

**Editorial:**

Dr. R. Vonlanthen
PD Dr. N. Demartines
B. Grob, Pharmacia, Dübendorf
Prof. Dr. P.-A. Clavien

Inhaltsverzeichnis**Neue Behandlungsmodalitäten**

*Downstaging von hepatozellulären
Karzinomen und kolorektalen Leber-
metastasen* Seite 1

*Transanale endoskopische
Mikrochirurgie* Seite 2

*What's new in surgery
Hyperparathyroidismus* Seite 2

*Transplantationen
Organmangel* Seite 2
Lebendleberspende Seite 3

*Newsflash from
Gastroenterology
MARS* Seite 3

*Our surgical research
Neue Perspektiven in der
Behandlung von Dickdarmtumoren
und Lebermetastasen* Seite 4

*Unsere Veranstaltungen
Weekly Surgical Grand Rounds* Seite 4

*Neuer Beruf
Clinical Nurse* Seite 4

Neue Behandlungsmodalitäten

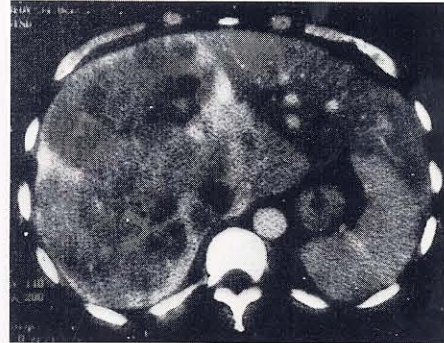
Downstaging von hepatozellulären Karzinomen und kolorektalen Lebermetastasen mittels lokaler selektiver intraarterieller Chemotherapie N. Malekkiani, P.-A. Clavien

Die chirurgische Resektion ist die einzige Möglichkeit einen Patienten von primären und sekundären Lebertumoren zu befreien und zu heilen. Die 5-Jahres Überlebensrate variiert nach der Resektion zwischen 20 bis 50%. Leider sind jedoch nur 5-15% der neu diagnostizierten Lebertumore zum Zeitpunkt der Diagnose resektabel. Weshalb? Häufig sind die Tumore für eine Resektion zu gross oder liegen multifokal vor. Somit wurden Strategien entwickelt um diese Tumoren resektabel zu machen.

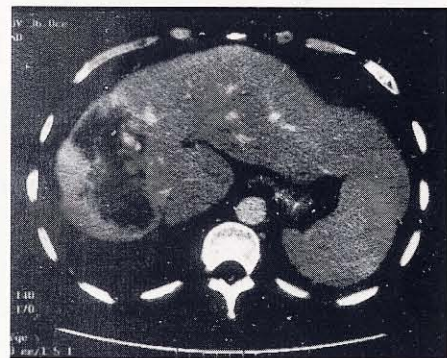
Die neoadjuvante systemische Chemotherapie hat diesbezüglich anekdotischen Erfolg. Die Konzentration respektive die applizierte Menge des Medikamentes wird durch die systemischen Nebenwirkungen stark eingeschränkt und somit bleibt unter anderem auch der erwünschte Erfolg aus. Eine Teillösung dieses Problems bietet die lokale intraarterielle Chemotherapie. Dadurch kann die Konzentration und applizierte Menge an Ort und Stelle deutlich erhöht werden, ohne unerwünschte Nebenwirkungen in Kauf nehmen zu müssen. Dies liegt insbesondere bei Medikamenten mit einem zusätzlich hohen first-pass Effekt vor.

Wir behandelten 28 Patienten mit nicht resektablen Lebertumoren mittels einer selektiven intraarteriellen Chemotherapie (5-FUDR). Durch diese Therapie wurden 80% der hepatozellulären Karzinome und 40% der kolorektalen Lebermetastasen resektabel gemacht. Die Resektabilität wurde im Schnitt mit 4 Chemotherapiezyklen erreicht. Eine kurative Resektion wurde schlussendlich bei 60% respektive 24% erreicht.

Die Nebenwirkungen der selektiven Chemotherapie in unserer Serie waren niedrig (5/28) und die meisten Patienten konnten auch während der Therapiezeit ihrer Arbeit nachgehen.



Ein Fall eines nicht resektablen hepatozellulären Karzinomes vor der selektiven intraarteriellen Chemotherapie.



Derselbe Fall nach neun monatiger selektiver intraarterieller Chemotherapie. Dieser Tumor konnte kurativ entfernt werden.

