

134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Pressekonferenz anlässlich des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 22. März 2017, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b

Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Themen und Referenten:

Terror in Deutschland: Notwendigkeit einer zivil-militärischen Zusammenarbeit

Professor Dr. med. Tim Pohlemann

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2016/2017;

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
am Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) in Homburg/Saar



Qualitätsindikatoren in der Neurochirurgie

Professor Dr. med. Volker Tronnier

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC);

Direktor der Klinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck

Thoraxchirurgie: Anspruch des Patienten auf Expertenstandard rund um die Uhr

Dr. med. Gunda Leschber

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);

Chefärztin der Thoraxchirurgischen Klinik,
Evangelische Lungenklinik Berlin – Krankenhausbetriebs gGmbH

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931641

Telefax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2017.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 21. bis 24. März 2017

ICM, München, Pressezentrum Saal 22a

Dienstag, 21. März 2017, von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 22. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Donnerstag, 23. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Freitag, 24. März 2017, von 8.00 bis 16.30 Uhr

Telefon: 089 949-79427

Telefax: 089 949-79857



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



CHIRURGIE 2017

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Spezialisierung und Mindestmengen – Voraussetzung für Verantwortung, Vertrauen und Sicherheit in der orthopädischen Chirurgie

Professor Dr. med. Werner Siebert

Zweiter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);
Ärztlicher Direktor, Vitos Orthopädische Klinik Kassel gGmbH

Interdisziplinäre Herzteams für bestmögliche Patientenbehandlung bei Herzklappenerkrankungen

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Harringer

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG);
Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum Braunschweig

Vorstellung des neuen Gedenkbandes

„Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Die Verfolgten.“

Professor Dr. med. Hans-Ulrich Steinau

Senator auf Lebenszeit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
sowie

Dr. phil. Rebecca Schwoch

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Moderation:

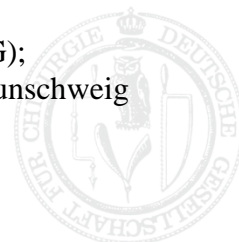
Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931641
Telefax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2017.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 21. bis 24. März 2017
ICM, München, Pressezentrum Saal 22a
Dienstag, 21. März 2017, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 22. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Donnerstag, 23. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 24. März 2017, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 089 949-79427
Telefax: 089 949-79857



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



CHIRURGIE 2017

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Pressekonferenz anlässlich des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 22. März 2017, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b

Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit – Chirurgie 2017

Inhalt:

Pressemeldung

Redemanuskripte

Auszug aus dem Buch „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Die Verfolgten“

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos



Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-641

Telefax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org

www.chirurgie2017.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 21. bis 24. März 2017

ICM, München, Pressezentrum Saal 22a

Dienstag, 21. März 2017, von 8.30 bis 17.30 Uhr

Mittwoch, 22. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Donnerstag, 23. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr

Freitag, 24. März 2017, von 8.00 bis 16.30 Uhr

Telefon: 089 949-79427

Telefax: 089 949-79857



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

PRESSEMITTEILUNG

134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Neuer Gedenkband

Verfolgung, Ermordung, Emigration – Schicksale von 308 jüdischen Chirurgen im Dritten Reich

München, 22. März 2017 – Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) erinnert in einem aktuell erschienenen Gedenkband an 308 jüdisch-chirurgische Mitglieder, die während der NS-Zeit Diskriminierung und Verfolgung ausgesetzt waren und zum Teil ermordet wurden. „Damit wollen wir uns der Verpflichtung stellen, Zeugnis abzulegen“, erklärte DGCH-Präsident Professor Dr. med. Tim Pohlemann auf einer Pressekonferenz anlässlich des 134. Chirurgenkongresses in München. Dort präsentierte Herausgeber Professor Dr. med. Hans-Ulrich Steinau zusammen mit der Medizinhistorikerin Dr. phil. Rebecca Schwoch den zweiten Band zur Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in den Jahren 1933-1945 mit dem Titel „Die Verfolgten“ erstmals der Öffentlichkeit.

Es begann häufig mit berufspolitischer Entwürdigung und öffentlicher Diskriminierung: Im April 1933 forderte der DGCH-Vorsitzende Professor Wilhelm Konrad Röpke alle jüdischen Redner auf dem Chirurgenkongress auf, „angesichts der heutigen nationalen Strömung (...) zurückzutreten“. Röpkes Worte markieren den Auftakt zu systematischer Ausgrenzung und Verfolgung jüdischer Chirurgen im Dritten Reich – auf Sanktionen und Entlassungen folgten bald Deportation und Ermordung, in vielen Fällen auch Emigration.

Die DGCH hat dieses bisher ungeschriebene Kapitel ihrer Geschichte jetzt aufarbeiten lassen. Insgesamt 308 unterschiedliche Schicksale von verfolgten Mitgliedern der DGCH hat die Hamburger Medizinhistorikerin Rebecca Schwoch recherchiert und in dem Gedenkband „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Die Verfolgten“ zusammengetragen. „Diesen Menschen und ihren Familien wieder einen Platz zu bieten und an sie zu erinnern, aber auch, um zum Nachdenken anzuregen, dafür steht dieses Buch“, sagt Schwoch.



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Die biographischen Porträts sind, je nach vorgefundener Quellenlage, unterschiedlich umfassend. Fragmentarisch überliefertes Schicksal hinterlässt gerade aufgrund der „Leerstellen“ eine besonders erschütternde Wirkung, wie das Beispiel von Dr. med. Else Philippine Levy zeigt. Zunächst als HNO-Ärztin in Berlin-Schöneberg niedergelassen und dann von 1938 bis 1942 als „Krankenbehandlerin“ im Jüdischen Krankenhaus tätig, tauchte das DGCH-Mitglied im November 1942 unter. „Doch hat jemand ihr Versteck verraten, sie wurde ermordet“, berichtet Schwoch. Mehr ist nicht bekannt.

Während das gewaltsame Lebensende von Philippine Levy in der Rekonstruktion nur bruchstückhaft nachgezeichnet werden kann, sind die Todesumstände anderer Schicksale zumindest mit Ort und Jahreszahl verbunden. So bei Dr. med. Marga Wolf, die ab 1919 in Stuttgart niedergelassen war und eine Praxis als Allgemeinpraktikerin, Chirurgin und Geburtshelferin sowie Ärztin für Frauen- und Kinderkrankheiten führte. „Sie ist im Juni 1943 ins Ghetto Theresienstadt deportiert worden, wo sie im Januar 1944 zu Tode kam“, schreibt Schwoch.

Um der Verfolgung zu entgehen und das eigene Leben zu retten, flüchteten gut 50 Prozent der Ärzte ins Ausland – vornehmlich in die USA, nach Palästina und England. „Davon konnte in der neuen Heimat wiederum die Hälfte wieder fachärztlich arbeiten oder sogar Karriere machen“, sagt Schwoch. Doch die Biographien zeigen auch, dass die Emigration selbst erfahrenen Chirurgen entehrende Hürden bereitete, etwa in Form erneuter Assistenzjahre, Examensprüfungen, Tätigkeiten weit unter Qualifikation oder gar Arbeitslosigkeit. San. Rat. Dr. Jakob Frank beispielsweise, bis 1933 Direktor der Fürther Städtischen Krankenhauses, hielt sich in New York als Altenpfleger über Wasser und starb dort 1953 in bitterer Armut.

Der Gedenkband will jedem einzelnen der Verfolgten in einer Kurzbiographie ein Denkmal setzen, heißt es im Geleitwort von Michael Trede. Der ehemalige Präsident der DGCH, selbst als zehnjähriger Junge 1939 aus Nazi-Deutschland geflohen, fügt hinzu: „Es liegt nun an uns, vor allem aber an der jüngeren



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



Chirurgengeneration, dieses Buch so zu lesen, dass so etwas nie wieder vorkommt.“

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Rebecca Schwoch: „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Band II: Die Verfolgten“, hrsg. von Hartwig Bauer, Ernst Kraas und Hans-Ulrich Steinau im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Kaden Verlag Heidelberg 2017.

Weitere Infos zum Kongress: www.chirurgie2017.de.

Termine der Pressekonferenzen:

Kongress-Pressekonferenzen

Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich in Saal 22b, ICM – Internationales Congress Center München statt.
Anschrift: Messengelände, Am Messesee, 81829 München

Mittwoch, 22. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr
Donnerstag, 23. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr
Freitag, 24. März 2017, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Organspendelauf:

Mittwoch, den 22. März 2017, 16.30 Uhr, ICM, zwischen Haupteingang und Messeeingang



Terror in Deutschland: Notwendigkeit einer zivil-militärischen Zusammenarbeit

Professor Dr. med. Tim Pohlemann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2016/2017; Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) in Homburg/Saar

Bei einem Terroranschlag mit Sprengstoff und Schusswaffen geraten Helfer schnell an ihr Limit. Binnen Minuten müssen dann Einsatzhelfer und Krankenhäuser in Bereitschaft versetzt werden – gleichgültig zu welcher Tages- oder Nachtzeit. Einen großen Anschlag mit Sprengstoff und Schusswaffen hat es bislang in Deutschland glücklicherweise nicht gegeben. Trotzdem halten wir es als Chirurgen für unsere Pflicht, uns auf den Fall der Fälle bestmöglich vorzubereiten. Wir müssen vorhandene Kenntnisse vertiefen, Einsatzpläne darauf ausrichten und vorhandene Behandlungsmaterialien vorhalten.

Bei dem Attentat am Breitscheidplatz in Berlin haben die Helfer die Lage relativ gut in den Griff bekommen. Doch dieses Ereignis war aus notfallmedizinischer Sicht mehr oder minder ein sehr großer Verkehrsunfall. Das sind Verletzungsmuster, mit denen wir uns als Unfallchirurgen sehr gut auskennen. Anders wäre es bei Sprengstoff oder Schusswaffen-Verletzungen: Da kommt es zu hohem Blutverlust, inneren Verletzungen, die noch nicht abzuschätzen sind, und Brandwunden. Außerdem – das hat die Vergangenheit gezeigt – besteht nicht selten die Gefahr eines Zweitschlages der Terroristen.

Worin unterscheiden sich die Verletzungen?

Bei Sprengstoffanschlägen gibt es beispielsweise eine Druckwelle, die allein schon schwere Verletzungen mit sich bringen kann. Dann fliegen Teile der Bombe, die zu Geschossen werden können, Nägel oder Splitter. Außerdem kommt es zu einem Feuerball, der Verbrennungen zur Folge hat. Unter Umständen könnten sogar Chemikalien und radioaktive Stoffe im Einsatz sein. Das sind ganz andere Verletzungsmuster, mit denen wir im zivilen Bereich bislang gar nichts zu tun haben.

Trotzdem müssen die Retter eine solche Anschlagssituation dann extrem schnell überblicken: Wer lebt? Wer ist bei Bewusstsein? Wird noch geschossen, müssen Polizeibeamte Verletzte aus der Gefahrenzone holen? Gleichzeitig müssen sie erste lebensrettende Maßnahmen ergreifen, etwa Blutungen stillen. Dabei fehlt es momentan an einfachen Hilfsmitteln, etwa so genannte Tourniquets, Abbinde-systeme für Extremitäten, die ein Verbluten verhindern. Wir fordern daher, dass jeder Rettungswagen mit zwei oder mehr Tourniquets ausgerüstet werden sollte.

Rund 600 der 2000 Krankenhäuser in Deutschland kommen derzeit für die Aufnahme von Terroropfern in Frage. Auch die Ärzte vor Ort müssen geschult werden. Daher startet die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie während des Chirurgenkongresses zweieinhalb-tägige Schulungen für Entscheidungsträger in Kliniken. Dort wird beispielsweise gelehrt, wie in einem Ernstfall Prioritäten

gesetzt werden können. Eine wichtige Frage, die rasch entschieden werden muss, ist z.B.: Welcher Patient bekommt in welcher Reihenfolge welche Operation mit welchem Material?

Interdisziplinäre Ärzteteams aus Unfall-, Gefäß-, Thorax- und Viszeralchirurgen sind hier gefordert. Sie müssen eng zusammenarbeiten und ihr jeweiliges Spezialistenwissen für den Patienten einbringen.

Die Unfallchirurgie selbst ist wesentlich aus der Versorgung von Verwundeten in Kriegen entstanden. Doch im Nachkriegsdeutschland war Krieg ein Tabuthema. Jede Vorbereitung für mögliche Katastrophenszenarien galt lange Zeit schon als erster Schritt in den Krieg - und war gesellschaftlich geächtet. Nun müssen wir das mittlerweile fehlende Wissen und die dazu gehörigen Techniken neu erlernen.

Gute Vorbilder dafür gibt es in anderen Ländern wie in Frankreich. Dort hatten die Rettungskräfte just am Morgen der Anschlagserie von Paris ihre monatliche Übung absolviert. In Deutschland geht es aufgrund des föderalen Systems etwas langsamer voran: Terrorabwehr obliegt den Ländern. Der Zivilschutz zählt zur Landesverteidigung und ist Bundessache. Wir dachten langen, in Friedenszeiten müsste man sich darum nicht kümmern. Die Terroranschläge der letzten Monate haben uns etwas anderes gelehrt. Die Chirurgie hat das erkannt und wird sich gemeinsam mit Partnern aus dem zivilen und militärischen Bereich aktiv auf den *Fall* vorbereiten, von dem wir alle hoffen, dass er nicht eintreten wird.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2017

Qualitätsindikatoren in der Neurochirurgie

Professor Dr. med. Volker Tronnier, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC); Direktor der Klinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Auf gesundheitspolitischer Ebene dominiert neben dem Aspekt der Patientensicherheit vor allem der Qualitätsaspekt die aktuelle Gesetzgebung. Während in den letzten Jahren viele erfolgreiche Projekte für die Patientensicherheit implementiert wurden, wie das CIRS (Critical Incident Reporting System) oder OP-Checklisten, wird nun von gesetzgeberischer Seite versucht, mit sogenannten Qualitätsindikatoren die Krankenhausplanung und -vergütung zu gestalten. Bereits im Jahre 2000 wurde im Rahmen der damaligen Gesundheitsreform ein Koordinierungsausschuss beauftragt, *„insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten je Jahr (zu) beschließen, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann.“* Heute hat diesen Auftrag der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) übernommen, der Zuarbeit von den Instituten für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) erhält. Während sich das IQWiG mit der Bewertung von Arzneimitteln und medizinischen Methoden beschäftigt, ist das IQTIG für Methodenentwicklung zur Qualitätssicherung verantwortlich. Die Steuerung für bestimmte Prozeduren oder Erkrankungen soll über klinische Messgrößen, sogenannte Qualitätsindikatoren erfolgen, die bei einigen Fachgesellschaften, wie den Gynäkologen oder Herzchirurgen, schon angewandt werden. In einem Aufruf im letzten Jahr wurden die medizinischen Fachgesellschaften aufgefordert, innerhalb sehr kurzer Zeit Qualitätsindikatoren für ihr Fachgebiet zu definieren. Da eine Benennung von reliablen und validen Messgrößen, die zum Beispiel auch patientenbezogene Faktoren (Alter, Komorbidität) berücksichtigen, nicht ohne Weiteres möglich ist, haben die meisten Fachgesellschaften gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entsprechende Stellungnahmen publiziert.

Für das Fachgebiet der Neurochirurgie macht es lediglich Sinn, nach Messgrößen oder Qualitätsindikatoren zu suchen, wenn neurochirurgische Verfahren entweder in hoher Frequenz durchgeführt werden, hohe Risiken für Patienten beinhalten oder unter Verdacht stehen, dass eine Fehl-, Unter- oder Überversorgung besteht.

Wirbelsäuleneingriffe werden relativ häufig in der Neurochirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie durchgeführt. Auch wenn die Patientenrisiken gering sind, wird immer wieder von den Medien und den Krankenkassen eine Überversorgung beklagt. Deshalb wäre es theoretisch sinnvoll, Qualitätsindikatoren für diese Eingriffe einzuführen. Bei näherer Betrachtung gestaltet sich dies

allerdings als sehr schwierig aufgrund der vielen Varianten in der operativen Versorgung, wie Eingriffe in unterschiedlichen Körperregionen (Hals-Brust- und Lendenwirbelsäule), Eingriffe von vorne oder hinten oder sogar beides, Anzahl der versorgten Wirbelsäulensegmente und vieles mehr. Dazu kommen patientenbezogene Faktoren wie Alter, Komorbiditäten oder beispielsweise der Body-Mass-Index (BMI), der als unabhängige Variable für das Outcome und die Wiederaufnahmerate in verschiedenen Publikationen definiert wurde. In den angelsächsischen Ländern wird seit Längerem die ungeplante Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen (unplanned 30-day readmission) als Qualitätsindikator eingesetzt. In den Publikationen hierzu wird aber auf die oben genannten Prozeduren- und patientenbezogenen Faktoren als wichtige Einflussfaktoren hingewiesen. In einigen Arbeiten zeigt sich, dass die Wiederaufnahme aus internistischen Gründen (Lungenproblematik, Thrombose, Harnwegsinfekt et cetera) nahezu gleichhäufig auftritt wie chirurgische Komplikationen (Wundinfektionen, Fehllagen oder Versagen von Implantaten). Insofern wäre es verkehrt, Qualitätsfaktoren überstürzt einzuführen und beispielsweise ungeplante Wiederaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen anhand von ICD-10-Codes oder OPS-Codes zu bewerten. Auch in den deutschsprachigen Nachbarländern konnten bislang für die Wirbelsäulenoperationen keine validen klinischen Messgrößen oder Qualitätsindikatoren definiert werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2017

Anspruch des Patienten auf einen Expertenstandard rund um die Uhr – aus Sicht der DGT

Dr. med. Gunda Leschber, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);
Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik Berlin gGmbH

Für gute Ergebnisse von Operationen ist neben der chirurgischen Expertise und dem handwerklichen Geschick auch in der perioperativen Versorgung der Patienten ein Team erforderlich, das sowohl ärztlich als auch pflegerisch über ausreichende Erfahrung mit den entsprechenden Krankheitsbildern verfügt. Nur so ist gewährleistet, dass Patienten sicher durch den gesamten operativen Prozess geleitet werden.

Das Sprichwort „Übung macht den Meister“ bezieht sich zwar auf den operativen Eingriff selbst, lässt aber die postoperative Rund-um-Betreuung beziehungsweise das Komplikationsmanagement außer Acht. Insofern ist die Forderung nach Ausweitung der Mindestmengen, die aktuell wieder von den gesetzlichen Krankenkassen erhoben wird, nur bedingt zu akzeptieren.

Anstelle reiner Mindestmengen eher Anforderungen an eine Strukturqualität zu stellen, erscheint der DGT sinnvoller. Gut organisierte Abteilungen mit exzellent ausgebildeten Thoraxchirurgen, die vielleicht an einer Mindestmenge scheitern, vermögen Patienten unter Beteiligung des medizinischen Hilfspersonals sicherer und verantwortlicher zu versorgen, als dies in großen, auf reine Fallmenge fokussierende allgemeinchirurgische Abteilungen der Fall sein kann.

Patienten, die sich einer Operation unterziehen, vertrauen darauf, dass Ärzte und Pflegekräfte sie sicher durch den stationären Aufenthalt geleiten, also ein Expertenstandard gewährleistet wird.

Die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie legt deshalb schon seit Jahren Wert darauf, dass mit der Zertifizierung von Abteilungen als „Zertifiziertes Kompetenzzentrum Thoraxchirurgie“ Anforderungen an eine entsprechende Struktur in der Klinik erfüllt werden müssen. Diese strukturelle Expertise bedeutet zum Beispiel, dass in jeder zertifizierten Abteilung mindestens zwei Fachärzte für Thoraxchirurgie tätig sind, als Garantie dafür, dass eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung von Patienten zu jedem Zeitpunkt gewährleistet ist. Die Anforderungen schließen nachzuweisende Qualifikationen für Pflegekräfte ein sowie eine ausreichende Zahl von Physiotherapeuten, die für eine kontinuierliche Versorgung der Patienten mit Atemgymnastik vor und nach der Operation sorgen.

Patienten, die sich Lungenoperationen unterziehen, haben ein erhöhtes Risiko, danach an einer Lungenentzündung zu erkranken oder Herzrhythmusstörungen zu erleiden. Auch können Probleme mit den einliegenden Drainagen auftreten, die zu akuten Luftnotanfällen führen können. Mit diesen Problematiken müssen alle Betreuenden vertraut sein, um in jedem Falle rasch und kompetent Hilfe zu leisten.

Die Interdisziplinarität, die Kollegen der Pneumologie, Onkologie, Radiologie und nicht zuletzt spezialisierte Thoraxanästhesisten einbezieht, stellt bei der Versorgung von Patienten, insbesondere mit Lungenkrebs, einen Sicherheitsfaktor dar, der nicht zu unterschätzen ist.

