

PASSION **C**HIRURGIE



PANORAMA

**ARZT-PATIENTEN-  
KOMMUNIKATION: VERSTEHEN  
MICH MEINE PATIENTEN?**

*im Fokus*

**NOTFALL-  
VERSORGUNG**

09 | III | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:  
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE  
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

**DGCH**

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
CHIRURGIE E.V.



Berufsverband der  
Deutschen Chirurgie e.V.

# CHIRURGIE

## HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.  
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

## DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Udo Rolle  
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Christiane Bruns,  
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner,  
Prof. Dr. med. Jens Werner  
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen  
(V.i.S.d.P.)  
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Johann Pratschke

## BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer  
V.i.S.d.P.  
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,  
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg  
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf  
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

## REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)  
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)  
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg  
Dr. med. Friederike Burgdorf  
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |  
passion\_chirurgie@bdc.de)

## VERLAG

schaefermueller publishing GmbH  
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin  
info@schaefermueller.de | Tel: +49 (0)30 76180 625  
www.schaefermueller.de

## DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

## ANZEIGEN

Sabine Bugla  
PassionChirurgie@t-online.de  
Tel: +49 (0) 5632 966147

## ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.  
Cover © iStock/Wavebreakmedia

## ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint 10-mal jährlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC|Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay).  
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe unter IVW-Mitgliedschaft.



Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den Mitgliedern vorbehalten.

## EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

ISSN 2194-5586

## GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber Angehörige aller Geschlechter.



## INHALT

### 1 EDITORIAL

1 Neue Anforderungen an die Chirurgie  
in bewegten Zeiten *Julia Seifert*

### 4 KURZNACHRICHTEN

### 6 CHIRURGIE

6

#### NOTFALLVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

*Konrad von Kottwitz*

12

#### CHIRURGISCHE HERAUSFORDERUN- GEN BEI DER LANDES- UND BÜNDNIS- VERTEIDIGUNG

*Benedikt Dieter Friemert*

18

#### GESCHLECHTSSPEZIFISCHE SPORTORTHOPÄDIE – EIN THEMA SO AKTUELL WIE NOCH NIE

*Rebecca Sängler*



## 22 CHIRURGIE<sup>+</sup>

- 22 **Akademie aktuell:** Seminar „Basischirurgie“: ein Teil online, ein Teil in Präsenz BDC
- 23 Wo liegt die Zukunft der Chirurgischen Weiterbildung? *Ralph Lorenz et al.*
- 29 **Safety Clip:** Second Victim: Wenn der Beruf zum Trauma wird *Larissa Gerke*
- 33 **Hygiene-Tipp:** Nosokomiale Infektionen – Zahlen *Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen*
- 35 DRG und Kodierung 2024 in der Chirurgie *Thomas Auhuber*
- 40 Personalia
- 41 **RECHT**
- 41 Kooperation mit Krankenhaus – Das Bayerische Landessozialgericht eröffnet Möglichkeiten für Berufsausübungsgemeinschaften *Jörg Heberer, Oliver Butzmann*
- 44 **F+A:** Anspruch auf kostenlose Kopie der Patientenakte *Jörg Heberer*

## 45 GESUNDHEITSPOLITIK

- 45 **Vorwort:** Top-Sharing in der Chefetage – Geht das? *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*
- 45 **BDC-Praxistest:** Geteilte Chefarztrolle – wie kann es funktionieren? *Carolina Pape-Köhler, Barbara Schulze Eilfing*
- 50 **Berufspolitik Aktuell:** Fehlschlag oder Change Management? *Friederike Burgdorf*

## 51 INTERN

- 51 **DGCH**
- 51 Kommentar des Generalsekretärs
- 56 Sehr persönlich nachgefragt bei Stefanie Adili
- 57 Der Leibchirurg Friedrichs des Großen: Bataillons-Feldscher Schlauch (†1786) *Michael Sachs*
- 61 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 64 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 65 **BDC**
- 65 BDC|News
- 67 Einigkeit in vielen Punkten: Die BDC|Landesverbände üben den Schulterchluss mit ihren Regionalvertretungen *Sven Gregor, Ralf W. Schmitz*
- 70 BDC|Landesverbände
- 72 Termine BDC|Akademie
- 75 Lifestyle-Angebote im September 2024

## 76 PANORAMA

- 76 **Arzt-Patienten-Kommunikation – Verstehen mich meine Patienten?** *Guido Schumacher*
- 81 Bilderrätsel

# Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER  
DGCH



**Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen**

Generalsekretär der Deutschen  
Gesellschaft für Chirurgie e.V.  
(DGCH)

DGCH-Präsident 2019-20

**S**ehr geehrte Kolleginnen,  
sehr geehrte Kollegen,

die olympischen Spiele in Paris zogen viele in ihren Bann, so auch unseren Präsidenten Udo Rolle, der als Verbandsarzt des internationalen Hockeyverbandes seinen Funktionärspflichten in Paris mit großer Freude nachging. Wir freuen uns mit ihm über das gute Abschneiden der deutschen Mannschaften. Aber nicht immer wurden die hoch gesteckten Erwartungen erfüllt. Da wird schnell der Ruf nach mehr Effizienz von Training, Vorbereitungen und Sportförderung laut. Mehr Effizienz, aber keine Leistungskürzungen hat auch der Bundeskanzler Olaf Scholz für das Gesundheitssystem in der Pressekonferenz vor seinem Sommerurlaub gefordert. Er greift damit den Tenor des Gutachtens des Sachverständigenrats Gesundheit für das Jahr 2024 auf. Gleichzeitig schränkte er ein: „Aber was für mich nicht infrage kommt, sind Leistungskürzungen für die Versicherten. Das ist eine schlechte Nummer, mit der bin ich nicht einverstanden.“ Vielleicht hätte sein Bruder Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender und Vorstand für Krankenversorgung (CEO) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein ihm erklären können, dass versteckte Leistungskürzungen inzwischen zum Versorgungsalltag gehören, wie viele Ärzteverbände betonen. Wenn wir also nicht rasch die Effizienzreserven heben, denn Geld ist im Gesamtsystem ja genug vorhanden (laut Gesundheitsminister Lauterbach), werden wir bei fehlenden Reformen, die ja nur mit sehr kleinen Schritten vorankommen, noch mehr und dann nicht mehr verdeckte Leistungskürzungen erfahren.

Der olympische Gedanke hat keinesfalls Krieg und Gewalt weltweit pausieren lassen,

es drängt sich sogar der Eindruck auf, es wird immer schlimmer und aussichtsloser. Die negativen Auswirkungen werden uns erreichen und treffen auf ein unvorbereitetes Gesundheitssystem im Reformstau. Wie steht es denn nun mit den Reformvorhaben. Vieles ist unterwegs, gut gemeint, aber nicht immer gut gemacht. Hinderlich ist für viele Vorhaben auch die föderale Struktur unseres Landes, die für die Krankenversorgung und auch die Bildung zu unübersichtlichen Entwicklungen führt. Auch neue Bedingungen zur Anerkennung von Fortbildungen haben nach Angaben der zuständigen Arbeitsgruppe nicht die wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Visier, wir sind aber aufgrund Gleichbehandlung mit kommerziellen Fortbildungsanbietern der „Kollateralschaden“. Versuchen wir in der Sommerpause mal ein Update und beginnen wir mit der neuen vom Deutschen Ärztetag dieses Jahr verabschiedeten Fortbildungsordnung.