Liebe Leserinnen und Leser

Es ist mir eine grosse Freude Ihnen heute die erste Ausgabe unserer Publikation **surg.ch** präsentieren zu können. Diese Publikation soll Ihnen das Gebiet der Viszeral- und Transplantationschirurgie und nicht zuletzt unser Team näher bringen.

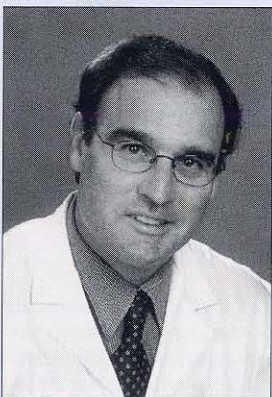
Von besonderem Interesse in dieser Ausgabe sind das Downstaging von hepatozellulären Karzinomen und kolorektalen Lebermetastasen, die TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) sowie die chirurgischen Ansätze zur Umgehung des Organmangels in der Transplantationschirurgie.

In den Rubriken „What's new in surgery“, &

„Our surgical research“ stellen wir Ihnen in kurzer Form interessante klinische und grundlagenwissenschaftliche Studien im Bereich der Viszeral- und Transplantationschirurgie vor. Zusätzlich gehen wir auf einige fachübergreifende Publikationen ein.

Für das uns entgegen gebrachte Vertrauen in den letzten Monaten möchten wir Ihnen herzlich danken. Sie helfen uns damit beim Aufbau eines renommierten Referenzentrums für Viszeral- und Transplantationschirurgie in Zürich.

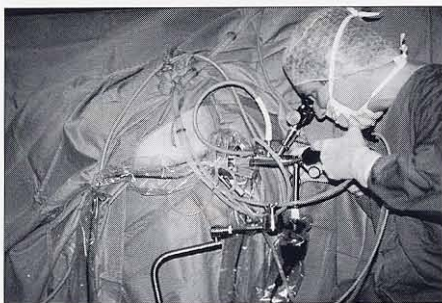
Professor Pierre-Alain Clavien, MD, PhD



Kolorektale-Chirurgie

Transanale endoskopische Mikrochirurgie N. Demartines, F. Hetzer

Die transanale endoskopische Mikrochirurgie TEM stellt ein interessantes Konzept in der minimal-invasiven Tumorchirurgie dar. Mit Hilfe eines operativen Rektoskops können Rektumtumore bis zum rektosigmoidalen Übergang transanal reseziert werden. Das Instrumentarium wurde 1983 in Tübingen von Prof. Gerhard Buess entwickelt. Mittlerweile sind weltweit etwa 2'000 Patienten in verschiedenen Zentren operiert worden. Die persönliche Erfahrung des Autors (N. Demartines) liegt heute bei rund 60 Fällen.

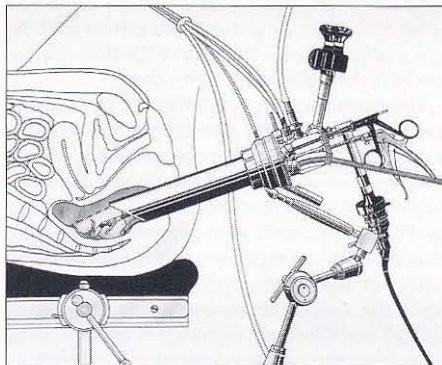


Für den rektalen Tumor, der breitbasig ist und für das Kolonoskop nicht resezierbar ist, ist die transanale Mikroresektion eine sehr gute Alternative zur Laparotomie und anterioren Resektion. Dank der stereoskopisch vergrösserten Darstellung erlaubt diese Technik, eine vollständige Vollwand-Rektum-Resektion mit einem gesunden Sicherheitsabstand von 5 mm um den Tu-

mor. Anschliessend wird der Rektumdefekt mit Hilfe der speziell für die TEM entwickelten Nahttechnik wieder verschlossen.

Die Indikation für die transanale endoskopische Mikroresektion betrifft alle breitbasigen Adenome oder Adenomrezidive, in ausgewählten Fällen auch die Stenosen (Postanastomose, Stenosen oder Postfistelstenosen). Onkologisch gesehen wird die Indikation zur TEM lediglich für T1 N0 gut bis mässig differenzierte Adenokarzinome des Rektums ohne Gefässinfiltration akzeptiert.

