

PASSION

CHIRURGIE

Neues
BDC|AKADEMIE
Programm 2026



PANORAMA

FÖRDERUNG DER
MOTIVATION IN DIE
CHIRURGIE ZU GEHEN

im Fokus

WEITER- UND
FORTBILDUNG

12 | IV | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC



Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

HERAUSGEBER

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

DGCH

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

BDC

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

REDAKTION

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

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin


ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/Vadym Terelyuk

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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

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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

2 EDITORIAL

2 Kognitive Dissonanz *Hans-Joachim Meyer, Friederike Burgdorf, Peter Kalbe, Jörg A. Rüggeberg*

6 KURZNACHRICHTEN

7 CHIRURGIE

7
21

BDC|AKADEMIE-PROGRAMM 2026

GEN-Z UND WEITERBILDUNG
IN DER CHIRURGIE

Jonah Grütters, Johanna Ludwig



27 CHIRURGIE⁺

- 27 **Akademie Aktuell:** Hands-on-Kurs Kindertraumatologie 2025 – praxisnah, interaktiv, wegweisend
Peter Zimmermann, Martin Lacher
- 32 **Safety Clip:** Fit for Dienst!
Vera Triphaus, Guido Michels
- 37 **Hygiene-Tipp:** Im OP auch Mund-Nasen-Schutz für Patienten?
Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen
- 38 Personalia

39 RECHT

- 39 **F+A:** Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern für ästhetische Unterspritzungen
Jörg Heberer

40 GESUNDHEITSPOLITIK

- 40 **Berufspolitik aktuell:** Zwischenbilanz
Jörg-A. Rüggeberg
- 41 Vorwort
Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer
- BDC-Praxistest:** Best-Practices für Ressourcen und Emissionen sparendes Arbeiten in der Proktologie
Ina Prinz-Bravin

46 INTERN

46 DGCH

- 46 Kommentar des Generalsekretärs
- 49 Einladung zum DCK2026
Roland Goldbrunner
- 51 Sehr persönlich nachgefragt bei Nina Marie Müller
- 52 Prof. Dr. med. Norbert Grzywa (1891–1942) – Teil 2
Michael Sachs, Francesco-Mariano Bruno
- 57 Nachruf auf Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper
- 62 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 67 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

71 BDC

- 71 BDC|News
- 72 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2026
Hans-Joachim Meyer
- 73 Jahresrückblick 2025 – Zusammenhalt in Zeiten des Strukturwandels und der politischen Transformation
Friederike Burgdorf, Peter Kalbe, Hans-Joachim Meyer, Jörg A. Rüggeberg

76 PANORAMA

- 76 Förderung der Motivation in die Chirurgie zu gehen
Guido Schumacher, Astrid Marsoner
- 81 Bilderrätsel: And the winner is...

Kommentar des Generalsekretärs



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
DGCH-Präsident 2019-20
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Das Jahresende ist die Zeit des Innehaltens – eine Gelegenheit, Hoffnung und Zuversicht neu zu entdecken. Ob wir Weihnachten feiern, ein anderes Fest der Lichter begehen oder einfach den Übergang ins neue Jahr willkommen heißen: Uns alle verbindet die Sehnsucht nach Frieden, Vertrauen und Zusammenhalt.

Gerade in unserem beruflichen Umfeld, in dem Verantwortung, Präzision und Mitmenschlichkeit täglich Hand in Hand gehen, wird spürbar, wie wichtig Hoffnung und menschliche Nähe sind – über Grenzen, Kulturen und Religionen hinweg.

Ich brauche nicht zu betonen, wie radikal solche Grundlagen unserer Gemeinschaft durch äußere und innere Einflüsse ins Wanken geraten sind, eine Entwicklung, die momentan einer Abwärtsspirale gleicht und die einer ganzen Generation Zukunftsängste beschert. Unsere demokratische Grundordnung muss hierauf mit Reformen reagieren. Man hatte uns einen Herbst der Reformen versprochen. Jetzt ist es Winter und wir dürfen zumindest für das Gesundheitssystem mal eine erste Bilanz ziehen:

Vom vielbeschworenen „Herbst der Reformen“ im deutschen Gesundheitswesen ist bis Ende 2025 ein gemischtes Ergebnis geblieben. Zwar sind mit der Krankenhausreform und den großen Digitalisierungsgesetzen zwei zentrale Vorhaben tatsächlich umgesetzt worden, doch viele andere Reformprojekte – etwa in der Pflege, der Notfallversorgung und bei den Apotheken – stecken weiterhin in der politischen oder administrativen Vorbereitung bzw. Diskussion.

KHVVG UND KHAG

Die Krankenhausreform gilt als das Herzstück der Reformagenda. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das Anfang 2025 in Kraft trat, soll die stationäre Versorgung neu strukturiert werden. Kernpunkte sind die Einführung von Leistungsgruppen, mehr Transparenz über Versorgungsqualität und die teilweise Abkehr von reiner Fallpauschalenfinanzierung hin zu sogenannten Vorhaltepauschalen. Damit sollen Kliniken entlastet, Überkapazitäten abgebaut und die Spezialisierung gefördert werden. In der Praxis gestaltet sich die Umsetzung allerdings schwierig: Die Länder müssen neue Krankenhauspläne erarbeiten, viele Häuser fürchten finanzielle Einbußen, und die Abstimmung zwischen Bund, Ländern und Kassen sorgt für Konflikte. Ein Krankenhausversorgungsanpassungsgesetz soll Abhilfe schaffen, schafft aber auch Potentiale, die Qualitätsvorgaben zu verwässern. Besonderen Kummer bereitet auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“, ein Sammelbecken von viszeralchirurgischen und traumatologisch/orthopädischen Leistungen, was wiederum zur Gelegenheitschirurgie einlädt. Hierzu gehört auch die chirurgische Versorgung des Colon-Karzinoms; bedingt durch „Gelegenheitschirurgie“ wären hier durch Zentralisierung in DKG-zertifizierten Zentren die größte Überlebenszeit zu gewinnen. Als AWMF ringen wir in diesen Fragen um größeren Einfluss im Leistungsgruppenausschuss.

DIGITAL-GESETZ

Deutlich weiter ist die Digitalisierung vorangeschritten. Mit dem Digital-Gesetz (DigiG) und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz

(GDNG) wurden 2024 und 2025 die rechtlichen Grundlagen für eine vernetzte, datenbasierte Gesundheitsversorgung geschaffen. Seit Anfang 2025 wird die elektronische Patientenakte (ePA) nach dem Opt-out-Prinzip automatisch für alle gesetzlich Versicherten bereitgestellt, und das elektronische Rezept ist bundesweiter Standard. Auch die Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschung und Versorgungssteuerung wurde erleichtert. Dennoch zeigt sich in der Praxis, dass die technische Infrastruktur, die Interoperabilität und die Einbindung in klinische Abläufe noch erhebliche Hürden darstellen. Gelingt so der Bürokratieabbau?

PFLEGEREFORM

Wenig Fortschritt gab es auch bei der Pflegereform, die ursprünglich ebenfalls Teil des Reformherbstes sein sollte. Zwar wurden in den vergangenen Jahren Beitragssätze angepasst und kleinere Leistungsverbesserungen beschlossen, doch eine strukturelle Neuregelung der Pflegefinanzierung ist ausgeblieben. Experten warnen vor wachsenden Defiziten in den Pflegekassen und einem anhaltenden Investitionsstau in Pflegeeinrichtungen. Auch die Belastung von Pflegebedürftigen und Angehörigen bleibt hoch. Immerhin hat der Deutsche Bundestag am 6. November 2025 dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege zugestimmt.

Der Schwerpunkt des neuen Gesetzes liegt auf der Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen. Sie dürfen künftig bestimmte heilkundliche Tätigkeiten – etwa das Verordnen von Verband- und Hilfsmitteln oder die Durchführung ausgewählter Therapien – eigenständig übernehmen. Damit sollen ihre fachliche Verantwortung gestärkt und Abläufe im Gesundheitswesen beschleunigt werden.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Entbürokratisierung der Pflege: Dokumentationspflichten werden vereinfacht, digitale Verfahren ausgebaut und Verwaltungsaufwand reduziert. Ziel ist es, Pflegekräfte von unnötiger Bürokratie zu entlasten, damit

mehr Zeit für die direkte Betreuung der Patientinnen und Patienten bleibt.

NOTFALLVERSORGUNG

Ähnlich verhält es sich mit der Reform der Notfallversorgung. Zwar liegt inzwischen ein Konzept für integrierte Notfallzentren vor, das die Zusammenarbeit von Kassenärztlichem Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Krankenhausnotaufnahmen verbessern soll, doch ein entsprechendes Gesetz befindet sich noch in der Abstimmung. Die Umsetzung dürfte frühestens 2027 spürbare Veränderungen bringen, unter anderem durch die Einrichtung von Akutleitstellen, die Hilfesuchende besser an die richtige Versorgungsstufe weiterleiten sollen, sowie durch Integrierte Notfallzentren (INZ) an Krankenhäusern, in denen ambulante und stationäre Notfallstrukturen zusammengeführt werden.