## **(MUSTER-)FORTBILDUNGSORDNUNG (MFBO) 2024**

Der 128. Deutsche Ärztetag hat am 9. Mai 2024 mit großer Mehrheit einen Beschlussantrag des Vorstands der Bundesärztekammer angenommen und eine neue Fassung der vom 116. Deutschen Ärztetag im Jahr 2013 beschlossenen (Muster-) Fortbildungsordnung (MFBO) sowie eine Änderung von § 4 der (Muster-) Berufsordnung für in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte (MBOÄ 1997) beschlossen. In der Antragsbegründung heißt es, die Rahmenbedingungen für die Durchführung und Anerkennung von Fortbildungen und die Strukturen in der Fortbildungslandschaft hätten sich seit der Einführung der MFBO 2004 und deren letzter Aktualisierung 2013

deutlich verändert. Es habe sich auch gezeigt, dass die bisherige Fassung der MFBO auch in Verbindung mit den „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ nicht mehr ausreiche, um dauerhaft die Neutralität und Transparenz von Fortbildungen im notwendigen Umfang sicherzustellen. Ziel der Überarbeitung sei es, mit einer neuen MFBO insbesondere die Vorgaben zur Wahrung der Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung zu schärfen und damit die Schaffung der dafür notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen anzustoßen. Anlass für die Neufassung der MFBO sei ausdrücklich die für einzelne Kammern nachteilige Entwicklung der Rechtsprechung. Wesentliche Änderungen betreffen die Anerkennung von gesponsorten Fortbildungsangeboten. In der Plenardebatte wurde deutlich, dass es im Kern um eine Verschärfung der Vorschriften für gesponsorte Fortbildungsveranstaltungen geht, um auf der neuen Grundlage Entscheidungen der Landesärztekammern „gerichtsfest zu machen“. Seit vielen Jahren begrüßen wir wie u. a. auch die DGIM, mit der wir in intensivem Austausch stehen, und andere AWMF Gesellschaften grundsätzlich das Bestreben, die Integrität wissenschaftlicher Inhalte zu schützen und potenzielle Einflussnahmen zu begrenzen. Die Stärkung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen, die Erhöhung der Transparenz durch erweiterte Offenlegungspflichten und die strikte Trennung von Fortbildungsinhalten und Marketingaktivitäten werden von uns als Instrumente zur Wahrung der wissenschaftlichen Integrität ausdrücklich anerkannt. Allerdings entstehen möglicherweise unbeabsichtigte Konsequenzen, die die wichtige Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften insgesamt beeinträchtigen könnten: Denn die strikte Begrenzung zulässiger Sponsoringleistungen sowie die Limitierung von Sponsoringerträgen auf die Kosten des wissenschaftlichen Teils einer Veranstaltung dürfte zu erheblichen finanziellen Herausforderungen für Fachgesellschaften führen, die wissenschaftliche Kongresse veranstalten, Fortbildungsakademien betreiben oder sonstige Fortbildungsangebote unterbreiten. Die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften erfüllen wichtige Funktionen im deutschen Gesundheitswesen: Entsprechend

ihren Satzungen fördern sie Wissenschaft und Forschung, entwickeln Leitlinien und unterstützen mit verschiedensten Angeboten die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung und vielleicht zukünftig „Bildung“. Eine Einschränkung der finanziellen Ressourcen würde nicht ohne Folgen bleiben für die Fähigkeit der wie die DGCH et al. in aller Regel als gemeinnützig im Sinne der Abgabenordnung anerkannten Fachgesellschaften, diese wichtigen Aufgaben wahrzunehmen. Wir sehen uns da auch im Schulterschluss mit dem BDC und anderen Berufsverbänden.

Selbstverständlich legen medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften größten Wert auf wissenschaftliche Unabhängigkeit und organisieren die Inhalte ihrer Kongresse und sonstigen Fortbildungsangebote mit Programmkommissionen, die inhaltlich unabhängig und weisungsfrei sind und sich ausschließlich dem wissenschaftlichen Fortschritt verpflichtet fühlen. Wir sind deshalb der Meinung, dass es nicht angemessen ist, die gleichen Maßstäbe auf unsere Angebote anzuwenden, die für rein gewerblich tätige Anbieter gelten sollen. Allein schon vor dem Hintergrund unserer gemeinnützigen Aktivitäten rechtfertigt sich eine differenzierte Betrachtung. Die von uns ausgerichteten Veranstaltungen sind unbestreitbar frei vom Einfluss der Sponsoren. Aber ohne Sponsoring können Fachgesellschaften Kongresse, Akademien und Fortbildungsmaßnahmen der Ärzteschaft nicht zu den bisherigen Bedingungen anbieten. Die von uns dabei erwirtschafteten Überschüsse kommen unmittelbar wieder unseren satzungsmäßigen Zwecken, insbesondere der Förderung von Wissenschaft, Forschung und dem Nachwuchs, zugute. Zusammen mit der AWMF und vor allem mit der DGIM, die juristischen Sachverstand maßgeblich beisteuern kann, haben wir jetzt die Bundesärztekammer und die für die Umsetzung zuständigen Landesärztekammern aufgefordert, mit uns einen konstruktiven Dialog zu beginnen, der sowohl die Unabhängigkeit der ärztlichen Fortbildung stärkt als auch die wichtige Rolle der wissenschaftlichen Fachgesellschaften im deutschen Gesundheitswesen durch Zubilligung einer Ausnahmeregelung anerkennt.

## KRANKENHAUSVERSORGUNGS- VERBESSERUNGSGESETZ (KHVVG)

NRW zieht seine Reform inzwischen termingerecht durch und hat den Krankenhäusern inzwischen die Zuteilung von Leistungsgruppen zur Stellungnahme mitgeteilt. Nach ersten Informationen kann man eine deutliche Zentralisierung von komplexen und/oder teuren Leistungen erkennen. Das kann nicht Jedem gefallen und ich bin gespannt auf die Stellungnahmen. Sogar Universitätsklinika sind in ihrem Leistungsportfolio betroffen. Hier wird man sehr sorgfältig die Auswirkungen auf Lehre und Forschung analysieren müssen. Im Dezember 2024 soll der Prozess abgeschlossen sein. Täuscht mich mein Eindruck, dass nach Verkündung der Leistungsgruppen Verteilung in NRW der Widerstand gegen die Lauterbach'schen Reformbestrebungen ruhiger geworden ist? Trotzdem bleiben die Forderungen der Bundesländer bestehen, um ihre (auch parteipolitischen?) Interessen zu wahren und die Auswirkungen der Reform auf die regionale Krankenhausversorgung zu steuern:

1. Regionale Planungsfreiheit im Sinne von mehr Autonomie bei der Planung und Umsetzung der Krankenhausversorgung. Besonders betont wird die Notwendigkeit einer vorherigen Auswirkungsanalyse der Reformen auf die regionalen Versorgungsstrukturen. *Eine solche Analyse liegt inzwischen für das Saarland und Rheinlandpfalz als kombiniertes Dokument vor.*
2. Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen: Auch hier möchte man flexiblere Regelungen bezüglich der Qualitätsanforderungen, die Krankenhäuser erfüllen müssen. Während der Bund auf strikte Qualitätskriterien drängt, fordern die Länder Ausnahmen für kleinere Krankenhäuser, insbesondere in ländlichen Regionen, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. *Gerade dies macht wenig Sinn, da wir nur dann eine Qualitätsverbesserung hinbekommen, wenn die Anforderungen für Alle gelten.*
3. Finanzierung des Bürokratieabbaus und des Transformationsprozesses: Die Länder kritisieren, dass der Bund

beabsichtigt, Kosten auf die Krankenhäuser und somit indirekt auf die Krankenkassen abzuwälzen. Sie verlangen eine gerechtere finanzielle Verteilung und fordern Maßnahmen zur Reduzierung der Bürokratie, um die Krankenhäuser zu entlasten und die ambulante Versorgung zu fördern. Die Länder sind zuversichtlich, noch viele Punkte in den parlamentarischen Gesetzgebungsprozess einbringen zu können. Wenn die zentralen Forderungen der Bundesländer bezüglich des KHVG wie Regionale Planungsautonomie, vorherige Auswirkungsanalyse, Ausnahmen bei Qualitätsvorgaben, Bürokratieabbau, Erhalt der flächendeckenden Versorgung, Stärkere Öffnung für ambulante Behandlungen, Verordnungen, die die Planungshoheit der Länder betreffen, keine Berücksichtigung im weiteren Verfahren finden, will man den weiteren Weg über den Vermittlungsausschuss oder gar das Verfassungsgericht suchen. (Bayern und Baden-Württemberg)

Der Eindruck drängt sich auf, dass die Länder am Status quo festhalten wollen oder zumindest die „Reformvorschläge bis zu Unkenntlichkeit weichspülen“ wollen, wie Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt konstatiert hat. Ich meine, dass Qualität nicht regional verhandelbar sein darf.

## **GESUNDHEITSVERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ (GVSG)**

Ein wesentlicher Bestandteil des Gesetzes ist die Entbudgetierung für Hausärzte. Dies soll insbesondere dem Hausärztemangel in ländlichen Gebieten entgegenwirken. Zusätzlich fördert das Gesetz die Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und verbessert den Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche. Außerdem werden Pflege- und Patientenvertreter stärker in die Entscheidungsprozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingebunden. Einige Akteure sehen es als eine schlichte Honorarreform für Hausärzte, die trotz hoher Kosten nicht die erhoffte Verbesserung der

Versorgung bringe. Die Maßnahmen werden wahrscheinlich zu einer zusätzlichen Belastung der Beitragszahler führen. Die ungeliebten Gesundheitskioske, die im ursprünglichen Ansatz vorhanden waren, dann gestrichen wurden, sollen jetzt im parlamentarischen Verfahren wieder Einzug in das Gesetz erhalten. Diese Kioske sind ein innovativer Ansatz, um die Versorgungslücken in bestimmten Regionen mit prekären Lebensbedingungen zu schließen, stehen aber gleichzeitig im Fokus der Diskussionen über die Finanzierung und den tatsächlichen Nutzen im deutschen Gesundheitssystem. Auch die regionale Vernetzung und das Durchbrechen der traditionellen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung rücken wieder in das Zentrum der Diskussion.

## **GESUNDHEITS-DIGITALAGENTUR-GESETZ (GDAG)**

Der Gesetzentwurf zielt darauf, eine Digitalagentur für Gesundheit zu schaffen, um klare und stringente Zuständigkeiten für eine erfolgreiche digitale Transformation im Gesundheitswesen zu schaffen. Entgegen früherer Überlegungen bleibt die gematik jetzt eine Gesellschaft mit dem BMG als Mehrheitsgesellschafter (51 %).

## **LEBENDORGANSPENDE-REFORM**

Der von uns bereits positiv kommentierte Gesetzentwurf zur Lebendorganspendereform ist ein großer und wichtiger Schritt zur Verbesserung der Organspende in Deutschland. Der Gesetzentwurf ermöglicht es, dass auch enge Freunde und nicht verwandte Personen als Lebendspender für Organe infrage kommen (Überkreuzspende). Bisher war dies nur für Verwandte ersten oder zweiten Grades möglich. Es sollen durch Informationskampagnen mehr Menschen dazu ermutigt werden, sich aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und ihre Entscheidung zu treffen. Zu den wichtigsten Aspekten der laufenden Reform gehört die Einführung eines besseren Schutzes und einer besseren Unterstützung für Lebendspender, um sicherzustellen, dass sie nach der Spende keine finanziellen oder

gesundheitlichen Nachteile erleiden. Diese Reform spiegelt das Engagement Deutschlands wider, die komplexen ethischen, rechtlichen und medizinischen Fragen im Zusammenhang mit Organspende und -transplantation anzugehen und wird von uns maximal unterstützt.

## **IOP-GOVERNANCE-VERORDNUNG (GIGV)**

Ziel der GIGV ist es, die Interoperabilität digitaler Gesundheitsanwendungen zu verbessern, indem Standards, Richtlinien und Anforderungen für technische, semantische und syntaktische Aspekte festgelegt werden. Eine wichtige Neuerung im aktuellen Entwurf der GIGV ist die Umwandlung der bisherigen „Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen“ in ein „Kompetenzzentrum für Interoperabilität“. Kritik an der Novelle gibt es unter anderem vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Bedenken äußert, ob die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger ausreichend berücksichtigt werden. Insbesondere soll sichergestellt werden, dass Gesundheitsinformationen verständlich und zugänglich gemacht werden, um eine breite Akzeptanz digitaler Anwendungen zu gewährleisten. Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) fordert zudem eine stärkere Einbindung der Medizintechnik-Branche in die Entwicklung der Interoperabilitätsstandards.

## **MEDIZINFORSCHUNGSGESETZ**

Das House of Finance der Goethe-Universität Frankfurt am Main hat Möglichkeiten und Ziele des Medizinforschungsgesetzes in einer Expertenrunde unter dem Titel „Das Medizinforschungsgesetz – Booster für klinische Studien in Deutschland?“ diskutiert. Da ich beteiligt war, liegt mir bereits ein Abschluss Statement vor, aus dem ich zitieren darf. Die Diskussion nahm ihren Ausgang von dem Bedeutungsverlust Deutschlands auf diesem Gebiet. Die Referenten stellten das Potential des neuen Gesetzes aus Sicht der akademischen und industriellen klinischen Forschung, der Ethikkommissionen, der medizinischen Fachgesellschaften sowie

der Zulassungsbehörden vor. Die Expertenrunde erörterte die ökonomische Bedeutung klinischer Studien und bezog den Studienstandort Europa in ihre Betrachtungen ein. Alle waren sich darin einig, dass das Medizinforschungsgesetz der richtige Ansatz ist, um die frühere Führungsrolle des Pharma-Standorts Deutschland zurückzuerobern, dass eine erfolgreiche Umsetzung dieses Ansatzes aber großer gemeinsamer Anstrengungen aller Stakeholder bedarf.

Die sieben Schlüsselemente des MFG:

**1. Stärkung der Synergien zwischen den Zulassungsbehörden**

Mit dem MFG soll das BfArM in Zukunft zum Single-Entry-Point für alle Zulassungsanträge werden – über ein dort angesiedeltes gemeinsames elektronisches Einreichungsportal beider Behörden BfArM und PEI.