Im Zertifizierungsprozess zum „Kompetenzzentrum Thoraxchirurgie“ prüfen Experten der Fachgesellschaft vor Ort, ob die Angaben zu Strukturen und Ergebniskennzahlen der Realität entsprechen. Die Zertifizierungskommission arbeitet mit einer erfahrenen Zertifizierungsgesellschaft zusammen und aktualisiert den Fragenkatalog regelmäßig entsprechend den gesetzlichen Anforderungen beziehungsweise auch denen der Versicherer.

Im Jahresbericht der DGT zu den zertifizierten Thoraxzentren weisen alle Kliniken mehr als 400 Operationen auf (Abbildung 1). Eine komplette Resektion bei frühen Tumorstadien (sogenannte R0-Resektion) wird in jedem Haus oberhalb der geforderten 95 Prozent-Marke erreicht. Wichtiger ist aber, dass Patienten mit Lungenkrebs zu nahezu 100 Prozent in allen Kliniken in Tumorkonferenzen vorgestellt werden (Abbildungen 2 und 3). Dort diskutieren Experten aller beteiligten Fachdisziplinen, ob zusätzliche Therapien erforderlich sind, damit gute Langzeitergebnisse nach Krebsoperationen zu erreichen sind. Das unterscheidet die Zentren von Kliniken, die gelegentlich Lungenoperationen durchführen und damit nicht über diese Expertise verfügen (siehe Abbildung 4).

Die Forderungen der Krankenkassen zielen in die richtige Richtung, können aber nur ein Anfang für eine von der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie bereits seit Jahren verfolgte Strategie sein.

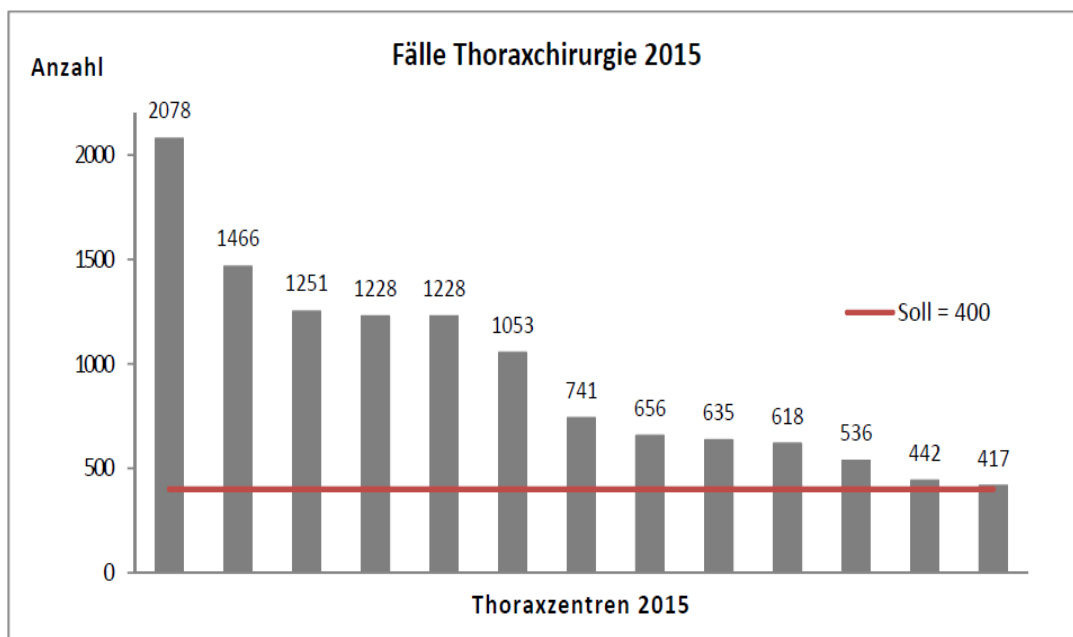


Abbildung 1: Anzahl der Fälle in zertifizierten Kompetenzzentren Thoraxchirurgie

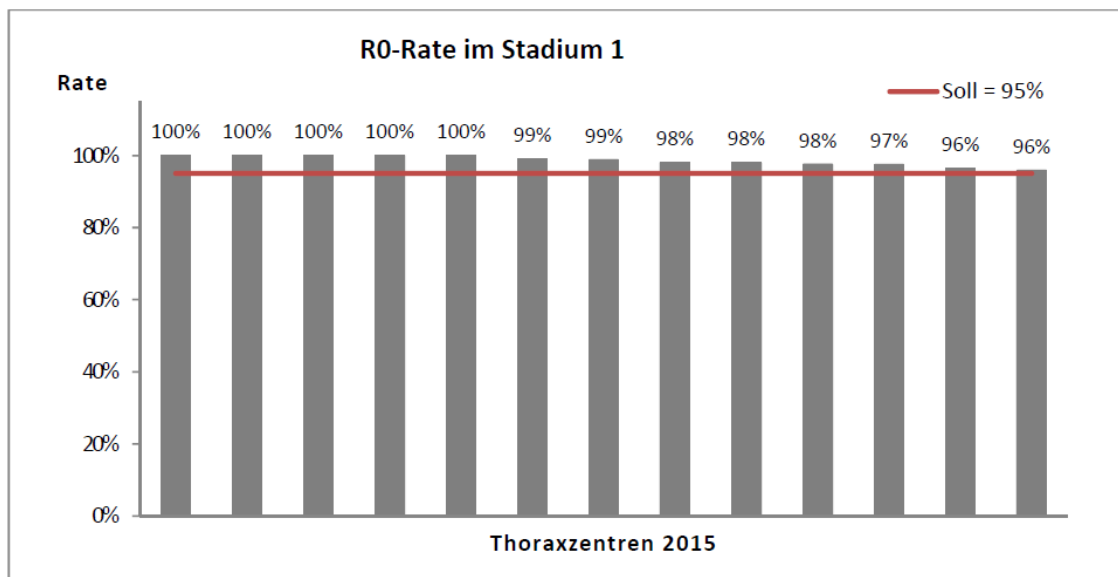


Abbildung 2: Rate der R0-Resektion in zertifizierten Kompetenzzentren Thoraxchirurgie

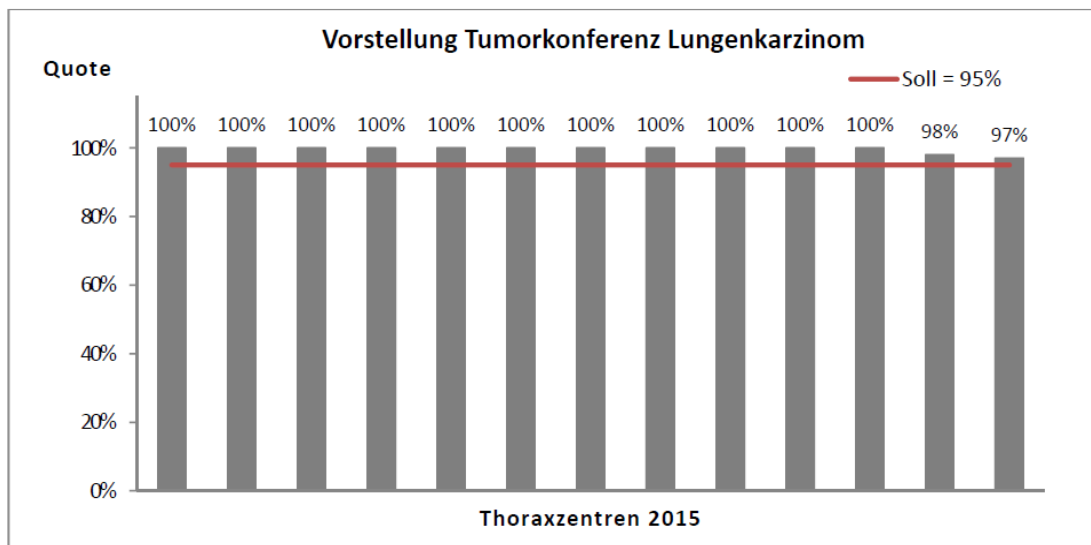
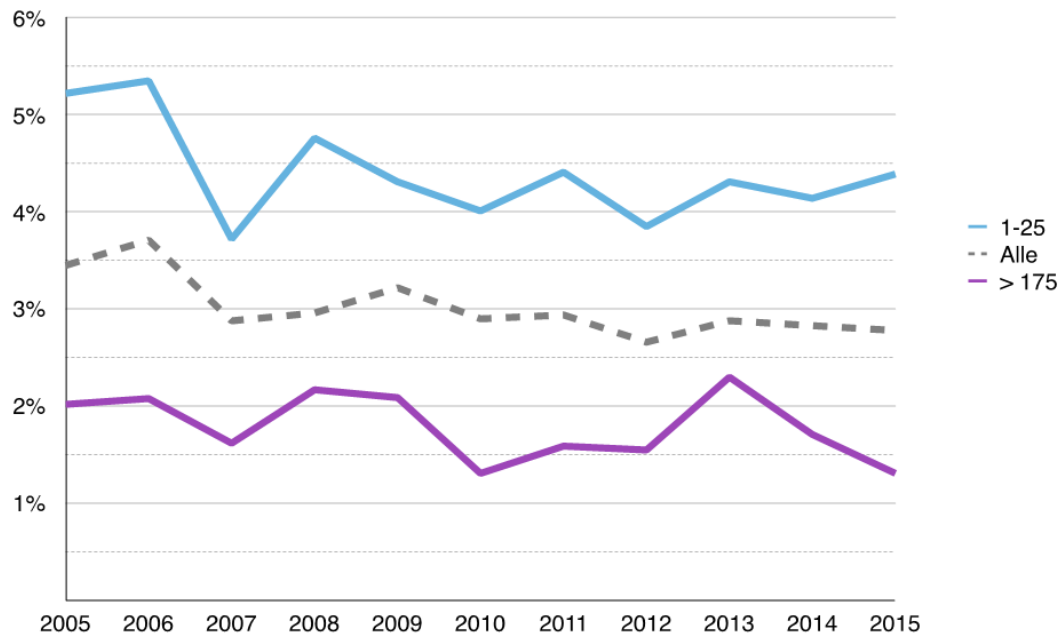


Abbildung 3: Rate der Vorstellungen in einer Tumorkonferenz in zertifizierten Kompetenzzentren Thoraxchirurgie

Krankenhausletalität nach Lobektomie (OPS 5-324 oder 5-325) bei Diagnose Lungenkarzinom
in Kliniken mit geringer Fallzahl (< 25 pro Jahr) und hoher Fallzahl (> 175 pro Jahr)



© Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), DRG-Statistik (2016)

Abbildung 4: Krankenhausletalität nach Lobektomie beim Lungenkarzinom

Quellenhinweise:

<http://www.doc-cert.com/files/69/thz-jahresbericht-2015.pdf>

<http://www.doc-cert.com/67/thoraxzentren/zert-thoraxzentren>

<https://www.destatis.de>

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, März 2017

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit in der orthopädischen Chirurgie: Patientenbetreuung von der Wiege bis zur Bahre

Professor Dr. med. Werner Siebert, Ärztlicher Direktor, Vitos Orthopädische Klinik Kassel gGmbH

Wir als orthopädische Chirurgen und Orthopäden sehen uns ganz in dieser Tradition: Betreuung der Patienten von der Wiege bis zur Bahre, von der Kinderorthopädie bis ins hohe Alter. Wir kümmern uns umfassend um eine lebenslange Betreuung der Patienten mit orthopädischen Erkrankungen, von der Säuglings- und Kinderorthopädie über die Behandlung der Erkrankungen im Wachstumsalter und im Alter des jungen Erwachsenen mit entsprechenden korrigierenden Eingriffen am Achsenorgan, insbesondere auch wirbelsäulenorthopädische Behandlungen von Skoliosen und angeborenen Schädigungen des Bewegungsapparates, dann über das Erwachsenenalter bis zum Thema der geriatrischen Orthopädie. Wir bauen Vertrauen auf von Anfang an. Wenn uns die Säuglinge zur Ultraschalluntersuchung zwecks Behandlung eventueller Hüftdysplasien oder Fußdeformitäten anvertraut werden, übernehmen wir die Verantwortung für unsere orthopädischen Patienten und führen sie oft durch ihr ganzes Leben mit allen Problemen und Erkrankungen, die es zu behandeln gilt.

Natürlich ist das Thema „Sicherheit“ dabei von großer Bedeutung. Ein Eingriff im Jugendalter muss von höchster Sicherheit geprägt sein, da der Patient mit dem Ergebnis des Eingriffes noch das ganze Leben (hoffentlich erfolgreich und besser) leben muss. Sicherheit ist natürlich auch ein ganz wichtiges Thema, wenn wir uns um die Jahrhundert-Operationen „Künstliches Hüftgelenk“ und „Künstliches Kniegelenk“ kümmern. Sicherheit in der Endoprothetik hat sich die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) absolut zum Thema gemacht. Wir haben die Qualitätsinitiativen EndoCert, zertifizierte EndoProthetikZentren, das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) und die Qualitäts- und Sicherheitskonferenzen der Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE) ins Leben gerufen und garantieren hier für höchste Qualität bei der Behandlung von Patienten mit Arthrosen und der eventuell notwendigen Versorgung mit Kunstgelenken. Dass dieser Ansatz richtig ist, zeigt auch die Forderung der AOK, die Mindestmengenregelungen für mehr Qualität im Krankenhaus zu verschärfen. Es konnte ganz klar gezeigt werden, je häufiger ein Eingriff durchgeführt wird, umso besser sind die Behandlungsergebnisse für den Patienten. Das wissenschaftliche Institut der AOK zeigt in seinem aktuellen Krankenhausreport 2017: Mindestmengenregelungen und Spezialisierung sind ein Vorteil für den Patienten.

Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Arbeitens und damit entsprechend dem Motto des Kongresses insbesondere auch die Sicherheit bei der Behandlung. Es darf keine Orthopädie oder Unfallchirurgie „light“ geben. Das Thema ist zu wichtig, als dass man es so ein bisschen nebenbei machen kann. Die Zahlen in Registern und auch bei den Krankenkassen zeigen eindeutig, dass Spezialisierung und Mindestmengen im Interesse des Patienten sind und sie die Sicherheit ebenso erhöhen wie das Vertrauen der Patienten in die spezialisierten Ärzte. Hier liegt unsere Verantwortung, der wir uns auch stellen müssen und die wir nicht politischen Kompromissen opfern dürfen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2017

Interdisziplinäre Herzteams für bestmögliche Patientenbehandlung bei Herzklappenerkrankungen

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Harringer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG); Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum Braunschweig

Herzklappenerkrankungen können in jedem Lebensalter auftreten und sind selten angeboren beziehungsweise überwiegend erworben. Diagnostik und Behandlung gehören in die Hände von Herzspezialisten, die kooperativ in Herzteams für die bestmögliche Patientenversorgung zusammenarbeiten und denen ein breites Spektrum an Therapieverfahren – von konventionellen oder minimalinvasiven Herzoperationen bis hin zu katheterbasierten Eingriffen – für die patientenindividuelle Behandlung zur Verfügung steht.

Die Erkrankungen der Aortenklappe zählen zu den europaweit häufigsten Herzklappenerkrankungen bei Erwachsenen. Die Aortenklappe fungiert mit ihrem Sitz zwischen der linken Herzkammer und der Körperschlagader wie ein Ventil, sie lässt das aus dem linken Herzen ausgeworfene Blut in die Körperschlagader passieren und sorgt zudem dafür, dass das ausgeworfene Blut aus der Körperschlagader nicht zurück ins Herz fließen kann. Schließt diese Herzklappe nicht mehr vollständig, spricht man von einer Aortenklappen-Insuffizienz. Die Verengung der Aortenklappe, zumeist durch altersbedingten Verschleiß auf Grund von Einlagerungen beziehungsweise Verkalkungen verursacht, wird als Aortenklappen-Stenose bezeichnet. Unbehandelt führen sowohl die Aortenklappen-Stenose als auch die Aortenklappen-Insuffizienz zu einer nicht physiologischen Belastung des Herzmuskels. In Abhängigkeit von der Symptomatik der Patienten und der Schwere der Erkrankung muss die funktionsuntüchtige Aortenklappe in einem invasiven Eingriff durch eine Herzklappenprothese ersetzt werden.

Der überwiegende Teil der Herzklappenoperationen betrifft die erkrankte Aortenklappe. 2016 wurden circa 10 961 konventionelle Aortenklappenersatz-Operationen bundesweit vorgenommen, eine seit mehreren Jahren nahezu stabile Anzahl. Dieses herzchirurgische Verfahren geht mit einer In-Hospital-Überlebensrate der Patienten von circa 97 Prozent einher, ebenfalls ein seit mehreren Jahren konstantes Niveau.

Neben der Aortenklappen-Stenose ist die Mitralklappen-Insuffizienz die zweithäufigste operationsbedürftige Herzklappenerkrankung. Die Mitralklappe liegt zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer. Mit ihren beiden an Sehnenfäden aufgehängten Herzklappen-Segeln fungiert sie als Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer und sorgt dafür, dass das in den Lungen mit Sauerstoff angereicherte Blut über die linke Herzkammer in den Körper gelangt und nicht wieder zurück in die Lungen fließt. Ist die Mitralklappe undicht, spricht man von Mitralklappen-Insuffizienz. Bei dem herzchirurgischen, kurativen Ansatz kann bei zwei Drittel aller Operationen die

patienteneigene Herzklappe rekonstruiert und in ihrer Funktion wiederhergestellt werden. In den übrigen Fällen wird die Mitralklappe durch eine Prothese ersetzt. Auch hier liegt die In-Hospital-Überlebensrate bei der isolierten Rekonstruktion und dem isolierten Ersatz seit Jahren bei über 97 Prozent.

Neben den konventionellen Operationsverfahren bieten heutzutage minimalinvasive kathetergestützte Eingriffe (TAVI und MitraClip) eine potenzielle Alternative für ausgewählte Patienten höheren Lebensalters, die zudem erhebliche Begleiterkrankungen aufweisen. Insgesamt wurden 2016 mehr als 16 000 kathetergestützte Aortenklappen-Implantationen durchgeführt. Seit der Einführung der kathetergestützten Verfahren im Jahr 2006 ist ein immenser Anstieg dieser katheterbasierten Verfahren zu beobachten.

Die kathetergestützte Aortenklappen-Implantation und die transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe unterliegen in Deutschland besonderen Voraussetzungen und dürfen seit einem Dreivierteljahr nur nach interdisziplinärem Konsens des etablierten Herzteams mit festgelegten Prozessen und verbindlich definierter Infrastruktur durchgeführt werden, so wie es die Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorsieht.

Dies bedeutet ein noch näheres Zusammenrücken der beteiligten Fachgebiete Herzchirurgie, Kardiologie und auch Anästhesie. Die zentrale Funktion des Herzteams bezieht sich dabei auf die patientenindividuelle Indikationsstellung, differenzierte Eingriffsplanung und interdisziplinäre Durchführung sowie die umfassende postprozedurale Nachbehandlung gleichermaßen.

Korrekte Indikationsstellung bedeutet hierbei, das für den Patienten geeignete und sicherste Verfahren unter Berücksichtigung der Langzeitergebnisse auszuwählen. Gerade der letzte Aspekt wird gelegentlich vernachlässigt. Für den klassisch-operativen herzchirurgischen Aortenklappenersatz liegen in der wissenschaftlichen Literatur Publikationen zu Zeiträumen von bis zu 20 Jahren nach der Erstoperation vor. Dadurch kann die Sicherheit des Verfahrens bewiesenermaßen nachvollzogen werden, während Langzeitergebnisse zu den kathetergestützt implantierten Herzklappen-Prothesen gegenwärtig noch nicht vorliegen. Dies muss bei der gemeinsamen Aufklärung der Patienten im Team Berücksichtigung finden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2017

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Die Verfolgten

Dr. phil. Rebecca Schwach, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

In den Gründungsstatuten der DGCH von 1872 steht, dass jeder Arzt Mitglied werden konnte, „der sich mit Chirurgie beschäftigt“. Dementsprechend zeichnet sich die DGCH durch eine heterogene Mitgliederschaft aus: Zu ihnen zählten nicht nur Chirurgen, sondern auch Gynäkologen, Orthopäden, Urologen, Allgemeinpraktiker, Hals-Nasen-Ohren-(HNO-) und Augenärzte, sogar internistisch Tätige oder Röntgenologen.