APOTHEKENREFORM

Auch die Apothekenreform, die eigentlich noch 2025 verabschiedet werden sollte, ist weiterhin nicht abgeschlossen. Der Kabinettsentwurf wird kontrovers diskutiert, insbesondere wegen befürchteter Einschnitte in die flächendeckende Versorgung. Ziel des sogenannten Apotheken-Reformgesetzes (ApoRG) ist es, die flächendeckende Arzneimittelversorgung zu sichern und Apotheken, insbesondere in ländlichen Regionen, zu stärken. Vorgesehen sind unter anderem neue Vergütungsregelungen, der Ausbau digitaler Angebote wie der Telepharmazie sowie flexiblere Vorgaben für Zweigapotheken und Öffnungszeiten. Die Beratungen verzögern sich, da rechtliche und finanzielle Details – etwa zur Honorierung und Organisation von Filialstrukturen – noch ungeklärt sind. Damit bleibt die Reform vorerst in der Schwebe, auch wenn Einigkeit darüber besteht, dass eine Modernisierung des Apothekenwesens dringend notwendig ist, um die Versorgung langfristig zu sichern.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der „Herbst der Reformen“ zwar gesetzgeberisch Bewegung gebracht hat, aber von

einem echten Strukturwandel noch weit entfernt ist. Die Krankenhaus- und Digitalreformen markieren wichtige Schritte, ihre Wirkung wird sich jedoch erst nach 2030 zeigen. Die großen offenen Baustellen – Pflege, Notfallversorgung und Apothekenstruktur – sind dagegen bislang kaum angegangen worden.

MINDESTVORHALTEZAHLEN IN DER VORHALTEFINANZIERUNG

Licht ins Dunkel der Kalkulation der Vorhaltefinanzierung hat jetzt ein entsprechendes Methodenpapier des IQWiG gebracht: Die vom IQWiG entwickelte Methodik zur Berechnung von Mindestvorhaltezahlen beruht auf dem Anspruch, diese Schwellenwerte wissenschaftlich fundiert und qualitätsorientiert abzuleiten. Der Begriff der „wissenschaftlichen Relevanz“ spielt dabei eine zentrale Rolle. Er bedeutet, dass Mindestvorhaltezahlen nur dann festgelegt werden, wenn sich ihr Nutzen durch empirische Evidenz und statistische Analysen belegen lässt. Grundlage ist der Volume-Outcome-Effekt, der in zahlreichen nationalen und internationalen Studien nachgewiesen wurde: Kliniken mit höheren Fallzahlen erzielen bei komplexen Behandlungen in der Regel bessere Ergebnisse.

Das IQWiG prüft daher, für welche Leistungsgruppen ein solcher Zusammenhang wissenschaftlich relevant und methodisch belastbar ist. Auf dieser Basis werden Fallzahlverteilungen ausgewertet und Schwellenwerte – etwa über ein bestimmtes Perzentil (80-120 %) – so gewählt, dass sie sowohl qualitativ begründbar als auch praktisch umsetzbar sind. Ziel ist es, Mindestvorhaltezahlen nicht rein ökonomisch oder administrativ festzulegen, sondern sie auf nachvollziehbare, datenbasierte und reproduzierbare Kriterien zu stützen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Vorhaltevergütung tatsächlich jene Strukturen stärkt, die nachweislich zu einer hohen Behandlungsqualität beitragen. Ist die wissenschaftliche Relevanz nicht erhebbar, zählen rein ökonomische Kriterien.

KI ALS HOFFNUNGSTRÄGER

Wenn wir über Hoffnung und Zukunft nachdenken, kommt unweigerlich die Künstliche Intelligenz (KI) ins Spiel. Sie hat in der Medizin das Potential, auf vielfältige Weise Wertschöpfung zu generieren – sowohl direkt am Patienten als auch in operativen, administrativen und strategischen Prozessen. Sie ermöglicht nicht nur Automatisierung, sondern auch qualitative Verbesserungen und völlig neue Dienstleistungen. In der klinischen Anwendung unterstützt KI Ärztinnen und Ärzte bei der Diagnostik durch die Analyse von Bild- und Labordaten, steigert die diagnostische Sicherheit und beschleunigt die Befundung. In der Therapieplanung kann sie auf Basis von Leitlinien, Studien und individuellen Patientendaten personalisierte Behandlungsvorschläge erstellen und so die Präzision der Medizin erhöhen. Monitoring-Systeme auf Intensivstationen oder im Chroniker-Management erkennen Komplikationen frühzeitig und tragen zur Vermeidung von Notfällen bei. Personalmangel und mangelnde Sprachkenntnisse können kompensiert werden.

KI IN DER CHIRURGIE

Auch operative Prozesse profitieren erheblich: KI-gestützte Robotersysteme erhöhen die Präzision chirurgischer Eingriffe, reduzieren Komplikationen und verkürzen die Genesungszeit. Sprach- und Bilderkenner automatisieren Dokumentationen, wodurch wertvolle Zeit gewonnen und die Abrechnungsqualität verbessert wird. Auf organisatorischer Ebene optimiert KI Termin- und Ressourcenplanung, prognostiziert Auslastungen und verhindert Engpässe. In der Abrechnung kann sie Diagnosen und Prozeduren automatisch kodieren, was zu höherer Abrechnungssicherheit führt. Zudem ermöglicht sie im Qualitätsmanagement die automatisierte Auswertung von Leistungs- und Outcome-Daten, wodurch eine kontinuierliche Qualitätssicherung gewährleistet wird.

Im strategischen Bereich unterstützt KI Forschung und Innovation, indem sie große

Datenmengen analysiert, Hypothesen generiert und Simulationen durchführt. Sie trägt zur beschleunigten Entwicklung neuer Therapien bei und ermöglicht im Population Health Management gezielte Präventionsstrategien, die langfristig die Krankheitslast und die Kosten im Gesundheitssystem senken.

Besonders in der Chirurgie entfaltet KI ihr Potenzial entlang des gesamten Behandlungspfades – von der präoperativen Planung über die intraoperative Unterstützung bis hin zur postoperativen Nachsorge. Sie segmentiert und rekonstruiert Bilddaten, simuliert Operationen, steuert Roboter präzise, erkennt kritische Strukturen in Echtzeit und erstellt automatisch OP-Dokumentationen. Nach dem Eingriff überwacht sie Vital- und Labordaten, erkennt Komplikationen frühzeitig und wertet Ergebnisse zur Qualitätssteigerung aus. Durch automatische Kodierung und Verknüpfung mit Abrechnungssystemen sorgt sie schließlich für höhere Erlössicherheit.

Insgesamt schafft KI entlang der gesamten Prozesskette – vom Erstkontakt bis zur Abrechnung – messbare Wertschöpfung durch beschleunigte Abläufe, höhere Präzision, automatisierte Routinetätigkeiten und personalisierte Entscheidungen. Sie ersetzt den Chirurgen nicht, verändert aber seine Rolle: vom handwerklich tätigen Operateur hin zum datenbasierten Interventionsmanager, der komplexe Hightech-Systeme steuert, KI-Analysen interpretiert und für ethisch verantwortete Entscheidungen sorgt.

AI COMPANION ODER DIGITALER ZWILLING

Langfristig könnte sich KI zudem zu einem „Companion“ entwickeln – einem intelligenten, personalisierten Begleiter, der Patienten und medizinisches Personal dauerhaft im Sinne eines digitalen Zwillings unterstützt. Solche Systeme könnten Patientendaten managen, (Teil-)Aufklärung leisten, Monitoring übernehmen und in der Nachsorge motivierend begleiten.

Damit würde KI zu einem adaptiven Bindeglied zwischen Patienten, Angehörigen und Gesundheitswesen, das Sicherheit, Effizienz und Patientenerlebnis verbessert.

Die Kontrolle und Qualitätssicherung solcher Systeme erfolgen zunehmend streng. Mit dem EU Artificial Intelligence Act wird ab 2025 ein verbindlicher Rechtsrahmen etabliert, der Hochrisiko-KI – insbesondere im medizinischen Bereich – umfassend reguliert. Ergänzend greifen bestehende Vorschriften wie DSGVO, MDR und IVDR. Prüfmechanismen reichen von technischen Benchmark- und Fairness-Tests über regulatorische Konformitätsbewertungen bis hin zu ethischen Audits und laufendem Monitoring.