**2. Straffung strahlenschutzrechtlicher Prüfungen**

Das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) wird nur noch bei strahlenschutzfachlich komplexen Genehmigungsverfahren eingeschaltet. In diesem Fall sind aber anders als bisher zumeist parallele Prüfungen durch EK und BfS möglich.

Die Prüffristen können dadurch deutlich verkürzt werden. Erleichternd kommt hinzu, dass die Anträge künftig zum Teil auch auf Englisch eingereicht werden können

**3. Bessere Beratung der Landesbehörden bei der Prüfung individueller Therapien**

**4. Gründung einer zentralen, spezialisierten Ethikkommission**

Getrennt von dessen Genehmigungsabteilungen wird die Geschäftsstelle dieser Kommission beim BfArM angesiedelt. Sie soll nur für besonders dringliche oder komplexe Prüfungen zuständig werden; befürchtet wird aber ein weiteres Bürokratisierungsmonster.

**5. Einführung von Mustervertragsklauseln**

Diese Maßnahme wird auch zu einer Harmonisierung über föderale Grenzen hinweg beitragen.

**6. Erleichterung dezentraler klinischer Prüfungen**

Dezentrale klinische Prüfungen sind durch die Digitalisierung (Stichwort:

Telemedizin) möglich. Das MFG behebt rechtliche Mängel durch Einfügung eines entsprechenden Absatzes in § 47 des Arzneimittelgesetzes.

**7. Belohnung für die Rekrutierung vieler inländischer Probanden**

Die pharmazeutische Industrie erhält durch Wegfall von Preisbindungs-Leitplanken eine Belohnung, wenn mehr als fünf Prozent der Probanden für die klinische Prüfung des betreffenden neuen Arzneimittels in Deutschland rekrutiert worden sind. Zudem erhalten global agierende pharmazeutische Unternehmen die Möglichkeit, die jeweiligen Erstattungsbeträge mit dem GKV-Spitzenverband unter dem Siegel der Vertraulichkeit zu vereinbaren. Dadurch kann der bisher allseits bekannte deutsche Preis den Kostenträgern anderer Länder nicht weiterhin als Referenz dienen, die Unternehmen erhalten dort also größere Verhandlungsspielräume.

Zur erfolgversprechenden Umsetzung gab es Empfehlungen aus der Expertenrunde:

- die Teilnahme an klinischen Studien sollte viel stärker beworben werden
- die Harmonisierung von Genehmigungsverfahren sollte nicht mit neuer Bürokratie erkauft werden (Richtet sich an die Einführung einer zentralen Ethikkommission)
- die datenschutzrechtliche Freigabe klinischer Studien sollte alleinige Sache des Bundesdatenschutzbeauftragten sein
- die Agilität der Zulassungsbehörden sollte durch höhere Ressourcen gesteigert werden
- das Medizinforschungsgesetz sollte nicht nur die Spitze des Eisbergs sehen
- die Kooperation zwischen Industrie und Akademie sollte weiter verfestigt werden (Stichwort: Mustervertragsklauseln)
- Die Vorteile des Medizinforschungsgesetzes sollten international breit kommuniziert werden und die europäische Perspektive sollte stets im Blick behalten werden (in der EU-Pharmagesetzgebung wird der Bereich klinischer Prüfungen explizit zwar nicht thematisiert, spielt aber im gibt es insbesondere bei Versicherungs- und Haftungsfragen Rechts-

unsicherheiten, die auszuräumen von entscheidender Bedeutung sein wird, wenn der Studienstandort EU in seiner internationalen Wettbewerbsfähigkeit nicht Schaden nehmen soll.

**KRANKENHAUSTRANSparenz-GESETZ**

Es regt sich Widerstand gegen Beschlüsse des Deutschen Bundestages zu neuen Melde- und Dokumentationspflichten. So müssen die Krankenhäuser dem Institut für das Entgeltssystem, dem INEK, zukünftig Daten zum ärztlichen Personal, und dessen Arbeitszeiten, gegliedert nach „maßgeblichen Leistungsgruppen“ übermitteln. Diese Meldungen sollen jedes Quartal neu erfolgen. Beschlossen wurde diese neue Vorgabe mit einem Änderungsantrag zum Medizinforschungsgesetz am 4. Juli 2024. Krankenhäuser, die diesen Vorgaben nicht nachkommen, müssen mit einem Vergütungsabschlag von pauschal 50.000,- € rechnen, und zwar je Standort. Diese Angaben seien für die Folgenabschätzung der Krankenhausreform und für die Qualitätssicherung von wesentlicher Bedeutung, heißt es in der Begründung zu dieser Regelung. Die Kritiker sprechen von „Unnötige(r) Bürokratie und Verwaltungsarbeit“ und „vorausseilender Gesetzgebung“, weil eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen weder gesetzlich festgelegt sei noch absehbar vor dem 1. Januar 2027 in der Krankenhausplanung der Länder rechtswirksam umgesetzt werden. Noch vor kurzer Zeit wurde gerade das Fehlen solcher Daten für den Bundes-Krankenhaus-Atlas (BKA) kritisiert.

Das KTG ist ein wichtiger Bestandteil der geplanten Krankenhausreform in Deutschland und wurde dem KHVVG vorangestellt. Es schafft die Grundlage für die Veröffentlichung von Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser, um Patientinnen und Patienten einen Überblick über die Qualität der stationären Versorgung zu ermöglichen.

**GESUNDHEITSDATENNUTZUNGSGESETZ (GDNG)**

Kernpunkte des GDNG sind die Einführung einer zentralen Datenzugangs- und

Koordinierungsstelle sowie die Etablierung eines dezentralen Dateninfrastrukturmodells. Diese zentrale Stelle, angesiedelt beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist aber bisher noch nicht aktiv.

## DIGITAL-GESETZ (DIGIG)

Bis Mitte 2024 war die elektronische Patientenakte (ePA), neben dem elektronischen Rezept der Kernpunkt des DigiG in Deutschland trotz ihres potenziellen Nutzens nur relativ langsam eingeführt. Derzeit haben sich nur etwa 2 % der gesetzlich Versicherten für die Nutzung der ePA registriert. Die Einführung wurde als „zurückhaltend“ beschrieben, da viele Deutsche entweder nichts von der Existenz der ePA wussten oder aufgrund von Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes zögerten. Es wird erwartet, dass die ePA bis 2025 verpflichtend wird, es sei denn, die Patienten entscheiden sich dagegen. Auch gibt es noch einige Herausforderungen, darunter Probleme mit der Integration medizinischer Bilddaten in die ePA.

## APOTHEKENHONORAR- UND APOTHEKENSTRUKTURREFORM

Diese noch nicht im Kabinett beratenen Pläne werden extrem kontrovers diskutiert. Allein die Schlagworte lassen die Brisanz ahnen: Anpassung des Apothekenhonorars mit Erhöhung des Festzuschlags, Förderung von Apotheken in ländlichen Gebieten, Modernisierung und Digitalisierung durch E-Rezepte und Telepharmazie-Dienstleistungen, Veränderte Rolle der Apotheken durch erweiterte Beratungsleistungen, Impfungen oder die

Durchführung von Gesundheitschecks und schließlich Gestaltung eines fairen Wettbewerbs mit Versandapotheken.