Auf dem DGCH-Kongress im April 1933 sprach der Kongressvorsitzende Professor Wilhelm Konrad Röpke die jüdischen Kollegen betreffend: „Ich bitte alle Herren Redner, wie das zum Teil schon geschehen konnte, deren Auftreten hier angesichts der heutigen nationalen Strömung Unruhe oder Missstimmung hervorrufen könnte, zurückzutreten; denn der ruhige Verlauf unserer Tagung und die Würde der DGCH geht allem anderen vor.“ Es folgte „lebhafter Beifall“ aus dem Publikum. 1933 hatte die Gesellschaft knapp 2 600 Mitglieder.

308 sehr unterschiedliche Schicksale von verfolgten Mitgliedern der DGCH konnten zusammengetragen werden, darunter als Juden oder als „Mischlinge“ Verfolgte oder solche, die jüdische Ehepartner hatten und somit in sogenannten Mischehen lebten.

Einige Beispiele:

Der Älteste dieser 308 Ärzte war Dr. William Levy: 1853 in Berlin geboren, verheiratet mit Anna Fränkel, war Dr. Levy jahrzehntelang als Chirurg in Berlin-Schöneberg niedergelassen. Sein weiteres Schicksal konnte nicht eruiert werden; es ist nicht einmal ein Todesdatum bekannt. Seine Tochter war Dr. Else Philippine Levy, seit 1931 ebenso in Schöneberg als HNO-Ärztin niedergelassen. Sie war noch von 1938 bis 1942 als „Krankenbehandlerin“ im Berliner jüdischen Krankenhaus und damit für jüdische Patienten tätig. Im November 1942 tauchte sie unter. Doch hat jemand ihr Versteck verraten. Sie wurde ermordet. Man hat nie wieder von ihr gehört.

Viele dieser verfolgten Ärzte haben jahrelange Weiterbildungswege beschritten, um ein breites Spektrum an medizinischer Versorgung anbieten zu können. Dr. Marga Wolf war ab 1919 in Stuttgart niedergelassen und führte eine Praxis als Allgemeinpraktikerin, Chirurgin und Geburtshelferin, Ärztin für Frauen- und Kinderkrankheiten. Im Juni 1943 ist sie ins Ghetto Theresienstadt deportiert worden, wo sie im Januar 1944 zu Tode kam. Andere leiteten Privatkliniken, wie Dr. Adolf Alsberg, Chefarzt der Chirurgisch-Orthopädischen Privatklinik mit Röntgeninstitut und physikalischer Heilanstalt in Kassel. Sohn Dietrich Anselm Alsberg schrieb in seinen Memoiren *A Witness to a Century*: „The persecution was a terrible blow to my father, who always had considered himself a proud German. I am sure it hastened his death ...“

Um der Verfolgung zu entgehen und ihr Leben zu retten, flüchteten etwa 54 Prozent dieser Ärzte ins Ausland, vornehmlich in die USA, nach Palästina und England. Etwa 50 Prozent dieser Emigrierten konnten in der neuen Heimat auch wieder fachärztlich arbeiten oder gar Karriere machen: Sir Ludwig Guttmann, Neurologe und Neurochirurg, emigrierte 1939 nach England, wo er die Grundlagen für die Behandlung Querschnittsgelähmter schuf und die Paralympischen Spiele gründete. Anderen jedoch war es auf Grund des fehlenden entsprechenden (sprachlichen und medizinischen) Examens oder zu großer Konkurrenz nicht mehr möglich, im eigenen Spezialfach arbeiten zu können: Dr. Alfred Harf beispielsweise hatte 25 Jahre in Berlin als Chirurg und Gynäkologe gearbeitet; in New York führte er eine kleine allgemeinmedizinische Privatpraxis, die für den Lebensunterhalt nicht ausreichte. So arbeitete Ehefrau Margarethe Harf, in Berlin noch Krankenschwester, in einer Strickerei, um das Einkommen aufzubessern.

Den einstigen Lebensstandard konnten sicher viele nicht mehr erreichen, so manche rutschten aber in Armut ab: Sanitätsrat Dr. Jakob Frank, bis 1933 Direktor des Fürther Städtischen Krankenhauses, in der Fremde gesundheitlich angeschlagen und bereits im 69. Lebensjahr, hielt sich in New York als Altenpfleger über Wasser und starb dort 1953 in bitterer Armut. Oder Dr. Felix Caro: Als er 1940 in Berlin krankheitsbedingt starb, hinterließ er seine nicht jüdische Ehefrau und zwei Kinder. Maria Caro schrieb noch 1960 an die Entschädigungsbehörde, sie lebe nach wie vor in großer Armut, nachdem sie im November 1943 auch noch die gesamte Habe verloren habe und ihre Kinder ohne Ausbildung geblieben seien.

Das Überleben von Ghettos und Konzentrationslagern bedeutete nicht immer ein Wiederanknüpfen an frühere Zeiten: Der Orthopäde und Chirurg, Medizinalrat Dr. Julius Nussbaum, hatte die Konzentrationslager Westerbork und Bergen-Belsen überlebt und emigrierte Anfang 1948 nach Palästina, wo es ihm nicht mehr gelang, als Arzt Fuß zu fassen. So versuchte er, sich mit einer kleinen Hühner- und Gemüsefarm über Wasser zu halten. Oder Dr. Isidor Salomon Kuttner, dem nach jahrelanger KZ-Haft „völlige Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Chirurg“ attestiert worden war, woraufhin er sein Geld als Briefmarkenhändler zu verdienen suchte.

Die 308 hier vereinten Mitglieder der DGCH wurden aus einer Gesellschaft ausgestoßen, die nach eigenem Verständnis dafür stand, Kräfte zu einigen und gemeinsame Arbeiten zu fördern. Diesen Menschen und ihren Familien wieder einen Platz zu bieten und an sie zu erinnern, aber auch, um zum Nachdenken anzuregen, dafür steht dieses Buch.

Zum Nachdenken anregen soll ebenso das Kapitel über sieben Ärzte, die auch unterschiedliche Verfolgungs- und Gefährdungs- oder auch nur Benachteiligungsgrade aufweisen: Fleisch-Thebesius,

Foerster, Hessmann, Kessel, Rosenthal, Schuchardt und Wessely. Die in diesem Kapitel zusammengetragenen Biografien zeigen beispielsweise, was die Nationalsozialisten mit ihrer Rassenideologie und brutalen Vorgehensweise an Menschenspalterei anrichteten oder inwiefern von der Verfolgung Betroffene nach Strohhalmen suchten, um sich und die eigenen Familie zu schonen oder gar zu retten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, März 2017

Hartwig Bauer
Ernst Kraas
Hans-Ulrich Steinau (Hrsg.)

Rebecca Schwoch

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
1933–1945

Die Verfolgten

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933–1945

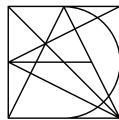
Band II: Die Verfolgten

von
Rebecca Schwoch (Hamburg)

Mit Geleitworten von
Moshe M. Feuchtwanger, Walter Pories und Michael Trede

Mit Beiträgen von
Wolfgang Benz, Hartmut Collmann, Felix Harder,
Heinz-Peter Schmiedebach, Hans-Ulrich Steinau

Herausgeber
im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie:
Hartwig Bauer, Ernst Kraas und Hans-Ulrich Steinau



Kaden Verlag
Heidelberg

Herausgeber und Autoren:

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
Prof. Dr. med. Ernst Kraas, Berlin
Prof. Dr. med. (em.) Hans-Ulrich Steinau, Essen

Dr. phil. Rebecca Schwoch
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg
E-Mail: r.schwoch@uke.de

Prof. Dr. (em.) Wolfgang Benz, Berlin
Prof. Dr. med. Hartmut Collmann, Würzburg
Prof. Dr. med. (em.) Felix Harder, Basel
Prof. Dr. med. Heinz-Peter Schmiedebach, Berlin/Hamburg

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek

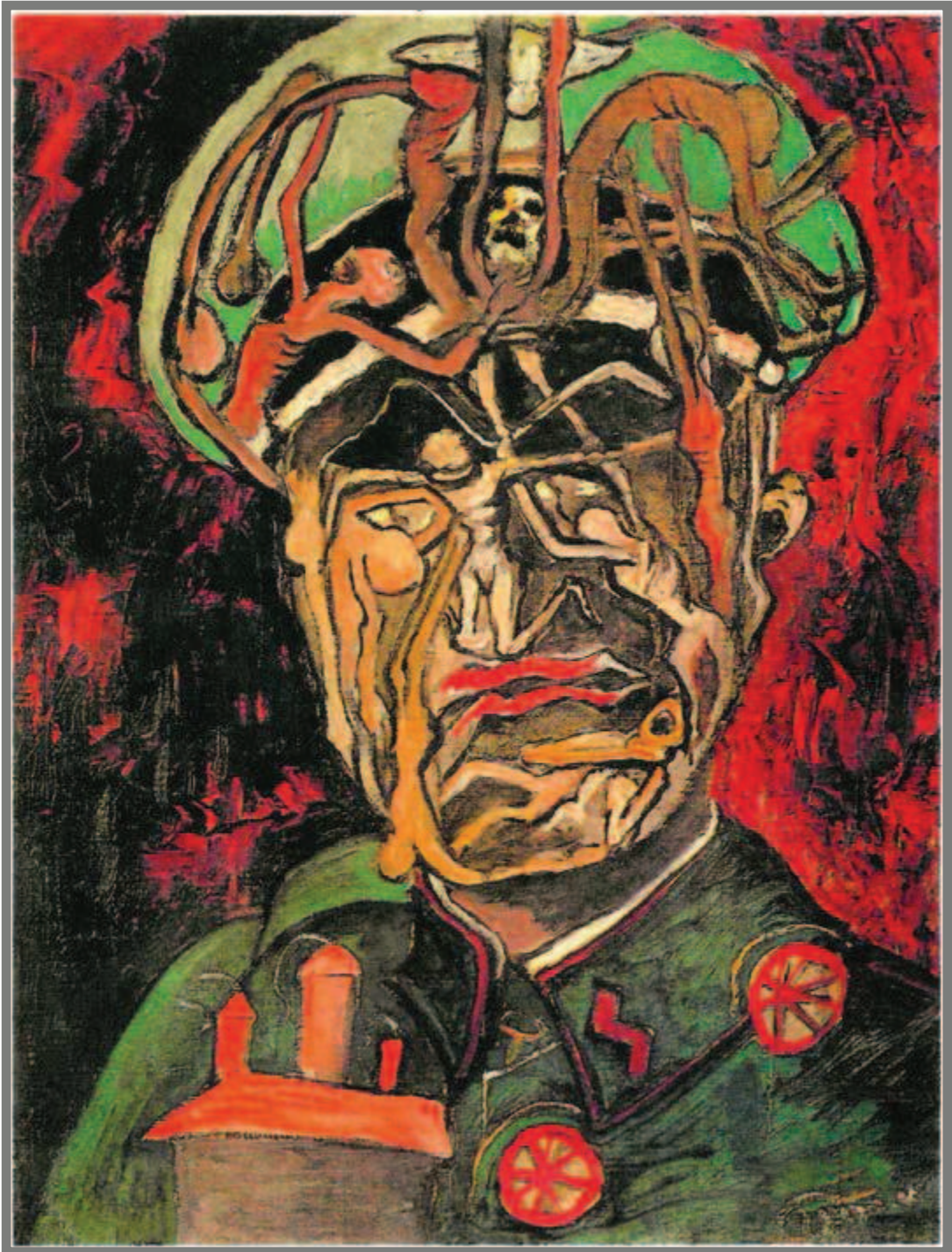
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

© 2017 Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH & Co KG
Maaßstraße 32/1, 69123 Heidelberg
Alle Rechte vorbehalten
Printed in Germany

Herstellung: Ch. Molter, Kaden Verlag, 69123 Heidelberg
Druck & Buchbinderei: Peschke Druckerei GmbH

ISBN 978-3-942825-60-3

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, Übersetzung, Entnahme von Abbildungen, Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege, Speicherung in DV-Systemen oder auf elektronischen Datenträgern sowie die Bereitstellung der Inhalte im Internet oder anderer Kommunikationssysteme ist ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Verlages auch nur bei auszugsweiser Verwertung strafbar.



Adolf Eichmann – Anthropomorphe Darstellung Gemälde von Adolf Frankl.

Um 1957 entstanden. 40 × 30 cm, Öl auf Leinwand. Werknummer : ÖH100b

Leichtentile formen das Gesicht des berüchtigten SS-Obersturmbannführers Adolf Eichmann. Am linken Revers des Uniformkragens ist der „Gaslastwagen“ zu sehen. Um die Menschen umzubringen hatte man zu Beginn der Judenliquidierungen die

Auspuffrohre in das Innere des Wagens geleitet. So wurden die Menschen schon während des Transportes vergast. Da jedoch auf diese Weise das Massenmorden nicht schnell genug ging, errichteten die Unmenschen später die Gasöfen.

Der Künstler Adolf Frankl – ein Überlebender des Holocaust

Geboren am 12. Februar 1903 in Pressburg/Pozsony, Österreichisch-Ungarische Monarchie, heute Bratislava, Slowakische Republik.

Von 1909 bis 1919 besuchte Frankl Volksschule, Realschule und Gymnasium mit Maturaabschluss. 1920 begann er mit dem Kunst- und Malunterricht an der Kunstgewerbeschule bei den Professoren František Reichentál, Gustáv Malý, Ľubo Fulla und Jozef Vydra in Bratislava. Anschließend studiert er mehrere Semester an der Technischen Hochschule in Brünn/Brno, heute Tschechische Republik. Nebenbei ist er als Karikaturist und Zeichner von Werbeplakaten tätig. 1921 tritt er in das Raumausstattungs- und Tapeziererzugeschäft seines Vaters ein. 1933 heiratet er Renée Nachmias in Bratislava.

1934 wird Sohn Thomas und 1936 Tochter Erika geboren. 1937 Eröffnung eines eigenen Geschäftes für Raumausstattung und Tapeziererzugeschäft.

1939 beginnen Diskriminierung und Verfolgung der jüdischen Bevölkerung mit der Gründung des Ersten Slowakischen Staates. 1940/1941 wird Frankls Unternehmen nach den Gesetzen des faschistischen slowakischen Staates arisiert. – 1941 wird die jüdische Bevölkerung per Gesetz verpflichtet, ab dem sechsten Lebensjahr außerhalb der Wohnung einen gelben Davidstern, auf der Bekleidung gut sichtbar befestigt, zu tragen. Ebenso musste eine UŽ-Legitimation (Zentrale der Juden in der Slowakei) jederzeit vorweisbar sein.

Am 28. September 1944 wird die ganze Familie in Bratislava verhaftet und am folgenden Tag wird

Adolf Frankl in das Konzentrationslager Sered', Slowakei, deportiert. Am 3. und 4. November erfolgt die Deportation aus Sered' in das Vernichtungslager Oświęcim-Brzezinka (damals Auschwitz-Birkenau, Deutsches Reich, heute Polen). Tätowierung mit der Nummer B 14395.

1945: 18. Januar: Evakuierung von Auschwitz-Birkenau, auf dem Todesmarsch in Richtung Gleiwitz, damals Deutsches Reich, heute Gliwice, Polen. Frankl überlebt in der Typhusbaracke von Althammer, einem Außenlager von Auschwitz-Birkenau, damals Deutsches Reich, heute Stara Kuźnia, Polen. Am 27. Januar wird das Konzentrationslager Althammer durch die Rote Armee befreit. Ende April kehrt er nach Bratislava zurück. Er beginnt den Zyklus „Visionen aus dem Inferno“. 1946 baut Adolf Frankl sein Geschäft wieder auf. 1947 wird Sohn Ján geboren. 1948/1949 verstaatlicht das kommunistische Regime sein neu aufgebautes Unternehmen, woraufhin die Familie nach Wien in Österreich emigriert. Adolf Frankl lebt in Wien und New York und seit den 1960er Jahren in Deutschland.

Bereits vor dem Zyklus „Visionen aus dem Inferno – Kunst gegen das Vergessen“ entstehen zwischen den Jahren 1930 und 1982 unzählige Zeichnungen, Aquarelle und Karikaturen. Die Motive für seine Arbeiten findet er im jüdischen Alltag, den Kaffeehäusern Kaffee Hawelka und Espresso l'Europe in Wien, auf Bahnhöfen, Gerichtssälen und im bekannten Wiener Auktionshaus „Dorotheum“. Am 18. August 1983 stirbt Adolf Frankl in Wien.

Zum Geleit

Die menschliche Geschichte enthält – nolens-volens – unter anderem Bosheit, Neid, Feindlichkeit, Kriege, Verachtung, Niedertracht, Hass – dies zu verschiedenen Zeiten und variablen Ursachen und Konsequenzen.

Es ist heute wohl allgemeine Anschauung, dass die brutalen Schandtaten des Nationalsozialistischen Regimes des damaligen Deutschlands die allergrößte Schande der Menschheit bilden. Vertreibung, Verbannung, Quälereien und Mord betrafen damals das jüdische Volk als solches, wobei keine wahrhaftige Verschonung bestand.

Die Verfolgungen betrafen auch ärztliche Kollegen jüdischer Abstammung, andere als rassistische Gründe für Entrechtung, Vertreibung und Mord waren nicht erforderlich. Deutsch-jüdische Chirurgen litten vielfach unter dem Naziregime, was wir durch die Sammlung von Biographien in diesem Erinnerungsbuch hundertfach vor Augen geführt bekommen – und es ist dieses Leiden der Kollegen, das die heutige Deutsche Gesellschaft für Chirurgie zur Publikation des Bandes anregte. Die Veröffentlichung der kurzen Biographien ist keinesfalls eine Wiedergutmachung – diese ist unmöglich – aber als Geste ist sie hoch zu schätzen, da sie zugleich den Werdegang der damaligen Brutalität dokumentiert, und uns die Hoffnung gibt, dass die Zukunft nie wieder Ähnliches bringen wird.

Dieses Werk erinnert an jüdische Mitglieder der DGCH, deutsche Chirurgen, die in ihrer Arbeit und ihrem Leben in Deutschland verankert waren. Genau solch eine Geschichte betraf auch meine

Familie, die seit Generationen in Deutschland lebte und sich als jüdische Deutschen fühlte – bis sie zum Auswandern gezwungen wurde.

Mein Großvater, Dr. med. August Feuchtwanger (München 1870–Jerusalem 1938), praktizierte Gynäkologie und Geburtshilfe. Als solcher, gründete er 1910 das Israelitische Kranken- und Schwesternheim an der Hermann-Schmid-Straße 5–7 in München, das bis 1942 noch funktionierte. Das Krankenhaus stand bis 1933 allen Konfessionen offen. Es wurde auch von vielen bekannten Münchner Ärzten zum Behandeln und Operieren ihrer Patienten genutzt, darunter der Chirurg Prinz Ludwig Ferdinand. Dr. August Feuchtwanger war auch bekannter Musiker und hat am Hof des Prinzregenten musiziert. Gleichzeitig war er Chorleiter des Ohel Jakob Synagogenchors. In Jerusalem operierte er am Sha'arei Zedek Krankenhaus, dessen Gründer Dr. Moritz (Moshe) Wallach (ein ehemaliger Kölner) war.

Mein Vater, Dr. med. dent. Heinrich Feuchtwanger (München 1898–Jerusalem 1963), gab seine Praxis an der Steinsdorfstraße 21 in München auf, und gründete ähnliches in Jerusalem. Der Alpinist in Deutschland wurde ein Kenner der Landschaft sowie Flora und Fauna in seiner neuen Heimat und wurde bekannt als Judaika-Kunstsammler und ehrenamtlicher Kurator des Bezalel Museums in Jerusalem.¹

Nach der Machtergreifung 1933, entstand die dringende Notwendigkeit, im Jahr 1935 mit der ganzen Familie von München auszuwandern, und stattdessen in Jerusalem zu leben und dort weiterhin zu praktizieren. Aus denselben Gründen, befahl das Schicksal viele Chirurgen, die außerhalb Deutschlands ihr Zukunftsleben fanden. Dies betraf eine große Anzahl von deutschen Chirurgen und Ärz-

¹ Andere Familienmitglieder waren Ärzte in Deutschland, wie in *Völkischer Beobachter*, 62. Jahrgang, Nr. 13, von 30. März 1933, süddeutsche Ausgabe A, S. 64–67, geschildert ist.

ten, die die chirurgische Szene in dem damaligen Palästina wesentlich bereicherten; unter anderen sind die verstorbenen Chirurgen wie Max Marcus, Paul Nathan, Felix Mandel, Bernard Zondek und Daniel Peysner zu erwähnen.

Der Familientradition zufolge, bin auch ich (geboren in München 1927), nach der Gründung des Staates Israel, Arzt geworden (Jerusalem, 1952) und spezialisierte mich in der Allgemein- und Kinderchirurgie (Jerusalem, 1953–1963). Es war mir gegeben an der Ausbildung der nächsten Generationen aktiv teilzunehmen, sowohl in Israel als auch im Ausland.