Besondere Impulse liefert dabei die Forschungsarbeit von Heinz U. Lemke, der im Rahmen der CARS-Community den Ansatz der Model Science geprägt hat. Er fordert formale, transparente und überprüfbare Modellrepräsentationen, systematische Verifikation und Validierung, standardisierte Qualitätsmetriken sowie eine lebenszyklusbasierte Governance für KI-Modelle. Sein Ziel ist die Entwicklung vertrauenswürdiger, nachvollziehbarer und klinisch sicherer Systeme – eine Grundlage, die den verantwortungsvollen Einsatz von KI in Chirurgie und Medizin insgesamt ermöglicht. Hierbei über ein entsprechendes Zertifikat nachzudenken, ist naheliegend.

Möge der Dezember uns Kraft schenken, mit Offenheit und gegenseitigem Respekt ins neue Jahr zu gehen und gemeinsam das Vertrauen in die Zukunft zu stärken. Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien die Muße, um die notwendige Kraft zu sammeln.

Ihr

Thomas Schmitz-Rixen

DCK 2026 EINLADUNG

DCK 2026 – Passion, Präzision und Persona- lisierung



Univ.-Prof. Dr. Roland Goldbrunner
Direktor der Klinik
Geschäftsführender Direktor des
Zentrums für Neurochirurgie
Sprecher des Neuroonkologischen
Tumorzentrum

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Studierende, Pflegekräfte und Angehörige des Rettungsdienstes,

wir leben in weltpolitisch unruhigen Zeiten. Immer komplexer werdende politische, wirtschaftliche und soziale Strukturen werden für die Menschen überall auf dem Globus zunehmend schwerer verständlich. Fast zwangsläufig folgt daraus eine Krise der Demokratie, da die Menschen zu keinen echten, informierten Entscheidungen mehr fähig sind. Populistisch einfache Lösungen und bequeme Botschaften einzelner politischer Akteure haben deshalb Hochkonjunktur und spülen Populisten an die politische Macht, welche ihre Länder unter dem Hurra einer bildungsfernen Mittel- und Unterschicht nach ihren autokratischen Vorstellungen umbauen. Bedrückend für uns ist, dass genau dies auch in unserem westlichen Umkreis passiert, der sich eigentlich immer durch gemeinsame demokratische Werte auszeichnete.

Es ist fast schon erleichternd, dass wir in Deutschland nach wie vor von einer Regierung aus der Mitte der Gesellschaft regiert werden. Trotz einer harten Auseinandersetzung mit den mittlerweile sehr breiten Rändern der Gesellschaft und trotz der multiplen wirtschaftlichen und sozialpolitischen Herausforderungen werden wir deshalb nahezu als Insel der Seligen in Europa und weltweit betrachtet.

Bei der Bewältigung dieser gesellschafts- und besonders gesundheitspolitischen Herausforderungen kommen wir als DGCH im 154. Jahr unseres Bestehens ins Spiel. Uns kommt die Aufgabe zu, die angesprochenen Veränderungen nicht nur zu begleiten, sondern kraftvoll mitzugestalten. Als Mitglieder der Kölner Fakultät erlebe ich die durchaus sinnvollen Auswirkungen der in NRW bereits fortgeschrittenen Krankenhausreform, welche sich allerdings in der nationalen Umsetzung

aus vielfältigen Gründen schwertut. Die DGCH und die einzelnen chirurgischen Fächer haben nach meinem Ermessen bei der Definition der Leistungsgruppen bereits gute Arbeit geleistet. Diese Arbeit ist aber noch lange nicht beendet und die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen und Gesetze im Rahmen der sogenannten Krankenhausreform wird uns noch über viele Jahre beschäftigen.

Was macht uns als DGCH aus? Was bedingt unsere Stärke? Worin liegen eventuelle Schwächen?

Wir sind als Dachgesellschaft der chirurgischen Fächer mit über 22.000 Mitgliedern **die** Repräsentation der Chirurgie in Deutschland. Wir haben intensiven Kontakt zur Bundespolitik auf vielen Ebenen und befinden uns in gutem, wenn auch zuweilen kompetitivem Austausch mit unseren konservativen Partnergesellschaften wie der DGIM oder der DGAI. Wir werden ernst genommen und gestalten in der Gesundheitspolitik kräftig mit. Das ist aber nicht selbstverständlich und ist auch nicht für alle Zeiten so gesichert. Entscheidend für eine weitere Stärkung der DGCH sind drei Faktoren: Der erste ist der Zusammenhalt der bereits in der DGCH befindlichen Fächer, welche ja durchaus unterschiedliche Interessen haben können. Hier spreche ich auch als Neurochirurg und ehem. Präsident der DGNC, welche hier in den letzten Jahren einen m. E. positiven Wandel in Richtung einer engen Kooperation mit der DGCH durchgemacht hat. Der zweite Faktor ist Wachstum. Stillstand ist Rückschritt. Wir müssen weitere chirurgische Fächer zum gegenseitigen Nutzen unter das Dach der DGCH integrieren. Eine gute Kandidatin hierfür ist z. B. die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG), welche eine sehr rasch wachsende Gesellschaft ist und mittlerweile fast 3.000 Mitglieder aufweist. Und zum dritten muss sich die DGCH modernisieren. Modernisierung bedeutet, sich ohne

Aufgabe der eigenen, stolzen Tradition an die Erfordernisse der aktuellen Zeit anzupassen und auf zukünftige Herausforderungen einzustellen. Mit der bei der letzten Mitgliederversammlung beschlossenen Modernisierung der Satzung ist hierzu ein kleiner, aber sehr wichtiger Schritt getan.

Eine Grundlage unserer Stärke – und damit sind wir beim Motto des DCK2026 – ist die **Passion** für den erkrankten Patienten, die Passion für die Chirurgie an sich und die Passion für unsere chirurgischen Fächer. Diese gibt uns die Gewissheit, das Richtige zu tun. **Präzision** ist nicht nur die Grundlage allen neurochirurgischen Arbeitens, sondern steht für das Streben nach chirurgischer Exaktheit und technischer Weiterentwicklung, natürlich in enger Zusammenarbeit mit unseren Industriepartnern. Der gerne von der Onkologie okkupierte Begriff der **Personalisierung** bedeutet ganz generell, im Zeitalter der allgemeinen Leitlinien das jeweils für den individuellen Patienten Beste zu tun. Dies gilt nirgends mehr als in der Chirurgie.

Diese drei Prinzipien werden die Leitschienen für den DCK2026 sein. Technische Weiterentwicklungen und neue Erfindungen werden in mehreren Sitzungen beleuchtet

und diskutiert werden, dabei muss auch die personalisierte Anwendung dieser Techniken spezifiziert werden. Unweigerlich wird dabei auch unsere Passion für die Chirurgie zum Ausdruck kommen.

In Zusammenarbeit mit den mitausrichtenden Gesellschaften DGAV und der DGKJCH werden wir den sehr erfolgreichen Trend zu interdisziplinären und auch interprofessionellen Sitzungen weiterverfolgen. Der angesichts des Zeitgeschehens ungeheuer wichtigen Zusammenarbeit mit der Bundeswehr werden wir gebührend Raum einräumen. Eine gewisse Betonung werden auch neurochirurgische und wirbelsäulenchirurgische Inhalte bekommen.

Neben den ausrichtenden Gesellschaften werden auch die DGG, die DGT, die DGPRÄC ihre Jahrestagungen bzw. Frühjahrstagungen auf dem DCK2026 ausrichten. Auf die entsprechenden Inhalte dürfen wir uns freuen!

Diesjährige Gastnation wird das Vereinigte Königreich sein. Wir erwarten eine Delegation des Royal College of Surgeons, mit welcher wir – neben Vertretern weiterer Nationen – mehrere internationale Sitzungen organisieren werden.

Über das Perspektivforum der DGCH werden für die Studierenden mehrere Sitzungen organisiert, um ein frühzeitiges Interesse an der Chirurgie zu unterstützen. Zudem wird der DCK2026 vielfältige Vernetzungsmöglichkeiten und spezialisierte Veranstaltungen für den chirurgischen Nachwuchs anbieten.

Ein seit mehreren Jahren fest etablierter Bestandteil des DCK ist der Organspendelauf, der in diesem Jahr über 5.000 Teilnehmer umfasste und damit schon zu einem Wahrzeichen des DCK geworden ist. Auch zu diesem gesellschaftlichen Ereignis darf ich herzlich einladen!

Dem DCK2026 unmittelbar vorgeschaltet wird der digitale, sogenannte Prä-Kongress sein, auf dem vor allem Nachwuchswissenschaftler bequem ihre neusten Forschungsergebnisse vorstellen und diskutieren können. Der Hauptkongress wird dann im Kongresszentrum Leipzig vom 22. bis 24. April 2026 stattfinden. Hierzu möchte ich Sie auch im Namen meines Teams und den Präsidenten der DGCH-Fachgesellschaften herzlich einladen!

