

<b>Editorial</b> Prof. Dr. Christian Ludwig	<b>Seite 2</b>
<b>Im Gespräch</b> Prof. Dr. Markus von Flüe	<b>Seite 3</b>
<b>Weiterbildung/Personelles</b>	<b>Seite 4</b>
<b>75 Jahre St. Claraspital</b>	<b>Seite 4</b>
<b>Kontaktadressen</b>	<b>Seite 4</b>

### Jubiläums-Clara-Spittel-Fescht vom 5.–7. September 2003

Am Wochenende vom 5. bis 7. September 2003 lädt das St. Claraspital im Rahmen seiner 75-Jahr-Feierlichkeiten in den Park des Claraspitals zum beliebten Clara-Spittel-Fescht. Neben Restaurants mit Angeboten für jeden Geschmack warten zahlreiche Attraktionen auf die Festbesucher.

### Symposium Gastroenterologische Onkologie St. Claraspital Basel

**Donnerstag, 6. November 2003**  
14.00–17.30 Uhr  
Kongresszentrum Messe Basel, Saal Montreal

#### Grundlagenforschung und klinischer Alltag

M. Fey, Bern

#### Interdisziplinäre Therapie des Rektumkarzinoms

- Tumorprävention durch Diät?
- Vorsorge: Wie viel ist sinnvoll?
- Neoadjuvante Therapie: Welcher Patient und welche Therapie?
- Resektionsausmass und Rekonstruktion
- Tumornachsorge

Th. Peters, C. Lang, Ch. Landmann, Ch. Ludwig, Ch. Ackermann, B. Kern, R. Peterli

#### Interdisziplinäre Therapie Kolorektaler Lebermetastasen

- Update zur Diagnostik. Was ist notwendig?
- Stellenwert der PET
- Palliation durch RFA
- Leberresektion: Geringe Morbidität dank moderner Technik

A. Zynamon, F. Nitzsche, St. Boeck, S. Hofer, M. von Flüe

#### Der interdisziplinäre Fall:

- Oesophaguskarzinom
- M. Solèr, R. Peterli, B. Meyer, C. Knüsl, Ch. Looser, M. von Flüe

### Chirurgie beim Pankreaskopfkarzinom

## Geringes Risiko und gute postoperative Lebensqualität

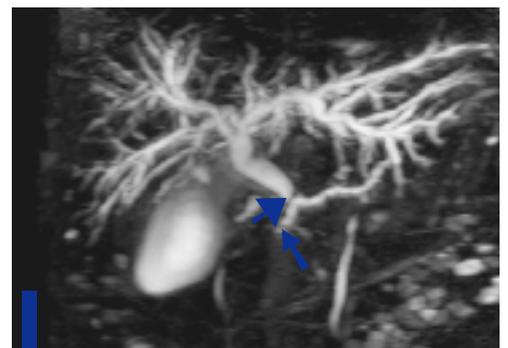
*Die Behandlung und Operation des Pankreaskopfkarzinoms kann heute dank modernster Diagnostik, chirurgisch-technischer Fortschritte und periduraler Schmerzbehandlung mit einem geringen Risiko durchgeführt werden. Die Lebensqualität nach dem Eingriff ist erstaunlich gut. Ein Überblick über die diagnostischen Verfahren, operativen Techniken und postoperativen Erwartungen.*

Die Inzidenz des Pankreaskarzinoms ist in allen europäischen Ländern zunehmend. Zum Zeitpunkt der Diagnose befinden sich dabei bereits 80% der Patienten in einem fortgeschrittenen Tumorstadium. Hat der Tumor die Organgrenze überschritten oder sind Lymphknotenmetastasen nachweisbar, leben trotz radikaler R0-Chirurgie (makro- und mikroskopisch im Gesunden reseziert) nur 10–25% der operierten Patienten nach 5 Jahren. Sind jedoch die Lymphknoten tumorfrei und erfolgt die chirurgische Resektion im Gesunden, können bis zu 40% der operierten Patienten länger als 5 Jahre weiterleben.

