt die Klinik Seeschau einen Versorgungsauftrag wahr, zu welchem auch ein funktionierendes Dienstarztsystem zählt. Umgesetzt wird dies durch einen Dienstarzt vor Ort, der gleichzeitig als Schnittstelle zum Facharzt fungiert. Ein optimales System stellt diesbezüglich Dienstarzt by JDMT dar, eine Dienstleistung des jungen Unternehmens JDMT Medical Services.

JDMT Medical Services ist ein ärztlich geführtes Unternehmen, das massgeschneiderte medizinische Lösungen für Firmen erarbeitet und Gesundheitsprofis qualifiziert unterstützt. Rund zwei Dutzend Ärzte mit gleichzeitiger klinischer Tätigkeit sowie über 100 angehende Ärzte gehö-

ren zum Team von JDMT. Geleitet wird JDMT Medical Services von Andreas Juchli.

Herr Juchli, Sie haben als Student das medizinische Dienstleistungsunternehmen JDMT Medical Services auf die Beine gestellt. Was hat Sie dazu bewogen?

Nun, ein guter Kollege bat mich, mit ihm für unsere Mitstudenten Ausbildungen zu organisieren. Das war vor genau zehn Jahren. Ein anderer Kollege wurde gefragt, ob wir ein Turnier medizinisch betreuen könnten – ganz klassisch, wie ein Samariterverein. Das waren

die Anfänge. JDMT kommt übrigens von Junior Doc Medical Team – wir waren Junior Docs. Und noch heute sind wir ein wichtiger Arbeitgeber für Medizinstudierende.

Wie lässt sich das Angebot von JDMT in aller Kürze beschreiben?



Andreas Juchli, Leiter JDMT Medical Services



JDMT erbringt umfassende medizinische Dienstleistungen für Unternehmen und Akteure im Gesundheitswesen. Was wir tun, ist enorm vielfältig. Aber immer geht es durch und durch um Medizin. Ob es der Betrieb einer Ausnüchterungsstelle, die Betreuung von Fussballspielen, das Beobachten von weltweiten Krankheitsverläufen oder das Begleiten von Betriebsanitätsdiensten grosser Unternehmen ist, immer bringen wir medizinisches Know-how ein und treffen möglichst punktgenau die Bedürfnisse unserer Kunden.

Unter anderem haben Sie mit Ihrem Unternehmen die Dienstleistung Dienstarzt by JDMT entwickelt. Welchen Nutzen erhält eine Klinik, welche Dienstarzt by JDMT in Anspruch nimmt?

Wenn ein Spital auch nachts und am Wochenende immer einen Arzt im Haus haben möchte, kann er JDMT damit beauftragen, diese basisärztliche Leistung wahrzunehmen. Gerade Belegarztkliniken verfügen mit ihren Fachärzten über hervorragende Ärzte, welche wohl erreichbar sind, nicht aber mehr nachts und am Wo-

chenende immer im Spital sein möchten. Dienstarzt by JDMT wirkt hier quasi als verlängerter Arm dieser Belegärzte.

Inwiefern profitieren die eingesetzten Dienstärzte?

Weil die Patienten von Belegarztkliniken häufig in einem sehr guten gesundheitlichen Zustand sind, kommt es glücklicherweise höchst selten zu medizinischen Zwischenfällen. Damit ist die Tätigkeit als Dienstarzt nicht geeignet für die Ausbildung zum Facharzt. Dafür aber erhalten unsere Ärztinnen und Ärzte viel Zeit, um beispielsweise an ihrer Doktorarbeit zu schreiben oder sich auf eine Facharztprüfung vorzubereiten. Dank der sehr herzlichen Zusammenarbeit mit den Klinikärzten erweitern diese Einsätze aber natürlich auch das persönliche Netzwerk unserer Dienstärzte.

Mit Dienstarzt by JDMT beteiligen Sie sich an der 7x24-Stunden-Dienstarztversorgung der Klinik Seeschau. Ist es etwas Besonderes, für den Familienbetrieb zu arbeiten, in welchem bereits ihre zwei Brüder tätig sind?