Mein fachliches Schicksal mit der heutigen deutschen Chirurgie entstand in den 1970er Jahren, als ich mit Gastprofessuren beehrt wurde. Dies bezieht sich auf die Einladungen von den prominenten Ordinarii deren Berufung ich mit großem Respekt annahm: Es waren die Professoren Brendel, Zenker, Linder, Peiper, Borst, Pichlmayr und Hamelmann. Meine erste Gastprofessur war bei den Professoren Zenker und Brendel in München, was mir ermöglichte, Kindheitserinnerungen an meine Geburtsstadt, deren spezifische Atmosphäre und Umgebung, nach 35-jähriger Abwesenheit als Erwachsener wieder zu erleben.

Dass ich nun schon seit vier Jahrzehnten Ehrenmitglied der DGCH bin, ist mir eine große persönliche Ehre, die es mir ermöglicht, meine Verbundenheit mit der Vergangenheit meiner Vorfahren und mit dieser hochangesehenen Organisation aufrechtzuhalten.

Hochachtung und Dank gebühren all denen, auf deren Initiative dieses Buch zustande kam. Die Gestaltung dieses Bandes und die liebevolle professionelle Anstrengung, die sie ihm gewidmet haben, zeigt, wie sehr ihnen das Werk am Herzen liegt. Ich wünsche diesem Buch viele aufmerksame Leser, die in der Beschäftigung mit den einzelnen Biographien unzählbare Gründe finden werden, an einer Zukunft ohne Brutalität und Verfolgung zu arbeiten. In diesem Sinne möchte ich mich für die Ehre bedanken, diesem Werk einige Gedanken als Geleitwort voranstellen zu dürfen.

... to the Banks of the Tar River



Walter J. Pories, MD, FACS, Professor of Surgery, Biochemistry and Kinesiology at East Carolina University was born on January 18, 1930 into a successful assimilated family in Munich. His father was a successful

merchant of textiles, his mother's family owned two cigarette factories, including the Isaria firm. His mother's sister, Johanna Lowin, one of the first women to graduate medical schools in Germany married her classmate, Josef Seidl, a Catholic. The couple developed a successful general practice in Scheyern, a small village that was once the capital of Bavaria. When the dukedom was moved to Munich in 1506, the castle became a major monastery. Josef and "Nettl", the only physicians, provided the care for the seminary, the town and the surrounding farms. They had four children of whom three became physicians and the fourth a priest. Due to the unrest in Munich, Pories spent much of his early life in Scheyern where he was also baptized and confirmed. It was a totally Catholic family; two of his aunts, Josef's sisters, were nuns.

Pories father, Theodor, born in Vienna, was drafted into the German Army in 1914 at the age of 19. He served with distinction on both fronts as an ambulance driver for four years and decorated for his contributions. He was also, by accident, involved in Hitler's first attempt to topple the post-war govern-

ment. On November 8, 1923, he was startled to hear gunfire while walking in down-town Munich and ran into an alley. There he found that his old Army buddies, with whom he had served in the war, were doing the shooting. They threw him a rifle and, not really knowing what the issues were, he fired a few shots and left as soon as he could. When he learned it was an attempt to take over the government, he was not concerned; there was no chance that Hitler would succeed.

Life changed abruptly in 1936, when the Nazis determined that the Pories family were not Catholics but actually Jews. The Nazi records were correct. Apparently, "Pories", "Porjes" and "Porges" were variations of the Hebrew term for those who fled the Portuguese Inquisition to the Austrian-Hungarian Empire where they developed a strong textile industry.

The determination that the family was, indeed, Jewish, led to the requirement to wear a gold star emblazoned with "Jude" and required the transfer of Walter and Ruth, his older sister, to the only school approved for Jews in the Munich synagogue. The change from the peaceful village school in the monastery to the urban ghetto school was challenging – ignorant of the traditions and the ability to read Hebrew and Yiddish. With time, though, those problems were overcome.

With each year, however, the situation became worse. Pursuit of Jews became the norm, travel on the bus to the school became increasingly difficult and traumatic. Attempts by my father to get a visa to leave were repeatedly unsuccessful. After Kristall-

nacht on November 9, 1938, matters became even worse. Not only was it increasingly dangerous to walk the streets but during that night, the Nazis burned down part of the synagogue. The result was that the classes met in the winter in bitterly cold classrooms, some without full roofs.

In May 1939, when Walter's father was out of town, he, his mother, sister and uncle were arrested in the middle of the night and brought to Dachau where, after several days in the concentration camp, they were loaded into an open cattle car with about 30 other individuals. Fortunately, the family was able to stay together. The trip, interrupted by sideling for more important cargo, ended in the no-mans-land between Germany and Poland where the plan was, apparently, to shoot the occupants. They heard the volleys of gun shots as the preceding cars were emptied but just before they reached their car, number 6 in line, a platoon from the Polish Army arrived and demanded a halt to the murder. The rumor was that they told the Germans that they also did not like Jews but they were certainly not to be killed on Polish soil. The train soon lurched and, it's hard to believe but there was a sense of relief to be sent back to Dachau.

In the meantime, the father returned to the empty apartment in Munich and quickly learned that his family had been taken to Dachau, shipped out in a train to Poland and for some reason, the train was coming back to Dachau. As he later told the story, he had "nothing to lose anymore" so he walked to the Nazi headquarters to see if he could get a visa, somehow, no matter what the cost. Halfway into the building, he was suddenly met by the vice-commander, now in full Nazi uniform, who turned out to be one of his old Army buddies with whom he had served on both fronts. The Nazi had not known that Walter's father was Jewish, was startled by the gold star and the story and without hesitation said, "you helped us in 1923. We will now repay that debt. Take off the star and come with us in our military carrier". They met the train at the station, sorted out him as well as his mother, sister and uncle out of the line and brought them to a small chapel where they were baptized, issued new passports, provided with visas to Brazil and boarded on a train to Lisbon.

The sudden availability of a visa to Portugal may have been due to the intercession of the Portuguese consul, Aristides de Sousa Mendes, who issued visas and passports to an undetermined number of refugees fleeing Nazi Germany, including Jews, in defiance of the orders of Salazar regime.

From Lisbon, the family sailed to Rio de Janeiro where the signs at the harbor announced, in German, that "*if you can read this, you cannot work here*", most likely a response to the sudden influx of immigrants. Even so, his father managed to do well selling furniture and antiques out of an apartment at Copacabana Beach. Pories was enrolled again in a Catholic School, repeated third grade and learned the Catechism in Portuguese. Life was again going well, but since it became impossible to get a renewal of the Brazilian visa, the family sailed to the US to join Pories's mother's brother and sister who had, in the meantime, emigrated to Milwaukee. On Ellis Island, however, his sister developed scarlet fever leading to a quarantine that exhausted all savings. At that point, his father was contacted by a young man who told him that he was from HIAS, the Hebrew Immigration Aid Society formed to help the newcomer Jews and gave him the four bus tickets and \$20 to get to Milwaukee. On receiving this unexpected relief, the father announced, "until Hitler is defeated, we will be Jews". To keep that promise, Pories was enrolled into a Cheder and, at 13, performed his bar mitzvah.

In Milwaukee, Pories attended Riverside High School where he was elected President of the Class. He received a full scholarship to Wesleyan University in Middletown, Connecticut where he majored in art and music. He received his MD with Honor at the University of Rochester where, as a medical student, he also pursued research with his mentor, William Strain, PhD, he was the first to report that Zn is essential for animal and human nutrition, for wound healing and the growth of cancers. As contributors to the "Green Revolution", they discovered that two cents worth of zinc added to a ton of feed increased feed efficiency by 20 percent, brought broilers to market in six rather than ten weeks and accelerated first egg laying by 45 days. They continued to add discoveries with the roles of other trace

elements and the technologies required for analyses. Instead of continuing the career in research, Pories, chose to pursue surgical training in general and cardio-thoracic surgery at the Strong Memorial Hospital/University of Rochester. At the beginning of his intern year, he joined the US Air Force; during his third year of training, he served a year as a biochemist on the Manhattan Project investigating the effects of the atom bomb thermal radiation. Following his residency, he became the Chief of Surgery at Wright Patterson Air Force Base where he cared for the injured from the Vietnam War for five years. After serving 12 years as a career officer, he joined the University of Rochester as an Assistant Professor of Surgery where during his two years as a faculty member he founded and directed the Cancer Center. In 1969, he moved to Cleveland to serve as Vice Chair of the Department and as Chief of Surgery at the Cleveland Metropolitan General Hospital. While there, he founded the combined Cancer Center of CWRU and the Cleveland Clinic. In 1977, he became the founding Chairman of Surgery at East Carolina University (ECU), a position he held for 19 years. He is currently the Director of the Metabolic Surgery Research Group at ECU.

In 1978, he rejoined the military as a Reserve Officer. Serving as Commander of his unit during the 1st Gulf War for which his hospital earned a presidential commendation medal. He retired in 1990 with the rank of Colonel with 24 years of service and a Legion of Merit.

Pories continued to pursue research in spite of his active surgical practice with an emphasis on pediatric and thoracic surgery. He was the first to describe the use of suction to promote wound healing and the first to perform a cysterna-chili/vena cava anastomosis for congenital absence of the thoracic duct. He was also the first to delineate the full and durable remission of type 2 diabetes following the gastric bypass. He was a Principal Investigator for the NIH/NIDDK study, the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) and continues his studies on the molecular mechanisms of type 2 diabetes supported by the NIH and industry.

Perhaps due to his background, he has also had an interest in international medicine. He hosted the



international scholars of the American College Annual Congresses for a decade, served short tours in Methodist mission including six weeks in Tripoli, Libya and four weeks in Kenya besides serving as an examiner for the certification of the medical school in Kuwait.

Dr. Pories has served as the President of the Society for Geochemistry and Environmental Health, the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, the Association of Program Directors of Surgery, the North Carolina Medical Board, the Surgical Review Corporation. He is, currently, the 2nd Vice President of the American College of Surgeons and Vice President of the Southern Surgical Association. He has also served as the editor-in-chief associate editor on a number of journals.

He is the recipient of a number of research honors, including the Goldwater Award in Nutrition, the McGovern Award, the ECU Lifetime Research Achievement Award and the O. Max Joyner Award, and the designation as an "Icon of Surgery" by the American College of Surgeons, among others.

Among his hobbies is cartooning the foibles of academia and trying to make watercolors behave. He published a book of his cartoons, "Is There A Surgeon in the House" in June 2016.

Dr. Pories lives on a working farm in eastern North Carolina with this wife, Dr. Mary Ann Rose, a professor in the ECU College of Nursing. They have six children, dogs, cats and a variety of livestock including a llama and two alpacas whose job is to protect the goats. In addition to deer, wild turkeys foxes and a bobcat, there is also a family of bears who roam on the farm's banks of the Tar River.

Zum Geleit

Einundsiebzig Jahre nach Ende des Zweiten Weltkriegs, und dem Ende der Shoa, legt die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihren Beitrag zur „Trauerarbeit“ der sogenannten Vergangenheitsbewältigung ihrer eigenen Geschichte vor. Das ist spät, aber nicht zu spät.

Warum so spät? Die Schriften, die sich mit dieser Frage beschäftigen – und inzwischen auch mit der Frage „Warum jetzt überhaupt noch?!“ – füllen ganze Bibliotheken. Dabei wird schnell klar, dass das Phänomen der Verdrängung, ja, auch der Verleugnung, keineswegs auf Deutschland und die Deutschen beschränkt ist. In diesem Zusammenhang, komme ich nicht umhin einen Außenstehenden zu zitieren. Timothy Garton Ash, Professor für Moderne Geschichte in Oxford und profunder Kenner beider Hälften Deutschlands, hat am Ende einer meisterhaften Besprechung des Oskar-prämierten, deutschen Films „Das Leben der Anderen“, diese bemerkenswerte Zwischenbilanz gezogen:

Das Deutschland, in dem dieser Film zu Beginn des 21. Jahrhunderts gedreht wurde, ist eines der freiesten und zivilisiertesten Länder auf dieser Erde. In diesem Deutschland werden heute Menschenrechte und bürgerliche Freiheiten sorgsamer und wirkungsvoller geschützt als – es schmerzt mich dies zu sagen – in den traditionellen Heimatländern der Freiheit, wie Großbritannien und den Vereinigten Staaten.

In diesem guten Land haben sich die Professionalität seiner Historiker, das investigative Geschick seiner Journalisten, die Ernsthaftigkeit seiner Parlamentarier, die Großzügigkeit seiner Stifter, der Idealismus seiner Priester und Moralisten, das kreative Genie seiner Schriftsteller und ja, die Brillanz seiner Filmemacher alle zusammengetan, um in der Vorstellung der Welt die Verbindung von Deutschland mit dem Bösen un-

auslöschlich zu zementieren. Doch ohne diese Anstrengungen wäre Deutschland niemals ein so gutes Land geworden. Hat es jemals in der gesamten Geschichte menschlicher Kultur eine widersprüchlichere Leistung gegeben?

T.G. Ash „The Stasi on our Minds“,
New York Review of Books, 54, Nr. 9 (2007)

Der 2. Band, über „Die Verfolgten“, zählt zu diesen Anstrengungen. Dabei geht es nicht um die Täter, Mittäter oder Wegschauenden, sondern um die etwa 300 Opfer, zwischen 1933 und 1945 verfolgte, jüdische Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. In einem, Josef Stalin zugeschriebenen, Zitat heißt es: „Der Tod eines Einzelnen ist eine Tragödie, aber der Tod von Millionen nur eine Statistik“.

Genau da setzt dieses Buch an, indem es jedem Einzelnen der Verfolgten, in einer Kurzbiographie, ein Denkmal setzt. Leider sind die Zeitzeugen inzwischen nicht mehr am Leben. Oft bleiben nur noch die dünnen Daten irgendwelcher Archive, manchmal die bewegenden Eingaben an die Entschädigungsbehörden.

Da ist es tröstlich, dass wenigstens Einer, der berühmte, von uns allen hochverehrte Rudolf Nissen, von seinem späteren Baseler Nachfolger, Felix Harder, beispielhaft hervorgehoben wird. Und da fühle ich mich ermutigt die noch verbleibenden Zeilen dieses Geleitworts, einem völlig Unbekannten unter diesen 300 Verfolgten zu widmen, dem einzigen, dem ich schicksalhaft begegnen durfte.

Als ich, als zehnjähriger Flüchtling, zusammen mit meiner Mutter, am 3. März 1939, das rettende Ufer in Southampton erreichte, stand da eine charmante, quicklebendige Frau an der Schranke. Sie winkte einer Freundin, die mit unserem Schiff, der

berüchtigten „St. Louis“, weiter westwärts fahren sollte. Auf uns hat sie gewiss nicht gewartet. Auf uns wartete niemand. Aber sie hatte offenbar den kleinen Jungen mit Rucksack und Geige bemerkt. Und so kam sie im Zug nach Waterloo in unser Abteil, lud uns zu einer „cup-of-tea“ ein und begann ein langes Gespräch, unser erstes im fremden Land – auf Deutsch! Sie hieß Marie Schäfer und war selber 1935 mit ihrem Mann Hans aus Berlin nach England geflohen. Er war Chirurg und musste als 50-jähriger nun alle Prüfungen nachholen – eine harte Zeit. Aber dann bekam er eine kleine Allgemeinpraxis im Norden von London, in Enfield, wo wir sie unbedingt besuchen sollten. Und das taten wir dann auch, besonders, als ich elf Jahre später als Medizinstudent in London arbeitete. Ich sehe Hans Schäfer vor mir, diesen lebenswürdigen, bescheidenen und so gebildeten Mann, umgeben von seinen Büchern und Skulpturen; die größeren standen im

winzigen Garten. Er vermisste seine chirurgische Tätigkeit, aber er genoss hohes Ansehen in der Bevölkerung, als Hausarzt, und war den Engländern dankbar für das gewährte Asyl. Der Bilderbuchehe dieser beiden lebenswerten Menschen wurde 1953 ein tragisches Ende gesetzt, durch den völlig unerwarteten Tod Hans Schäfers, fünf Tage nach einer glatt verlaufenen Prostatektomie (von T. Millin selber durchgeführt), an einer Lungenembolie.

Es liegt nun an uns, vor allem aber an der jüngeren Chirurgengeneration, dieses Buch so zu lesen, dass so etwas nie wieder vorkommt.

Mannheim, im Oktober 2016

Michael Trede
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
1993/94

Vorwort der Herausgeber

*„Wehe, wenn ich erzähle,
wehe, wenn ich nicht erzähle“*

Thora, 192

Nach einstimmigem Beschluss des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie folgt nun 2017 der zweite Teil, ein Gedenkband, mit 308 Biographien deutscher jüdischer Chirurginnen und Chirurgen.

Die Recherchen beziehen auch Mitglieder benachbarter operativer Disziplinen ein (27). Ebenso finden jene meist jüngeren Kolleginnen und Kollegen Berücksichtigung, die aus rassischen Gründen oder nach frühzeitiger lebensrettender Flucht nicht mehr in den Aufnahmelisten unserer Fachgesellschaft erscheinen. Auch werden ab 1933 Mitglieder mit Randnotizen wie „Jude“, „Emigrant“, „Ausgeschieden“ (Flucht) und „Unbekannt verzogen“ (Lagerhaft) aus dem Register gelöscht (22). Die Namen und Daten zeigen, welcher unersetzlicher Verlust für die Patienten, die Wissenschaft und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie resultiert [u.a. 6–10, 19, 20, 22, 27, 28].

Wer heute mit Medizinstudenten und Chirurgen über unsere spezifische Zeit im Nationalsozialismus diskutiert, erlebt, dass die bewegenden Fakten und Konditionen der Vergangenheit meist unbekannt sind [12]. Bewusst sollen daher keine theoretischen Analysen und abstrakten Statistiken die konsequente juristische Ausgrenzung, Entehrung, Berufsverbote, Lagerhaft, Misshandlungen und Mord schildern. Vielmehr demonstrieren die erweiterten Curricula mit bestürzender Realität die individuellen Lebens- und Leidenswege. Diese ermöglichen eine empathische Anteilnahme, Identifikation, persönliche Reflexion und prägende Erinnerungen. Da bisher meist Beschreibungen aus chirurgischen

Teilbereichen mit oft unvollständigen Namenslisten vorliegen, werden nach Übereinkunft mit den jeweiligen Autoren die Fakten überprüft, erweitert und integriert, um eine gemeinsame Datensammlung der Verfolgten zu generieren [6, 9, 17, 21, 23, 27].

Wenn über 70 Jahre nach Ghetto, KZ und Emigration mit dem schmerzlichen Verlust von Familienmitgliedern die persönliche, tief traumatisierende Geschichte nicht veröffentlicht werden soll, respektieren wir diese verständlichen Grenzen. Falls trotz sorgfältiger und akribischer Recherche noch betroffene Kolleginnen und Kollegen unberücksichtigt bleiben, oder nur unvollständige Informationen vorliegen, bitten wir um Benachrichtigung für eine korrigierte weitere Auflage.

Die Verfolgung

Welche allgemeinen und Berufs-spezifischen Veränderungen entstehen durch die Rassengesetze und Verordnungen des Nationalsozialismus bereits ab 1933 und treffen unsere operativen Berufszweige essentiell?

Nach perfiden Diskussionen, Briefwechseln, Verhören, Abstammungsgutachten und juristischen Verfahren folgt die Kategorisierung in jüdisch bis vierteljüdisch, jüdisch versippt, Mischlings-Status oder Konvertit. Obwohl der faschistische Staat die operative Alltagsversorgung und insbesondere für geplante Kriege, eine suffiziente chirurgische Therapie für seine Soldaten und Zivilisten dringend

sicherstellen müsste, gelten für Operateure mit familiärem jüdischem Hintergrund nur noch dann Sonderrechte, wenn sie protegiert die Parteiprominenz versorgen.

Alle Juden in Deutschland erfahren brutale Zäsuren mit staatlich sanktionierter Bedrohung, Misshandlung und unverzüglicher Entfernung aus dem Amt. Chirurgen jeglicher Position verlieren die Voraussetzungen eines Klinikbetriebes oder einer operativen Praxis und damit die notwendigen Existenzgrundlagen zur Versorgung ihrer Patienten und der sozialen Absicherung ihrer Familien [2, 13, 15, 33]. Erschwerend kommt hinzu, dass während der chirurgischen Weiterbildung in der Regel initial mehrjährige unbezahlte Volontärjahre als selbstverständliche Kondition vorausgehen. Nur der Rückgriff auf externe finanzielle Unterstützung kann dann noch weiterhelfen.