Dank modernster Diagnostik kann die Resektabilität des Tumors meist schon präoperativ ziemlich genau festgelegt werden. Die chirurgisch-technischen Fortschritte und die kontinuierliche peridurale Schmerztherapie führten zudem zu einer Verminderung des Operationsrisikos. Die Lebensqualität nach Duodenopancreatektomie ist, trotz des ausgedehnten Eingriffs, erstaunlich gut. Dazu tragen, nebst der Gewissheit einer radikalen Resektion, die Pylorus erhaltende Rekonstruktionstechnik und die postoperative Fermentsubstitution bei.

#### Selektive Indikation durch moderne Diagnostik

Häufigstes Symptom des Pankreaskarzinoms ist der schmerzlose Ikterus. Rückenschmerzen und Erbrechen sind Spätsymptome, welche meist mit schlechter Prognose und Inoperabilität verbunden sind.



**Abb 1: MRCP: Die Darstellung der Tumorobstruktion von Choledochus und Ductus Wirsungianus (Pfeile) ist pathognomonisch für ein Pankreaskopfkarzinom.**

Der Tumormarker CA 19-9 ist zur Früherkennung des Pankreaskarzinoms nicht anerkannt. Er ist aber geeignet zur Verlaufstherapie nach radikal operiertem Pankreaskarzinom, sofern der Marker präoperativ erhöht war und postoperativ Normwerte erreichte.

Als bildgebende Verfahren brachten die 2 Phasen-CT (mit arterieller und venöser Phase) sowie die kombinierte MR-Cholangio-Pankreatikographie (MRCP)/MR-Angiographie (All-in-One) den grössten Fortschritt zur Darstellung von Tumormasse, Tumorausdehnung und lokaler vaskulärer Invasion. Letztere stellt sowohl die Obstruktion von Choledochus und Ductus Wirsungianus als «double duct»-Phänomen (Abb.1) als auch die Abgrenzung zur mesenteriko-portalen

(Fortsetzung Seite 2)



### Liebe Kolleginnen und Kollegen

Am 1. September hat Prof. Markus von Flüe sein neues Amt als Leiter der Chirurgischen Klinik und Chefarzt der Allgemeinchirurgischen Abteilung des St. Claraspitals als Nachfolger von Prof. Peter Tondelli angetreten. Wir sind natürlich sehr

glücklich, dass wir mit Markus von Flüe einen äusserst kompetenten Nachfolger für diese verantwortungsvolle Aufgabe gewinnen konnten.

Zusammen mit dem von Peter Tondelli aufgebauten Team wird er das breite Spektrum der viszeralen Chirurgie wie bisher im St. Claraspital und auf gewohnt hohem Niveau anbieten.

Mit seiner Erfahrung als Chefarzt der chirurgischen Klinik am Kantons- spital Luzern wird er auch neue Impulse in der Spitalleitung des St. Claraspitals einbringen können.

Im nebenstehenden Artikel geht Markus von Flüe auf eines seiner Spezialgebiete, die Chirurgie des Pankreas, vertieft ein. Dabei wird ersichtlich, dass mit moderner Diagnostik die Selektion der für eine Operation in Frage kommenden Patienten weiter verbessert werden kann. Interessant sind des Weiteren die Ausführungen bezüglich Pylorus erhaltender Pankreaskopfresektion, die ohne Magenteilresektion durchgeführt werden kann und zu einer deutlich verbesserten postoperativen Lebensqualität führt.

An dieser Stelle möchte ich PD Dr. M. Rist und PD Dr. Ch. Ackermann für ihre kompetente und loyale Interimsleitung der Chirurgischen Klinik und der Allgemeinchirurgischen Abteilung danken. Die Betreuung der chirurgischen Patienten und die interdisziplinäre Zusammenarbeit waren zu jedem Zeitpunkt optimal.