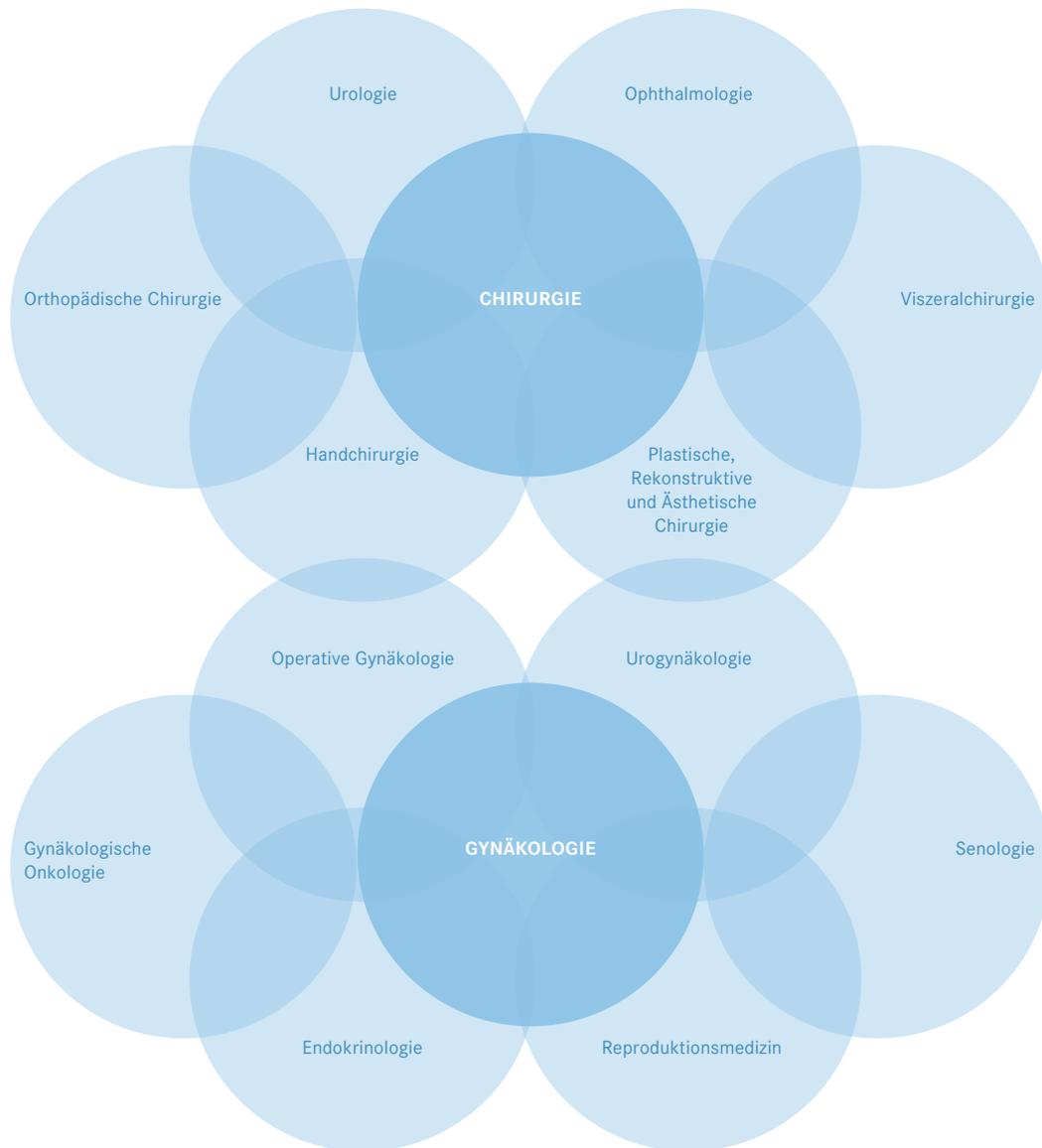
Ja, absolut! Es war klar, dass

ich für die ärztliche Ausbildung den Thurgau verlassen musste. Es ist schön, so wieder hierher zurückzufinden. Meine Brüder machen einen tollen Job. Das Gesundheitswesen ist sehr anspruchsvoll. Es

ist eine Freude, wie die Klinik Seeschau heute dasteht. Schon unsere Grosseltern und Eltern waren medizinische Unternehmer. Fast logisch, dass wir drei Brüder in diese Fussstapfen getreten sind.



FOKUSSIERUNG AUF DIE KERNKOMPETENZEN



Die Klinik Seeschau hat sich zum Ziel gesetzt, nicht jede erdenkliche Leistung zu erbringen, sondern sich auf Kernkompetenzen zu konzentrieren und dabei höchste Qualität zu gewährleisten.

Im Rahmen der kantonalen Spitalplanung 2012 positioniert sich die Klinik Seeschau als Kompetenzzentrum in den Bereichen Chirurgie und Gynäkologie – offen für Patientinnen

und Patienten aller Versicherungsklassen, mit erfahrener Ärzteschaft und persönlicher Betreuung.

In den beiden Kerngebieten Chirurgie und Gynäkologie mit ihren jeweiligen Subspezialitäten (siehe Grafik) verfügt die Klinik Seeschau über zahlreiche renommierte Fachkräfte, die im Rahmen ihrer Belegarzt-tätigkeit eine hervorragende Behandlung sicherstellen. Das

Team wird laufend ausgebaut und punktuell ergänzt, zuletzt durch renommierte Ärzte wie Dr. med. Rainer Krein, Dr. med. Gregor Kohler und PD Dr. med. Jochen Binder.

Wichtiges Element der hohen Leistungsqualität ist zudem die engmaschige Verbindung der medizinischen Bereiche. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit schafft optimale Voraussetzungen, um auch komplexere

Eingriffe in ein ganzheitliches Konzept zu integrieren und den Patientinnen und Patienten eine durchgängige Behandlung auf hohem Niveau zu bieten. Eine unerlässliche Basis für diese Kerngebiete und ihre enge Vernetzung bilden die hohe Kompetenz in den Bereichen Anästhesie, Operationsaal, Pflege und Hotellerie.

THE SWISS LEADING HOSPITALS: KONSEQUENTE QUALITÄT

Die Mitgliederkliniken von The Swiss Leading Hospitals, zu welchen auch die Klinik Seeschau zählt, stehen für höchste Qualität, individuelle Betreuung und familiäre Atmosphäre. Grundlage hierfür sind die ambitionierten Qualitätsziele der Klinikvereinigung, an welchen sich auch das Qualitätsmanagement der Klinik Seeschau orientiert.

Die Qualität einer medizinischen Behandlung ist zu weiten Teilen noch immer eine abstrakte Grösse. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten hat sich das Qualitätsverständnis in der Vergangenheit vor allem darauf reduziert, sich gut aufgehoben zu fühlen, von einem kompetenten und freundlichen Arzt und einer hilfsbereiten Krankenschwester betreut zu werden. Diese Auffassung, angetrieben von Hoffen und Glau-

ben, beruht vornehmlich auf individuellen Empfindungen, die natürlich von enormer Bedeutung sind, jedoch nicht als Massstab der Qualität taugen. Geeigneter sind hierfür Zahlen und Fakten. Auf diese stützen sich in der Folge auch Qualitätskontrollen und -vergleiche.

Die Messbarkeit der Qualität ist einer der zentralen Gedanken in der Formulierung von Zielen bei den Swiss Leading Hospitals. «Dafür müssen Daten gesammelt werden zur Behandlungsqualität und zur Zufriedenheit der Patienten», hielt die renommierte Klinikgruppe im Rahmen ihrer dritten Zukunftskonferenz im August 2011 fest. «Das Ergebnis muss transparent und für jeden verständlich sein. Offenheit ist wichtig, damit die Patienten erfahren, welche medizinische Behandlungsqualität

sie wo erwarten dürfen und die Vergleichbarkeit muss sichergestellt sein.»