Die Komplikationsrate nach TEM ist sehr tief, sowohl gemäss persönlicher Erfahrung des Autors wie auch laut Literatur beträgt die lokale Komplikationsrate 3 bis 6 %. Eine Reoperation nach TEM ist in ca. 8 bis 10% der Fälle notwendig, sei es um eine vollkommene onkologische



Resektion des Rektums bei einem grösseren Tumor vorzunehmen oder, selten, im Falle einer Perforation mit Abszess.

Erstaunlicherweise bringt die Dilatation des Sphinkters durch das operative Rektoskop keine Inkontinenzprobleme mit sich. Dies wurde sowohl in der persönlichen Serie des Autors demonstriert wie auch durch Manometrie-Messungen 3 und 6 Monate nach transanaler mikrochirurgischer Resektion belegt/bewiesen.

Vor der Operation wird der Patient zur TEM mittels starrem Rektoskop und endoluminaler Sonographie untersucht. Anschliessend – nach vollkommener Kolonvorbereitung – kann der Eingriff durchgeführt werden. Er dauert zwischen 90 und 120 Minuten. Postoperativ muss der Patient während den ersten 48 Stunden flüssige Kost zu sich nehmen, anschliessend wird auf normale Kost übergegangen. Der durchschnittliche Spitalaufenthalt beträgt etwa 5 Tage insgesamt. Die postoperativen Kontrollen werden gemäss den Empfehlungen der FAGAS durchgeführt.

Zusammenfassend ist die transanale endoskopische Mikrochirurgie ein minimal-invasives Verfahren zur Resektion von Rektumtumoren zwischen 2 und ca. 15 cm ab ano mit einer sehr tiefen Komplikationsrate; für den Patienten effizient und wenig belastend.

Bilder: Die transanale endoskopische Mikrochirurgie TEM

What's new in surgery

Chirurgie bei primären Hyperparathyroidismus; eine 10 jährige follow-up Studie M. Schäfer

[Walgenbach S, Hommel, G, Junginger T. Outcome after surgery for primary hyperparathyroidism: ten-year prospective follow-up study. World J Surg 2000;24:564-570]

Mit der chirurgischen Therapie des primären Hyperparathyreoidismus (PHPT) lässt sich 97-99% aller Fälle eine Normocalcämie erzielen. Die subjektiven Beschwerden sind oft unspezifisch, sodass die Patienten oft erst postoperativ eine deutliche Verbesserung des Allgemeinzustandes erfahren. Bei diesen Patienten wird fälschlicherweise präoperativ von einem „asymptomatischen“ PHPT gesprochen. Die generelle Verfügbarkeit von Labortests zur Bestimmung des Kalziums und Parathormons ha-

ben dazu geführt, dass die Diagnose eines PHPT oft gestellt wird bevor die klassischen Symptome von „Stein-, Bein- und Magenpein“ vorliegen. In der vorliegenden Studie sind 360 Patienten eingeschlossen mit einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 3 Jahren (1 Monat bis 10 Jahre). Die chirurgische Erfolgsrate nach Primäreingriff (n=351) betrug 98%, nach der zweiten Exploration (n=9) konnte bei allen Patienten eine Normocalcämie erzielt werden. Im postoperativen Verlauf wurden 84% aller Patienten innerhalb von 24 Monaten beschwerdefrei, welche präoperativ eine symptomatische Hypercalcämie (Müdigkeit, Polyurie/Polydypsie, Meteorismus, Obstipation) aufgewiesen hatten.

Skelettale Beschwerden waren nach 2 Jahren bei 76% der Patienten vollständig verschwunden. Alle Patienten blieben im Follow-up rezidivfrei, 4,7% der Patienten entwickelten einen persistierenden Hypoparathyreoidismus. Aufgrund der hohen Heilungschance bei gleichzeitig minimaler operativer Morbidität wird deshalb die frühe chirurgische Intervention beim laborchemisch nachgewiesenen PHPT empfohlen, welche allerdings in einem Kompetenzzentrum für endokrine Chirurgie durchgeführt werden sollte.