Wir heissen Prof. Markus von Flüe herzlich willkommen und wünschen ihm einen erfolgreichen Start in einer neuen und zugleich altbekannten Umgebung.

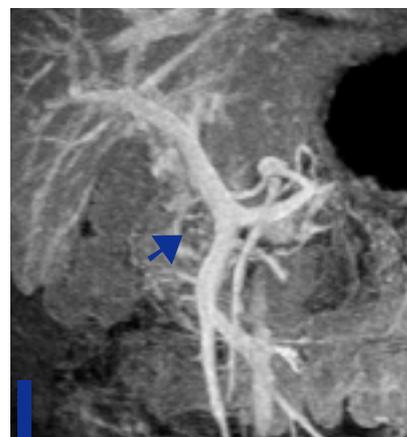
**Prof. Dr. Ch. Ludwig**  
Chefarzt Medizin

## Geringes Risiko und gute postoperative Lebensquali

Venenachse (Abb. 2) gut dar. Dadurch lässt sich die Resektabilität des Tumors zumeist schon präoperativ beurteilen. Obige Untersuchungen haben die konventionelle Angiographie aus der präoperativen Diagnostik verdrängt.

Die *Endoskopische Retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP)* kann eine Obstruktion von Choledochus und Ductus Wirsungianus darstellen. Im Vergleich zur MRCP bringt die ERCP für die Diagnostik eigentlich wenig. Letztere bietet jedoch die interventionelle Möglichkeit zur temporären oder definitiven Ableitung des Choledochus bei obstruktivem Ikterus. Bezüglich der Frage, ob beim ikterischen Patienten präoperativ ein Choledochusstent eingelegt werden soll, sind die Daten kontrollierter Studien widersprüchlich. Unserers Erachtens sollte ein ikterischer Patient ohne Einlage eines Stentes baldmöglichst operiert werden. Nur bei Zeitverzögerung während der präoperativen Vorbereitung des Patienten infolge Mangelernährung, Sepsis oder korrigierbarer systemischer Defizite sollte eine temporäre Choledochus-Drainage angelegt werden.

Die *perkutane Feinnadelpunktion (FNP)* ist wegen der hohen Rate an falsch negativen Ergebnissen und wegen der Gefahr der Tumorzellverschleppung von limitiertem Wert. Diese ist nur bei irresektablem Tumor zur Sicherung der Diagnose für eine palliative Chemotherapie oder bei Verdacht auf ein Pankreaslymphom zu rechtfertigen. Im Gegensatz zur perkutanen FNP ist die Tumorzellverschleppung bei der *endosonographisch gesteuerten FNP* geringer.



**Abb 2: MR-Angiographie: Darstellung der Tumormasse (Pfeil) im Pankreaskopf mit Adhärenz an der mesenteriko-portalen Venenachse auf Höhe des Konfluens. Der Tumor ist von der Vene abgrenzbar und somit resektabel.**

Die *diagnostische Laparoskopie* als präoperative Staging-Methode ist nur beim Karzinom des Pankreaskorpus und des Duodenums indiziert. In diesen beiden Fällen liegt die Rate der Peritonealkarzinose im Vergleich zum Pankreaskopfkarcinom deutlich höher.

### Pylorus erhaltende Pankreaskopfresektion

Die Resektion beinhaltet die Entfernung von Pankreaskopf, Duodenum, Gallenblase, Choledochus und umgebendem Lymphknotenpaket en bloc. Der ganze Magen mitsamt Pylorus bleibt erhalten (Abb. 3). Wichtig ist der Ausschluss von Tumor ausserhalb der geplanten Resektionsgrenzen. Bei Tumorerkrankung der mesenteriko-portalen Vene ist im Einzelfall zu entscheiden, ob eine Resektion technisch möglich und sinnvoll ist. Die postoperative Mortalität und die Morbidität dieser so genannten erweiterten Resektion sind deutlich erhöht. Ein Überlebensvorteil konnte bis anhin in Studien westlicher Zentren nicht nachgewiesen werden.