SLH-Mitglieder mit Vorsprung

Wichtige Elemente der diesbezüglichen Bemühungen sind nationale Messungen und Auswertungen sowie deren Publikation. Was diesen Punkt betrifft, konnten mit der Spitalplanung 2012 und der damit verbundenen Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) wichtige Schritte eingeleitet werden. Denn erst diese Fallpauschalen ermöglichen jene Transparenz, die für einen Wirtschaftlichkeitsvergleich notwendig sind, und bieten den Raum, um im Qualitätsbereich definierte Merkmale einzuführen, mit welchen sich Schweizer Spitäler untereinander vergleichen lassen.

Die Privatspitäler im Allgemei-

nen und die Mitgliederkliniken der SLH im Speziellen weisen diesbezüglich einen Vorsprung auf. Im Wettbewerb stehend, sind sie zur Argumentation gegenüber Zuweisern und Patienten auf Qualitätsergebnisse angewiesen. Mit ihren Belegarztstrukturen können private Institutionen zudem eine persönlichere Beziehung zwischen Arzt und Patienten anbieten und praktizieren eines der Hauptziele der neuen Spitalplanung bereits heute – die integrierte Versorgung.

Auch wenn Messwerte und Resultate von grossem Wert sind – im Mittelpunkt stehen bei den SLH und ihren Mitgliedern die Patientinnen und Patienten. Denn Qualität soll nicht nur messbar, sondern vor allem auch spürbar und im Spitalalltag erfahrbar sein.

MECON-Umfrage 2011 – Klinik Seeschau erneut mit positivem Ergebnis

In der MECON-Umfrage wird die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten in Schweizer Spitälern verglichen. Wie bereits 2009 konnte sich die Klinik Seeschau auch 2011 im besten Viertel aller

Spitäler positionieren, zudem im besten Viertel aller Belegarzt-Kliniken. In allen fünf Befragungsbereichen liegt die Klinik Seeschau zum Teil deutlich über dem Durchschnitt.

Unzufriedenheits-Index*				
Bereich	Klinik Seeschau	Alle Spitäler Mittelwert	Belegarktkliniken Mittelwert	Belegarktkliniken Bestes Viertel
Ärzte	5.8	11.3	7.1	6.1
Pflege	9.8	12.7	10.3	8.8
Organisation	9.9	16.6	11.7	10.3
Hotellerie	8.7	15.2	10.9	9.9
Infrastruktur	8.6	14.2	11.9	9.5
Total	8.2	13.3	9.6	8.8

* Hinweis: Die Werte stellen die Unzufriedenheit der Befragten dar. Je höher der Wert, desto höher die Unzufriedenheit. Je tiefer der Wert, desto höher die Zufriedenheit.

Mehr über die Ergebnisse der MECON-Patientenbefragung 2011 finden sie in der nächsten Ausgabe von SEESCHAU PLUS.

PRAKTIZIERTE GANZHEITLICHKEIT

An der Klinik Seeschau greifen verschiedene Fachbereiche wirkungsvoll ineinander. Der Einbezug mehrerer Spezialisten in ein ganzheitliches Konzept gewährleistet eine durchgängige Behandlung auf höchstem Niveau.

Die Vorteile dieser interdisziplinären Zusammenarbeit zeigen sich beispielsweise in der Therapie von Brustkrebs, bei welcher sich Gynäkologische Onkologie, Senologie sowie Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie ergänzen.

Einer der zentralen Leitgedanken an der Klinik Seeschau ist die Ganzheitlichkeit. Diese zeigt sich beim Betrachtungswinkel, der nie auf eine Erkrankung fokussiert, sondern stets den Menschen in seiner Gänze im Auge behält. Sie zeigt sich im Rahmen der medizinischen Betreuung, die in der Regel vom Erstkontakt über einen allfälligen Eingriff bis zur Nachsorge vom selben Belegarzt sichergestellt wird. Und sie zeigt sich, abhängig von der Diagnose, im Verbinden mehrerer Disziplinen zu einem gesamten Behandlungskonzept. Ein gutes Beispiel für diesen Aspekt der Ganzheitlichkeit ist die Therapie von Brustkrebs, bei welcher die Gynäkologie, vor allem der Teilbereich Senologie, und Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sich zielgerichtet ergänzen.

Die Senologie ist die Lehre von der weiblichen Brust und deckt somit auch die häufigste Krebserkrankung der Frau ab, das Mammakarzinom respektive den Brustkrebs. Bei dessen Behandlung werden nicht nur Planung und Durchführung des chirurgischen Eingriffes sowie eine allfällige Strahlen- oder Chemotherapie in das Gesamtkonzept einbezogen, sondern bei Bedarf auch eine nachfolgende Brustrekonstruktion mit Eigengewebe oder Implantaten.

Spezialwissen aus unterschiedlichen Fachgebieten

Zwar ist bei einem Grossteil der an Brustkrebs erkrankten Frauen eine komplette operative Entfernung der Brust dank medizinischer und technologischer Entwicklungen nicht mehr notwendig. In einigen Fällen lässt sie sich jedoch nicht vermeiden. Wenn nicht brusterhaltend operiert werden kann, bietet die Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie zahlreiche Möglichkeiten, um direkt während der eigentlichen Tumoroperation oder zu einem späteren Zeitpunkt eine individuelle Brustrekonstruktion durchzuführen.

Dabei zeigt sich der Wert einer gut funktionierenden interdisziplinären Zusammenarbeit von Spezialisten aus verschiedenen Fachbereichen, wie sie in der Klinik Seeschau praktiziert wird. Die Verbindung von medizinischem Wissen, langjähriger Erfahrung und personellen Ressourcen bietet die Grundlage für ein massgeschneidertes Behandlungskonzept, das die Patientin, ihre individuelle Situation und ihre persönlichen Wünsche in den Mittelpunkt stellt.