Transplantationen

Organmangel in der Schweiz Markus Weber

Die Transplantationsmedizin ist emotional häufig sehr beladen und führt unaufhörlich zu regen Diskussionen in allen Schichten der Bevölkerung. Trotz vieler ethischer und medizinischer Spannungsfelder, bleibt für die meisten Bürger

unbestritten, dass die Transplantation viele Menschenleben retten kann. Das 1-Jahres-Überleben der meisten transplantierten Organe beträgt heute durchschnittlich mehr als 80 %. Damit hat sich die Transplantationsmedizin klar von

der ehemaligen Experimentalmedizin zu einer lebensrettenden, hochentwickelten und effizienten Behandlungsmethode gewandelt. Entgegen der landläufigen Meinung, dass diese High-Tech Medizin ungeheure Kosten verursache, trifft oft

das Gegenteil zu, indem zum Beispiel die Nierentransplantation im Langzeitverlauf deutlich billiger ist als die Dialysebehandlung. Allerdings ist die Transplantationsmedizin nun Opfer ihres eigenen Erfolges geworden. In den letzten Jahren geht die Schere zwischen der Anzahl Kranker auf der Warteliste und der Anzahl vorhandener Spenderorgane immer weiter auf. Die Wartezeit auf den Empfängerlisten hat für gewisse Organe, wie zum Beispiel der Leber, drastisch zugenommen. Dies führt dazu, dass immer mehr Patienten auf der Warteliste sterben. Allein im Jahr 2000 waren dies 13 Patienten auf der Zürcher Leberwarteliste, welche bei genügend Or-

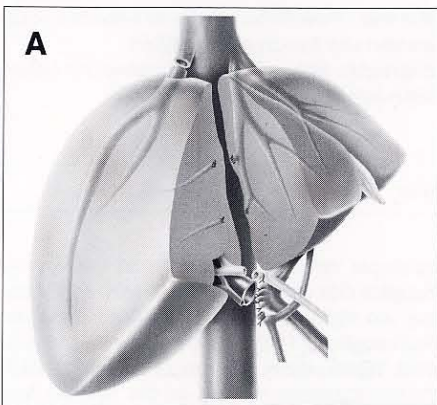
ganspender mit hoher Wahrscheinlichkeit hätten gerettet werden können. Leider liegt die Schweiz betreffend Spendewilligkeit im europäischen Vergleich im hinteren Drittel (Schweiz: 14, Spanien: 34, Italien: 21, Österreich: 21, Frankreich: 17 Spender pro Mio. Einw./Jahr). Im nationalen Vergleich beobachten wir ebenfalls ein starkes Gefälle zwischen den italienisch (41 Spender pro Mio. Einw./Jahr), französisch (19 Spender pro Mio. Einw./Jahr) und deutsch (11 Spender pro Mio. Einw./Jahr) sprechenden Landesteilen. Geradezu katastrophal muss man die Entwicklung der Spendebereitschaft im Kanton Zürich bezeichnen. Hier ist dringender Handlungs-

bedarf auf allen Ebenen gegeben. Das Tabu übers Sterben zu Reden verhindert leider oft auch eine Diskussion bezüglich der Spendewilligkeit. Entsprechend sind die Angehörigen zum Zeitpunkt des Todes eines nahen Angehörigen oft von der Frage nach der Organspende überfordert. Es wäre für alle sehr hilfreich, wenn sich die Bevölkerung vermehrt mit dem Thema Tod und Organspende auseinandersetzen würde, bevor sie in einer ohnehin sehr schwierigen Trauersituation mit dieser Frage konfrontiert werden.

Lebendleberspende Z. Kadry, P.-A. Clavien

Über die Lebendleberspende wurde erstmals 1989 berichtet. Dieses Verfahren hat sich seither stark weiterentwickelt. Wesentliche technische Fortschritte wurden beim selektiven Verschluss der Gefässe beim Spender, bei der arteriellen Rekonstruktion sowie bei der Berechnung des nötigen Lebervolumens zur erfolgreichen Transplantation gemacht.

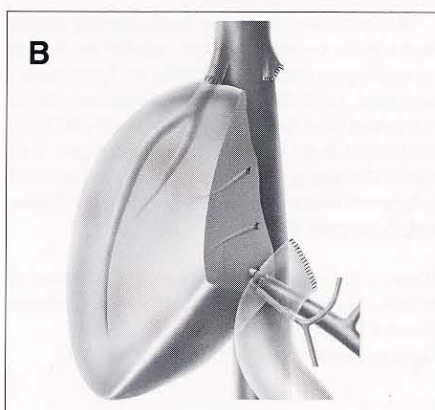
Wie bereits erwähnt herrscht in der Schweiz ein grosser Organmangel. Die Lebendleberspende ist heute eine weltweit akzeptierte und wirkungsvolle Art der Lebertransplantation. Dennoch gibt es einige häufig gestellte Fragen, die wir hier kurz beantworten möchten.