Die Rekonstruktion der Magen-/Galle- und Pankreasableitung kann mittels einer oder zweier Dünndarmschlingen (Abb. 4) erfolgen. Die Vorteile der Pylorus erhaltenden Technik sind, dass keine Magenteilresektion notwendig ist und dass weiterhin endoskopisch interventionelle Eingriffe am Gallengang möglich sind.

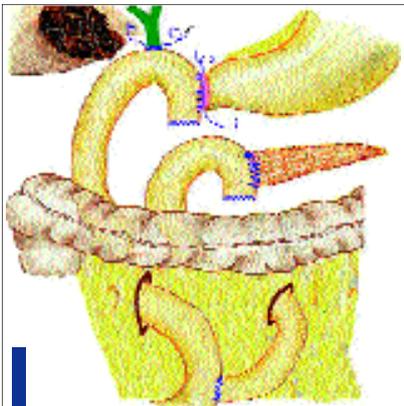
### Geringes perioperatives Risiko

Die eigene Erfahrung bezieht sich auf 51 Patienten mit Pankreaskopfkarcinom, welche eine Pylorus erhaltende Resektion (Zwei-Schlingentechnik) ohne adjuvante Therapie erhielten. Der Eingriff wurde mit kombiniertem Anästhesieverfahren (Intubationsnarkose + Peridural-Anästhesie) und Blut sparender Operationstechnik (im Durchschnitt 2,3 EC-Konzentrate) durchgeführt. Kein Patient verstarb innerhalb der ersten 90 Tage postoperativ. Zwei Patienten (3,5%) mussten wegen Komplikationen (1 Anastomoseninsuffizienz/1 Anastomosenblutung) reoperiert werden. Beide Patienten konnten das Spital in gutem Zustand verlassen. Leichtere systemische Komplikationen traten bei 27% der Patienten auf. Dabei war eine postoperative Verzögerung der Magenentleerung (29%), welche sich spontan normalisierte, das häufigste Problem.

Mindestens ein Jahr postoperativ waren 89% der Patienten schmerzfrei. Das Gewicht blieb bei 94% auf einem tieferen Niveau stabil. Ein neu entdeckter Diabetes mellitus (nicht insulinabhängig) war



**Abb. 3:** Resektionsausmass (grün) der Pylorus erhaltenden Pankreaskopfentfernung.



**Abb. 4:** Rekonstruktion nach Pylorus erhaltender Pankreaskopfresektion (Zwei-Schlingentechnik). Der Pankreasrest wird in eine isolierte Dünndarmschlinge abgeleitet. Der Magen und der Ductus hepaticus communis werden in eine zweite Schlinge drainiert. Dies hat den Vorteil, dass weiterhin endoskopisch interventionelle Manöver am Ductus hepaticus möglich sind.

in 7% der Fälle zu verzeichnen. Gelegentliches Auftreten von Diarrhoe (44%) und Blähungen (37%) konnten mittels Fermentsubstitution verbessert werden.

#### **Gute langfristige Lebensqualität**

29 Patienten wurden nach ihrer Lebensqualität (EORTC QLQ-C30-Fragebogen) befragt. Dabei konnte bei 85% der Patienten eine langfristig gute Lebensqualität erhoben werden.

Gesamthaft gesehen konnten in der Diagnostik und der chirurgischen Therapie des Pankreaskopfkarzinoms wesentliche Fortschritte bezüglich Beurteilung der Resektabilität und Sicherheit der Operation erreicht werden. Die Prognose bleibt abhängig vom initial festgestellten Tumorstadium, jedoch können die Patienten postoperativ mit einer guten Lebensqualität rechnen.