Dr. med. Dimitrios Chatsiproios

Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, spezielle operative Gynäkologie, Gynäkologische Onkologie, Medikamentöse Tumortherapie, Palliativmedizin



Dr. med. Alfred Meyer

Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, speziell Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie



Dr. med. Andrea Mohr

Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, speziell Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie

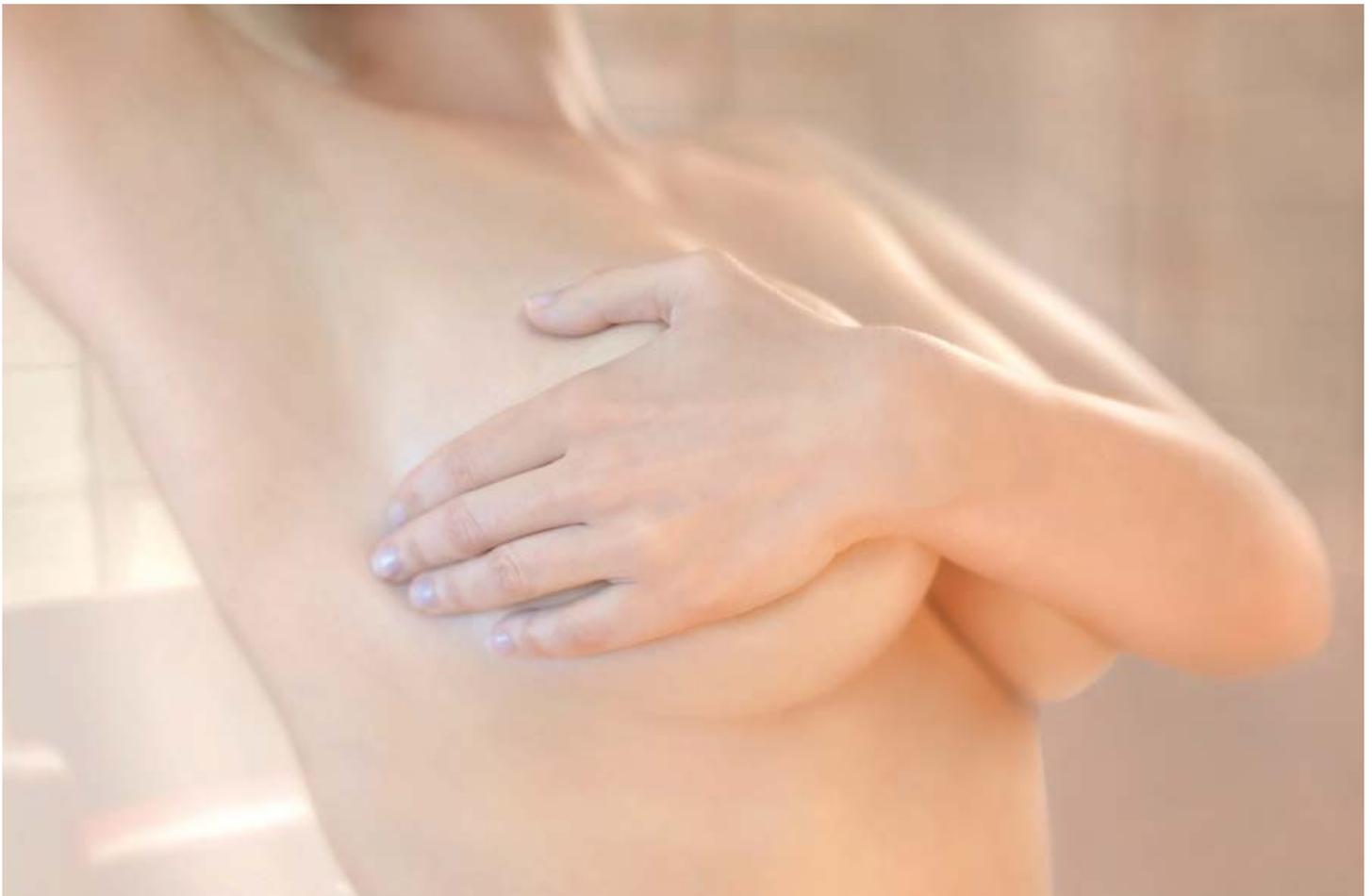
BRUSTKREBS - WAS NUN?

Brustkrebs ist die häufigste und bösartigste Erkrankung der Frau. Vor etwa 20 Jahren folgte auf diese Diagnose generell eine komplette Entfernung der Brust mit den dazugehörigen Lymphknoten. Die Entwicklung medizinischer Standards und Spezialisierungen hat dafür gesorgt, dass bei rund 70 Prozent der Betroffenen eine sogenannte brusterhaltende Operation (BET) möglich ist.

Dr. med. Rainer Krein

Das Prinzip der brusterhaltenden Therapie ist die Krebsentfernung im Gesunden, mit der Kontrolle des Wächterlymphknotens (Sentinel-Lymphknoten). Ob eine solche Behandlung möglich ist, entscheiden die speziellen Untersuchungsergebnisse des onkologischen Operateurs. Bei den restlichen Patientinnen, die keine BET erhalten können, werden die plastisch wiederherstellenden Massnahmen von Beginn an in das Therapiekonzept einbezogen.

Die Möglichkeiten der Brustwiederherstellung haben sich in den letzten Jahren insbesondere bei der Technik der Eigengeweberekonstruktion erheblich geändert. Die Entwicklung der mikrochirurgischen Verfahren hat dabei einen grossen Beitrag geleistet, in der Plastischen Chirurgie sind sie bereits als Standardbehandlung anzusehen. Ebenfalls hat sich der mögliche Zeitpunkt der Rekonstruktion aufgrund der guten Diagnostik angepasst, wodurch vielfach ein sofortiger Aufbau erfolgen kann. Jede Patientin ist aber individuell und sollte eine spezifische, dem Krankheitsstatus entsprechende Therapie erhalten.