Welche leberinsuffizienten Patienten profitieren von einer Lebendleberspende?

Alle Patienten die potentielle Empfänger für eine Leber sind. Insbesondere zwei Kategorien von Empfängern profitieren von diesem neuen Verfahren; das sind: a) Patienten mit einer fulmi-

nanten Hepatitis und b) Patienten mit einem HCC und einer Leberzirrhose. Die Wartezeit für eine Transplantation wird in diesem Fall drastisch reduziert.



Wie sieht das Abklärungsschema für einen potentiellen Spender aus?

Grundvoraussetzung ist eine ABO Kompatibilität von Spender und Empfänger. Die Auswahl des Spenders ist restriktiv und die Abklärung erfolgt in drei Stadien:

Stadium 1: Anamnese, Status, Laboruntersuchungen (Basisuntersuchung), konventionelle Rx-Untersuchung, US der Leber- und Duplex der Lebergefässe. Psychosoziale Abklärung und Vorstellung des Spenders einem Leber-spezialisten.

Stadium 2: (Hospitalisation auf der Viszeralchirurgie): Erweiterte Labor- und bildgebende Untersuchungen und Konsilien durch entsprechende Spezialisten.

Stadium 3: Evaluation und Planung der Transplantation.

Ist das Risiko für den Spender hoch?

Neben den allgemein bekannten chirurgischen Komplikationen (Infektionen, Blutungen, Wundheilungsstörungen, Thrombose) liegen folgende spezifische Risiken vor: Blutung aus der Resektionsfläche, ein Galleleck, eine passage-re Leberinsuffizienz sowie eine vorübergehende Passagestörung. Daher ist es wichtig, dass sich der Operateur wie auch der Spender dieses operativen Risikos bewusst sind. Letzteres wird jedoch mittels umfangreicher Voruntersuchungen möglichst klein gehalten.

Welche Vorteile hat die Lebendleberspende gegenüber der klassischen Lebertransplantation?

Im wesentlichen 2 Vorteile:

- 1) Eine Reduktion der Wartezeit und somit eine Transplantation in einer elektiven Situation und vor einer möglichen Dekompensation
- 2) Vermindert, behebt jedoch nicht den dramatischen Mangel an Organen

Das Lebendleberspende-Programm wurde an unserer Klinik vor einigen Monaten erfolgreich eingeführt und wir freuen uns, Ihren Patienten diese operative Technik nun auch hier in Zürich anbieten zu können.

Bilder:

Diese Schemazeichnung (A) zeigt die Entfernung des rechten Leberlappens beim Spender und (B) anschliessend die Situation nach der Transplantation beim Empfänger.

Newsflash from Gastroenterology

MARS – Extraterrestrische Hilfe für kranke Lebern? E. L. Renner, Abt. Gastroenterologie und Hepatologie USZ

Nein, MARS hat nichts mit den kleinen grünen Männchen vom gleichnamigen Planeten zu tun. MARS steht neudeutsch für Molecular Adsorbent Recirculating System. Dahinter verbirgt sich eine Entwicklung der Universität Rostock und der Firma Teraklin aus Deutschland, welche helfen soll die Entgiftungsfunktion der Leber zu unterstützen. Die Idee ist so clever, wie einfach: Stoffwechselprodukte, welche von der Leber in die Galle ausgeschieden werden, sind typischerweise schlecht wasserlöslich und deshalb im Blut stark an Albumin gebunden. Als Marker gilt Bilirubin. Solche Stoffe akkumulieren

bei schwerer Leberfunktionsstörung in den Geweben und verursachen u.a. Enzephalopathie und Pruritus. Wegen ihrer starken Albuminbindung können sie nicht durch eine normale Dialyse entfernt werden. MARS verwendet nun aber ein Dialysat mit hohem Albumingehalt; zusammen mit vom Firmengeheimnis streng gehüteten Filtersystemen gelingt es, ans Albumin des Patientenblutes gebundene Toxine zur Verteilung ans Albumin des Dialysates zu zwingen. MARS senkt so das Bilirubin bei Patienten mit akutem und chronischem Lebersversagen eindrücklich. Das Zeitfenster, welches für eine Lebertrans-

plantation zur Verfügung steht, könnte verlängert werden. Unsere ersten Erfahrungen sind vielversprechend: unter Therapie verschwand bei einer Patientin mit primär biliärer Zirrhose der ansonsten unheilbare Pruritus, der zu Suizidgedanken geführt hatte; bei einem anderen Patienten verbesserten sich Enzephalopathie und Allgemeinzustand so, dass er erfolgreich transplantiert werden konnte. Nicht immer war MARS aber so erfolgreich: Ob sich Morbidität und Mortalität wirklich verbessern lassen und welche Patienten am meisten profitieren, muss sich erst zeigen.