*Prof. Dr. Markus von Flüe*

## Interview mit Prof. Dr. Markus von Flüe

*Herr Prof. Dr. von Flüe, Sie haben am 1. September die Nachfolge von Prof. Dr. Peter Tondelli als Leiter der Chirurgischen Klinik und Chefarzt der Allgemeinchirurgischen Abteilung am St. Claraspital angetreten. In gewisser Weise schliesst sich damit ein Kreis Ihres Werdegangs. Sie kehren an eine Ihrer bisherigen Wirkstätten zurück.*

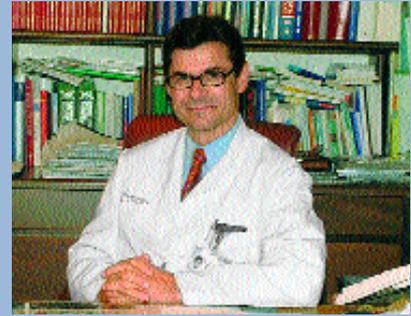
*Ja, das stimmt. Zu den Stationen meiner Weiterbildung zum Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie zählten neben den Kantonsspitalern Luzern und Basel auch das St. Claraspital, wo ich 1991 bis 1992 als Oberarzt und Schüler von Prof. Tondelli arbeitete. Nach 1992 folgten die klinisch wissenschaftlichen Arbeiten und Grundlagen für meine Habilitation an der Allgemeinchirurgischen Klinik des Kantonsspitals Basel bei Prof. Felix Harder. Die Habilitation wurde mir 1996 für eine neue Methode zum Mastdarmersatz zuerkannt.*

*Mehrere Auslandsaufenthalte ermöglichten mir danach meine Kenntnisse in der Leberchirurgie (Pichlmayr, Hannover; Henderson, Atlanta GA) und der Kolo-Rektalchirurgie (Dozois, Mayo Clinic, Rochester MN; Wexner, Cleveland Clinic, Ft. Lauderdale FL) zu vertiefen. Als Oberarzt am Städtischen Krankenhaus Dortmund (Schwerpunktklinik für Viszeralchirurgie) wurde ich ausserdem bei Prof. D. Löhlein in der praktischen Chirurgie von Pankreas, Oesophagus und Leber geschult.*

*Meine Führungserfahrung konnte ich als Leitender Arzt für Allgemeinchirurgie am Kantonsspital Basel und zuletzt als Chefarzt Chirurgie am Kantonsspital Luzern erwerben.*

**Was hat Sie zum Wechsel an ein bedeutend kleineres Haus bewogen?**

*Die hohe medizinische und menschliche Qualität am St. Claraspital mit Profilierung auf dem Gebiet der Viszeralchirurgie sowie das innovative Management der Spitalführung haben mich schon während meiner Zeit unter Prof. Tondelli begeistert. Nachdem ich während der letzten fünf Jahre eine grosse Allgemeinchirurgische Klinik geführt und den Schwerpunkt Viszeralchirurgie aufgebaut habe, möchte ich künftig meine Kräfte auf die Leitung eines kleineren Teams und in die Kompetenz der verschiedenen Subspezialitäten der inter-*



*disziplinären Viszeralchirurgie konzentrieren. Dazu bieten Ausrichtung und Infrastruktur des St. Claraspitals die besten Voraussetzungen. Ausserdem bedeutet es für mich eine grosse Ehre, die Nachfolge von Prof. Peter Tondelli, einem meiner «chirurgischen Väter», antreten zu dürfen.*

**Werden Sie die Schwerpunkte von Prof. Tondelli beibehalten oder haben Sie ganz andere Zukunftspläne?**

*Die Chirurgie am St. Claraspital ist ein traditionell gewachsenes Kompetenzzentrum für Gastrointestinale Chirurgie. Prof. Peter Tondelli und sein Team haben es geschafft, im interdisziplinären Verbund mit Onkologen, Gastroenterologen und Stoffwechselfachleuten sowohl regional als auch überregional einen hervorragenden Ruf zu erlangen. Das oberste Ziel für mich ist daher, den hohen Standard dieser Klinik weiterzuentwickeln und meine bisherige Führungserfahrung sowie meine Fachkompetenz mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie einbringen zu dürfen.*