Univ.-Prof. Dr. Roland Goldbrunner
Präsident DGCH 2025/2026



DCK 2026

Gemeinsam lernen und heilen

143. Deutscher Chirurgie Kongress
14. – 16. April 2026, DCK.digital
22. – 24. April 2026, CCL Leipzig

**PASSION, PRÄZISION
UND PERSONALISIERUNG**

www.dck2026.de

JETZT ANMELDEN!







SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI NINA MARIE MÜLLER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Einen Unterschied machen zu können, manchmal im großen Stil, aber fast täglich mit Kleinigkeiten.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Mein größtes Interesse liegt in der Neuroonkologie.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mut und Durchhaltevermögen

Was war Ihre größte Inspiration?

Die Mitmenschen, mit denen ich täglich zusammenarbeite und die mich motivieren, das Beste aus mir herauszuholen.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Ich forsche zur intraoperativen Anwendung von adhoc histologischen Untersuchungen mittels Raman Technologie.

Was haben Sie erst vor kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

Eine gute Lagerung erspart so manches unnatürliche Verdrehen während der OP!

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Beruflich nach den Sternen greifen und privat den Pacific Crest Trail in den USA laufen.

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

Ganz aktuell die neuen EANS-EANO Guidelines für das Resektionsausmaß bei Gliomen.

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

Mitbetreuung der Doktorand:innen und Studierenden im PJ liegen mir sehr am Herzen.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

„Schnelles Denken, langsames Denken“ von Daniel Kahneman und Thorsten Schmidt

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

Aktuell „Ain't for the Faint“ von Skegss

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

Personalmangel und fehlende Digitalisierung

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Es gibt fast Nichts, was nicht durch eine Runde Sport und ein vertrautes Gespräch gelöst werden kann.

Drei Dinge, die Ihnen am Herzen liegen?

Natur- und Umweltschutz, Minimalismus (weniger ist fast immer mehr) und Gleichberechtigung für Alle

Wo werden sie schwach?

Kaffee in jeder Form.

Was bringt Sie zum Lachen?

Mit meinen Liebsten zu tanzen und laut zu singen.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Kaffee, Sport und Zeit an der frischen Luft

Ihr wichtigstes Hobby?

Trekking-Touren mit meinem Partner.

Muss eine Chirurgin, ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Ja, für die Patient:innen, aber auch für sich selbst

Dr. med. Nina Marie Müller

Assistenzärztin im 3. Weiterbildungsjahr in der Allgemeinen Neurochirurgie an der Uniklinik Köln
Outdoor-Enthusiastin und Sportliebhaberin
Auf dem Weg zur Forscherin mit Leib und Seele
Ausgezeichnet mit der Borchers-Plakette der RWTH Aachen
Preisträgerin des Hans-Jürgen-Bretschneider Preises 2025

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

Prof. Dr. med. Norbert Grzywa (1891–1942) – Teil 2

Michael Sachs, Francesco-Mariano Bruno

Sie lesen hier eine Fortsetzung, Teil 1 der Lebensgeschichte von Professor Grzywa wurde in der *Septemбераusgabe der PASSION CHIRURGIE veröffentlicht.*

TOD DURCH ERTRINKEN NACH EINEM SCHIFFSUNTERGANG (1942)

Die teilweise schon Jahrzehnte in den niederländischen Kolonien tätigen deutschen Zivilisten wurden noch am Tage des Einmarschs deutscher Truppen in den Niederlanden (am 10. Mai 1940) nachmittags, basierend auf bereits vorbereiteten Listen, von der Polizei verhaftet. Dies geschah, nachdem telegraphisch ein Codewort von den Niederlanden nach Batavia durchgegeben worden war. Prof. Grzywa war als geborener Österreicher, knapp zwei Jahrzehnte in Niederländisch-Indien tätig. Er erhielt aber 1938 nach dem „Anschluss“ Österreichs vermutlich die deutsche Staatsbürgerschaft und wurde deshalb 1940 interniert.

Prof. Grzywa wurde im Januar 1941 mit etwa 2.600 anderen männlichen deutschen Zivilinternierten, die in der holländischen Kolonie Niederländisch-Indien lebten bzw. arbeiteten, über Zwischenstationen nach Nord-Sumatra in das Lager Lawé-Sigalah-Galah (ca. 15 km südöstlich von Koetatjane <heute „Kutacane“>; ca. 80 km westlich von Medan gelegen) interniert. Die Frauen und Kinder der internierten Männer wurden in speziellen Frauenlagern auf Java oder Sumatra festgehalten und teilweise in der ersten Jahreshälfte 1941 nach Japan ausgeschifft. Von dort aus sollten sie dann über Sibirien nach Deutschland ausreisen, was sich aber angesichts des Einmarsches

der Wehrmacht in die Sowjetunion im II. Weltkrieg dann als unmöglich erwies.

Das in einem von Bergen umgebenen, feuchtheißen und malariaverseuchten Tal des Flusses Allas (Alas-Vallei) gelegene Lager war in sechs „Blöcke“ (A-F) unterteilt (**Abb. 4** und **5**). Jeder Block war von 3-4 m hohen Stacheldrahtzäunen und zwei Meter breiten Laufgräben umgeben und umfasste bis zu neun Baracken. Die Behandlung der internierten Deutschen durch die Holländer war „gerecht“ und die Verpflegung „gut und reichlich“ erinnert sich der einzig überlebende Missionar der Basler Missionsgesellschaft Gottlob Weiler [1953, p. 7].

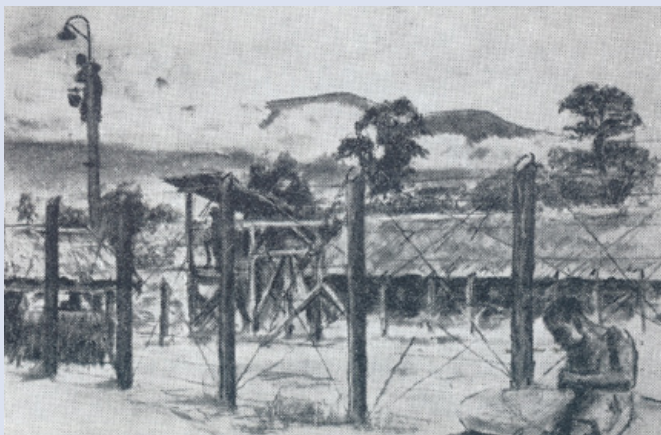
An der Südseite des Internierungslagers war das zentrale Hospital des Lagers mit 20 Betten gelegen, das von zwei Chirurgen

und einem Internisten versorgt wurde. Instrumentarium, auch für große Chirurgie, war vorhanden. Vermutlich war hier auch Dr. Grzywa tätig. Block A und D wurden von den Holländern als „Nazi-Blocks“ bezeichnet, in Block B waren angeblich „Mitläufer“ und ältere Männer, in Block C und F seien deutsche Seeleute untergebracht gewesen. Der Block E wurden angeblich von den in den anderen Blöcken internierten Nationalsozialisten „Verräterblock“ genannt, also Internierte, die sich nicht für die nationalsozialistische Bewegung engagierten.

Als mit einer japanischen Besetzung Sumatras gerechnet werden musste, wollte man die deutschen Zivilinternierten (Pflanzer, Kaufleute, Seeleute, Ärzte, Künstler, Missionare) nicht in die Hände der mit dem Deutschen Reich verbündeten Japaner fallen lassen und plante deshalb drei



(a) Blick auf Block E des Lagers. Aquarell von G. Bahrs [Abb. aus: van Heekeren 1967, p. 106].



(b) Blick auf einen Lagerblock mit Wachhäuschen. Kreidezeichnung von C. Brückmann [Abb. aus: van Heekeren 1967, p. 106].



(c) Beim Kleiderwaschen. Im Hintergrund sitzen zwei Männer, die wahrscheinlich Schach spielen. Bei dem rechten Spieler handelt es sich vermutlich um den in Bali ansässigen Maler und Musiker Walter Spies, der auch beim Untergang der van Imhoff verstarb. Bei seinem Mitspieler könnte sich um den Kaufmann und Privatgelehrten Hans Overbeck (*1882) handeln, der ebenfalls bei der Katastrophe ums Leben kam. Beide Freunde sollen auch noch zusammen auf dem untergehenden Schiff gesehen worden sein.

Abb. 4a-c: Das Lager für deutsche Zivilinternierte bei Koetatjane (Kutacane) auf Sumatra (1941).

Schiffstransporte nach Britisch-Indien.¹ Am 01. Januar 1942 wurden als dritter und letzter dieser Transporte aus Koetatjane die noch dort verbliebenen 477 der dort internierten Männer in 15 Lastwagen nach Sibolga (Ankunft am 02. Januar 1942) an die Westküste Sumatras gebracht (siehe Karte **Abb. 6**). Die zuletzt nach Sibolga transportierten waren vor allem in Block E interniert (Internierte mit den Familiennamen L-Z) hinzu kamen ältere Männer aus den anderen Blöcken (nachweislich u.a. aus Block A und D) des Lagers. Dies erklärt die auffallende Häufung von Familiennamen aus der zweiten Hälfte des Alphabets auf der Totenliste der „van Imhoff“.