Our surgical research

Neue Perspektiven in der Behandlung von Dickdarmtumoren und Lebermetastasen: Botenstoffe induzieren Selbstmord in Tumorzellen M. Selzner

Dickdarmkrebs ist einer der häufigsten Tumore der westlichen Welt und führt in zweidrittel der Fälle zur Lebermetastasierung. Eine Leberteilresektion- als die einzig Therapie mit Aussicht auf Heilung- ist nur in 20% der Patienten möglich. Für die grosse Gruppe der nichtresektablen Patienten gibt es zur Zeit keine effektive Therapie. Kürzlich wurde entdeckt, dass alle menschlichen Zellen ein genetisch vererbtes Selbstmordprogramm (Apoptose) besitzen. Wird eine Zelle krank oder formt sich eine gesunde Zelle in eine Tumorzelle um, so wird dieses Selbstmordprogramm von Botenstoffen aktiviert und die Zelle zerstört sich selbst.

Ein neu entdeckter Botenstoff dieses Selbstmordprogrammes ist **Ceramid**, ein in jeder Körperzelle vorhandenes Lipid. Durch Messung des Ceramidgehaltes in menschlichen Dickdarmtumoren und gesundem Dickdarmgewebe konnte unsere Arbeitsgruppe am Universitätsspital Zürich nachweisen, dass Dickdarntumore deutlich weniger Ceramid enthalten als vergleichbares gesundes Gewebe. In einem Zellkulturmodell untersuchten wir menschliche Dickdarmkrebszellen und setzten diese verschiedenen Dosen Ceramide aus. Es zeigte sich, dass Ceramide dosisabhängig das Selbstmordprogramm (Apoptose) in den Tumorzellen auslösten. Innerhalb von 24 Stunden wurden 90% der Krebszellen zerstört. Es stellte sich heraus, dass

Ceramid eine Signalkette induziert, welche die Selbstzerstörung der Tumorzellen bewirkt. Gesunde Zellen sind vollständig gegen Ceramide resistent.

Zur Klärung der Bedeutung des Botenstoffes Ceramid für die Entstehung von Lebermetastasen entwickelten wir ein Modell der Lebermetastasierung in der Maus. Dabei wurden Mäusen menschliche Dickdarmtumorzellen in die Lebergefässe injiziert. Nach vier Wochen bestand bei allen unbehandelten Mäusen eine ausgeprägte Lebermetastasierung. Wurden die Mäuse jedoch mit Ceramid (B13) behandelt, so blieben 70% der Versuchstiere vollständig tumorfrei, während die übrigen 30% minimales Tumorstadium aufwiesen.

Ceramid hat sich als ein bedeutender Botenstoff bei der Vermittlung des natürlichen Selbstmordprogrammes (Apoptose) in Tumorzellen erwiesen. Fehlt Ceramid, so entkommen die Tumorzellen dem Selbstmordbefehl und ein Tumor breitet sich aus. Unsere Ergebnisse zeigen, dass durch Zufügung von Ceramid das Selbstmordprogramm wiederhergestellt wird und die Tumorzellen zerstört werden.

Markus Selzner, Alicja Bielawska, Michael A. Morse, Hannes A. Rüdiger, David Sindram, Yusuf A. Hannun, Pierre-Alain Clavien
Cancer Research, 2001, 61; 1233-1240

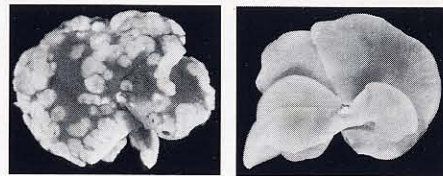


Bild links: ohne Behandlung, auf der Leberoberfläche finden sich zahlreiche makroskopisch sichtbare Tumorknoten

Bild rechts: Behandlung mit Ceramid, auf der Leber finden sich keine makroskopisch sichtbaren Tumorknoten