## GESETZ ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG (NOTFALLGESETZ – NOTFALLG)

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung von „Integrierten Notfallzentren“ (INZ) vor, die an Kliniken angesiedelt sind und die zentrale Anlaufstelle für alle Notfälle werden sollen. Diese Zentren sollen die bisherige Trennung von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Notfallversorgung in Krankenhäusern aufheben. Es wird befürchtet, dass die Einführung der INZs erhebliche finanzielle Mittel erfordert, ohne dass eine klare Finanzierung gesichert ist. Zudem gibt es Bedenken, ob ausreichend Personal zur Verfügung steht, um die rund um die Uhr besetzte Notfallversorgung in diesen Zentren zu gewährleisten. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Erreichbarkeit der INZs, insbesondere in ländlichen Gebieten mit längeren Anfahrtswegen und Wartezeiten. Die Reform zielt darauf ab, die Qualität der Notfallversorgung zu verbessern, indem Patienten nach einer Triage in die passende Versorgungsstufe weitergeleitet werden. Kritiker befürchten jedoch, dass diese Regelung in der Praxis zu Verzögerungen und möglicherweise zu einer unzureichenden Behandlung führen könnte, wenn Patienten falsch eingestuft werden. Die Verweisung an hausärztliche Praxen 24/365, also auch außerhalb der Notdienstzeiten wird als unrealistisch betrachtet. Auch die Interessen der Krankenkassen und Krankenhäuser kollidieren. Während Krankenkassen die Reform begrüßen, da sie langfristig zu Kosteneinsparungen

führen könnte, sehen Krankenhäuser das Risiko, dass sie durch die neuen Strukturen finanzielle Einbußen erleiden könnten, insbesondere kleinere Kliniken. Insgesamt bleibt der Gesetzentwurf ein heißes Eisen, das weitere Anpassungen und auch die Integration der präklinischen Rettungsdienste erfordert. Unbeachtet im Entwurf ist auch die kinderchirurgische Notfallversorgung.

## AUSBLICK

In Anbetracht der jüngsten Daten zur Mortalität und Letalität, u. a. vom IQWiG zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei der Chirurgie der Kolon- und der Rektumkarzinome (Update von V22-02) publiziert, wird man nicht umhinkommen, an dem Reformstau zu arbeiten. Ich kann mich nur wiederholen: Wir benötigen eine Qualitäts-offensive und ein höheres Maß an Transparenz. Die Reform wird Gewinner und Verlierer sehen. Nicht jedes Haus wird Alles anbieten können. So suchen Sie nach Kooperationspartnern, um Ihre Stärken auszubauen und schwache Bereiche abgeben zu können. Möglicherweise ist für Viele eine Fusion auf Abteilungs- oder Krankensebene die Lösung. Dies würde auch das Weiterbildungsproblem entspannen. Ich wünsche uns jedenfalls, dass die durch Olympia verbreitete positive Stimmung in einem Umfeld schlechter Nachrichten nachhaltig auch in unser Gesundheitssystem strahlt.

Ihr  
Thomas Schmitz-Rixen







## SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI STEFANIE ADILI

### Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Ich liebe die Vielfältigkeit meines Faches. Von sehr großen Rekonstruktionen bis zu kleinen ästhetischen Eingriffen, dazu sehr junge bis alte Patient:innen von schwer krank bis ziemlich gesund, deren Lebensqualität sich deutlich verbessern darf.

### Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Translationales. Alles, was von der Bench im klinischen Alltag gut umzusetzen ist.

### Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit den Schwerpunkten Intimchirurgie (ästhetisch und rekonstruktiv) sowie körperformende Eingriffe an Gesicht, Körperstamm und Extremitäten, Dermatochirurgie.

### Welche Publikation der letzten zwei Jahre halten Sie für einen Game Changer in Ihrem Fach?

Alle Publikationen zum Breast Implant Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma.

### Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

„Denkerinnen, Forscherinnen, Pionierinnen. Die unsichtbaren Heldinnen der Geschichte“ von Leonie Schöler.

### Mit welchem Song wachen Sie in der Früh am liebsten auf?

Piep, piep, piep, erstmal Kaffee.

### Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Inspirierende Kollegen:innen zu richtigen Zeitpunkten kennenzulernen.

### Was war Ihre größte Inspiration?

Mit Kolleginnen und Kollegen zu arbeiten, deren fachliche und soziale Kompetenzen mich beeindruckten.

### Was haben Sie erst vor Kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

Die operative Versorgung von Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung in Kooperation mit einer Frauenrechtsorganisation und einem Mentor.

### Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung eine Perspektive zu geben. Mit Aufklärung und der Möglichkeit der operativen Versorgung für ein selbstbestimmtes Leben, und dafür zu kämpfen, dass diese entsetzliche Tradition abgeschafft wird.

### In der Krankenhauspolitik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?

Den Patienten und die Krankenversorgung wieder in den Mittelpunkt zu stellen.

### Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei Unaufrichtigkeit und Angeberei.

### Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Keine. Solange ich lebe, habe ich Hoffnung.

### Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Am besten eine lange Runde auf dem Spinning Bike, danach sieht die Welt gleich viel besser aus.

### Ihr wichtigstes Hobby?

Reisen, gemeinsam mit Familie und Freunden.

### Wo werden Sie schwach?

Schokolade.

### Was bringt Sie zum Lachen?

Schwarzer Humor.

### Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein leckeres Essen mit meiner Familie.

### Wie gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter:in um?

No go, nur gemeinsam kommen wir ans Ziel, Vorbildfunktion.

### Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?

Hinschauen. Stärken und Potenziale erkennen, Unterstützung anbieten und Raum für persönliche Entwicklung geben.

### Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Immer!

#### Dr. med. Stefanie Adili

Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie  
Verheiratet, 2 Kinder, natürliche Ästhetin mit Liebe zu Kunst und Kultur, mit dem Wunsch, die Welt ein kleines bisschen besser zu machen.

Angestellte Fachärztin in der Praxis Alamuti&Scholz in Wiesbaden

Die Fragen stellte Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen.



*„Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen“*

## Der Leibchirurg Friedrichs des Großen: Bataillons-Feldscher Schlauch (†1786)

Michael Sachs

**S**chlauch, dessen Vornamen und genaue Lebensdaten noch unbekannt sind, wurde im Jahr 1746 als „Cammerlaquei und Barbier“ und in den Jahren 1753 bis 1785 als „Leib-Chirurg“ oder als „Leib-Barbier“ des preußischen Königs erwähnt. Hauptberuflich war er bis 1771 „Feldscher“ (d. h. Barbier, Friseur) im (1.) Garde-Bataillon der „Garde zu Fuß“ (Inf.-Rgt. Nr. 15) in Potsdam. Auch danach war er als „Pensionair“ weiter für seinen König tätig. Er begleitete den König auch auf seinen Feldzügen (nachweislich 1758 im Siebenjährigen Krieg) und bei Badekuraufenthalten (nachweislich 1765 im schlesischen Landeck). Außerdem behandelte er auch des Königs Freunde nach den medizinischen Anweisungen des Königs (beispielsweise 1758 den Vorleser des Königs Heinrich de Catt).

Schlauch hat zwar keinen Beitrag zur Entwicklung der modernen Chirurgie geliefert, war aber aufgrund seiner Funktion als Leibarzt des Königs seinerzeit einer der bekanntesten Chirurgen Preußens. Seine teilweise erhalten gebliebenen Aufzeichnungen über die Behandlung des Königs geben uns einen interessanten Einblick in die Medizin seiner Zeit.