Heutige Spekulationen „man habe ja von der hervorragenden Karriereposition auf die freie Niederlassung als Arzt ausweichen können“, erweisen sich meist als Trugschluss, da der neue Reichsgesundheitsführer Gerhard Wagner bereits ab 1933 für die konsequente Umsetzung der Rassendiskriminierung selbst bei Praxisvertretungen oder Beteiligungen sorgt. Sogar potentielle Einkünfte aus Publikationen und Begutachtungen für Versicherungen oder Berufsgenossenschaften werden jüdischen Kollegen entzogen. Daneben verschlechtern sich die Rahmenbedingungen auch für Kinder aus Familien mit jüdischem Hintergrund. Nach anfänglicher Integration in Jugendverbänden und Sportvereinen erleben diese tägliche Ausgrenzung, Schulentlassung, Ausschluss an den Hochschulen, Kontaktverbote, Kündigung, Wohnungsbeschränkung, dann Familientrennung oder das KZ. In das Konzept der Gleichschaltung integrieren sich Verbände, Berufsorganisationen und universitäre Strukturen, teils freiwillig, teils unter widerwärtiger Denunziation und Repression mit Assistenz ärztlicher Parteigenossen.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie erhält vom Reichsgesundheitsführer Dr. med. G. Wagner, später von dessen Nachfolger Dr. med. Leonardo Conti, wiederholt Kontrollbesuche zur politischen Ausrichtung. Die ohnehin eingeschränkten Befug-

nisse der Selbstverwaltung werden bei Beteiligung jüdischer Kollegen mit einem Ausschluß oder sogar einer Absage von Kongressen unverzüglich geahndet [3].

Lehrstühle und Chefarztstellen werden fortan nach Belieben freigeräumt und dann von Regierungsstellen nach dem Führerprinzip und nicht mehr nach Qualifikation oder universitären Berufslisten besetzt.

Selbst Publikationen unterliegen rigiden Kontrollen und straffer Selektion. Bereits 1933 finden wir den Reichsgesundheitsführer Wagner unter den Herausgebern der Münchener Medizinischen Wochenschrift, obwohl dessen eigene Publikationsleistungen bis dato keinerlei Kompetenz vermuten lassen. Mit regelmäßigen Schilderungen von Entlassungen erfüllt er jedoch seine spezifische Funktion: Er etabliert ein Netzwerk mit Psychoterror in dem medizinischen Fachblatt: Durch Berufsverbot ausgelöste erste Emigrationen werden als „Ruf ins Ausland“ kaschiert, andere Kollegen „bitten“ um Enthebung von ihrer chirurgischen Position oder „Beurlaubung wegen Krankheit“. Entlassungen erfolgen ohne Begründung – völlig legal – zur „Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ [29].

Dass die Bedrohungen durchaus ernst genommen werden sollen, demonstriert die Gleichschaltung weiterer Publikationsorgane: Neben der Anordnung, keine weiteren wissenschaftlichen Arbeiten mit Beteiligung jüdischer Autoren zum Druck oder bei erneuten Auflagen vorzusehen, verlangt Wagners Nachfolger, Conti, bereits am 1. Juli 1933 vom Springer-Verlag den arischen Schriftleiter E. Urban zu eliminieren. Dieser entlässt nicht seine jüdischen Redaktionsmitglieder und toleriert Kritik am System. Conti fordert die fristlose Entfernung: „widerigensfalls eine schon bereitstehende Hundertschaft den Verlag besetzen würde“. Die Position geht daraufhin nach „freiwilligem“ Verzicht an einen linientreuen Parteigenossen [25].

Die schleichende Entwicklung von Vertrauensbruch und rechtlosen Räumen zeigt sich exemplarisch auch bei Staatsbürgerpflichten:

Die zu Beginn des 1. Weltkrieges 1914/15 propagierte Einheit aller Deutschen durch Kaiser Wilhelm II., der selbst von den Sozialdemokraten frühzeitig

Unterstützung und Solidarität für seine Kriegspläne erfährt, soll nun auch die jüdische Bevölkerung einbeziehen: General Erich von Ludendorff vom Oberkommando Ost der Wehrmacht, der später Hitler an die Macht geleitet, richtet sich mit unbeholfenem Jiddisch „An die Jiden in Paulen, zusammenzuführen alle Kraften, mitzuarbeiten bei die Befreiung“ [18]. Im Kontrast zu wiederholt beleidigenden Kampagnen über jüdische Feigheit folgen, wie im Deutsch-Französischen Krieg 1870/71, erneut deutsche jüdische Chirurgen dem Ruf der Fahne „bis zum letzten Hauch von Mann und Ross“ (Wilhelm II.). Von den über 85 000 jüdischen Soldaten in der kaiserlichen Armee fallen mehr als 12 000 für das deutsche Vaterland. Die Chirurgen unter ihnen leisten ebenso pflichtbewusst Dienst an den Fronten, in den Lazaretten der Etappe und in der Heimat [1, 10, 23, 33].

Mehr als 3000 kehren als stolze Träger deutscher Auszeichnungen und Kriegsorden zurück, die zunächst die Akzeptanz als Deutsche in ihrem Bewusstsein zu bestätigen scheinen. Durch den Entzug der Wehrmachtspapiere, schließlich der Anordnung keine Orden in der Öffentlichkeit zu

tragen, endet jedoch die trügerische Integration und Anerkennung auch für treue Veteranen.

Einige Abbildungen demonstrieren hier die Reihe diverser Verdienstorden, die Eisernen Kreuze erster und zweiter Klasse, sowie des Roten Kreuzes verliehen an deutsche jüdische Kriegschirurgen. Am Ende gilt das Frontkämpfer-Privileg nur kurzzeitig. Danach besteht die Pflicht, das Ausgrenzungsmerkmal, den gelben Stern, zu tragen bis in die Konzentrationslager [1, 33]. Im weiteren Verlauf unterliegen sie zusätzlichen Entehrungen mit Verlust der Klinikstellung oder Praxis. Es bleibt noch der neue Status als Krankenbehandler mit Beschränkung auf jüdische Patienten.

Die für Juristen „korrekte Reichsfluchtsteuer“, ebenso die Judenabgaben, Depotleistungen oder der Verkauf einer Praxisausstattung unter Wert, reduzieren zusätzlich die Vermögenslage [2, 6, 7, 9, 15]. Diese massiven Repressalien verhindern vielfach eine frühzeitige und lebensrettende Emigration.

Zur Vorbereitung und Finanzierung finden wir daher aus der Not geborene Zwangsverkäufe von Immobilien zur Devisenbeschaffung, erpresste Versteigerungen und Heimeinkäufe, obwohl die



KZ-Deportation bereits feststeht. Der Diebstahl von Wohnungseinrichtung oder sakralen Sammlerobjekten gehören zu den bitteren Erfahrungen.

Emigration und Flucht

Die Biographien demonstrieren uns drastisch die soziale Ausgrenzung bis unter das Existenzminimum, die tägliche Diskriminierung und bei Pogromen die lebensbedrohliche Verfolgung.

Das Vertrauen in den Rechtsstaat hält sich trotz täglicher negativer Erfahrungen [2]. Die Entscheidung das Land nicht zu verlassen, wird auch von patriotischen Argumenten beeinflusst. Darüber hinaus wird die brutale Realität verdrängt, die außerhalb von bürgerlichem Vorstellungsvermögen liegt: Der Historiker Willy Cohn beschreibt akribisch die Veränderungen für das Judentum in Breslau ab 1933 und schätzt die aktuelle Situation eher als eine temporäre Erscheinung ein, da er in der Vergangenheit wiederholt antisemitische Ausschreitungen erlebt hat: Er bleibt bei seinem Besuch von Palästina nicht im gelobten Land.

Nach seiner Rückkehr diskutiert er im Januar 1938 im überlieferten Tagebuch das Verhalten von jüdischen Ärzten, die statt einer Vorladung der Gestapo zu folgen, mit ihren Familien fliehen. Er kritisiert ethische Defizite: „Alles Menschen, die in keiner Weise an eine Gesamtverantwortung denken“. Wenige Monate später wird er mit seiner Familie im Konzentrationslager ermordet [2].

Die Entscheidung, Deutschland zu verlassen, wird auch wesentlich geprägt von den zunehmend eingeschränkten Möglichkeiten in Europa und Übersee. Gegen eine Emigration bestehen bei den europäischen Nachbarn bereits 1933 sowohl in staatlichen Institutionen als auch in Ärzteverbänden erhebliche Bedenken gegen die jüdische Konkurrenz aus Deutschland. So fürchten Kollegen in Madrid „eine Masseneinwanderung deutsch-jüdischer Ärzte“. Diskussionen entstehen auch in den Ärzteorganisationen der Tschechoslowakei, der Schweiz, die eine Überfremdung fürchtet, Frankreich und Großbritannien. Trotz dieser dramatischen Entwicklung

behalten die USA ihre Einwanderungs-Quotenbildung und Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium insbesondere für jüdische Studenten bei. Großbritannien richtet sich nicht nach diesen Restriktionen und leitet jüdische Erwachsene und Kinder in die Vereinigten Staaten [11, 14, 19, 26, 29]. Die Situation verschärft sich durch die Zunahme von jüdischen Flüchtlingen aus den Gebieten in Mittel- und Osteuropa.

Mit der Konferenz von Evian in der französischen Schweiz, versuchen 32 Staaten 1938 geordnete Fluchtmöglichkeiten zu etablieren, jedoch ohne klare Absprachen zu erzielen. Keiner der diplomatischen Vertreter fühlt sich zuständig. Es resultiert im „christlichen Abendland“ eine beschämende Aufnahmekultur: Österreich leistet sich zu diesem Zeitpunkt in Wien den mehrtägigen Anschlusspogrom mit widerwärtigen, öffentlich zur Schau gestellten Exzessen gegen jüdische Mitbürger. Ungarn erhält ein antisemitisches Regime, Italien den wenig erfolgsversprechenden Faschismus, die Schweiz führt den Visumszwang für Reisende aus Österreich ein. Lord Winterton stellt fest, „das Vereinigte Königreich ist kein Einwanderungsland“. Der amerikanische Delegationsführer Taylor will die Einwanderungsquote nicht erhöhen und die übrigen Kosten von privaten Organisationen tragen lassen. 1939 werden dann nach einer Gallup-Umfrage mehr als 60 Prozent der Bevölkerung seines Landes die Aufnahme von bedrohten jüdischen Kindern aus dem nationalsozialistischen Deutschland ablehnen [11, 26, 30]. Der französische Vertreter hingegen betont den unerschütterlichen humanitären Willen seines Landes und empfiehlt sichere, ferne Ziele!

Verhandlungen des „Intergovernmental Committee on Refugees“ mit führenden Deutschen Dienststellen haben zunächst zum Ziel, die Auswanderung jüdischer Flüchtlinge nach deren Vermögensentzug in die Zielländer zu beschleunigen. Unter Reinhard Heydrich und Adolf Eichmann organisieren die Zentralstellen dann die Deportationen in die Vernichtungslager. Eine Flucht über illegale Auswanderungswege gelingt bei fortgesetzten Pass- und Visumeinschränkungen nur noch über benachbarte Staaten in Europa u.a. nach Südamerika und Fernost.

Wie die Biographien zeigen, entstehen, falls die Emigration gelingt, selbst für erfahrene Chirurgen entehrende Hürden, z. B. erneute Assistenzjahre, Examensprüfungen und Arbeitslosigkeit, was insbesondere älteren Kollegen mit Sprachschwierigkeiten erhebliche Integrationsprobleme bereitet. Zwingt die Kriegsausdehnung das Exil in ein anderes Land zu verschieben, stehen nicht selten erneut erniedrigende Prüfungen an [6, 7, 11, 14, 20].

Auch die Auswanderung nach Palästina ist mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten vergesellschaftet. Die Flüchtlinge entstammen im Regelfall aus spezialisierten Chirurgischen Kliniken und Praxen mit hochgradig technischer und personeller Ausstattung. Am neuen Lebensort ist hingegen meist operative Basisversorgung mit reduzierter Stellenanzahl und geringerer Besoldung gefragt.

Andrea Livnat apostrophiert diese Diskrepanz in Erez Israel: „Eure Vorstellungen entsprechen nicht der hiesigen Wirklichkeit“. Später werden auch diese Emigranten zu einer qualitativ sehr hochwertigen Medizin im Staat Israel beitragen [6, 9, 16, 28, 34].

Überleben und Rückkehr

The Past is not dead, it isn't even past

W. Faulkner

Nach dem Weltkrieg mit Millionen Toten und dem Ende der Nazi-Diktatur finden die Armeen der Siegermächte bei der Befreiung der Konzentrationslager nur wenige Überlebende des Holocaust. Diese sind durch vernichtende Zwangsarbeit, Nahrungsentzug, Prügelstrafen, somatische Krankheiten und schwergradige, chronische posttraumatische Belastungsstörungen gezeichnet [4, 5, 13, 34]. Die unter dem Begriff „DP“ (displaced person) zusammengefassten Häftlinge erleben zunächst zur Notfallversorgung und Stabilisierung eine nochmalige, sehr belastende Unterbringung in Lagern.

Die leidvollen Erinnerungen, Erfahrungen mit Schuldgefühlen, die verzweifelte Suche nach Verwandten und der vollständige Verlust des sozialen Umfelds lassen die Betroffenen verstummen. Eine

zuvor stützende jüdische Gemeindefunktion ist meist ausgelöscht, der eigene Glaube durch die grausamen Erlebnisse erschüttert. Noch Jahrzehnte später zeigen die Erkenntnisse der Traumaforschung das gesamte Spektrum der Langzeitschäden grausamer Haftbedingungen [4, 5, 9, 34].

Unsere Imagination reicht nicht aus, etwa die unmenschlichen Erlebnisse aus der Jugendzeit von Alexander Appel nachzuvollziehen. Er entkommt den Mordaktionen des NKWD und der SS in seiner Heimat Galizien, es gelingt ihm die Flucht in die USA. Schließlich Rückkehr und chirurgische Tätigkeit in Krakau, dann Haifa und Tel Aviv und am Ende Frankfurt, wo der bescheidene, international belesene und erfahrene Operateur bleibende Aufnahme in einem neuen sozialen Umfeld findet. Nur selten wird er berichtet. Sein Brief zum ersten Teil unserer Dokumentation 1933–1945 gilt uns als wesentliches Zeugnis.

Die Reintegration und insbesondere die Entschädigung für erlittenes Unrecht werden nicht selten von Beamten und Juristen bearbeitet, die zuvor für eben diese Konditionen Verantwortung tragen. Buchstabengetreu werden nun Urkunden, Zeugnisse, Tätigkeitsnachweise sowie Katastereinträge und Erbschaftsscheine von Betroffenen und Angehörigen eingefordert, denen oftmals nur das bloße Überleben bleibt.

Dazu finden wir in den Biografien unserer Rückkehrer aus der Emigration würdelose Verwaltungsakte von bis über 20 Jahre Dauer. Im Kampf um die Anerkennung von Renten oder Pensionsleistungen fehlen Versicherungsjahre durch rassisches Berufsverbot und KZ Aufenthalte. Witwen aus Mischen benötigen einen Rechtsstreit, um die zuvor erzwungene Ehescheidung rückgängig zu machen und damit Ansprüche für sich und die Kinder durchzusetzen. Immobilien, die den Bombenkrieg überstehen, sind meist von neuen Besitzern, deren Mietern oder von weiteren Flüchtlingen belegt [5, 20, 27, 34].

Die „Provenienzforschung“ versucht sogar noch heute eine ehrliche Antwort zu geben auf Kunstraub, Plünderung von Bankkonten und Depots, betrügerische Wertgutachten und Übervorteilung von in Todesangst schwebenden Verkäufern.

Eine bemerkenswerte Interpretation und Grundhaltung zur beruflichen Wiedereingliederung der Verfolgten und Flüchtlinge findet sich noch im Januar 1948 auf den Seite 1 und 2 des Bayrischen Ärzteblattes. Trotz der beschämenden historischen Tatsachen führt der Präsident der Bayrischen Landesärztekammer Dr. Karl Weiler zur Erteilung einer Niederlassungsgenehmigung aus: „Insbesondere wird dies bittere Los solche Ärzte treffen, die ihren Wohnsitz in außerbayrischen Bezirken erst während des Krieges oder noch später freiwillig verließen. Diesen aus dem einen oder anderen Grund emigrierten Ärzten muss zu bedenken gegeben werden, ob es sich wirklich mit den ungeschriebenen Gesetzen ärztlicher Berufsauffassung verträgt, dass ein Arzt seine Klienten in Notzeiten verlässt“ [32]. Weiler, zuvor im Oberkommando der Wehrmacht als Sonderführer und beratender Psychiater tätig, entscheidet später über diese Probleme beim Hauptversorgungsamt Bayern.

Nach der Auflösung des deutschen Rechtsstaates werden die Namen und Identität unserer jüdischen Kolleginnen und Kollegen durch tätowierte KZ-Nummern ersetzt. Unter Missachtung der Menschenrechte beginnt das Vernichtungssystem des Holocaust. Darüber hinaus sollen radikale NS-Maßnahmen von der Beseitigung der Publikationen bis hin zur Zerstörung von Thorarollen und Grabanlagen die Zeichen jüdischer Existenz für immer auslöschen.

In der öffentlichen Diskussion bleibt die Frage, ob Gedenkbücher nach diesen Fakten und einem Zeitintervall von über 70 Jahren noch eine adäquate Form von Erinnerungskultur darstellen?

Lassen wir Ivan Levkovits, einen der letzten Überlebenden aus dem Konzentrationslager Bergen-Belsen, antworten [15]:

*„Wäre es nicht höchste Zeit, Zeugnis abzulegen,
bevor unser Gedächtnis endgültig nachlässt und die Kräfte nicht mehr reichen?“*

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie stellt sich dieser Verpflichtung.

„Nun steht es geschrieben“

Die Herausgeber im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer
Präsident 1996/97

Prof. Dr. med. Ernst Kraas

Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau
Präsident 2006/07

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt ihrer Autorin, Dr. phil. Rebecca Schwach, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, für ihre akribischen biographischen Recherchen, ihre jahrelange Ausdauer und stete Kommunikationsbereitschaft.