Zwei KPM-Schiffe („M.S. Ophir“ und „S.S. Plancius“) mit insgesamt etwa 1900 Internierten waren bereits am 29. Dezember 1941 („M. S. Ophir“) bzw. am 03. Januar 1942 („S.S. Plancius“) aus Sibolga in Richtung Britisch-Indien gestartet und kamen dort auch planmäßig an. Diese Internierten wurden dann in das Lager Dehradun am Fuße des Himalaya transportiert. Dort war auch Heinrich Harrer² bis zu

seiner spektakulären Flucht nach Tibet in Gefangenschaft.

Karl Seemann, einer der 68 Überlebenden der „van Imhoff“ (ein Dampfer mit 2980 BRT, Stapellauf 1914), erinnert sich später: „Während der fast drei Wochen unseres Aufenthalts <in Sibolga> bis zum Abtransport versuchte unser Sprecher, Professor Grzywa (einer der damals hervorragendsten Chirurgen), bei den Holländern die ordnungsgemäße Anmeldung unseres Internierten-Transportes durchzusetzen. Nach anfänglich ausweichenden Antworten über ‚kriegswichtige Ladung‘; die eine solche Anmeldung an das Rote Kreuz verhindern, sagte der holländische Kommandant³ wörtlich: ‚de wetten van humaniteit zijn over boord gegooid‘ (Die Gesetze der Menschlichkeit sind über Bord geworfen), und Professor Grzywa, ganz niedergeschlagen, äußerte sich dann zu uns: Die wollen uns absaufen lassen ...“ [Leserbrief Seemanns in: Spiegel 20 Nr. 7 (1966), p. 62].

Vom 16. bis 18. Januar 1942 wurden insgesamt 477 Zivilinternierte aus Koetatjane gruppenweise zu jeweils 30 Mann in ca.

ein Meter hohen und zwei Meter breiten Stacheldrahtkäfigen auf dem Kohlendampfer „van Imhoff“ der K.P.M. (Koninklijke Paketvaart Maatschappij = Königlich Niederländische Paketfahrt-Gesellschaft) untergebracht. Am 18. Januar gegen 11 Uhr griffen vier japanische Flugzeuge wie in den Tagen zuvor wieder den Hafen von Sibolga an. Danach gegen 17 Uhr ging der unbewaffnete Dampfer mit dem Ziel Bombay auf See. Das Schiff war offensichtlich auch mit Gummi beladen. Ein militärischer Geleitschutz (Kriegsschiffe) wurde für die „van Imhoff“ nicht zur Verfügung gestellt. Mehrere Kranke und acht Geistesranke waren unter der Obhut von Dr. Grzywa aus Bandung auf dem Spardeck (Oberdeck) untergebracht. Die übrigen Internierten, die alle nicht wussten wohin die Reise geht, befanden sich unterhalb der Wasserlinie und konnten nichts sehen. Es herrschte dort eine fast unerträgliche Hitze und Gestank.

Das nicht mit einem Roten Kreuz gekennzeichnete Schiff wurde am nächsten Morgen (am 19. Januar gegen 10.30 Uhr)

¹ Kutacane (Koetatjane) wurde dann tatsächlich im März 1942 von den Japanern erobert. Das Lager wurde danach von den Japanern für holländische Zivilinternierte verwendet.

² siehe: Harrer, H.: Sieben Jahre in Tibet: Mein Leben am Hofe des Dalai Lama. Berlin, Wien: Ullstein 1952 (Erstauflage); Film 1997 Regie: Jean-Jacques Annaud; mit Brad Pitt als H. Harrer in der Hauptrolle

³ nach van Heekeren [1967, p. 169f.] sprach Dr. Grzywa diesbezüglich nicht nur mit dem militärischen Hafenkommandanten, sondern auch mit einem niederländischen Militärarzt und dieser antwortete: „Meselikeid bestaat nu niet meer“.



Abb. 5: Zensierte Postkarte eines gemeinsam mit Dr. Grzywa in Kutacane Zivilinternierten vom 8. November 1941. Willi Niemann schreibt an seine Mutter, die sich in einem Frauen-Internierungslager in Brastagi/Sumatra befand. Willi Niemann war in Kutacane in derselben Baracke des Blocks (A 9) wie sein Vater Carl interniert. Wilhelm war aber nicht auf der „van Imhoff“ gelistet. Vermutlich wurde er mit einem der beiden ersten Schiffe von Sibolga nach Indien gebracht. Sein Vater Carl Niemann (geb. 13.07.1881 in Klinken/Mecklenburg), war Besitzer einer Reparaturwerkstatt in Tandjong Balei auf Sumatra. Er starb auch beim Untergang der van Imhoff. Stempel auf der Postkarte: „CO~~ommandan~~T-INTERN.KAMP KOETATJANE“, weiter Poststempel der Stadt „MEDAN“ und „GECENSUREERD“ (zensiert).

wahrscheinlich von einem japanischen Piloten für einen Truppentransporter gehalten und deshalb bombardiert. Durch den entstandenen Bombenschaden drang Wasser in den Maschinenraum ein, das Schiff bekam langsam zunehmend Schlagseite. Mittags befahl Kapitän Herman J. Hoeksema die Rettungsboote klar zu machen. Das größte und einzige motorisierte Rettungsboot (Motorbarkasse) und vier Ruder-Rettungsboote wurden von der Besatzung mitgenommen, das fünfte Rettungsboot klemmte in seinen Aussetzvorrichtungen (Davits) und konnte von den Holländern nicht zu Wasser gelassen

werden. Diesem einzigen auf dem Schiff zurückbleibenden Rettungsboot (zugehört für maximal 42 Personen) wurden aber von der Besatzung noch die Ruder, das Trinkwasserfass und die Nahrungsreserven entnommen. Angeblich wurde von der Besatzung auch noch abschließend die Pumpanlage zerstört, mit der das in das Schiff eingedrungene Wasser wieder nach außen gepumpt werden konnte.

Auf dem Schiff war noch ein kleines Arbeitsboot (Pinasse) verblieben. Beide Boote konnten dann aber später noch von den Internierten ins Wasser gelassen werden.

Kapitän Hoeksema und seine 48-köpfigen Besatzung verließen gegen Mittag als erste das sinkende Schiff. Danach gingen die 62 bewaffneten, holländischen Wachsoldaten (insgesamt 111 Niederländer) von Bord. Dies geschah unter Mitnahme fast aller Rettungsboote, die nur zur Hälfte besetzt werden konnten und unter Zurücklassung sämtlicher 477 zivilinternierten Deutschen in ihren Stacheldrahtkäfigen. Gerettet wurde von der Besatzung nur ein einziger Internierter (der junge Seemann Stefan Walkowiak), nachdem ein holländischer Soldat ihn in die Hand geschossen hatte, als er sich an einem Seil die Bordwand herabgleitend



Abb. 6: Der letzte Weg Prof. Grzywas im Januar 1942 in Nord-Sumatra im Lastwagen von Koetjatjanje über Siantar, Kabandjake, die Karo-Hochebene und durch das Silindung-Tal zur Hafenstadt Sibolga. X bezeichnet die Position der van Imhoff zum Zeitpunkt des Unterganges am 19. Januar 1942 [eingezeichnet in die Karte Nordsumatra im Atlas van Nederlandsch-Indië (um 1938), Bl. 7].

in ein mit Holländern besetztes Rettungsboot retten wollte. Walkowiak fiel daraufhin in die See neben das Rettungsboot und blutete aus der Schußwunde.⁴ Er hatte sich als erster Internierter aus seinem Stacheldrahtkäfig befreien können.

Der Kaufmann Karl Seemann aus Pforzheim beschreibt als Augenzeuge, wie die restlichen Gefangenen aus den Stacheldrahtkäfigen sich befreiten und an Deck kamen: „Jetzt sahen wir unsere trostlose Lage: Draußen auf See die Holländer im Motorboot, mit leeren Rettungsbooten im Schlepp. Ich trieb zusammen mit zwei Kameraden auf einer Tischplatte, die wir zuvor noch mit mehreren Schwimmgürteln ausgerüstet hatten. An unsere Tischplatte hatten wir ein Bambusfloß angebunden, auf dem Prof. Grzywa und noch zwei Ärzte⁵ saßen. Nach einiger Zeit gelang es uns, an ein Rettungsboot <das große Rettungsboot mit 52 Internierten an Bord> heranzukommen und festzubinden, jedoch riß das Seil oder wurde absichtlich getrennt, da wir für das Boot sehr hinderlich waren, und trieben sofort wieder vom Boot ab. Wir -von der Tischplatte- erreichten schwimmend das Boot wieder, während die Professoren, offensichtlich in ihr Schicksal ergeben, untätig auf ihrem Floß sitzen blieben. Sie erreichten das Boot nicht...“. Die drei Ärzte trieben ab und wurden seitdem nicht wiedergesehen [Leserbrief Seemanns in: Spiegel 20 Nr. 7 (1966), p. 62].