Im 18. Jahrhundert erlernte man im deutschen Sprachraum die Chirurgie als ein Handwerk bei einem Barbierchirurgen und benötigte dazu noch kein Medizinstudium an der Universität. Als Militärchirurg („Feldscher“) war Schlauch in Friedenszeiten vor allem als Barbier (Friseur) seiner Einheit tätig und nahm aber auch beispielsweise Aderlässe vor. In



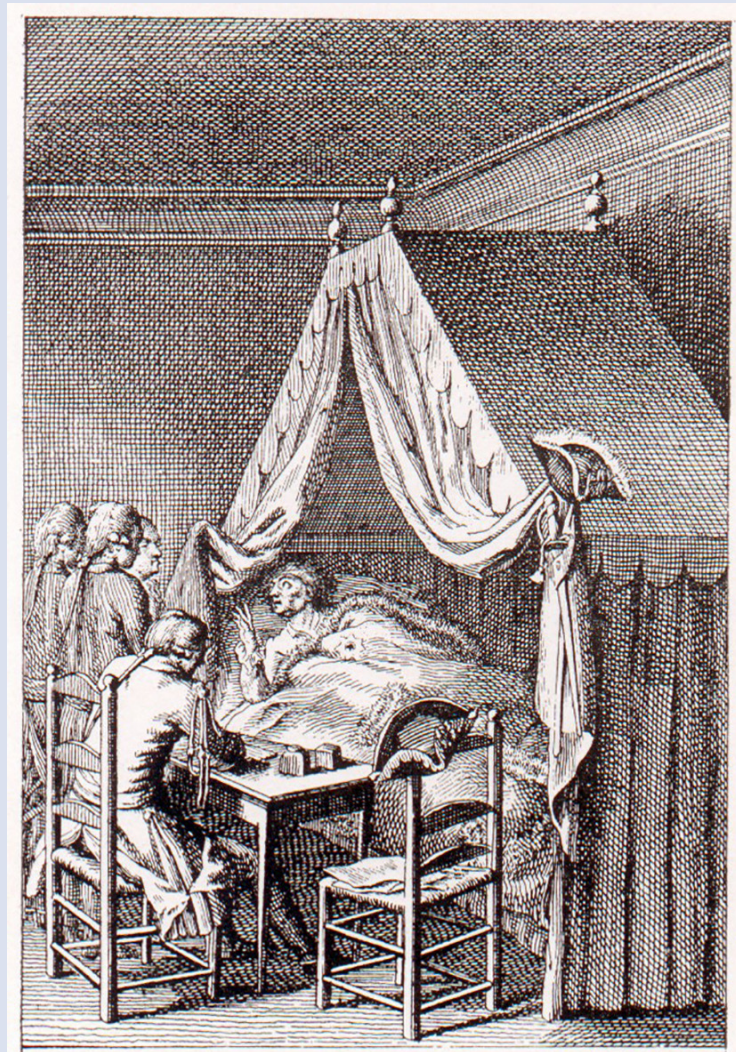
**Prof. Dr. med. Michael Sachs**

Komm. Leiter des Dr.  
Senckenbergischen  
Instituts für Geschichte und Ethik der  
Medizin  
Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Paul-Ehrlich-Str. 20-22  
60590 Frankfurt am Main

Kriegszeiten versorgte er Wunden und führte wohl auch Operationen (Blutstillung, Amputationen, Trepanationen) durch. Eine zivile Praxis war dagegen den Militärwundärzten nur ausnahmsweise erlaubt.

Wie sah nun die Versorgung des Königs durch seinen Leibchirurgen aus? Die „Schatullrechnungen“, d. h. die Buchführung über die Privatausgaben des Königs, erwähnen: „Aderlassen, Medizin, Mundpomenade, Kosmetik, Handschuh“, wofür der Chirurg ein- bis viermal pro Jahr jeweils 10 bis 20 Reichstaler zusätzlich zu seinem Jahreseinkommen als Militärwundarzt ausgezahlt bekam. Das Jahreseinkommen dieses Chirurgen soll zunächst 200, später dann etwa 400 Thaler betragen haben [Büsching 1790, Anhang p. 37].

Im Jahre 1758 während der Belagerung von Olmütz im Siebenjährigen Krieg berichtete Schlauch dem Vorleser des Königs de Catt, dass der König wieder an „Koliken“ und „Haemorrhoidalbeschwerden“ leide. Auslöser seien laut Schlauch „diese verteufelten Makkaroni“ oder die „Pastete“ gewesen, die der König „in großen Mengen“ scharf gewürzt verspeise „trotz hundert böser Erfahrungen“. „Vielleicht heute Abend, vielleicht auch morgen wird er schon wieder Flöte spielen – wird mir aber im selben Augenblick versichern, dass er noch sehr zu leiden habe“. Therapeutisch verabreichte Schlauch dem König „Einläufe“ und nicht näher bezeichnete „Pulver“ [de Catt 1884, p. 88]. Als des Königs Vorleser selbst erkrankte hatte der König „die Güte, mir täglich zweimal seinen Schlau[ch] zu schicken, um zu erfahren, wie es mir ginge“ [de Catt 1884, p. 79].



Sachs M: Der Leibchirurg Friedrichs des Großen: Bataillons-Feldscher Schlauch (†1786). *Passion Chirurgie*. 2024 September; 14(09/III): Artikel 06\_03.

**Abb. 1:** König Friedrich II. von Preußen diktiert, an Gicht leidend und bettlägerig, seinen Generälen den Aufmarschplan für die preußische Armee im Oktober 1759. Zeitgenössischer Kupferstich von E. Henne nach D. Chodowiecki.

Im Jahre 1766 schickte Friedrich der Große aus Potsdam einen von seinem Leibchirurgen verfassten Bericht über seinen Krankheitszustand an Generalleutnant von Tauentzien nach Breslau mit dem Befehl, ihn persönlich (!) an den dortigen Arzt Dr. med. Jagwitz (1712-1785) mit der Bitte um einen Therapievorschlag zu übergeben:

„Mein lieber General=Lieutenant von Tauentzien. Ich überschiere Euch hieranliegend einen Meine Gesundheits=Umstände betreffenden Aufsatz, welchen Ihr dem dortigen Doctor Jeckwitz selbst zustellen, und Mir dessen Antwort wiederum anhero zuschicken sollet. Ich bin Euer wohlaffectionirter König. <eigenhändig gez.> Friedrich.

Potsdam, den 8<sup>ten</sup> Martii, 1766“ (siehe Abb. 2).

Schlauch schildert in dem Bericht die Symptome des Königs, aber ohne eine Diagnose anzugeben – denn die Diagnose stellte der König selber, der sich gut in der Medizin seiner Zeit auszukennen glaubte. In seiner Privatbibliothek in Sanssouci befanden (und befinden sich noch) sich u. a. zwei medizinische Lehrbücher des seinerzeit bekannten Schweizer Arztes Dr. med. Samuel-Auguste André David Tissot (1728-1797) [Krieger 1914].