Literatur und Quellen

1. Berger, M. (2006) Eisernes Kreuz und Davidstern. Die Geschichte jüdischer Soldaten in deutschen Armeen. Trafo Verlag, Berlin
2. Cohn, W. (2001) Kein Recht, nirgends. Tagebuch vom Untergang des Breslauer Judentums 1933–1941. (Neue Forschungen zur Schlesischen Geschichte. Hrsg: Joachim Bahlcke, Band 13/1-2). Böhlau, Köln, 1. Aufl, S 361
3. DGCH „Die roten Bücher“, Berichte der Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1933–1945. Depot der DGCH Geschäftsstelle Berlin
4. Durst, N. (2008) Konsequenzen aus den Erkenntnissen der Traumaforschung. In [34], S 17–25
5. Erdheim, M. (2008) Die Bedeutung der Migration in jüdischen Lebensentwürfen. In [34], S. 32–38
6. Erez Israel (2015) Jüdische Ärzte aus Deutschland und ihr Anteil am Aufbau des israelischen Gesundheitswesens. haGalil e.V. [<http://aerzte.erez-israel.de/>]
7. Flexner, A. (1940) I remember. Simon & Schuster, New York (zitiert bei [8])
8. Friedman, P. (1999) The arduousness of excellence. Mitt DGCH 28: 86–92 (genehmigter Nachdruck aus Arch Surg (1998) 133: 354–360)
9. GENI: Reich Refugees during Holocaust 1933–1945. [<https://www.geni.com/projects/Reich-Refugees-during-Holocaust-1933-1945/24607>]
10. German Society of Neurosurgery: 50 years. Hansisches Verlagkontor, Lübeck (2002)
11. Halperin, E.C. (2001) The Jewish problem in U.S. medical education 1920–1955. J Hist Med Allied Sci 56: 140–167
12. Kühl, R., Ohnhäuser, T., Westermann, S. (2009) Umfrage zum Nationalsozialismus: Mangelnde Grundkenntnisse. Dtsch Ärztebl 106: A-1979/B-1699/C-1663
13. Langer, A. (2014) NS-Opfer in Israel: Holocaust, ein Leben lang. Spiegel Online 24.1.2014 [<http://www.spiegel.de/panorama/holocaust-therapie-fuer-ueberlebende-in-israel-bei-amcha-a-945094.html>]
14. Lerner, B.H. (2009) In a time of Quotas, a quiet pose in defiance. New York Times 25.5.2009 [<http://www.nytimes.com/2009/05/26/health/26quot.html>]
15. Levkovits, I.; Hrsg (2016) Mit meiner Vergangenheit lebe ich. Jüdischer Verlag im Suhrkamp Verlag, Berlin
16. Livnat, A. (2012) „Eure Vorstellungen entsprechen nicht der hiesigen Wirklichkeit“. Der Anteil deutschsprachiger Juden am Aufbau des Gesundheitswesens in Erez Israel. Antogo Verlag, Nürnberg [<http://aerzte.erez-israel.de/images/nurinst2012.pdf>]
17. Lorz, A. (2013) Dr. med. Otto Michaelis./Dr. med. Ludwig Frankenthal. Ärzteblatt Sachsen 11: 477–479/495–497
18. Ludendorf, E. v. (1914/1915) Zu die Jiden in Paulen. Die Welt v. 9.11.1968 (auch bei Cohn [2])
19. Medawar, J., Pyke, D. (2001) Hitler's gift: scientists who fled Nazi Germany. Richard Cohen Books/European Jewish Publication Society, London
20. Nissen, R. (1969) Helle Blätter, Dunkle Blätter. DVA, Stuttgart
21. Probst, J. (2013) Gedenken der jüdischen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin. OUMN Heft 5: 606–613
22. Raute, M. (2014) Jude – venia entzogen 1934. Schicksale deutsch-jüdischer Chirurgen nach 1933. Leipziger Universitätsverlag, Leipzig
23. Rütt, A. (1990) Schicksal und Leistung unserer jüdischen DOG Mitglieder im Nationalsozialismus. DOG Mitt 1: 5–14
24. Sachs, M. (2011) In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933–1945, Band I: Die Präsidenten. Kaden Verlag, Heidelberg
25. Sarkowski, H. (1996) Der Springer-Verlag. Stationen seiner Geschichte. Teil I: 1842–1945. Sechster Abschnitt: Jahre der Gefahr 1933–1945. Springer, Berlin
26. Schmid, T., Heim, S. (1998) Wir sind kein Einwanderungsland. Wie sich 1938 auf der Konferenz von Evian 32 Staaten höflich davor drückten, die deutschen Juden zu retten. Die ZEIT 28 v. 2.7.1998
27. Schwoch, R. (2011) Verfolgte und Vertriebene unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933–1945. Band I: Die Präsidenten. Kaden Verlag, Heidelberg
28. Shipman, A.R. (2015) The German experiment: health-care without female or Jewish doctors. Int J Womens Dermatol 1: 108–110
29. Spatz, H.; Schriftleiter (1933) Zu Wagner, G. – Eintritt in das Herausgebergremium nach der Machtergreifung (!). Münchener Medizinische Wochenschrift – 80. Jahrgang – Herausgebergremium: Bäumlner, C., Bier, A., Sauerbruch, F., u.a. [Verlag Lehmanns, München]
30. Stürzenhofecker, M. (2015) Jüdische NS-Flüchtlinge waren in den USA nicht willkommen. 18.11.2015 [<http://blog.zeit.de/teilchen/2015/11/18/ns-fluechtlinge-usa-syrien-juden/>] D Historical Opinion Gallup, July 1938: What's your attitude towards allowing German, Austrian & other political refugees to come into the US. @HistOpinion, 17.11. 2015 [<https://twitter.com/HistOpinion>]

31. Trede, M. (2003) Der Rückkehrer. Ecomed, Landsberg
32. Weiler, K. (1948) Zum neuen Jahr. Bayrisches Ärztebl 3 (1/2): 1–6 [www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/1948/01/komplettpdf/01_1948.pdf]
33. Werner, J. (1990) Hakenkreuz und Judensterne. Das Schicksal Karlsruher Juden im III. Reich. (Stadtarchiv, Band 9 Hrsg: G.H. Schmitt). Badenia Verlag, Karlsruhe
34. Wissgott-Moneta, D. (2008) Jeder ist einzig, Arbeit mit Überlebenden der Shoah. In [35], S. 50–58
35. Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. – ZWST, Hrsg (2009) Konferenz: Rezeptionen der Shoah und ihre Auswirkungen auf die Praxis. 2.-5. 11.2008, Frankfurt/Main [http://zwst.org/cms/documents/387/de_DE/Rezeptionen-Shoah-Tagung-2008.pdf]

Inhalt

Zum Geleit	
<i>Moshe M. Feuchtwanger</i>	VII
<i>Walter Pories</i>	IX
<i>Michael Trede</i>	XIII
Vorwort der Herausgeber	XV
Erinnern und Nachdenken – die Verantwortung der Heutigen	1
<i>Heinz-Peter Schmiedebach</i>	
Die Verfolgten	
<i>Rebecca Schwach</i>	
Entrechtet und ausgestoßen: 308 Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	9
Abkürzungen/Nachweise/Literatur	269
Flecken auf der weißen Weste?	283
Einige Gedanken zu Flesch-Thebesius, Foerster, Hessmann, Kessel, Rosenthal, Schuchardt und Wessely	
Moritz Borchardt (1868–1948)	299
<i>Hartmut Collmann</i>	
„Spuren lesen“ – Hans May und Erich Lexer	307
<i>Hans-Ulrich Steinau</i>	
Rudolf Nissen – ein großer Vorfahr	313
<i>Felix Harder</i>	
Über die Notwendigkeit des Erinnerns	319
<i>Wolfgang Benz</i>	
Anhang	#
Personenverzeichnis	#
Danksagungen	#

Erinnern und Nachdenken – die Verantwortung der Heutigen

Das Erinnern an angenehme und positiv konnotierte Ereignisse und Erlebnisse aus der Vergangenheit ist nicht an Abwehr oder Zurückweisung gekoppelt, sondern wird als wohltuend empfunden. Durch eine immer wieder erfolgende Wiederholung, zu der visuelle, erzählende und andere Techniken beitragen können, wird es von Zeit zu Zeit aufgefrischt und so in ein Dauerhaftes überführt. Im Gedächtnis werden die Inhalte bewahrt. Die erinnerten Geschehnisse stehen deswegen aber nicht dauernd im Vordergrund des Denkens oder Handelns, sondern treten von Zeit zu Zeit, getriggert durch äußere Anlässe oder Rituale, ins Bewusstsein und gestalten ein erinnerndes Erleben. Für dieses Erleben braucht es selten, wenn es sich um individuelle oder familiäre Angelegenheiten handelt, einer institutionalisierten Verankerung; verwandtschaftliche Treffen, gepaart mit Erzählungen genügen meistens, um die Erinnerungen zu aktivieren. Bei historischen Ereignissen, auf die ein Staat, eine Gesellschaft oder gesellschaftliche Gruppe stolz ist, wie z.B. gewonnene Kriege, Entdeckungen, Erfindungen o.ä. werden Erinnerungen, teilweise in institutionalisierte Formen gegossen, gerne immer wieder aufgefrischt, bietet sich doch auf diese Weise die Möglichkeit einer immerwährenden Selbstvergewisserung im Siegreichen und Erfolgreichen. Erinnerung kann so eine innere Stabilisierung und Identitätsstiftung von sozialen, politischen und kulturellen Gruppen fördern.

Anders sieht es mit Ereignissen aus, deren man sich schämen muss oder müsste und die mit un-

moralischem oder gar verbrecherischem Agieren verbunden sind; noch schwieriger tut man sich mit dem Erinnern, wenn es um Fehlverhalten eigener Familienmitglieder oder der eigenen Profession geht, erst recht, wenn (gar noch) persönliche Beziehungen den klaren Blick in die Vergangenheit immer wieder zu bemänteln drohen. In diesen Fällen dominiert das Nichterinnern, das Vermeiden und Abwehren der Erinnerung, motiviert und verstärkt durch Argumente, die eine Loyalität einfordern, oder den Wunsch, nicht als „Nestbeschmutzer“ dazustehen. Dieses Nichterinnern, damit das Vergessen von Verbrechen, kann somit mit Hilfe einer höchst problematischen Loyalitätsanforderung oder Beschwichtigungshaltung legitimiert werden. Im Gedächtnis sind diese Ereignisse dann ab einer gewissen Zeit nicht mehr abrufbar. Dieser Erinnerungsverlust, die Lücken im Gedächtnis, gefährden aber die Kohärenz einer Person oder einer Institution. Denn diese Kohärenz entsteht nur aus dem bewussten Umgang mit der eigenen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Wenn dieser Erinnerungsverlust bei einem Individuum eintritt und damit die Kohärenz des Selbst zerstört, spricht man diesem Vorgang eine pathologische Dignität zu. Bei Institutionen, wie z.B. wissenschaftlich-medizinische Gesellschaften, vermeidet man diese pathologische Bewertung. Dies mag damit zusammenhängen, dass sich die Geschichte solcher Einrichtungen meist über mehrere Generationen von Mitgliedern erstreckt und die individuelle Erinnerung einer Person auch beim allerbesten Gedächtnis eines Indivi-

duums nicht Ereignisse abrufen kann, die außerhalb des individuellen Erlebensintervalls liegen. Um aber die Vergangenheit einer Institution, die für das eigene Selbstverständnis dieser Organisation von großer Bedeutung ist, nicht dem Vergessen zu überantworten, gibt es Chroniken und andere Hilfsmittel, die auch das dokumentieren, was über den Rahmen eines individuellen Erinnerungsvermögens hinausreicht. Dadurch wird es ermöglicht, die Kohärenz auch von Institutionen und Organisationen, die auf eine über mehrere Generationen sich erstreckende Geschichte zurückblicken können, zu bewahren.

Das systematische, mit Hilfe der historischen Wissenschaft und anderer kultureller Fächer ermöglichte Erinnern steht mittlerweile im Zentrum einer historisch gestalteten Erinnerungskultur, die sich in den letzten Jahrzehnten weltweit etabliert hat. Dieses Erinnern soll nicht nur die Erfolge und positiven Ereignisse ins Bewusstsein rufen und dort verankern, sondern auch diejenigen Geschehnisse ansprechen, die mit Fehlverhalten, Menschenrechtsverletzungen und Unrecht verknüpft sind. Dabei geht es nicht nur um das mahnende Erinnern, wengleich dieses Argument einen hohen Grad von Legitimation besitzt und deswegen gerne aufgerufen wird. Mehr noch sollen andere Aspekte im Zentrum des Erinnerns stehen. So können z. B. die vielfach zunächst nur als anonyme Masse erscheinenden Opfer eines historischen Unrechts oder Verbrechens mit Hilfe der historisch eruierten konkreten Namen und Rekonstruktion der individuellen Schicksale aus der Anonymität herausgenommen und damit dem Vergessen entrissen werden. Die mit den Namen verbundenen einzelnen Schicksale und die damit zusammenhängenden Geschichten durchbrechen die abstrakte Ebene des nur Wissens über ein historisches Verbrechen; sie ergänzen das abstrakte Wissen durch individuelle Narrative und ermöglichen so eine lebendige Anteilnahme. Es geht also um mehr, als den Personen, die der Vergessenheit anheim zu fallen drohen, wieder einen Namen zu geben und sie zu menschlichen Individuen zu machen, so wichtig und bedeutsam dies auch ist. Es soll anhand der Darlegungen der sehr persönlichen und sehr unterschiedlichen Lebensschicksale auch Geschichten erzählt werden, die uns einerseits anrüh-

ren und doch andererseits die Möglichkeit geben, weiter zu denken und Analysen anzustellen. Damit haben wir den zweiten bedeutsamen Aspekt des Erinnerns angesprochen, nämlich die Anregung zum Nachdenken, zum Analysieren und Vergleichen mit der Gegenwart. So werden Dimensionen für die weiteren Zusammenhänge des zu erinnernden historischen Ereignisses eröffnet; grundsätzliche Aspekte, die als immer wieder in unterschiedlicher Gestalt auftauchende Gefährdungen das konkrete historische Ereignis überdauern, können reflektierend analysiert werden. Dem Erinnern kommt damit auch ein erkenntnisfördernder Gehalt zu. Aus all den angesprochenen Aspekten kann im guten Falle auch so etwas wie eine veränderte Haltung resultieren, die, ausgestattet mit einer hohen Sensibilität für aktuelle Gefährdungen, frühzeitig eventuell neu Drohendes erkennt.

Erinnern kann sich individuell im Kopf einer einzelnen Person als Erinnerungsprozess abspielen, der durch ein äußeres Ereignis angestoßen wurde. Diese äußeren Ereignisse können ein gesprochenes und gehörtes oder gelesenes Wort sein, aber auch ein Gegenstand, eine Erinnerungstafel z. B. oder ein explizit zur Erinnerung eingerichteter künstlerisch gestalteter Ort. Erinnerungen können aber auch kollektive Formen annehmen, wiederum durch Worte und Diskussionen initiiert, aber auch durch gemeinsames Besuchen von Orten, die einem gemeinsam erlebten Erinnerungsprozess Raum gewähren. Gemeinsame Erinnerungsprozesse nehmen häufig die Gestalt eines Rituals an, bei dem nach einem vorgegebenen Muster das Erinnern strukturiert ist und zelebriert wird.

Wichtig für das Erinnern sind also Orte, die den Erinnerungsprozess in Gang setzen, vielleicht auch in eine bestimmte Richtung lenken. Diese Orte müssen keineswegs besonders gestaltet sein, ein Hörsaal kann ebenso wie ein Wohnzimmer als Ort für den Gedankenaustausch hinreichend sein. In den letzten Jahrzehnten haben gestaltete Orte in dieser Hinsicht sehr an Bedeutung gewonnen, seien es Denkmäler, Gedenkstätten, Gebäude mit Tafeln, Kunstwerke oder sonstige performativ genutzte Räume. Erinnerungsorte werden gegenwärtig als ein „Erfolgskonzept in den Kulturwissenschaften“

bezeichnet, wie es im Titel des von Stefan Berger und Joana Seiffert herausgegebenen Buchs aus dem Jahre 2014 heißt.

Auch das geschriebene Wort kann Erinnerungsvorgänge anregen. Sind diese Worte in einem Buch vereint, so besteht einerseits eine Unabhängigkeit von einem bestimmten Erinnerungsort, denn das Buch kann im Prinzip überall hin mitgenommen und gelesen werden. Andererseits ist auch das Buch eine dreidimensionale „res extensa“, damit ein Raum einnehmender Gegenstand, der als ein fixiertes Gedächtnis aufgefasst werden kann. Das sich der Vergangenheit widmende Buch als Gedächtnis setzt nicht nur die Erinnerung in Gang, sondern füllt sie auch mit einem reichhaltigen Inhalt aus. Durch die Vermittlung von historischen Details und Zusammenhängen wird das erinnernde Gedenken durch das Denken ergänzt, es bleibt nicht bei der Anrührung durch die erzählten Schicksale, sondern es werden auch Fragen aufgeworfen, Analysen durchgeführt und vielleicht auch Bezüge zur Gegenwart hergestellt, also Denkprozesse in Gang gesetzt, die zu Konsequenzen im Hinblick auf die Gegenwart und auf zukünftiges Verhalten zielen können.

Diese Denkprozesse verlangen Zeit, können anstrengend sein und Verantwortung einfordern. All diese Konsequenzen werden nicht selten als Argumente angeführt, um sich dem Prozess der Erinnerung und des Nachdenkens nicht auszusetzen. Man hat keine Zeit, ein Buch zu lesen, die historischen Inhalte werden als nicht relevant abgetan und jegliche Bereitschaft, sich der dargelegten Materie auszusetzen, ist damit abgetötet. Jedoch ist die oben angesprochene Frage der inneren Kohärenz, die nur über die Auseinandersetzung mit dem Vergangenen erreicht werden kann, möglicherweise für den einen oder anderen ein hinreichendes Argument, um sich der Auseinandersetzung zu widmen. Insbesondere ist dies leichter möglich, wenn es sich um Institutionen wie Behörden, Ministerien oder Vereine und Gesellschaften handelt, die sich in der Vergangenheit menschenverachtend verhalten haben und beispielsweise jüdischen Kollegen aus ihren Reihen nach 1933 ausgeschlossen haben.

Das Nachdenken über die zusammengetragenen einzelnen Schicksale kann eine weitere Dimension

des Erinnerns gestalten und eröffnet einen neuen Weg, der weit über die spontane Reaktion eines wohlgefälligen „Das darf nie wieder passieren“ hinaus reicht. Nachdenken kann man über das historische Besondere und unter Zuhilfenahme von weiteren Analysen des historischen Geschehens sind Erkenntnisse über die Dynamiken von Prozessen des sozialen Ausschließens, der Verfolgung und der Entrechtung zu erhalten. Diese kamen im Nationalsozialismus in extrem klarer Zuspitzung und Offensichtlichkeit zum Ausdruck. Die Beschäftigung damit erschließt die komplexen Zusammenhänge zwischen den offensichtlichen Taten der Akteure, den weniger greifbaren Alltagsbenachteiligungen, den anonymen und unaufhaltbaren bürokratischen Abläufen, die nach nur wenigen kleinen Gesetzesänderungen mit entschlossener Konsequenz ihre brutalen Maßnahmen gegenüber den Betroffenen durchexerzieren, abgesichert und legitimiert durch eine neue Rechtslage. Die sich fatal ergänzenden offen terroristischen Aktionen auf der Straße mit dem geräuschlosen Funktionieren der Amtsgeschäfte, wie z.B. die Vermögensbemächtigungen durch die Finanzämter, werden in ihren Dimensionen erkennbar. Die im vorausseilenden Gehorsam vollzogene Anpassung der Privilegierten, die aus Angst um ihre Privilegien geschwiegen haben oder von den Ausgrenzungen und Enteignungen der Verfolgten profitieren konnten, zeigt, wie auch in fast passiver Weise der Entrechtungs- und Verfolgungsprozess unterstützt werden konnte. Die Gruppe der Akteure hat in extrem unterschiedlicher Intensität und Qualität die Verfolgung ermöglicht, sie weist je nach Grad der Aktivität eine ebenso große Vielfalt an Beteiligungsmustern auf. Das Betrachten dieser unterschiedlichen Beteiligungsgrade an der Verfolgung und das denkende Durchdringen der sich dabei entfaltenden Dynamiken ermöglicht nachhaltige Erkenntnisse, nicht nur im Hinblick auf die damaligen konkreten Ereignisse, sondern auch hinsichtlich der besonderen grundsätzlichen Dimensionen von gesellschaftlichen Exklusions- und Verfolgungsprozessen. Das Nachdenken könnte zudem auch den Aspekt der noch heute bestehenden Verantwortung ins Ziel rücken. Dabei müsste auch überlegt werden, welche Mittel und Wege in

Anwendung gebracht werden, um dem Erinnern und der gedanklichen Auseinandersetzung mit dem damaligen Unrecht in der chirurgischen Gesellschaft Kontinuität und Nachhaltigkeit zu geben.

Mit dem vorliegenden Werk hat die Verfasserin Rebecca Schwoch dazu wichtige Bausteine geliefert. Sie hat die Schicksale von 300 verfolgten chirurgischen Kolleginnen und Kollegen zusammengestellt, erzählt und die Namen dieser Personen öffentlich gemacht und so die Möglichkeit geschaffen, sich an diese Personen zu erinnern und deren konkrete Schicksale nachzuvollziehen. So konnte sie gewissermaßen einen leeren Punkt im Gedächtnis der chirurgischen Gesellschaft mit Inhalt füllen. Die Rekonstruktion der einzelnen Schicksale mit all den unterschiedlichen sehr eigenen Facetten macht es möglich, in weiteren Schritten nach Zusammenhängen zu fragen. Damit ist der Weg zum Nachdenken in all den oben angedeuteten verschiedenartigen Schattierungen gebahnt. Das Erinnern findet seine Ergänzung im Nachdenken über das Erinnerte.

Bei ihrer Rekonstruktion war Frau Schwoch auf die vorhandenen Quellen angewiesen, die allerdings nicht immer die Möglichkeit eröffneten, individuelle Schicksale umfassend darzulegen. Es bleiben auch nach dieser Arbeit und in diesem Buch Lücken offen. Das Buch macht dennoch vieles deutlich, so z. B. dass mit einer geglückten Emigration die Flüchtenden zwar dem NS-Terror entronnen waren und ihr Leben gerettet hatten, dass jedoch diese Bedingungen keineswegs alle Probleme gelöst hatten. Allzu häufig wird vergessen, dass sowohl die Flucht selbst wie auch der Versuch, im neuen Land sich vielleicht sogar im alten Beruf niederzulassen, mit vielen Schwierigkeiten verbunden waren, die zermürbten und auch das Leben in der Emigration verkürzen konnten. Diese Schwierigkeiten reichen von bürokratischen Hindernissen über ungewohntes Klima bis hin zu einem beschwerlichen Umgang mit kulturell Unbekanntem, was nicht ohne weiteres zu überwinden war.