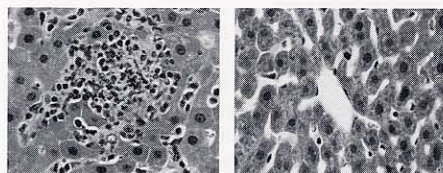


Bild links: ohne Behandlung, die Lebersinusoide werden von Tumorzellen infiltriert

Bild rechts: Behandlung mit Ceramid, die Lebersinusoide sind frei von Tumorzellen

Unsere Veranstaltungen

Seit dem 12. September findet an der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie eine wöchentliche Fort- und Weiterbildungsveranstaltung, die **Weekly Surgical Grand Round**, statt. Als Referenten konnten wir im Jahr 2000 ausgezeichnete Chirurgen und Internisten aus dem In- und Ausland gewinnen, wie beispielsweise die Herren **Prof. P. Neuhaus** aus Berlin, **Prof. Gary Levy** aus Toronto und **Prof. M.W. Büchler** aus Bern, um nur einige zu nennen. Im Rahmen dieser Grand Rounds stiess auch die **Borel Lecture** mit **Herrn Professor H. Bismuth** und die **Billroth Lecture** mit **Herrn Professor C.J.H. van de Velde** auf grosses Interesse.

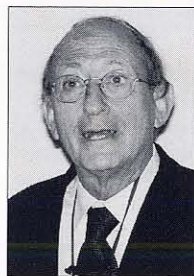
Die Grand Round richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte mit Interesse an chirurgisch

Weekly Surgical Grand Rounds M. Müller

relevanten Themen. Im Rahmen dieser Vorträge werden aktuelle Themen aus Klinik und Forschung behandelt. Diese Veranstaltungen sollen aber auch ein Forum für junge Kollegen sein, um eigene Resultate aus der Forschung vor einem fachkundigen Publikum präsentieren zu können. Im Anschluss an die Veranstaltung bietet sich für das Publikum die Gelegenheit zur Diskussion und zum persönlichen Kontakt mit den Referenten.

Das aktuelle Programm für das laufende Quartal kann auf unserer Homepage unter www.surg.ch heruntergeladen werden. Interessenten können sich zusätzlich über unser Sekretariat in die Mailingliste eintragen lassen. Damit wird Ihnen wöchentlich eine Einladung

zu dieser Veranstaltung geschickt. Die Weekly Surgical Grand Round findet jeweils am Dienstag, von 18:15-19:15 Uhr im grossen Hörsaal der Pathologie, D Path 22, am Universitätsspital statt. **Telemedizin:** Übertragung der Veranstaltung



in die Spitäler von Biel, Chur, Luzern und Olten.

Bild: Professor H. Bismuth

Neuer Beruf

Seit Januar 2001 arbeitet **Frau B. Gasser** bei uns neu in der Funktion als **Clinical Nurse**. Sie hat eine langjährige Erfahrung als Krankenschwester und Stationsleiterin auf der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie hier am Universitätsspital und bringt somit die idealen Voraussetzungen für diese neue Funktion mit.

Die Stelle als Clinical Nurse wurde an unserer Klinik nach amerikanischem Vorbild neu geschaffen. Im Moment ist Frau Gasser für die Privat- und Hepatobiliäre-Sprechstunde von Herrn Professor P.-A. Clavien zuständig. Sie organisiert und koordiniert nicht nur die Sprech-

Clinical Nurse R. Vonlanthen

stunden, sondern dient Ihnen wie auch den Patienten als direkte Ansprechpartnerin. Bei den Visiten der Privatpatienten auf unserer Klinik ist Frau Gasser ebenfalls immer dabei. Insgesamt wird durch dieses Vorgehen der Kontakt zwischen uns und Ihren Patienten persönlicher. Alle administrativen Abläufe werden damit ebenfalls wesentlich beschleunigt. Anmeldungen von Patienten für die Sprechstunden wie für Hospitalisationen werden direkt von Frau Gasser entgegengenommen. Sie erreichen sie unter der folgenden **Telefonnummer: 01-255 87 54**.

Zusammenfassend hoffen wir, mit der Unter-

stützung von Frau Gasser, die Qualität und Effizienz unserer Arbeit sowie die persönliche Betreuung verbessern zu können. Ihre Anregungen diesbezüglich nehmen wir auch gerne entgegen.

Bild: Frau B. Gasser