SOFORT ODER VERZÖGERTER AUFBAU

Bei einem Wiederaufbau der weiblichen Brust unterscheidet man zwischen direktem und zeitlich verzögertem, sekundärem Aufbau. Aufgrund der detaillierten Diagnostik der Brustkrebskrankung kann das Stadium der Erkrankung exakt definiert werden. Bereits dann entscheidet sich, ob eine direkte oder sekundäre Rekonstruktion möglich ist. Grundlegend ist aber bei allen Rekonstruktionsmassnahmen, dass die Brustkrebskrankung komplett im Gesunden entfernt wurde. Eine etwaige Strahlen- oder Chemotherapie im Anschluss an die Operation hat derweil nur teilweise Einfluss. Ebenfalls sehr wichtig sind die persönlichen Empfindungen der Patientinnen. Einige möchten die Krankheit sowie den Verlustschmerz verarbeiten und entscheiden sich erst später zu einer Wiederherstellungsoperation. Andere Patientinnen streben einen direkten Wiederaufbau mit der Brustkrebsbehandlung an. Auch ein

Weiterleben ohne Wiederaufbau der Brust ist denkbar - in diesen Fällen ist eine externe Brustprothese eine gute Alternative.

PRIMÄRE REKONSTRUKTION

In der primären Brustrekonstruktion wird der Wiederaufbau in der gleichen Sitzung wie die Entfernung des Brustkrebses durchgeführt. Die Art des Wiederaufbaus richtet sich nach den Bedingungen der eigentlichen Brustkrebsoperation sowie den körperlichen Voraussetzungen der Patientin. Die Vorteile liegen insbesondere im Erhalt der eigenen Brusthaut, was mit den Techniken der hautsparenden Mastektomie (Skin Sparing Mastectomy) oder der brustwarzenerhaltenden Mastektomie (Nipple Sparing Mastectomy) standardisiert durchgeführt werden kann.

HAUTSPARENDE MASTEKTOMIE

Im Vergleich zur klassischen Mastektomie (Entfernung der

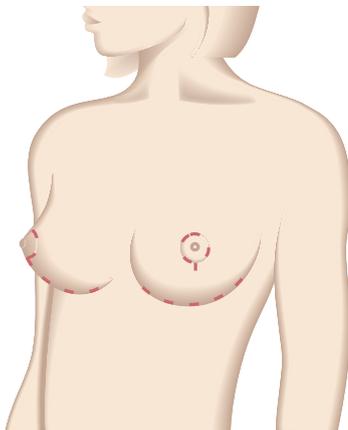
gesamten Brust mit Hautanteil) ist bei der Skin Sparing Mastectomy die Entfernung des erkrankten Brustdrüsengewebes unter der Haut möglich. Der Brustwarzenhof wird entfernt, da es sich in solchen Fällen um eine Erkrankung der Brustdrüsengänge handelt, welche eine Verbindung zum Brustwarzenhof haben. Die eigene Brusthaut wird dabei als formgebende Hülle für den Wiederaufbau genutzt, welcher bei der Skin Sparing Mastectomy meist den gleichzeitigen Aufbau des Brustwarzenhofes erlaubt.

BRUSTWARZENERHALTENDE MASTEKTOMIE

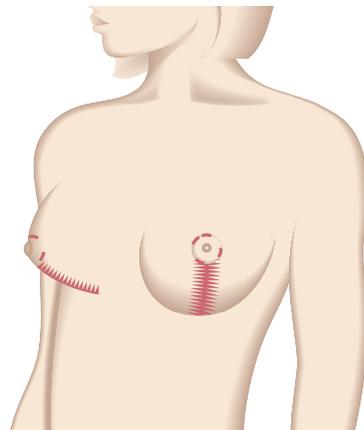
Als Weiterentwicklung der Skin Sparing Mastectomy ist

die Nipple Sparing Mastectomy zu sehen. Neben der gesamten Brusthaut bleibt auch der Brustwarzenhof erhalten. Dies hat im Konzept des Wiederaufbaus einen entscheidenden Einfluss auf das endgültige Ergebnis. Die Wiederherstellung der Brust konzentriert sich auf den Ersatz des verlorenen Brustdrüsengewebes. Dies bedeutet, dass eine adäquate Volumenmenge als Ersatzmaterial implantiert werden muss. Als Volumenersatz kann ein Silikonimplantat oder Eigengewebe dienen, wobei letzteres die natürlichsten Rekonstruktionsergebnisse zeigt. Sollte eine Eigengewebsrekonstruktion möglich sein, darf im notwendigen Fall eine Nachbestrahlung erfolgen. Bei einem Prothesenaufbau ist dies nicht möglich.

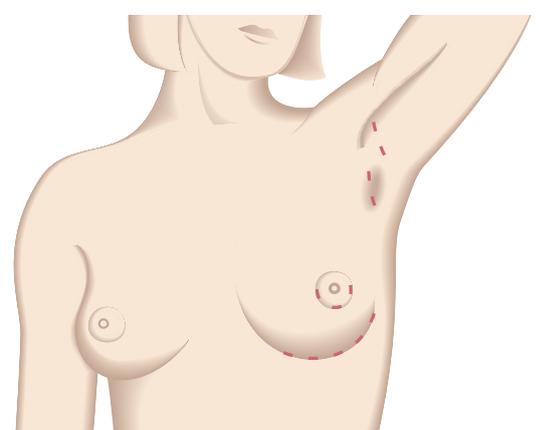
Jede Patientin ist individuell und sollte eine spezifische, dem Krankheitsstatus entsprechende Therapie erhalten.



Narbenverlauf nach klassischer Operationsmethode



Anfängliche Form und Narbe bei narbenarmer Operationsmethode



Vergrößerungsoperation ohne Straffungsoperation

TUMORADAPTIERTE BRUST-VERKLEINERUNG

Die tumoradaptierte Mammareduktionsplastik ist als Therapieoption bei einer grossen Brust in Erwägung zu ziehen. Ist eine Teilerhaltung der betroffenen Brust möglich, kann die plastisch-chirurgische Technik der Mammareduktion als Brustkrebstherapie gut angewendet werden. Die Tumorentfernung im Gesunden und die gleichzeitige Wiederherstellung in Form einer Mammareduktion finden in einer Operation statt. Meist ist die Erhaltung des Brustwarzenhofes bei diesem Verfahren möglich. Im Vergleich zur Quadrantektomie mit innenwertiger Brustdrüsenverschiebung zeigt die tumoradaptierte Mammareduktionsplastik bessere ästhetische Ergebnisse. Eine Strahlentherapie im Anschluss ist möglich, darf aber erst nach Abheilung der Wunde erfolgen.