**Wie wichtig ist für Sie die Zusammenarbeit mit den Hausärzten?**

*Der Hausarzt ist die Vertrauensperson des Patienten. Er kennt seinen Patienten sehr gut und will stets das Beste für ihn. Mit der Zuweisung an ein Spital bekundet der Hausarzt ein grosses Vertrauen in die gewählte Institution. Deshalb gehört der Hausarzt zum Behandlungsteam und ist als Partner bei kritischen Entscheidungen zu involvieren. Dies gilt insbesondere auch für die Nachbehandlung, da er die sozialen Netzwerke des Patienten viel besser kennt als der Spitalarzt.*

**Herr Prof. von Flüe, wir bedanken uns für das Gespräch.**

## Weiterbildung für Ärzte

St. Claraspital/Mehrzweckraum,  
5. Stock:

### Gastroenterologisches Kolloquium

Nächstes Datum: 1.12.2003

### Intern-medizinische Besprechungen

Sommerpause bis 21.10.2003

Nächste Daten: 4.11.2003,  
18.11.2003, 16.12.2003

Rapportraum im 1. Stock- Mittelbau:

### Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board

Jeden Dienstag 7.45–8.15 h

In Zusammenarbeit mit der  
Abteilung Radio-Onkologie des  
Kantonsspitals Basel-Stadt  
(Frau Prof. Dr. med. Ch. Landmann)

### Endokrinologisch-diabetologische Fallbesprechungen

Mittwoch 17.30–18.00 h,

Leitung:

Prof. Dr. J.J. Staub/PD Dr. Th. Peters

Nächste Daten: 10.9.2003,  
19.11.2003, 3.12.2003

Rapportraum Röntgenabteilung:

### Pneumologisch-onkologisches Tumorboard

Jeden Mittwoch 7.30–8.00 h

## Personelles



### Romaine Viollier

Seit dem 1. Mai  
2003 ist neu Frau  
Dr. med. Romaine  
Viollier als Assis-  
tenzärztin mit  
Schwerpunkt im  
onkologischen Ambulatorium am  
St. Claraspital tätig.

## 75 Jahre St. Claraspital (Teil 2)

# Von der Spitaleröffnung bis heute

*Ständige Platznot, damit verbundene Neu- und Umbaumassnahmen, der 2. Weltkrieg sowie das Ringen um Anerkennung bei den politischen Behörden prägten lange Zeit die Geschichte des St. Claraspitals.*

Nach der Eröffnung des St. Claraspitals am 6. Februar 1928 und dem Eintritt der ersten Patienten wurde das Haus sukzessive ausgelastet. Im dritten Stock des heutigen Ostflügels wohnte das Pflegepersonal der Ordensgemeinschaft der barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz des Kisters Ingenbohl, die bis heute Trägerin des St. Claraspitals geblieben ist. Das Spital arbeitete von Anfang an nach einem auf der christlichen und sozialen Ethik der Trägerschaft basierenden Leitbild und stand somit Patientinnen und Patienten jeder sozialen Herkunft, jeder Konfession und jeder Nationalität offen.

Die steigenden Patientenzahlen führten schon bald zu ersten Platznöten. Die Spitalchronik der Ordensschwestern (1928–1951) berichtet immer wieder über Platzmangel bei Grippeepidemien. In den Jahren 1938 bis 1940 wurde deswegen der Westflügel angebaut. 1956 erhielten die Schwestern ihr erstes Wohnhaus, das heutige Pflegeheim Hirzbrunnenhaus.



**Gemüseanbau vor dem neuen Westflügel während des 2. Weltkrieges.**

Schwierig gestaltete sich auch die Zeit während des 2. Weltkriegs. Neben den ständigen Befürchtungen, die Röntgenanlagen und diagnostischen Geräte könnten in die Hände der Nazis fallen, gehörte die Lebensmittelversorgung zu den grössten Problemen dieser Zeit. Der Spitalpark wurde deswegen vorübergehend als Kartoffelacker genutzt. Im Vorgarten des Westflügels wurden verschiedene Gemüse angebaut (siehe Foto).