Am 19. Januar 1942 kurz vor Einbruch der Dunkelheit gegen 18.30 Uhr versank die „van Imhoff“ mit dem Bug nach unten (bzw. Heck nach oben) vor der West-Küste von Sumatra (ca. 97° Nord, 0° 24 Minuten Süd). Noch etwa 50-100 Deutsche sollen

sich zu diesem Zeitpunkt an Bord der „van Imhoff“ befunden haben, darunter die acht Geisteskranken.

An Bord trat auf dem langsam sinkenden Schiff mit zunehmender Schlagseite nach Backbord keine Massenpanik aus, es blieb überraschend ruhig. Einzelne, vor allem jüngere, Internierte sprangen aber sofort unüberlegt in das Meer, um sich zu retten. Einige erfahrene Seeleute bemühten sich dagegen, die beiden noch an Bord verbliebenen Boote zu Wasser zu bringen oder bastelten Rettungsflöße aus Bambus und Schwimmwesten. Ein anderer Internierter spielte Klavier, während seine Schicksalsgenossen die Küche plünderten und sich nach langem mal wieder richtig satt essen und trinken konnten. Einige Internierte waren daraufhin betrunken. Andere wiederum plünderten die Offiziersmesse, oder lasen dort in einer Zeitung. Ein Geisteskranker zog eine Kapitänsuniform an und „kommandierte“ auf der Brücke des sinkenden Schiffes. Andere wiederum ergaben, sich in einer Ecke sitzend, klaglos ihrem Schicksal. Ein Pflanzer fütterte noch ein letztes Mal die an Bord befindlichen Kühe und sprach zu ihnen: „Meine Freunde, fresset euch satt. Es ist das letzte Mal!“

Angeblich 134 Schiffbrüchige befanden sich auf Bambusflößen, 14 Personen hatten sich auf das kleine Arbeitsboot gerettet, 53 Personen befanden sich in dem größeren Rettungsboot ohne Ruder. Das überladene Rettungsboot, das nur noch handbreit aus dem Wasser ragte, wurde mit Händen und Brettern fortbewegt. Die 67 die Katastrophe (zunächst) überlebenden Deutschen befanden sich auf diesen beiden Booten.

Das größere Rettungsboot erreichte am 22. Januar, das kleinere Arbeitsboot erst am 23. Januar 1942 unabhängig voneinander die Küste der Insel Nias, die etwa 110 km Luftlinie von der Untergangsstelle der „van Imhoff“ entfernt war. Einer der Insassen des großen Rettungsbootes (der Pflanzer Friedrich Hermann Gleichmann [*1885 in Coburg/Franken]) kam bei der Landung beim Umschlagen des Rettungsbootes in der Brandung ums Leben. Ein anderer, der 75-jährige Gewehrmacher Oskar R.[hode] aus Magelang/Java, erhängte sich nach der Rettung nachts am Strand an einem Baum. Die beiden einzigen überlebenden Missionare weigerten sich ein Gebet an seinem Grab zu sprechen, weil für den korpulenten, alten Mann zwei junge lebenshungrige Männer an Bord hätten genommen werden können. Von den 477 auf der „van Imhoff“ Internierten ertranken bzw. verstarben 412, darunter 38 Missionare verschiedener christlicher Missionsgesellschaften. Mehrere der Überlebenden (u. a. die Missionare Aloysius Seitz SVD und Gottlob Weiler aus Basel) haben übereinstimmende Erinnerungen an diese Tragödie hinterlassen [auch abgedruckt bei Steinberg]. Beim Lesen der Berichte kann man erahnen, dass die Überlebenden der Katastrophe sich nur auf Kosten anderer retten konnten: indem sie beispielsweise aktiv verhinderten, dass das bereits überfüllte Boot noch weitere im Meer schwimmende oder treibende Menschen aufnahm.

Die Literaturliste und Quellenangaben erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de.

⁴ Walkowiak fiel dann später als Soldat am 3. März 1943 in Hamburg infolge eines alliierten Bombenangriffs.

⁵ Es handelte sich neben Grzywa noch um den Tierarzt Prof. Dr. Friedrich (Fritz) Ludwig Huber (*1884 in München), 1914 Regierungstierarzt in Deutsch-Ostafrika, seit 1921 in Niederländisch Indien tätig. Zuletzt war er Direktor des Kgl. Niederländischen Veterinär-Instituts in Buitenzorg (heute Bogor); seit 1938 Offizier des (niederländischen) Ordens von Oranien-Nassau. Außerdem um den Chirurgen Dr. med. Edmund Nowak (geb. 1886 in Sternberg/Deutschland), 1935 tätig als Arzt (Chirurg) in Soerabaja (heute Surabaya), zuletzt in Bandoeng (Bandung). Er war 1918 „k.k. Oberarzt und Leiter der k.k. 6. Mobilen Chirurgengruppe der Klinik Prof. A. Freiherr von Eiselsberg“. 1921 war Nowak Assistent der I. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien (Vorstand: Prof. Dr. A. v. Eiselberg) [Arch. Klin. Chir. Bd. 110 (1918), p. 939 und Bd. 116 (1921), p. 518]. Grzywa und Nowak kannten sich wahrscheinlich aus ihrer Assistentenzeit in Wien.

Nachruf auf Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper



In memoriam
Prof. Dr. med.
Hans-Jürgen Peiper
(*04.12.1925 † 02.03.2025)

Die medizinische Fakultät der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) hatte am 22. August 2025 zu einer öffentlichen Gedenkfeier für den ehemaligen Direktor der Abteilung Allgemeinchirurgie der UMG, Herrn Professor em. Dr. Hans-Jürgen Peiper, eingeladen, der in seinem hundertsten Lebensjahr am 02. März 2025 in Göttingen verstorben war. Hineingeboren in eine bedeutende Medizinerfamilie am 04. Dezember 1925 in Frankfurt am Main hat er nach seinem Medizinstudium in Berlin und Mainz seine chirurgische Weiterbildung an der Universitätsklinik Marburg unter Professor Rudolf Zenker absolviert. H.-J. Peiper wechselte 1959 mit Professor Dr. Georg Heberer nach Köln und wurde 1969 auf den Lehrstuhl Chirurgie und damit als Direktor der Abteilung Allgemeinchirurgie der UMG berufen, wo er auch 1994 emeritiert wurde. Professor Peiper war in den 25 Jahren seiner klinischen Tätigkeit zum einen um die Wahrung der chirurgischen Tradition

bemüht, zum anderen zeigte er sich den jeweiligen Neuerungen stets offen, was u. a. die Chirurgie des Pankreas und besonders auch die Etablierung minimal invasiver Operationsverfahren betraf. Für seine außerordentlichen Verdienste auf dem Gebiet der Chirurgie wurde Professor Peiper international und national mehrfach hochrangig ausgezeichnet, so z. B. 2002 mit der Wolfgang-Müller-Osten-Medaille des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie oder 2008 mit dem Rudolf-Zenker-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Professor H.-J. Peiper blieb dabei bis ins hohe Alter der Chirurgie stets eng verbunden und alle, die ihn als empathische und liebenswürdige Persönlichkeit kennenlernen durften, werden diese Momente mit Sicherheit nicht vergessen.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des BDC

GEDENKFEIER FÜR PROFESSOR EMERITUS DR. MED. HANS- JÜRGEN PEIPER

Grußwort von Prof. Dr. Gabriele Schackert

Spektabilität, sehr geehrte Ehrengäste, hohe Fakultät,
liebe Angehörige und Freunde der Familie Peiper,

die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie denkt heute in großer Verehrung und Dankbarkeit an Hans-Jürgen Peiper, sein langjähriges Wirken und seinen unermüdlichen Einsatz für die Gesellschaft.

Professor Hans-Jürgen Peiper lebte in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wie kaum ein anderer. Sie gehörte zu ihm und er zu ihr. Die jährlichen Kongressbesuche, die Teilnahme an der Senatoren Sitzung, die Herbst- und Frühjahrspräsidiumssitzungen waren ein fester Bestandteil seines Lebens. Er interessierte sich für alles und nahm an den neuesten Entwicklungen im Gebiet Chirurgie bis ins hohe Alter teil. Er besuchte auf den Kongressen die Vorträge – das war eine Selbstverständlichkeit für ihn. Er blieb – wie man so schön sagt – auf dem Laufenden. Und – er hatte die Gnade eines scharfen

Verstandes bis in sein 100. Lebensjahr, bis zu seinem Tod.