WIEDERHERSTELLUNGSTECHNIKEN

Bei der Wiederherstellung der weiblichen Brust unterscheidet man heute grundsätzlich die Aufbauvarianten mit Eigen- oder Fremdgewebe (Silikonimplantate) sowie deren Kombination. Über Art und Technik der anwendbaren Behandlungsvorgänge entscheiden meist die persönlichen Voraussetzungen. Generell bietet die Nutzung von Eigengewebe den Vorteil eines natürlichen Rekonstruktionsergebnisses, ist aber im Vergleich zum reinen Implantataufbau aufwendiger.

WIEDERHERSTELLUNG MIT GEWEBEEXPANDER UND SILIKONIMPLANTATEN

Die Technik der Implantataufbauplastik beinhaltet die Wiederherstellung mit alleinigem Einsatz von Fremdgewebe. Ist

eine hautsparende Mastektomie als Ausgangslage gegeben, kann durch Einsetzen eines Silikonimplantates die Rekonstruktion der Brust unmittelbar als primärer Aufbau erfolgen. Musste jedoch eine komplette Mastektomie durchgeführt und somit auch die Brusthaut entfernt werden, ist zusätzlich ein Hautersatz notwendig.

In der Regel kommt dabei die Expander-Dehnung zum Einsatz. Der Gewebeexpander ist ein mit Kochsalzlösung auffüllbares Brustimplantat, welches über den Zeitraum von zwei bis drei Monaten eine Hautdehnung im Brustbereich ermöglicht. Im Anschluss erfolgt der endgültige Implantataufbau durch Austausch des Expanders gegen ein Silikonimplantat oder eine Eigengewebeplastik. Als grundsätzlich einfaches Verfahren bedeutet es aber für die Patientin einen zweizeitigen Wiederaufbau, wobei diese zwei

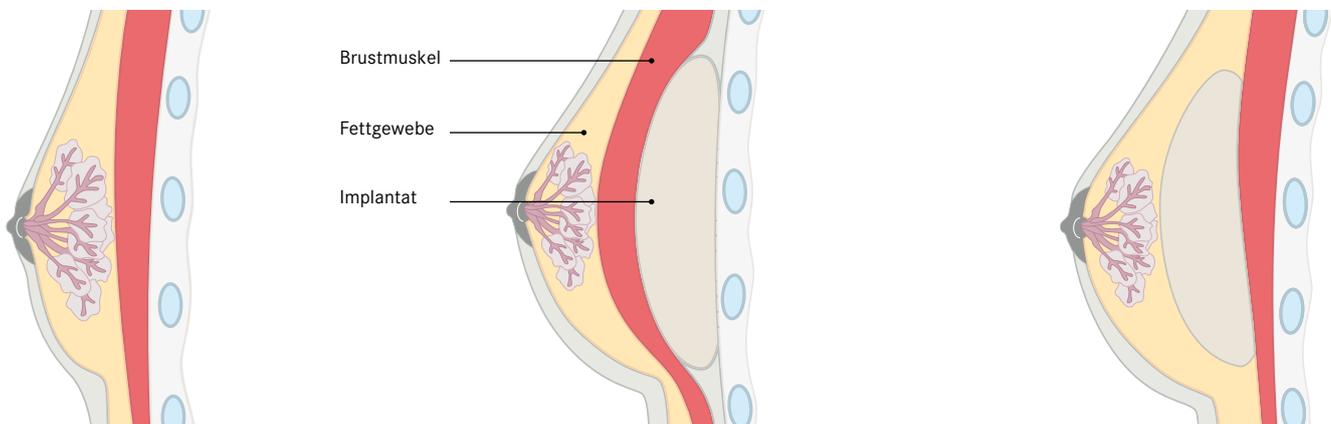
Operationen in einem Abstand von drei bis vier Monaten durchgeführt werden.

Das Risiko einer Implantatverkapselung ist grundsätzlich vorhanden. Hat die Patientin im Anschluss an die Brustkrebsoperation eine Bestrahlung erhalten, ist eine derartige Verfahrensweise nicht möglich. Die Dehnbarkeit der Haut ist durch die Strahlentherapie wiederum erheblich eingeschränkt, was eine Aufdehnung der Haut verunmöglicht.

> Fortsetzung Seite 14



Dr. med. Rainer Krein
 Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie



Kleine Brust vor und nach Einpflanzung eines Implantats hinter bzw. vor dem Brustmuskel

LATISSIMUS-DORSI-PLASTIK (LD)

Bei der Latissimus-dorsi-Plastik wird teilweise oder komplett ein Haut-Fettgewebe-Anteil mit Muskel aus der Rückenregion entnommen und zum Wiederaufbau in die Brustregion transplantiert. Die Blutversorgung des Gewebes bleibt dabei erhalten und wird mitverschoben. Die Technik der Latissimus-dorsi-Plastik ist als alleinige Eigengewebe-transplantation meist nur bei partieller Mastektomie, der Teilentfernung der Brustdrüse, denkbar. Besonders geeignet ist sie aber zum Ersatz von verloren gegangener Haut. Als komplette Aufbauplastik wird in der Regel ein zusätzliches Implantat notwendig, da die gewonnene Volumenmenge vom Rücken nicht ausreichend ist, um eine adäquate Symmetrie zur Gegenseite zu erreichen. Die Kombination von Brustimplantat und Latissimus-dorsi-Plastik kann als standardisiertes Verfahren angesehen werden, welches ausschliesslich eine Narbe im Bereich der betroffenen Rückenregion zurücklässt. Eine Funktionseinschränkung ist in der Regel nicht zu finden.