So sind die vor den Emigrationen einsetzenden alltäglichen Demütigungen, wie sie beispielsweise Eduard Albers (18.3.1867–1.2.1940) erleben musste, ausführlich rekonstruiert worden. Albers, katho-

lischen Glaubens, hatte im Mai 1908 das Franziskus-Krankenhaus in Berlin mitbegründet. Sukzessive war er gezwungen, ab 1934 alle möglichen Funktionen aufzugeben. Die dauernden Demütigungen, denen er sich im Umgang mit Behörden, der kassenärztlichen Vereinigung usw. ausgesetzt sah wie auch die Anrempelungen auf der Straße wegen seines Aussehens und die Drohungen im Hause, zermürbten ihn und trugen zu einem gesundheitlichen Verfall bei, der bis zu seinem Tode ein qualvolles Siechtum bedeutete.

Auch die besondere abhängige Lage der zur Emigration Gezwungenen wurde teilweise ausgenutzt. So musste Hugo Eckstein (29.6.1875–16.4.1945), der nach einer kurzen Inhaftierung in Sachsenhausen über die Schweiz nach Palästina auswandern konnte, von seinem Fürsprecher und Notar in Solothurn erfahren, dass dieser nur nach äußerstem Einsatz und dank seiner Beziehungen es geschafft habe, die Einreise für ihn zu erwirken, die anlässlich der ersten Besprechung in Berlin noch verhältnismäßig leicht zu erreichen erschien. Angesichts der ganz besonderen Schwierigkeiten, welche persönlich für den Notar entstanden seien, teilte dieser mit, dass er vom früheren vereinbarten Honorar abweiche und als Honorar nunmehr den Betrag von RM 10 000 berechne.

Auch die Entwürdigungen, die mit dem Status des „Krankenbehandlers“ nach dem Entzug der Kassenzulassung 1938 verbunden waren, werden in verschiedenen Lebensläufen deutlich. Nicht immer kamen noch weitere Schicksalsschläge dazu, wie bei Hans Isidor Bettmann (1.3.1866–1942) aus Leipzig. Er war Gründungsmitglied im *Centralverein deutscher Staatsbürger jüdischen Glaubens*. Als „Krankenbehandler“ wurden ihm später nur noch vier Tage pro Woche mit je vier Stunden Sprechzeit eingeräumt. 1941 folgte der Entzug der deutschen Staatsangehörigkeit. Da er als einer der ersten in Leipzig die damals noch neue Röntgentechnik etabliert und benutzt hatte, erkrankte er später an einem Röntgenkarzinom an den Händen. Zwar konnte er am 9. März 1940 mit dem Schiff von Italien in die USA ausreisen, jedoch führten dieser Verlust seines Lebenswerkes und die Erkrankung schon 1942 zum Tode.

Besonders nahegehend sind Schicksale, bei denen die verfolgte Person bereits in Sicherheit war, aber nach Deutschland zurückkehrte und dann der Verfolgung und dem Tode nicht entrinnen konnte. Abraham Buschke (7.9.1868–25.2.1943), Vorsitzender der Dermatologischen Gesellschaft und mit über 250 Publikationen ein Wissenschaftler von hoher internationaler Reputation, hatte mitgeholfen, als Chefarzt den guten Ruf des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin zu begründen. Seine drei Söhne waren alle in die USA emigriert. 1937 befand er sich mit seiner Frau auf einer Vortragsreise in den USA und kehrte nach Deutschland gegen den Wunsch seiner drei in Chicago lebenden Kinder zurück. Am 4. November 1942 wurde er mit seiner Frau nach Theresienstadt deportiert, wo er bereits drei Monate später in völliger Entkräftung und infolge einer schweren Enteritis verstarb.

Auch die Flucht, wenngleich erfolgreich bewerkstelligt, hat nicht immer vor antisemitischer Verfolgung geschützt. Hermann Engel (4.9.1886–16.5.1971), im Ersten Weltkrieg hoch dekoriert, war Mitbegründer der Deutschen Hochschule für Leibesübungen sowie der deutschen Sportarzbewegung. Im Oktober 1936 gelang ihm die Flucht von Italien nach Alexandrien. Doch im ägyptischen Exil, wo er als Arzt arbeitete, wurde die Familie 1949 erneut durch die zunehmende feindselige Haltung der nationalistischen, fremden- und judenfeindlichen Behörden und Bevölkerung nach dem verlorenen Krieg gegen Israel zu einer zweiten Auswanderung in die USA gezwungen. Das in ein Privathospital und in das orthopädische Institut investierte Kapital ging hierbei verloren. Durch den Verkauf der Möbel konnte die Ausreise ermöglicht werden. Ende 1949 eröffnete er eine kleine Praxis in New York, die allerdings nur zum Nötigsten reichte und ihn sorgenvoll in die Zukunft blicken ließ.

Noch grausamer waren die Erfahrungen, die Walter Kurt Fränkel (22.3.1889–3/1967) machen musste. Im Februar 1939 emigrierte er mit seiner Frau Gisela nach Manila auf die Philippinen, wo er bald die Lizenz zur Praxis erhielt und in seinem Beruf arbeiten konnte. Mit der Besetzung durch die Japaner, die zwischen 1942 und 1945 die Philippinen in ihre Macht gebracht hatten, wurde das Ehepaar Frän-

kel von den Grauen des Krieges eingeholt. Am 12. Februar 1945 wurden sie mit 17 weiteren Personen in ein Haus gebracht, wo sie von den Japanern umgebracht werden sollten. Seine Frau, die an seiner Brust lag, wurde durch einen Halsschuss ermordet. Er kam mit dem Leben davon und zog später in die USA, wo er seinen Namen in Walter K. Frankel änderte.

Rudolf Max Hirsch (geb. 1.4.1902) floh über mehrere Stationen nach Argentinien, musste dort aber nochmals sein ganzes Medizinstudium absolvieren. Er ging 1933 zunächst in die Niederlande, wo er an der Leidener Universität im Februar 1935 den Arzttitletler erwarb. Nach der deutschen Invasion der Niederlande am 9. Mai 1940 musste die Familie fliehen und wählte den Weg über Spanien nach Argentinien. Dort aber war er wegen nicht vorhandener Unterlagen gezwungen, erst das Abitur zu machen und dann das Medizinstudium erneut zu absolvieren. 16 Jahre nach der ersten Niederlassung in Würzburg und 13 Jahre nach der zweiten Niederlassung in Amsterdam konnte er sich in Buenos Aires niederlassen.

Nur sehr Wenigen war eine erfolgreiche neue Tätigkeit im Exil mit weitreichender Anerkennung vergönnt. Ein Beispiel dafür ist Sir Ludwig Guttmann (3.7.1899–18.3.1980), der sich 1930 in Breslau habilitierte, 1937 ärztlicher Direktor in Breslau am Israelitischen Krankenhaus war und von 1939 bis 1943 als Neurochirurg in Nuffield/Großbritannien arbeitete, um schließlich von 1943 bis 1967 als Direktor in Aylesbury/Großbritannien am Mandeville Hospital zu wirken. 1943 erhielt Guttmann von der britischen Regierung den Auftrag, das National Spinal Injuries Centre als erste Spezialklinik für Wirbelsäulenverletzte im Stoke Mandeville Hospital in Aylesbury aufzubauen. Im Februar 1961 gründete Guttmann die *British Sports Association for the Disabled*. In den 1960ern wirkte er auch als Berater des Bundesarbeitsministeriums, war für den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften tätig und half mit, das erste deutsche Zentrum für Querschnittsgelähmte aufzubauen. Guttmann erhielt hohe britische und ausländische Auszeichnungen, 1966 wurde er in England geadelt. Deutschland verlieh ihm das große Verdienstkreuz mit Stern.

Andere konnten aus verschiedensten Gründen im Exil den Beruf als Arzt nicht mehr ausüben, so wie Jakob Frank (21.5.1871–31.5.1953), der Direktor des Städtischen Krankenhauses Fürth und Leiter der Chirurgischen Abteilung. In der Pogromnacht vom 9. auf 10. November 1938 musste der inzwischen 67-Jährige in Eiseskälte stramm stehen, bis man ihn gegen sechs Uhr früh ins jüdische Hospital entließ, damit er sich um die Verletzten der Nacht kümmern konnte. Er konnte mit seiner Frau und einer Tochter über Norwegen auf einem Schiff die Reise nach den USA antreten, wo er am 3. Februar 1940 in New York eintraf. Seinen Beruf allerdings durfte er in den USA nicht mehr ausüben; als Altenpfleger hielt er sich über Wasser und starb 1953 in New York in bitterer Armut.

Die Entwürdigung und Demütigung, verbunden mit alltäglichen Sorgen hat nicht wenige, die nicht emigrierten, dazu gebracht, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen. Joseph Herzfeld (18.9.1863–2.10.1942), Facharzt für HNO-Krankheiten, hatte 1911 den Titel eines Professors wegen seiner wissenschaftlichen Arbeiten erhalten. Obwohl hochbetagt, bewarb er sich im September 1942, kurz vor der drohenden Deportation, um eine Facharztstelle am Jüdischen Krankenhaus Berlin. Ab 1938 war er als „Krankenbehandler“ tätig, jedoch sanken die Einkünfte auf ein Minimum. Bis zu seinem Freitod am 2. Oktober 1942 hat er seine Praxis aufrechterhalten. Auch Eugen Joseph (26.4.1880–24.12.1933), der sich 1910 für Urologie habilitiert hatte und 1928 Präsident der von ihm mitbegründeten Berliner Urologischen Gesellschaft war, nahm sich durch Erschießen das Leben, nachdem ihm am 4. September 1933 Ordinariat und die Lehrbefugnis entzogen worden waren.

Ein ganz anderes Schicksal wurde dem Orthopäden Kurt Eduard Hirschfeldt (9.1.1898–7.7.1971) zuteil. Er war seit 1928 Mitglied der SPD und wirkte als Kursleiter im Arbeiter-Samariter-Bund, war auch Mitglied und Ärztlicher Leiter im Reichsbanner in Königsberg. Im Mai 1933 wurde ihm vom Verein Königsberger Ärzte mitgeteilt, dass die Zulassung als Kassenarzt beendet sei, wobei neben seiner „nicht-arischen“ Herkunft auch das Engagement im Arbeiter-Samariterbund als Tätigkeit in einer

der Kommunistischen Partei ähnlichen Organisation angeführt wurde. 1938 war es ihm möglich, noch als „Krankenbehandler“ weiterzuarbeiten. Als zwangsverpflichteter Arzt in einer „Deportations-sammelstelle“ hatte er rechtzeitig von seiner eigenen Deportation erfahren und tauchte am 18. November 1942 unter, hielt sich bis Kriegsende in Berlin sowie in Wäldern der Umgebung erfolgreich versteckt. Er war dabei aktiv im Widerstand tätig. 1948 wanderte er mit seiner Ehefrau Edith Berlow, offenbar wegen eines anhaltenden Antisemitismus, in die USA aus. Auch die nach dem erlittenen Unrecht, der erzwungenen Emigration und dem Vermögensverlust häufig von den bundesdeutschen Behörden zu bearbeitenden Entschädigungsvorgänge sind keineswegs reibungslos verlaufen. Viele der Opfer wurden hingehalten, indem immer wieder neue Unterlagen und Belege, Zeugenaussagen und weitere Zeugnisse nachgefordert wurden, so dass die Verfahren nicht zeitnah zu einem Abschluss gelangen konnten. Ein Beispiel für diese Art der Verzögerung bietet der Entschädigungsantrag von Erich Wilhelm Gottschalk (30.7.1879–30.7.1954). Er war mit einer Nichtjüdin verheiratet. Ab August 1935 wurde ihm die Krankenhauspraxis untersagt, was den Ruin seiner Klinik bedeutete. Er zog nach Berlin, wo er überleben konnte. 1952 beschwerte er sich über die Dauer des Entschädigungsverfahrens, da er acht Monate nach Antragstellung auf eine à-Conto-Zahlung auf die Gesamtsumme seiner zu beanspruchenden Entschädigung noch kein Geld erhalten hatte. Er beklagte, dass er verschiedene Unkosten durch notarielle Verhandlungen und andere Bescheinigungen gehabt habe. Mittlerweile war er fast 73 Jahre alt. Laut Unterlagen war das Entschädigungsverfahren Gottschalks über seinen Tod hinaus noch nicht abgeschlossen; es wurde von seiner Frau Luise Gottschalk weitergeführt.

Über die hier nur skizzierten Schicksale geben die nachfolgenden Kapitel im Buch genauer Auskunft. Die Personen und deren Leben sind alle durch eine Einzigartigkeit gekennzeichnet und zeigen, dass individuelles Schicksal nicht homogenisiert werden kann, auch wenn die politische Ursache dieselbe ist und als letzter Grund für alle das Leid angesehen werden muss. Die im Detail nachzulesenden

Ereignisse geben sehr viel tiefere Einblicke in die einzelnen Schicksale und machen es möglich, größere Zusammenhänge zu erkennen. Es erweitert das Wissen und eröffnet neue Perspektiven, wenn eine methodisch ausgewiesene vergleichende Analyse der individuellen Lebensläufe der erfassten Personen im Rahmen einer sogenannten Kollektivbiographie angefertigt wird. Die in diesem Werk enthaltenen Daten liefern dafür im Sinne einer Grundlagenforschung eine sehr gute Ausgangsbasis. Frau Schwoch betritt auch diesen Weg und stellt der Darlegung der Einzelschicksale eine kollektivbiographische Auswertung voran. Diese ist bei Weitem nicht komplett und erschöpfend, vermittelt aber weitere Eindrücke, die über die isolierte Darstellung von Einzelschicksalen hinausreichen. Für die Suche nach Antworten auf die Frage, wie die heutigen Nachfolger in den wissenschaftlichen

Gesellschaften mit diesem Teil ihrer eigenen Geschichte umgehen wollen und welche Erinnerungswege sie wählen, bietet das vorliegende Werk eine äußerst solide Grundlage. Der große Schritt, die betroffenen Personen aus der Anonymität zu holen und ihre Namen in Verbindung mit ihrem persönlichen Schicksal bekannt zu machen, ist getan. Damit sind auch alle Voraussetzungen geschaffen, um zu überlegen, welche Wege beschritten werden können, um die Erinnerung an diese aus der brutalen Politik einer alle Menschenrechte missachtenden Ausgrenzung, der Demütigung, Entrechtlichung und Verfolgung resultierenden Schicksale einzelner Kolleginnen und Kollegen wachzuhalten, und wie das Erinnern und die Verantwortung in Zukunft gestaltet werden können.

Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach, Berlin



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6450 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 145. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Zweck der Gesellschaft ist laut Satzung „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, dessen kritischer Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen unseres Faches. Die chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Nachwuchsförderung durch Vergabe zahlreicher Preise und Stipendien an in- und ausländische junge Wissenschaftler sind weitere Kernaufgaben. Kontinuierliche Bemühungen gelten der Pflege internationaler Kontakte und der Beziehung zu den Nachbarfächern, zu Wissenschafts-Organisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

Der traditionsreiche Deutsche Chirurgenkongress mit seiner schwerpunkts- und gebietsübergreifenden Themensetzung wurde früher ausschließlich in Berlin und nach dem Krieg über 40 Jahre in München abgehalten. Kongressort ist jetzt im jährlichen Wechsel Berlin und München.

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2003 neu strukturierten Weiterbildungsordnung mit einer gemeinsamen Basisausbildung aller chirurgischen Fächer (Common Trunk) ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. 2007 sind auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 20 000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder rückübergeben. Renoviert ist es wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz mehrerer wissenschaftlich-chirurgischer Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft der Chirurgen.

Weitere Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter www.dgch.de.

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Tel.: 030 28876290
Fax: 030 28876299
Mail: DGChirurgie@t-online.de

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Tim Pohlemann
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH);
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
am Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) in Homburg/Saar



Bildnachweis: R. Koop

* 1958

Beruflicher Werdegang:

Seit 2001	C4 Professor und Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universität des Saarlandes, Homburg (Saar)
2007	Ruf auf den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Universität Zürich (abgelehnt)
2004	Ruf auf den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Universität Würzburg (abgelehnt)

Klinische und Akademische Weiter- und Fortbildung:

1997	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
1992	Habilitation für das Fach Unfallchirurgie
1992	Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
1992	Oberarzt an der Unfallchirurgischen Klinik der MHH (H. Tscherne)
1989	Gebietsbezeichnung: Arzt für Chirurgie
1983–1989	Department Chirurgie, Medizinische Hochschule Hannover (Professor Dr. H. Tscherne, Professor Dr. R. Pichlmayr, Professor Dr. H.G. Borst), Rotation Klinikum Braunschweig (Professor Dr. P. Neuhaus)

Studium:

1983	Approbation
1982	Amerikanisches Examen ECFMG
1977–1983	Studium der Humanmedizin, Ruprecht Karl Universität Heidelberg, Fakultät für klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg, PJ im KKH Ludwigsburg

Zusätzliche Qualifikationen:

- Weiterbildungsberechtigung für Orthopädie/Unfallchirurgie, Spezielle Unfallchirurgie und Spezielle Chirurgische Intensivmedizin
- Leitender Notarzt

Auslandsaufenthalte und Auszeichnungen:

1999	Videopreis der DGU
2004	Ehrenmitglied, Asociacion Argentina Del Trauma Ortopedico, AATO
2005	Korrespondierendes Mitglied, Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie
2009	Distinguished Visiting Lecturer, Annual Scientific Congress, Royal Australasian College of Surgeons, Brisbane
2011	Ehrenmitglied, Societas Medicorum Slovacorum, Societas Pro Chirurgia Traumatologica
2013	Müller-Osten-Preis 2013, 130. Chirurgenkongress, München
2013	Ehrenmitglied, Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand (RCOST)
2013	Visiting Professor, Saint Louis University, Department of Orthopaedic Surgery, Saint Louis University School of Medicine

Mitglied in wissenschaftlichen Vereinigungen, Verbänden und Kommissionen:

Mitglied DGU, DGOU, DGOOC, DGCH, BDC, BVOU, OTA, AGNN, Saarländische Chirurgenvereinigung

Seit 1989	Mitglied „Technische Kommission Becken“ der AO-International
Seit 1997	Vorsitzender der Pelvic Study Group der AO und Mitglied des Stiftungsrates der AO („Trustee“)
1999–2004	Wahl in das „Academic Council“ der AO-International /NOMCOM
1991–1996	Gründungsmitglied und Organisator Arbeitsgruppe Becken I (DGU/AO)
Seit 1997	Leiter der AG Becken II der DGU/AO (Multicenterstudie 26 Kliniken)
2002–2006	Gewähltes Beiratsmitglied der Deutschen Sektion der AO-Foundation
2003–2005	Gewähltes Mitglied im Nichtständigen Beirat der DGU
2004–2008	Mitglied des AOVA („Board of Directors“ der AO-Stiftung)
2004	Wahl in den Geschäftsführenden Vorstand der DGU (ab 2006)
2006–2008	Schatzmeister DGU
2008	Gründungsmitglied Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
2008–2010	Vorsitzender der Saarländischen Chirurgenvereinigung
2008–2011	Gewähltes Beiratsmitglied der Deutschen Sektion der AO International
2008	Chairman AO-TK System, AO Foundation
2011	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
2013	Wahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (3. Vizepräsident und Präsident 2016/2017)
2014	Ernennung zum „Senior Member“ der American Society for Bone and Joint Surgeons (ABJS)

Akademische Aufgaben:

2002–2010	Gewähltes Mitglied des Bereichsrats der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2006	Stellvertretender Studiendekan der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2008	Mitglied der Studienkommission der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2010	Stellvertretendes Mitglied des Bereichsrats für Klinische Medizin der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2012	Mitglied der Forschungskommission der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes
Seit 2014	Mitglied des Bereichsrats für Klinische Medizin der Medizinischen Fakultät, Universität des Saarlandes

Wissenschaftliche Zeitschriften:

<i>Co-Editor</i>	European Orthopaedics and Traumatology (Springer Verlag)
<i>Beiratsmitglied</i>	Der Unfallchirurg (Springer Verlag) Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery (Springer Verlag) Chirurgische Praxis (Marseille Verlag) Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (Thieme Verlag) Zeitschrift „Notfall und Rettungsmedizin“ (Springer Verlag)
<i>Section Editor</i>	„Pelvic Trauma“, European Journal of Trauma and Emergency Surgery (Urban&Vogel Verlag)
<i>Gutachter</i>	für verschiedene wissenschaftliche Zeitschriften wie zum Beispiel Journal of Bone and Joint Surgery, Clinical Orthopaedics and Related Research, European Journal of Trauma and Emergency Surgery, Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, Der Unfallchirurg, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, Journal of Orthopaedic Trauma, Der Chirurg, International Orthopaedics, Journal of Biomechanics u. a.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Volker Tronnier