Im Herbst 2024 besuchte er noch die Herbstpräsidiumssitzung der DGCH in Frankfurt. Da sah ich ihn das letzte Mal, wie immer in Begleitung seiner lieben Lebensgefährtin Gisela Wetzels-Willert, ohne die die Kongressbesuche in den letzten Jahren sicher nicht mehr möglich gewesen wären. Liebe Gisela, dafür war Dir Hans-Jürgen immer sehr dankbar und wir Dir auch. Kongresse ohne ihn konnte man sich nicht vorstellen. Er gehörte einfach dazu. Immer freute man sich, wenn man ihn traf und seine Beiträge waren stets

bereichernd und gern gehört. Ich glaube, sagen zu dürfen: Hier spreche ich für alle.

Schon in den frühen Jahren seiner chirurgischen Facharztausbildung wurde Hans-Jürgen Peiper Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Ein Mitgliedsantrag findet sich im LVH, der auf den 18.11.1960 zurückgeht. Seine Bürgen waren Professor Heberer, Köln, Professor Zenker, München und Professor Hegemann, Erlangen. Am 01.01.1961 wurde er als Mitglied aufgenommen. In seinen Erinnerungen berichtet Hans-Jürgen Peiper, dass damals die Kongresse der DGCH im Deutschen Museum in München stattfanden und noch sehr bescheiden waren. Das Kongressprogramm umfasste nur wenige Seiten mit kaum 100 Vorträgen. Er selbst hielt sein erstes Hauptreferat über die Behandlung des Ulcus duodeni.

Hans-Jürgen Peiper ist Zeitzeuge der Entwicklung der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft über 65 Jahre. Er sah, wie die Gesellschaft kontinuierlich wuchs, sich Berlin und München als Kongressstandorte abwechselten. Aber er erlebte auch das Selbstständig werden und die Abspaltung der verschiedenen chirurgischen Disziplinen, wie z. B. der Kinderchirurgie, der Unfallchirurgie, der Orthopädie, der Herz- und Thoraxchirurgie oder der Neurochirurgie aus der Muttergesellschaft. Er war dabei, als nach der Wiedervereinigung 1990 der Kongress im Plenarsaal des Reichstags abgehalten wurde. Und er erlebte auch, dass sich unter der Initiative der Einheit der Chirurgie die verschiedenen chirurgischen Fachgesellschaften wieder unter dem Dach der DGCH zusammenfanden und teilweise ihre Kongresse sogar wieder zusammen mit der DGCH durchführten. Die Programme wuchsen. Hans-Jürgen Peiper nennt es ein „Mammutunternehmen“ mit ca. 15 parallelen Vortragssälen, Sondersitzungen, chirurgischen Trainingslabors, Workshops sowie Fortbildungsveranstaltungen für die Pflegeberufe im OP-Saal und ein Studentenforum.

Professor Peiper war Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1987/88. Der von ihm organisierte Kongress fand in München statt. Er schildert diese Zeit

als sehr arbeitsintensiv. Besonders hervor hebt er seinen damaligen Oberarzt Professor Anton Schafmayer, der ihm bei der Ausgestaltung des wissenschaftlichen Programms und der Organisation der Redner und Vorsitzenden maßgeblich zur Seite stand. Seine Frau Mense unterstützte ihn dann bei der Gestaltung des Rahmenprogramms. Für die Eröffnung konnte er dank seiner Verbindungen Frau Professor Süsmuth als Rednerin gewinnen, die damalige Bundestagspräsidentin.

Seine nationalen und internationalen Aktivitäten waren für die DGCH von großer Bedeutung. Sie belegen die notwendige Präsenz der deutschen Chirurgen im In- und Ausland. Erwähnt findet man in seiner Biographie die Mitgliedschaften in den nationalen Chirurgenvereinigungen, wie der Mittelrheinischen, der Niederrheinisch-Westfälischen und der Nordwestdeutschen, die sich nach der Wiedervereinigung in Norddeutsche Chirurgenvereinigung umbenannte. Besonders freute ihn die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der Norddeutschen Chirurgenvereinigung und der Thüringer Chirurgen, die er in Erfurt zusammen mit Professor Helmut Wolff, ehemaliger Direktor der Charité, erhielt.

Seit den 80iger Jahren besuchte Hans-Jürgen Peiper regelmäßig als einer der Vertreter der DGCH die Kongresse des American College of Surgeons. Seinem Einsatz ist es zu verdanken, dass ein German Chapter im American College 1989 gegründet wurde, dessen erster Governor er war. Durch die Kontaktaufnahme mit vielen namhaften amerikanischen Chirurgen konnte er seinen Mitarbeitern den Weg für ein praktisches Jahr in den USA ebnen und hatte seine Hand am Puls der neusten Entwicklungen in der Chirurgie. Im Laufe der Jahre ergab sich ein reger Austausch auf internationaler Bühne mit vielen eingeladenen Vorträgen, die ihn durch die ganze Welt trugen. Besonders seine Kontakte zu Japan, der Deutschen Demokratischen Republik und Saudi-Arabien werden von ihm hervorgehoben, wobei die Einladung von Professor Helmut Wolff, seinem Kollegen an der Charité und späteren Freund zur 100 Jahrfest der Berliner Chirurgischen Gesellschaft

im Langenbeck-Virchow-Haus für Peiper eine besondere Bedeutung hatte. Sehr nachhaltig müssen auch die Kontakte nach Saudi-Arabien gewesen sein, wo er als Operateur vor Ort die saudischen Chirurgen in die minimal-invasiven Eingriffe einführte.

2008 erhielt Hans-Jürgen Peiper von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie die Rudolf-Zenker-Medaille in Anerkennung seiner maßgeblichen Beiträge zur Weiterentwicklung der Deutschen Chirurgie.

Professor Peiper war auch Mitglied des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen, des BDC. Hier engagierte er sich über mehrere Jahre im Vorstand, wo er als Vertreter der Ordinarien fungierte. 2002 erhielt er die Wolfgang-Müller-Osten-Medaille in Anerkennung seiner Verdienste um den Verband.

Als Mitglied in der Gründungskommission nahm Hans Jürgen Peiper an der Neugründung von zwei medizinischen Fakultäten teil: Regensburg und Dresden. 1992 begegnete ich Professor Peiper zum ersten Mal. Er war Mitglied der Berufungskommission der noch zu gründenden Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus in Dresden. Die damalige Kommission wurde von dem Neurochirurgen Professor Bushe, früherer Ordinarius in Würzburg, geleitet. Dieser Kommission habe ich meine Berufung nach Dresden zu verdanken. Von Hans-Jürgen Peiper hörte man immer, dass diese Zeit für ihn von besonderer Bedeutung war, da er an einer neu zu berufenden Fakultät mitwirken konnte.

Der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie blieb Peiper, wie bereits oben erwähnt, zeit-lebens verbunden. Nach seinem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben hat er seine Aufgabe vor allem in der Traditionspflege der Chirurgie gesehen. Zusammen mit seinem Freund Professor Wilhelm Hartel, dem früheren Generalsekretär und Präsidenten der Gesellschaft konzipierte er die geschichtswissenschaftlichen Sitzungen an den Jahreskongressen unter dem Titel: „Tradition und Innovation“. Fester Bestandteil dieser Sitzung war die Würdigung eines großen Vorfahren, gefolgt von aktuellen Themen. Glücklicherweise

er, dass nach ihm Professor Hartwig Bauer, der ebenfalls Generalsekretär und Präsident der Gesellschaft war, die Funktion des Sprechers der Projektgruppe übernahm. Peipers Interesse an der Geschichte der Chirurgie zeigt sich in einem von ihm veröffentlichten Buch über das Langenbeck-Virchow-Haus mit dem Titel: „Das Langenbeck-Virchow-Haus im Spiegel der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“, das 2001 erschien. Besonders fasziniert hat ihn das Gründerbild der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie aus dem Jahr 1872. Mit viel persönlichem Engagement gelang es ihm, eine Kopie des Gemäldes bereits auf seinem Kongress 1988 aufzustellen. Inzwischen hängt das Original wieder im Langenbeck-Virchow-Haus. Dieses Gebäude versinnbildlichte für Peiper den Aufstieg einer naturwissenschaftlich begründeten Medizin im 19. Jahrhundert und zeigte die Bedeutung Berlins als Zentrum der Medizin mit internationaler Ausstrahlung. Wichtig ist in diesem

Zusammenhang das Zusammenwirken der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Auch das Theodor-Billroth-Haus, das Geburtshaus Billroths, eines der Gründer der DGCH, auf Rügen in Bergen, hatte für Peiper eine große Bedeutung. Auch hierzu veröffentlichte er ein Buch zusammen mit Wilhelm Hartel, dem die Vorträge anlässlich der Einweihungsfeier 2001 zugrunde lagen. Als das Haus von der DGCH wieder erworben wurde, gehörte Peiper zu den Unterzeichnern des Kaufvertrages.