Schlauchs Bericht lautete: „Seine Majestät klagten beständig über eine sehr schwache und langsame Verdauung, mit beständigem Krampf. Der Krampf ist am stärksten um das mesentery. Se.Majestät können Abends nicht eher einschlafen, als bis die Verdauung vorbei ist, worauf dann eine gelinde Transpiration folgt, die den Krampf am besten erleichtert. – Gegen Neumond kommen Hämorrhoidalkrämpfe, welche öfters sehr heftig sind. Zu Zeiten werden die Hämorrhoiden fluid, doch nicht allemal. – Durch den Krampf leiden alle Nerven am ganzen Körper. Wenn sich die Hämorrhoidalkrämpfe zeigen, so kommen sie anfänglich mit Brechen; gegen Abend zeigt sich der Puls fieberhaft. – Hält der Krampf lange an, wenn der Leib nicht willig ist, so wird ein lavenment applicirt, von erweichenden Mitteln. Dieses thut öfters die beste Wirkung, wonach alle Spannung nachläßt... – Gegen die Gleichtage, Frühjahr und Herbst, sind die obig beschriebenen Anfälle am heftigsten. Se.Majestät pflegen jährlich 3 Mal Ader zu lassen, besonders wenn

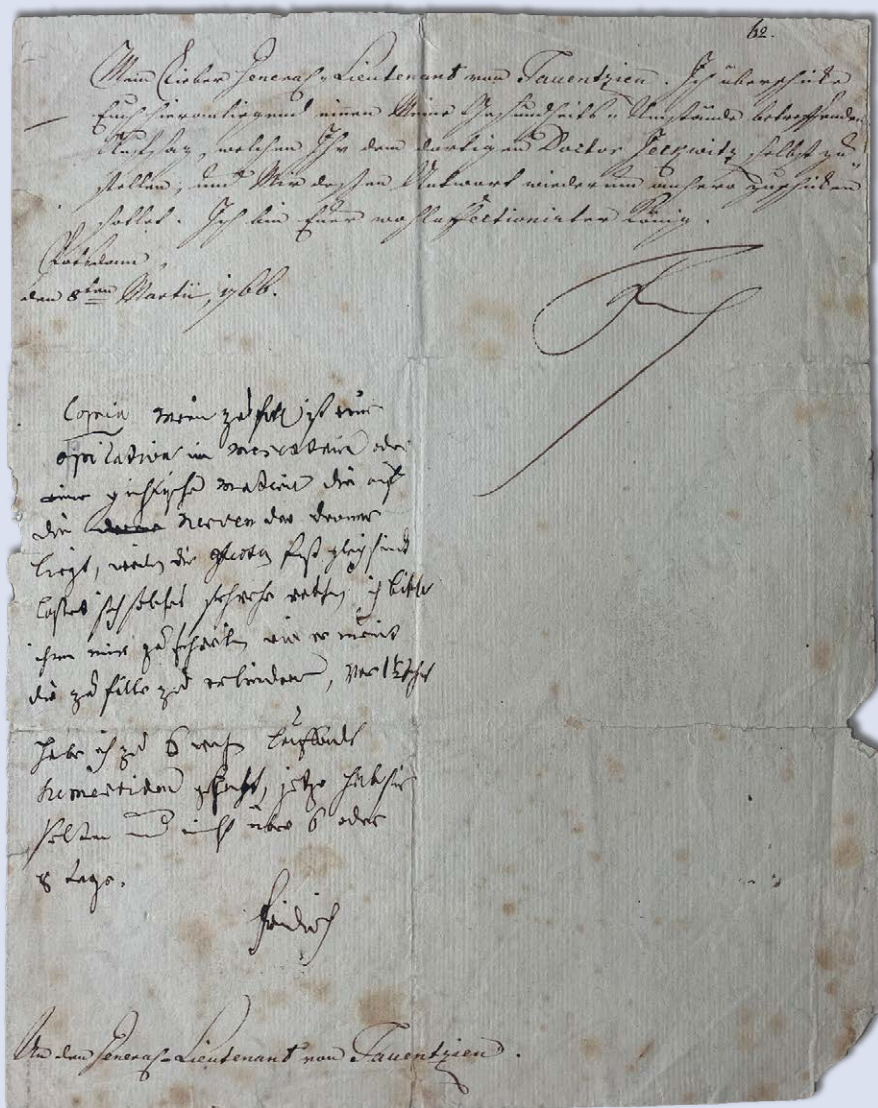


Abb. 2: Brief mit eigenhändiger Unterschrift des Königs (datiert Potsdam, den 08.03.1766) an den Gouverneur von Breslau, General Bogislav Friedrich von Tauentzien (1710-1791) bezüglich seines Gesundheitszustandes. Darunter vermutlich in der Handschrift von General Tauentzien eine „Copia“ des eigenhändigen Berichts des Königs.

Vollblütigkeit verspürt wird. – Die Leibes=Excretiones sind bei leidlichen Tagen täglich hinlänglich“ [Lippe 1877, p. 194f.].

Auf demselben Blatt befindet sich eine eigenhändige Randbemerkung des Königs mit Angabe seiner Selbstdiagnose, hier buchstabengetreu wiedergegeben:

„Mein zufal ist eine opilation im Mesentaire oder eine gichtische Materie die auf die Nerven der Derme ligt, weillen die Efecten fast gleich Seint, losset Sie solches swehr Rathen, ich bitte ihm mieh zu Schreiben, wie er meinert die zufälle zu erlindern, vohr 1 ½ jahr habe ich zu 6 Wochen laufende Homeroiden gehabt, jetzo habe ich sie Selten und nicht über 6 oder 8 Tage.

Friderich“ [zit. n. Hodann 1870, p. 40; vgl. mit der Abschrift Tauentziens in Abb. 2].

Jagwitz erhielt das königliche Schreiben am 11. März und er beantwortete es am gleichen Tage. Der Breslauer Arzt vermutete nicht die Gichtmaterie, sondern erweiterte Mesenterialgefäße („erweitere Gefäße, längs des Gedärmanals“) als Ursache der Koliken und der langen Intervalle zwischen denselben.

In den Jahren 1766 bis 1768 bestand daraufhin ein direkter Briefwechsel zwischen dem Königlich Preußischen Leibchirurgen Schlauch in Potsdam und dem Breslauer Arzt Dr. Jagwitz über den Gesundheitszustand und die Behandlung des Königs. Die

Behandlung bestand in Aderlass, „Pillen“ und diätischen Maßnahmen. Mehrfach wurden dem königlichen Patienten 9-12 Unzen<sup>1</sup> Blut aus einer Armvene entnommen. Der König pflegte – entsprechend den humoralpathologischen Vorstellungen seiner Zeit – große Mengen Obst zu essen, um den durch scharf gewürzte Speisen erhitzten Magen abzukühlen. „Jeden Morgen nach dem Erwachen soll der Unterleib von der Herzgrube an mittels eines weichen Lappens eine halbe Stunde lang mäßig frottiert werden“, schrieb Jagwitz dem Leibchirurgen. Außerdem verschrieb Jagwitz dem König Pillen aus „Tausendgüldenkraut, Chinarinde, Venetianische Seife, Gummi opopanax, Polychrestsalz und Perubalsam“. Diese Pillen sollen morgens nüchtern, eine Stunde nach dem Kaffee, und später am Tage nochmals drei bis vier Pillen genommen werden. Friedrich scheint sich nicht immer an die Therapie gehalten zu haben, denn Schlauch klagte dem Breslauer Arzt: „S. M. nimmt im Bedarfsfall Rhabarber und Cremor tartari“ (Weinstein; Kaliumhydrogentartrat), beides wirkt bekanntlich abführend.