TRANSVERSE RECTUS ABDOMINIS-PLASTIK (TRAM)

Die sogenannte TRAM-Operation stand als erste Entwicklung des alleinigen Aufbaus mit Eigengewebe zur Verfügung. Dabei wird ein spindelförmiges Haut-Fettgewebe-Areal aus der Bauchregion entnommen und zur Wiederherstellung in die betroffene Brustseite transplantiert. Die Transplantation kann in einer alleinigen Verschiebung (gestielte Technik) oder als freie mikrochirurgische Transplantation

erfolgen. Bei der gestielten Technik wird der gerade Bauchmuskel einer Seite zum Erhalt der Blutversorgung des Gewebestückes komplett entnommen und in die Brustregion verlagert.

Bei der aufwendigeren mikrochirurgischen Technik wird ausschliesslich ein kleiner Anteil des geraden Bauchmuskels entnommen. Die Blutversorgung des Bauchgewebes wird dabei an die Blutversorgung der Brustregion angeschlossen. Bei Patientinnen mit guter Spenderregion ist ein alleiniger Aufbau mit Eigengewebe möglich. Speziell wird als notwendiger Bestandteil der Gewebeernte eine Bauchstraffung durchgeführt. Der entscheidende Vorteil dieser Verfahren liegt in der natürlichen Form des Gewebes. Nachteilig erscheint zum Teil die längere Operationszeit. Die postoperativen Langzeitresultate rechtfertigen jedoch den Einsatz dieser Methode.

Die komplette Entnahme des Bauchmuskels birgt das Risiko einer Schwächung der Bauchwandstabilität. Standardmässig wird dieser mit der Einlage eines Netzimplantates vorgebeugt. Die freie muskelsparende TRAM-Operation ist davon weniger betroffen.

DEEP INFERIOR EPIGASTRIC PERFORATOR PLASTIK (DIEP)

Als Standardverfahren der heutigen Brustrekonstruktion gilt die sogenannte DIEP-Plastik. Diese Weiterentwicklung der TRAM-Operation beinhaltet den Erhalt der gesamten Bauchmuskulatur und reduziert damit das Risiko einer Bauchwandschwächung zusätzlich. Die ästhetischen Ergebnisse sind der muskelsparenden TRAM-Operation gleichzusetzen.

Bei der DIEP-Technik werden ausschliesslich die Blutgefässe vom Bauch zur Versorgung des transplantierten Gewebestückes entnommen und an die Blutversorgung der betreffenden Brustregion angeschlossen. Meist erfolgt eine derartige Technik in einem primären Rekonstruktionsverfahren.

TRANSVERSE MYOCUTANE GRAZILIS (TMG)

Zum Wiederaufbau einer kleinen Brust hat sich die Technik der TMG-Plastik etabliert. Als mikrochirurgisches Verfahren zur Eigengewebe-transplantation wird ein Gewebestück aus der Oberschenkel-Leistenregion entnommen und an die Blutversorgung der Brustregion angeschlossen. Das Gewebestück besteht aus einem Haut-Fettgewebe und Muskelanteil.

Die Entnahmestellen in der Leistenregion sind sehr unproblematisch und äusserst unauffällig. Die Gewebequalität ist dem Brustgewebe sehr ähnlich. Speziell bei einer doppelseitigen Wiederherstellung ist die TMG-Plastik sehr gewinnbringend. Entscheidend ist jedoch, dass die gewonnene Gewebemenge für einen alleinigen Aufbau der Brust ausreicht, da ansonsten die aufwendige mikrochirurgische Verfahrensweise wenig gerechtfertigt erscheint.

SUPERIOR GLUTEAL ARTERY PERFORATOR-FLAP (SGAP)

Als weiteres Alternativverfahren in der alleinigen Eigengeweberestruktion steht die sogenannte SGAP-Plastik zur Verfügung. Hier wird als Spenderareal die Gesässregion gewählt. Dies ist insbesondere der

Fall, wenn in den zuvor genannten Arealen kein Eigengewebe zu gewinnen ist. Die Entnahmestellen sind bei ausreichender Gewebemenge sehr unauffällig. Die Technik ist jedoch die zeitaufwendigste.

WIEDERHERSTELLUNG DER BRUSTWARZE

Als abschliessender Schritt des Wiederaufbaus der weiblichen Brust steht die Wiederherstellung der Brustwarze. Dabei sind einerseits die Bildung des Brustwarzennippels, andererseits die Bildung des Warzenhofes selbst notwendig.

Zur Wiederherstellung des Brustwarzennippels sind je nach Ausgangssituation lokale Hautverschiebetechniken anwendbar. Der Brustwarzenhof selbst kann aus einem Hauttransplantat der Leistenregion oder aus einem Hautanteil des Brustwarzenhofes der Gegenseite rekonstruiert werden.

Als Alternativverfahren steht eine Spalthauttransplantation mit Farbpigmentierung zur Verfügung. Die einfachste und sicherste Form ist jedoch die Areola-Tätowierung. Das Einbringen der Farbpigmente per Tätowierung ist sehr sicher und zeigt im Vergleich zu allen Verfahren sehr gute und natürlich wirkende Ergebnisse.

Die Vielfalt der Möglichkeiten zur Wiederherstellung der Brust erlauben eine präzise Anpassung an die persönliche Situation und Voraussetzung. Ein ideales Verfahren kann nur individuell sein. Entscheidend ist jedoch, alle Optionen in das Planungs- und Behandlungsverfahren einzubinden, die durch ein Spezialistenteam gewährleistet werden können.





ERFAHRUNGSAUSTAUSCH IN HAMBURG

Unter dem Motto «360-Grad-Analyse deutscher Kliniken in privater Trägerschaft nach acht Jahren DRG-System» nahmen leitende Angestellte der Klinik Seeschau, Belegärzte und Berater an einem dreitägigen Erfahrungsaustausch in Hamburg teil.