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC);
Direktor der Klinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-
Holstein, Campus Lübeck



* 1958

1977–1984	Medizinstudium in Antwerpen, Würzburg und Wien
1985–1993	Facharztausbildung in Ulm und Heidelberg
1991–1992	DFG-Stipendium: University of California, Irvine; Clinical Instructor and Research Fellow, Department of Neurosurgery, UCI, Orange, USA
1994–2004	Oberarzt der Neurochirurgischen Klinik Heidelberg
1994	Venia Legendi an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (30.8.94)
1995	Leiter der Sektion Stereotaxie und funktionelle Neurochirurgie (6.7.95)
1995	Leiter der Arbeitsgruppe „Intraoperative diagnostische und interventionelle Magnetresonanztomografie (IODIM)“
1997	Weiterbildung „Spezielle Neurochirurgische Intensivmedizin“ Fachkunde: „Neurochirurgische Labormedizin“
1998	Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
2001	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor (13.02.2001)
2004	Leitender Oberarzt
2005	Seit 1.5.2005 Klinikdirektor, Neurochirurgische Klinik, Universität Lübeck

Klinische Schwerpunkte:

- Neuroonkologie
- Neuronavigation, intraoperative Bildgebung (Ultraschall, MRI)
- funktionelle Neurochirurgie
- Neuroendoskopie
- intraoperatives elektrophysiologisches Monitoring (AEP, SEP, EcoG)
- vaskuläre Neurochirurgie
- spinale Neurochirurgie

Forschungsschwerpunkte:

Neuroonkologie:

- Outcome von Patienten mit höher- und niedriggradigen Gliomen mit intraoperativer Resektionskontrolle
- Vergleich von intraoperativem Ultraschall und intraoperativem MRT
- MRT-gesteuerte Thermoläsion von zerebralen Metastasen
- Integration von fMRT und direkter kortikaler Stimulation bei Prozessen in eloquenten Hirnarealen
- Quantifizierung des „brain shift“ unterschiedlicher kortikaler und subkortikaler Hirnstrukturen
- Optimierung von MR-Sequenzen zur Darstellung niedriggradiger Gliome
- Monitoring lokaler Chemotherapie
- Charakterisierung von BTSC (brain tumor stem cells) und experimentelle Chemotherapie

Technische Aspekte:

- Beeinflussung von Neurostimulatoren durch MRT
- Kontrastmittel in der Ultraschalldiagnostik
- optische Kohärenztomografie in der Endoskopie und Stereotaxie

Funktionelle Neurochirurgie

- Tiefenhirnstimulation von Patienten mit extrapyramidalen Erkrankungen (Morbus Parkinson, Dystonie)
- Korrelation intraoperativer neuronaler Einzelzelleableitung und Elektromyografie (EMG) bei extrapyramidalen Erkrankungen
- Schmerzmodulation bei Kopfschmerzen
- intraoperative Trigeminalis-evozierte Potenziale bei mikrovaskulärer Dekompression
- Tiefenhirnstimulation und H_2O^{15} PET
- fMRT bei chronischen Schmerzen und Beeinflussung durch Neurostimulation
- Stimulation im Nucleus accumbens bei chronischer Zwangsstörung – Mikrodialyse und Elektrophysiologie

Publikationen:

184 Originalarbeiten (76 Erstautor); 62 Buchkapitel (49 als Erstautor); 181 veröffentlichte Abstracts (83 Erstautor)

Hirsch-Index: 22

Regelmäßige **Gutachtertätigkeit** für folgende wissenschaftliche Zeitschriften:

- Central European Neurosurgery
- Schmerz
- Neurosurgery
- European Journal of Pain

- European Journal of Neuroscience
- Wiener klinische Wochenschrift
- European Radiology
- Journal of Neurology
- Pain
- World Neurosurgery

Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Gesellschaften

1987	Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
1988	Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie
1988	International Association for the Study of Pain
1992	Society for Neuroscience
1998	Korrespondierendes Mitglied „Society of University Neurosurgeons“
2007	European Association of Neurosurgical Societies
2008	European Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery
2009	Deutsche Gesellschaft für Neuromodulation
2009	Deutsche Gesellschaft für Neurointensivmedizin
2016	Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung

Mitgliedschaft in Gremien und Ausschüssen

1994	European Advisory Panel for the Control of Tremor
1996–2003	Sprecher der Arbeitsgemeinschaft „Schmerz“ der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
1997	Mitglied der Konsenskommission der EFIC (European Federation of Chapters of IASP) zum Thema „ <i>Neuromodulation on Pain</i> “
Seit 1998	Vertreter der DGNC in der „Deutschen Interdisziplinären Vereinigung zur Schmerztherapie (DIVS)“
Seit 1998	Mitglied der Kommission Qualitätssicherung der DGNC
Seit 1999	Weiterbildungsausschuss der BÄK Nordbaden „Spezielle Schmerztherapie“
1999–2002	Mitglied der Kommission Qualitätssicherung der DGSS
2001–2003	Sprecher des Forschungsschwerpunkts „Schmerz“ der Medizinischen Fakultät
2005–2012	Promotionsausschuss der Medizinischen Fakultät
2007	Leiter des Referats Forschung und Lehre der NCAFW
2011	Mitglied der Kommission Neurochirurgische Forschung der DGNC
2012	President Elect der Special Interest Group Neuromodulation der IASP
2014	President der Special Interest Group Neuromodulation der IASP
2016	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie

Curriculum Vitae

Dr. med. Gunda Leschber
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);
Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik
Berlin gGmbH



* 1958

Ausbildung | Studium:

1996 Fachärztin für Thoraxchirurgie
1993 Fachärztin für Chirurgie
1985 Promotion: „Tierexperimentelle Untersuchung zur Beeinflussung der Hodenfunktion durch Östrogene und Aromatasehemmer“
1985 Foreign Medical Graduate Examination of Medical Science
1984 Approbation als Ärztin
1980–1981 Studium an der Faculté de Médecine de Tours
1977–1984 Studium der Humanmedizin, Freie Universität Berlin–

Berufliche Stationen:

Seit 2003 Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik Berlin
1997–2003 Leitende Oberärztin, Abteilung für Thoraxchirurgie, Lungenklinik Hemer
1994–1997 Assistenzärztin, Abteilung für Thoraxchirurgie, Lungenklinik Heckeshorn, Berlin
1988–1994 Assistenzärztin Chirurgie, Universität Düsseldorf und St. Gertrauden Krankenhaus Berlin
1987–1988 Research Fellow, Veterans Administration Hospital, Boston, USA
1986–1987 Surgical Resident, Tufts University, Boston, USA
1984–1985 Assistenzärztin, Institut für Pathologie, Städtisches Krankenhaus Berlin-Neukölln

Sonstige Aktivitäten | Zusatzqualifikationen:

- Befugnis zur Leitung der Facharztweiterbildung Chirurgie (seit 2003)
- Befugnis zur Leitung der Zusatzweiterbildung Thoraxchirurgie (seit 2003)

Auszeichnungen:

- Wolfgang-Müller-Osten-Medaille (2015) – höchste berufsständische Auszeichnung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC)

Mitgliedschaften

Gewählt/berufen:

- Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) (2015–2017)
- Präsidentin der European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) (2010–2011)
- Director of External Relations der ESTS (2012–2013)
- Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (seit 2005)
- Mitglied des Präsidiums des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (seit 2007)
- Mitglied des International Advisory Committee der American Association for Thoracic (AATS) (seit 2012)
- Mitglied des Präsidiums des Tumorzentrums Berlin (seit 2010)
- Stellvertretende Vorsitzende der Projektgruppe „Lungenkarzinom“ des Tumorzentrums Berlin-Buch (seit 2012) (Vorsitzende 2007–2012)
- Stellvertretende Vorsitzende des Tumorzentrums Berlin-Buch (seit 2007)
- Sprecherin von „FiT“ (Frauen in der Thoraxchirurgie) der DGT (2006–2009)

Weitere Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
- European Society of Thoracic Surgeons (ESTS)
- American Association for Thoracic Surgeons (AATS)
- Women in Thoracic Surgery der Society of Thoracic Surgeons (STS), USA (WTS)
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Berliner Krebsgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
- Berliner Chirurgische Gesellschaft
- Berlin-Brandenburger Pneumologische Gesellschaft
- Deutscher Ärztinnenbund
- Marburger Bund

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Werner Siebert
Zweiter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);
Ärztlicher Direktor, Vitos Orthopädische Klinik Kassel gGmbH



* 1953

Studium und Berufstätigkeit:

1974–1981	Medizinstudium (und Promotion) an der Technischen Universität München
1982–1988	Assistenzarzt Abteilung für Allgemeinchirurgie, Abteilung für Orthopädie, Universität München, Klinikum Großhadern
1988–1994	Leitender Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover
1991	Habilitation, Privatdozent für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
1994 bis heute	Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH
1997 bis heute	Professor für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie an der Philipps-Universität Marburg Lehrauftrag an der Universität Kassel

Wissenschaftliche Aktivitäten:

Endoprothetik an Hüfte und Knie, Revisionsoperationen in der Endoprothetik
Minimalinvasive Verfahren in der Orthopädie und Traumatologie
Arthroskopische Chirurgie aller Gelenke
Schulterchirurgie / Endoprothetik
Leiter des klinikeigenen Endoprothesenzentrums der Maximalversorgung

Qualifikationen und Aktivitäten (Auszug):

Facharzt für

- Orthopädie und Unfallchirurgie

- Spezielle Orthopädische Chirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Orthopädie-Rheumatologie
- Master of Business Administration (MBA) für Krankenhausmanagement

Zusatzbezeichnungen:

- Spezielle Schmerztherapie
- Sportmedizin
- Chirotherapie
- Kinderorthopädie
- Röntgendiagnostik – Skelett
- MRT, fachgebunden
- Prüfarzt in klinischen Studien
- Physikalische Therapie & Balneologie

Weiterbildungsermächtigung für:

- Spezielle Orthopädische Chirurgie (drei Jahre – volle Weiterbildungsermächtigung)
- Orthopädie und Unfallchirurgie (fünf Jahre)
- Physikalische Therapie (zwei Jahre – volle Weiterbildungsermächtigung)
- Sportmedizin (ein Jahr – volle Weiterbildungsermächtigung)

- 1. Professor für Orthopädie an der Philipps-Universität Marburg**
- 2. ASG Travelling Fellow der deutschsprachigen Orthopädischen Gesellschaften (Deutschland, Österreich und Schweiz)**
- 3. Master of Business Administration (MBA) für Krankenhausmanagement**
- 4. Mitglied der American Association of Hip & Knee Surgeons (AAHKS)**
- 5. International Fellow der American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS)**
- 6. Past President der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden**
7. Hauptschriftleiter der Zeitschrift „OUP – Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis“
(offizielles Organ der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen – VSOU)
8. Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Unfallchirurgie (ÖGO)
9. Ehrenmitglied der Lateinamerikanischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (SLAOT)
10. Ehrenmitglied der Kolumbianischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (SCCOT)
11. Ehrenmitglied der Venezolanischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (SVCOT)

12. Korrespondierendes Mitglied der Argentinischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (AAOT)
13. Mitglied der Akademie der Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE)
14. Zertifizierter Kniechirurg der Deutschen Kniegesellschaft (DKG)
- 15. Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)**
- 16. Exekutivmitglied des Deutschen Endoprothesenregisters (EPRD) seit 2010**
- 17. Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), 2010–2015**
- 18. Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), 2011–2015**
- 19. Präsident der European Hip Society (EHS), 2014–2016**
- 20. Kongresspräsident der Deutschen Kniegesellschaft (DKG) in Köln 2017**
- 21. Präsident der DGOOC und DGOU 2018**

Curriculum Vitae

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Harringer
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie (DGTHG); Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax-
und Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum Braunschweig



* 1960

Ausbildung:

1979–1985 Universität Wien, Medizinische Fakultät;

Promotion zum Dr. med. univ.: Mai 1985

Berufserfahrung:

1985–1989 AKH – Linz (Turnusarzt, Assistenzarzt: Innere Medizin I, Chirurgie I)
1989–1990 “research fellow“ am Massachusetts General Hospital/Harvard Medical
School
1991–1992 AKH – Linz, Chirurgie I (Assistenzarzt)
1993 Medizinische Hochschule Hannover, THG – Chirurgie (Assistenzarzt)
1993 Facharzt für Chirurgie
1993–1996 Oberarzt an der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie der Christian-Albrechts-
Universität Kiel
1996–1998 Oberarzt an der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Medizinische
Hochschule Hannover (Leitung des thorakalen Transplantationsprogrammes)
Seit 1998 Leitender Oberarzt der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie,
Medizinische Hochschule Hannover (Leitung des Aortenchirurgie-
Programms)
1999 Promotion zum Dr. med. (Medizinische Hochschule Hannover)
2000 Venia legendi für Chirurgie (Medizinische Hochschule Hannover)
2001 Teilgebietsanerkennung Gefäßchirurgie sowie Thorax- und
Kardiovaskularchirurgie
1.10.2001 Chefarzt, Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie Städtisches Klinikum
Braunschweig gGmbH

2014 Sprecher des Chefarztarbeitskreises Städtisches Klinikum Braunschweig
gGmbH

Veröffentlichungen:

153 Originalarbeiten, 10 Buchbeiträge, über 250 Abstrakta, über 300
Vorträge auf nationalen und internationalen Tagungen

Mitgliedschaften:

European Association of Cardiothoracic Surgery,
International Society for Heart and Lung Transplantation,
European Society of Cardiology,
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie,
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz und Gefäßchirurgie,
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie,
Österreichische Gesellschaft für Kardiologie,
Österreichische Gesellschaft für Chirurgie,
Österreichische Gesellschaft für Herz- und Thoraxchirurgie

Ehrenamtliche Tätigkeiten:

Personelle und materielle Unterstützung der Herzchirurgie Chisinau, Republik
Moldawien;
„Heart for Ethiopia“ – Herzchirurgische Versorgung von Kindern und
Jugendlichen mit rheumatischen Herzklappenerkrankungen in Äthiopien
Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Kommission für
Nachwuchsförderung sowie Weiter- und Fortbildung der Deutschen
Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Gutachtertätigkeit (u.a. Lancet, Nature Medicine)
Mitglied des Herausgeberboards der Zeitschrift für Herz-, Thorax und
Gefäßchirurgie

Auszeichnungen:

1991 „Pilgerstorfer – Preis“ der Oberösterreichischen Medizinischen Gesellschaft

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hans-Ulrich Steinau (emeritiert);
Senator auf Lebenszeit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)



* 1946

- 1966–1972 Medizinstudium: J. W. Goethe-Universität, Frankfurt
- 1972 Promotion: Ruprecht-Carls-Universität, Heidelberg
- 1972–1981 Zentrum für Chirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt:
Allgemein- und Viszeralchirurgie, Kinderchirurgie; Traumatologie, Herz-
Thorax-Gefäßchirurgie, Urologie, Intensivmedizin
(Professor F. Stelzner, A. Encke, P. Satter, O. Elert, W. Weber, A. Pannike)
- 1981 Facharzt für Allgemeinchirurgie, Oberarzt; 1984 Plastische und
Ästhetische Chirurgie, 1986 Handchirurgie, 1994 Intensivmedizin
- 1984–1990 Klinik für Plastische Chirurgie, Klinikum rechts der Isar der TU München
(Professor Dr. U. Schmidt-Tintemann; Professor Dr. E. Biemer),
1985 Habilitation UK Frankfurt; 1990 außerplanmäßige Professur:
TU München
- 1990–2012 Direktor der Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und
Schwerbrandverletzte; Handchirurgiezentrum; Referenzzentrum für
Sarkome, Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bochum

Ehrungen:

- 1995 Primo loco: Head, Department of Plastic Surgery and Burns, Universität
Leuven, Belgien
- 1996 Primo loco: Direktor, Universitätsklinik für Plastische Chirurgie, SBV,
Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen
- 1997 Primo loco: „Dieffenbach-Stiftungsprofessur“, Charité, Humboldt
Universität mit Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie
und SBV, BG-UK Berlin
- 1999 Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 2006–2007 Präsident: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- 2011 „Senator auf Lebenszeit“: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- 2011 Bundesverdienstkreuz

1980	„Adam-Adolph-Berthold-Medaille“	DGE
1981	„Martin-Waßmund-Preis“	DGMKG
1985	„Bernhard-von-Langenbeck-Preis“	DGCH
2002	„Dieffenbach-Büste“	DGU
2009	„Karl-Schuchardt-Medaille“	DGPW
2009	„Erich-Lexer-Preis“	DGCH
2012	„Rudolf-Zenker-Preis“	DGCH
2013	„Karl-Schuchardt-Büste“	DGPW
2013	„Victor-von-Bruns-Preis“	DGfW
2013	„Jacques W. Maliniac Founders Lecture and Award“, The American Society of Plastic Surgeons, PSEF	
2003	„George H. Monks“ Visiting Professor: Harvard Medical School, PBBW, Boston	
2007	„William J. Barwick“ Visiting Professor: Duke University, Durham, USA	
1987	„Corresponding Member, American Society of Plastic Surgery“	
2013	Ehrenmitglied, Vereinigung der Bayerischen Chirurgen	
2013	Ehrenmitglied, Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	

International Visiting Professorships and Invited Lectures und. andere:

Sloan Kettering Cancer Center, NY; M.D. Anderson Tumor Center, Houston, Texas; Texas Medical School, Dallas; Southern Illinois University (SIU), Springfield, Ill.; KU Leuven; Sidney University; University of Melbourne; Nara Medical School, Japan; G. Washington University, St. Louis; University of Chicago; Universität Zürich; Queens' College, Cambridge; UK Vienna, Université de Paris; UC Tel Aviv; UC Los Angeles; University of Louisville, KY; UC Royal College of Surgeons, London; American College of Surgeons, San Francisco; Penn UK Philadelphia

Seit 2012
Emeritierter Professor, Senior Consultant für plastische Chirurgie,
onkologische Wiederherstellungschirurgie.
UK für Allgemein- und Transplantationschirurgie.
Westdeutsches Tumorzentrum CCC, Universitätsklinikum Essen

Curriculum Vitae

Dr. phil. Rebecca Schwoch

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Seit 2003 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Forschungsschwerpunkte: Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus, Psychiatrie- sowie
Sozialgeschichte im 19. und 20. Jahrhundert

Publikationen (Auswahl):

- Schwoch, R.: Herbert Lewin. Arzt – Überlebender – Zentralratspräsident (= Jüdische Miniaturen, Band 186), Berlin: Hentrich & Hentrich 2016.
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933– 1945. Die Präsidenten, Hrsg. im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von H.-U. Steinau und H. Bauer, Heidelberg: Kaden Verlag 2011, darin zusammen mit H.-P. Schmiedebach Kapitel über: Prof. Dr. med. Wilhelm Konrad Röpke, Prof. Dr. med. Richard Hugo Georg Magnus, Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. med. Erich A. M. Lexer, Prof. Dr. med. Otto Carl Wilhelm Nordmann, Prof. Dr. med. Hans von Haberer Kremshohenstein.
- Schwoch, R. (Hrsg.): Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus. Ein Gedenkbuch, Berlin/ Teetz: Hentrich & Hentrich 2009.

134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

21. bis 24. März 2017 · ICM, München



CHIRURGIE 2017

Pressekonferenz anlässlich des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 22. März 2017, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: ICM – Internationales Congress Center München, Saal 22b
Anschrift: Messengelände, Am Messensee, 81829 München

Prof. Dr. med.
Tim Pohlemann
Präsident 2017

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit – Chirurgie 2017

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Tim Pohlemann
- Professor Dr. med. Volker Tronnier
- Dr. med. Gunda Leschber
- Professor Dr. med. Werner Siebert
- Privatdozent Dr. med. Wolfgang Harringer
- Professor Dr. med. Hans-Ulrich Steinau

Vorname:	Name:
Medium:	Redaktion/Ressort:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen
oder per Mail an ullrich@medizinkommunikation.org**

Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-641
Telefax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org
www.chirurgie2017.de, www.dgch.de

Vor Ort auf dem Kongress

vom 21. bis 24. März 2017
ICM, München, Pressezentrum Saal 22a
Dienstag, 21. März 2017, von 8.30 bis 17.30 Uhr
Mittwoch, 22. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Donnerstag, 23. März 2017, von 8.00 bis 17.30 Uhr
Freitag, 24. März 2017, von 8.00 bis 16.30 Uhr
Telefon: 089 949-79427
Telefax: 089 949-79857