Auch nach dem 2. Weltkrieg gehörten die Platznot, Bauprobleme sowie die Anerkennung durch die politischen Behörden und auch finanzielle Sorgen zu den immer wiederkehrenden Problemen des Spitals. So konnten beispielsweise erst 1954 Subventionsverträge mit

den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land sowie Verhandlungen über Krankenkassenbeiträge abgeschlossen werden.

In den achtziger Jahren wurde eine umfassende Renovation – verbunden mit einem Ausbau der Spitalanlage – in Angriff genommen. Sämtliche Patienzimmer erhielten eigene Nasszellen. Die Bettenzahl wurde auf zwei pro Zimmer beschränkt. Der gesamte Diagnostik- und Therapiebereich inklusive Intensivstation, Aufwachsraum und Operationssäle wurden neu gebaut: Das St. Claraspital erhielt sein heutiges Gesicht.

Ralph Schröder

## Kontaktadressen

### Hauptzentrale

Telefon ++41 61 685 85 85  
Fax ++41 61 691 95 18  
E-mail scs@claraspital.ch

### Allgemeinchirurgie

Prof. Dr. med. M. von Flüe  
Telefon ++41 61 685 84 80  
Telefax ++41 61 685 83 37

### Medizin

Prof. Dr. med. Ch. Ludwig  
Telefon ++41 61 685 84 70  
Fax ++41 61 685 83 47

### Anästhesie

Dr. med. J. Bläss  
Telefon ++41 61 685 84 85  
Fax ++41 61 685 87 63

### Radiologie

Dr. med. Ch. Looser  
Dr. med. A. Zynamon  
Telefon ++41 61 685 82 85  
Fax ++41 61 685 85 79

### Urologie

PD Dr. med. M. Rist  
Telefon ++41 61 685 85 23  
Fax ++41 61 685 82 61

### Nuklearmedizin

PD Dr. E. Nitzsche  
Telefon ++41 61 685 82 50  
Fax ++41 61 685 82 55

### Ernährungszentrum

PD Dr. Th. Peters  
Telefon ++41 61 685 89 40  
Fax ++41 61 685 89 41

### Orthopädie

Dr. med. R. Mendelin  
Telefon ++41 61 685 84 93  
Fax ++41 61 685 86 57

### Dr. med. J. Skarvan

Telefon ++41 61 685 84 90  
Fax ++41 61 685 86 57

### Lungenfunktion

Telefon ++41 61 685 84 74  
Fax ++41 61 684 84 67

### Gastroenterologische Endoskopie

Telefon ++41 61 685 84 76  
Fax ++41 61 685 85 21

### Stoma-Therapie

Telefon ++41 61 685 86 65  
Fax ++41 61 685 86 59

### Bronchoskopie

Telefon ++41 61 685 84 73  
Fax ++41 61 685 84 69

### Kardiologische Funktionsdiagnostik

Telefon ++41 61 685 8380  
Fax ++41 61 685 8997

### Bettendisposition Chirurgie

Telefon ++41 61 685 80 04  
Telefon ++41 61 685 84 79  
Fax ++41 61 685 84 66

### Bettendisposition Medizin

Telefon ++41 61 685 86 70  
Fax ++41 61 685 83 40

### Notfallstation

Fax ++41 61 685 82 47

## Impressum

### Herausgeber:

St. Claraspital  
Kleinriedenstrasse 30  
Postfach  
CH-4016 Basel  
Telefon ++41 61 685 85 85  
Fax ++41 61 691 95 18  
E-mail scs@claraspital.ch

### Konzeption, Prepress, Fotos:

Mosse Media Medizin

### Redaktion:

PD Dr. Th. Peters, St. Claraspital  
E-mail: stoffwechsel@claraspital.ch  
Ralph Schröder, Mosse Fachmedien  
E-mail: ralph.schroeder@rittmann.ch

### Druck:

BaZ

© Nachdruck nur mit Nennung  
der Quelle