Geleitet und moderiert wurde der Anlass vom bekannten Schweizer Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier. Im ersten Teil erfolgte der Erfahrungsaustausch in der Helios Endo-Klinik, der Spezialklinik für Knochen-, Gelenk- und Wirbelsäulenchirurgie, unter der Leitung von Geschäftsführerin Sibylle Stauch-Eckmann. Der zweite Teil fand in der Asklepios-Klinik Hamburg St. Georg statt. Themenschwerpunkte waren Wettbewerbsaspekte und Strategien, die Schaffung von Alleinstellungsmerkmalen und die Klinikführung durch Zentrenbildung.

Ergänzt wurde das Programm durch einen Einblick in das deutsche Versicherungswesen. Nach der Begrüßung durch Peter Rowohlt, Leiter der Abteilung Krankenhausleistungen des drittgrössten deutschen Krankenversicherers DAK, wurden die Abrechnungsprüfung der Krankenversicherer und des Medizinischen Dienstes in den Bereichen DRG beleuchtet, ebenso die Aspekte der Finanzierungsumstellung. Umrahmt wurden die lehrreichen Tage von der gediegenen Atmosphäre Hamburgs und von interessanten Diskussionen unter den Teilnehmern.



DIE KOOPERATIONSPARTNER DER KLINIK SEESCHAU

Synergieeffekt, Erfahrungsaustausch und Qualitätssteigerung sind nur drei von vielen Vorteilen der intensiven Nutzung eines breiten Netzwerkes. Die Klinik Seeschau arbeitet auf mehreren Ebenen mit vertrauensvollen Partnern zusammen, stets mit dem Ziel, die Angebote und Leistungen in jeder Hinsicht zu optimieren.

Spital Thurgau AG, Kantonsspital, Münsterlingen
Kooperation Notfallstation, Spitalpharmazeutische Betreuung
www.stgag.ch

GastroZentrum, Kreuzlingen
Gastroenterologische Abklärungen

Herz-Neuro-Zentrum, Kreuzlingen
Intensiv-Backup, Kardiologie | www.herz-zentrum.com

Institut zum Regenbogen, Kreuzlingen
Pathologie, Zytopathologie | www.regenbogen-ag.ch

Medica Labor Prof. Krech, Kreuzlingen
Medizinische Laboratorien | www.medica.ch

Milagro Kinderwunschzentrum Bodensee, Kreuzlingen
Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch | www.milagro.ch

Privatklinik Aadorf, Aadorf
Psychotherapie persönlich | www.klinik-aadorf.ch

Uroviva, Bülach
Spezialklinik für Urologie | www.uroviva.ch

JDMT Medical Services AG, Pfäffikon ZH
Dienststarztabdeckung | www.jdmt.ch

IMPRESSUM

Verantwortlich für den Inhalt: Klinik Seeschau AG
Redaktion, Layout und Realisation: DACHCOM.CH
Fotorechte: Klinik Seeschau AG
Druck: Bodan AG, Kreuzlingen

KLINIK SEESCHAU AG
Bernrainstrasse 17
CH-8280 Kreuzlingen
info@klinik-seeschau.ch
www.klinik-seeschau.ch

Member of
**THE SWISS
LEADING
HOSPITALS**
Best in class.

DIE BELEGÄRZTE DER KLINIK SEESCHAU

CHIRURGIE

ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

Dr. med. Sami Khuri
Ärztlicher Leiter
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates

Dr. med. Thomas Fiechter
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates

Dr. med. Stephan Heinz
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates

Dr. med. Gregor Kohler
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates
FMH Weiterbildungstitel Sonographie
FMH Fähigkeitsausweis Hüftsonographie

Dr. med. Werner Neuer
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates
Sportmedizin SGSM

Dr. med. Marco Niemann
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates

Dr. med. Alexander Rukavina
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates

VISZERALCHIRURGIE

Dr. med. Kurt Oehy
Facharzt FMH für Chirurgie, speziell
Viszeralchirurgie, speziell Allgemeinchirurgie
und Traumatologie

Dr. med. Peter Saurenmann
Facharzt FMH für Chirurgie, speziell
Allgemeinchirurgie und Traumatologie

GYNÄKOLOGIE

Dr. med. Dimitrios Chatsiprouis
Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburts-
hilfe, spezielle operative Gynäkologie,
Gynäkologische Onkologie, Medikamentöse
Tumorthherapie, Palliativmedizin

Dr. med. Alfred Meyer
Facharzt FMH für Gynäkologie und
Geburtshilfe, speziell Reproduktionsmedizin
und gynäkologische Endokrinologie

Dr. med. Andrea Mohr
Facharzt FMH für Gynäkologie und
Geburtshilfe, speziell Reproduktionsmedizin
und gynäkologische Endokrinologie

HANDCHIRURGIE

Dr. med. Susanne Mondy
Fachärztin FMH für Chirurgie, speziell
Handchirurgie, Fachärztin für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Dr. med. Peter Saurenmann
Facharzt FMH für Chirurgie, speziell
Allgemeinchirurgie und Traumatologie

PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE
UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

Dr. med. Horst H. Grübmeier
Facharzt für Plastische und
Ästhetische Chirurgie

Dr. med. Rainer Krein
Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und
Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie

Dr. med. Susanne Mondy
Fachärztin FMH für Chirurgie, speziell
Handchirurgie, Fachärztin für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

UROLOGIE

PD Dr. med. Jochen Binder (ab 01.08.12)
Facharzt FMH für Urologie

Dr. med. Maria Ziembrowski
Fachärztin FMH für Urologie,
speziell operative Urologie

OPHTHALMOLOGIE

Dr. med. Daniel Bruun
Facharzt FMH für Augenheilkunde,
speziell Augenchirurgie

ANÄSTHESIE UND SCHMERZTHERAPIE

Dr. med. Fuad Albash
Facharzt FMH für Anästhesiologie
und Schmerztherapie

Dr. med. Volker Kurzweg
Facharzt für Anästhesiologie

Dr. med. Pascal Tuor
Facharzt FMH für Anästhesiologie
und Intensivmedizin