Schlauchs Tod erfolgte „einige Monate nach des Königs Ableben“, letzterer starb im August 1786 [Anekdoten 1851, p. 129-130]. Eine Sektion des königlichen Leichnams wurde nicht durchgeführt, sodass wir nicht wissen, ob eine Cholelithiasis Ursache der Koliken nach Makkaronigenus gewesen waren. Durch eine Aszitespunktion und durch Inzisionen an den ödematösen Beinen wurde lediglich Wasser aus dem königlichen Leichnam abgelassen.

## LITERATUR

- [1] Anekdoten und Charakterzüge aus dem Leben Friedrichs des Großen. Zweite wohlfeile Ausgabe. Erster Band. Berlin: F. A. Herbig 1851, p. 129-130.
- [2] Büsching, Anton, Friedrich: Zuverlässige Beyträge zu der Regierungs-Geschichte König Friedrich II von Preußen. Hamburg: C. E. Bohn, Anhang p. 37.
- [3] Catt, Heinrich de (1884): Unterhaltungen mit Friedrich dem Großen. Memoiren und Tagebücher von Heinrich de Catt, herausgegeben von Reinhold Koser.

Leipzig: Hirzel 1884, p. 79 u. 88 (Publicationen aus den K. Preußischen Staatsarchiven, Bd. 22).

- [4] Hodann, Julius: Noch zwei berühmte Aerzte Breslau's zur Zeit Friedrichs des Großen, Dr. Jagwitz und Dr. Morgenbesser. Abhandlungen der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. Phil.-hist. Abtheilung, 37 (1870), 37-59.
- [5] Krieger, Bogdan: Friedrich der Große und seine Bücher. Leipzig: Konkordia 1914, p. 178.
- [6] Lippe, Graf von: Friedrich der Große im Kampf mit seinem „Seelenfutteral“. Zeitschrift für Preussische Geschichte und Landeskunde 14 (1877), p. 192-204.
- [7] Schatullrechnungen Friedrichs II. von Preußen: Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz Berlin-Dahlem Signatur: BPH, Rep. 47 König Friedrich II., Nr. 895-935
- [8] Selle, Christian Gottlieb: Krankheitsgeschichte des Höchstseeligen Königs von Preußen Friedrich's des Zweyten Majestät. Berlin: A. Mylius 1786, p. 62.

<sup>1</sup> 1 Unze in Preußen (18. Jh.) = 29, 2 g; d.h. es wurde jeweils etwa 300 ml Blut abgenommen

## WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

**Herr Dr. med. Hosseyn Behschad, Lingen**

**Herr Dietrich Kemps, Berlin**

**Herr Prof. Dr. med. Yadollah Moazami-Goudarzi, Berlin**

**Herr Prof. Dr. med. Bernd Lingemann, Münster**

**Herr Dr. med. Rudolf Arnrich, Erfurt**

**Herr Dr. med. Michael Wagner, Schwetzingen**

**\*12.06.1934 †07.04.2023**

**\*18.09.1940 †16.10.2023**

**\*30.04.1932 †17.05.2024**

**\*15.05.1943 †22.05.2024**

**\*04.04.1937 †31.05.2024**

**\*25.08.1949 †08.06.2024**

# Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Hier veröffentlichen wir regelmäßig eine Auflistung „Klinische Studien“, die rekrutierende multizentrische chirurgische Studien vorstellt. Details und Hintergrund dazu im Beitrag: Wente MN et al. (2007) Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland. Chirurg 78: 362–366.

Die Tabelle enthält Informationen über laufende Studien, die aktuell rekrutieren und daher zur Teilnahme für interessierte Chirurgen und Chirurgeninnen offen sind. Die Liste hat selbstverständlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neuregistrierungen sind über das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) möglich.

## KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff  
Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie  
T: 06221/56-36839  
F: 06221/56-33850  
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de  
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: ARMANI<sub>1</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792</b>				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Ulrike Neckmann, PhD Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: 0351 458 18130 F: 0351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	59 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
<b>Studientitel: BariSurg<sub>2</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00004766</b>				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m <sup>2</sup> und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m <sup>2</sup>  Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP  Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013  187 von 248 Patienten	–  Kein Fallgeld	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- chirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 M: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: City<sub>3</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS0033520</b>				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde  Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring  Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024  177 von 2426 Patienten	Keine Finanzierung  Fallgeld: 0 €/Patient	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de
<b>Studientitel: DISPACT-2<sub>4</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00014011</b>				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie  Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie  Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020  215 von 294 Patienten	DFG  1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
<b>Studientitel: HULC<sub>5</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00017517</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz  Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019  531 von 812 Patienten	DFG  500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
<b>Studientitel: MICKey<sub>6</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00027927</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem)  Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023  20 von 152 Patienten	BMBF  850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
<b>Studientitel: P.E.L.I.O.N<sub>7</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00027921</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird.  Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023  35 von 304 Patienten	BMBF  650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

## MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: RECOPS<sub>8</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00024364</b>				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022  254 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de
<b>Studientitel: SELREC<sub>9</sub>*</b>				
<b>Registriernummer: DRKS00030567</b>				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023  13 von 1.074 Patienten	BMBF  1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de

[1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer

[2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m<sup>2</sup> – a multicenter randomized trial

[3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial

[4] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)

[5] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC

[6] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICkey Studie

[7] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure on incisional hernia incidence – a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)

[8] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections

[9] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial

\* Diese Studien werden im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: August 2024



# SPENDENAUFTRUF

## *Langenbeck-Virchow-Haus*



Das Langenbeck-Virchow-Haus wurde nach erfolgreicher „Revitalisierung“ am 01.10.2005 offiziell seiner Bestimmung übergeben. Der historische Hörsaal, die Eingangshalle und der Treppenaufgang sind stilgerecht renoviert, die Büroräume nach dem Auszug der Charité der neuen Nutzung angepasst. Unsere Gesellschaft hatte dabei einen erheblichen Eigenanteil zu tragen. Weitere Belastungen brachte die aufwendige Restaurierung des Gründerbildes. Die Geschäftsstelle, unsere Bibliothek und das Archiv sowie Hallen und Flure des Hauses bedürfen einer verbesserten Ausstattung. Die Mieterlöse, die beiden Trägergesellschaften zugute kommen, werden für die langfristige Refinanzierung benötigt. Das Präsidium unserer Gesellschaft hat auf seiner Sitzung am 07.10.2005 beschlossen, sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ **in Bronze (ab 500 €), in Silber (ab 1.500 €) und Gold (ab 5.000 €)**, in Form von Plaketten seitlich im Eingangsflur angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

### NEUE BAUSTEINE

#### BRONZENE BAUSTEINE:

Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck  
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.  
Jörg Rüdiger Siewert

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEDEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

Wir würden uns über eine rege Spendenbeteiligung als Ausdruck der Identifikation unserer Mitglieder mit ihrem traditionsreichen Haus sehr freuen.

Prof. Dr. med. U. Rolle  
*Präsident*

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen  
*Generalsekretär*

Prof. Dr. med. Johann Pratschke  
*Schatzmeister*