Der Wunsch Hans-Jürgen Peipers war, die Pflege der Geschichte der Deutschen Chirurgie zu intensivieren und das Archiv im Langenbeck-Virchow-Haus auszubauen. Er hat mir Unterlagen zukommen lassen, die seine Initiative schon 2012 belegen. Mein Angebot, mich für den Ausbau des Archivs

einzusetzen, hat er stets unterstützt. Das Andenken an große deutsche Chirurgen sollte aufrechterhalten werden und in einem Archiv zugänglich sein. Zudem stand er mir mit Rat und Tat zur Seite, wenn es um die Konzeption der Geschichtssitzungen auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ging. Gespräche mit ihm waren immer fruchtbar.

So wird er der Nachwelt in Erinnerung bleiben als einer der herausragenden großen deutschen Chirurgen des 20. Jahrhunderts.

Wir alle hätten gerne seinen 100. Geburtstag mit ihm gefeiert.

Professor Dr. med. Gabriele Schackert
Präsidentin der DGCH 2015/16

Laudatio von Prof. Dr. Michael Ghadimi

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Medizinische Fakultät und die Klinik für Allgemein-, Viszeral und Kinderchirurgie der Universitätsmedizin Göttingen freuen sich, dass Sie alle zu der Gedenkfeier für Herrn Prof. Hans-Jürgen Peiper gekommen sind.

Ich darf Familie Peiper begrüßen, wie auch Gisela Wetzel-Willert, einige ehemalige Mitarbeiter und viele Schüler von ihm, die gekommen sind. Dies hätte ihm viel bedeutet. Lieber Herr Prof. Kroemer, als Vorstandsvorsitzender der Charité und guter Bekannter von H.-J. Peiper, liebe Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Fachvertreter der Viszeralchirurgie:

Liebe Gäste, es freut mich sehr, dass Sie alle heute hier erschienen sind!

Vor wenigen Monaten haben sich Familie Peiper und Gisela Wetzel-Willert mit vielen Freunden und geladenen Gästen im

Rahmen eines sehr bewegenden Gottesdienstes in der Albanikirche von Prof. Hans-Jürgen Peiper verabschiedet.

Bei der heutigen Feier hier im Hörsaal der Universitätsmedizin Göttingen verabschiedet und gedenkt die Medizinische Fakultät der Universität Göttingen Prof. Hans-Jürgen Peiper, einem der vornehmsten Vertreter der operativen Medizin Deutschlands.

Vor 10 Jahren haben wir uns ebenfalls hier getroffen, um seinen 90. Geburtstag mit einer Reihe von Referaten zu feiern. Damals hatten wir die gute und berechtigte Hoffnung, bei seiner legendären Vitalität und geistigen Frische, auch den 100jährigen Geburtstag gemeinsam zu begehen. Die Aula war schon für diesen Dezember reserviert. Leider ist es anders gekommen.

Alle, die hier in diesem Hörsaal sind, werden das gleiche fühlen, nämlich Dankbarkeit, einen solchen besonderen Menschen gekannt zu haben, der viele von uns tief beeindruckt hat.

Was machte H.-J. Peiper so besonders, warum besitzt sein Name noch heute eine solche Strahlkraft in der Deutschen Chirurgie, was können wir von ihm lernen und was gilt es zu bewahren?

Ich glaube, man kann es unter anderem an folgenden Schlagworten festmachen:

- Neugier und Hunger nach Neuem
- Menschenliebe und Freundlichkeit
- Professionalität und Innovationsfreude

NEUGIER UND HUNGER NACH NEUEM

Ich habe selten einen Menschen getroffen, der immer an Neuem, am Anderen, an Veränderung, so interessiert war wie H.-J. Peiper. Seine weltweiten Reisen waren Ausdruck für sein aufrichtiges Interesse an der Welt, an anderen Gesellschaftsformen, Kunst und Musik. Mir ist ganz schwindelig geworden beim Lesen seiner fantastischen Autobiographie, in der er all diese Reisen beschreibt und auch die sorgfältigen Vorbereitungen darauf. Wer von Ihnen kennt einen Menschen, der mit 85 Jahren einen

Golflehrer engagiert, um noch mit dem Golfen anzufangen? Sie werden es erraten. Es war Hans Jürgen Peiper – und er hat es mit großem Interesse und Freude gemacht.

Eine Woche vor seinem Tod hat er noch Bücher in einer Göttinger Buchhandlung bestellt. Er war ein Mensch, der wissbegierig und hungrig blieb, diese schöne Welt zu erleben. Er war zutiefst interessiert an anderen Kulturen, anderen Formen des gesellschaftlichen Lebens. Hans-Jürgen Peiper war offen und liberal.

Hans-Jürgen Peiper fragte immer nach Neuigkeiten aus der UMG, nach Weiterentwicklungen in der Chirurgie. Er wollte sich unbedingt selbst an die Roboter-Konsole setzen, um zu sehen, wie diese Technik funktioniert und in welche neuen Sphären sich die Viszeralchirurgie hin entwickelt.

Wenige Stunden vor seinem Tod, es war ein sonniger Sonntag, was auch sonst, liebe Gisela und Anna, lieber Herr von Hahn, Sie werden sich gut erinnern, erkundigte er sich noch nach den Neubau-Aktivitäten hier am Campus. Er war der UMG immer verbunden und hat trotz Avancen anderer Universitätsklinika diesem Standort immer die Treue gehalten.

MENSCHENLIEBE UND FREUNDLICHKEIT

Einer der grundlegenden Wesenszüge des Arztiums ist Menschenliebe und Empathie gegenüber kranken und auch schwerstkranken Menschen, denen wir Ärzte versuchen, Genesung zu bringen oder deren Leiden zu lindern. Jeder der H.-J. Peiper kennengelernt hat, weiß, dass das Arztum tief in ihm drinnen war, tief in seiner genetischen Signatur verankert und wesentlicher Teil seines Charakters und seiner Persönlichkeit.

Unendlich viele Patienten haben ihn dafür verehrt und ihm viel zu verdanken. Dies war auch durch seinen Nachfolger Heinz Becker gelebte Realität und prägend für dessen Schüler. Ich halte dies für essentiell

für unser Fach der Chirurgie und eine *Conditio sine qua non*, eine unabdingbare Voraussetzung also, für die Ausübung unseres Berufs.

Menschenliebe und Freundlichkeit haben sich bei H.-J. Peiper auch ganz besonders im Verhältnis zu seinem ärztlichen Team gezeigt. Es war geprägt von Vertrauen und väterlicher Zuneigung. H.-J. Peiper hat von seinen Chirurgen viel Engagement in klinischer Versorgung und starkes Engagement in der Forschung erwartet und bekommen. Und er hat vieles zurückgegeben. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass aus diesem engen Lehrer-Schüler Verhältnis echte Freundschaften erwachsen sind, exemplarisch erwähne ich Jörg Rüdiger Siewert und Anton Schafmayer. Die vielen, die ich jetzt nicht genannt habe, mögen mir verzeihen.

Hans-Jürgen Peiper war ein durch und durch freundlicher und höflicher Mensch, ruhig, zurückhaltend und immer kristallklar. In einer immer schrilleren, kurzlebigeren, irrationalen und lauter werdenden Welt war er so wohltuend ruhig und gelassen. Das Gegenteil von Provokation und Polarisierung. Wir sollten uns gerade heutzutage dies zum Vorbild nehmen und in die Gesellschaft hineinwirken.

PROFESSIONALITÄT UND INNOVATIONSFREUDE

Nun zur Professionalität und Innovationsfreude und zum Thema Vater der Viszeralmedizin in Deutschland, zusammen mit Werner Creutzfeldt.

H.-J. Peiper hat eine Reihe von Innovationen und Strukturen in die Göttinger Klinik gebracht, die heute noch Bestand haben, wie zum Beispiel eine eigene chirurgische Intensivstation. Diese hatte damals wie heute einen unschätzbaren Wert für die Entwicklung und Qualität der chirurgischen Versorgung. Andere Klinika, wie z. B. die Charité, die Medizinische Hochschule Hannover, München-Großhadern, Würzburg und Freiburg sind den gleichen Weg gegangen.

H.-J. Peiper – als versierter Gefäßchirurg aus der Zenker/Heberer Schule aus Marburg und Köln kommend – hat damals die Nierentransplantation hier am Standort eingeführt, und ich bin sehr froh, dass wir seit einem Jahr wieder Nieren transplantierten. Ich bedanke mich bei allen Beteiligten, auch bei den Freunden der MHH.

Ein Beispiel technischer Innovation ist die minimal-invasive Chirurgie, die in Deutschland – vor allem in den Anfangsjahren – wenig an Universitätskliniken praktiziert wurde. Dies verhielt sich in Göttingen anders – und das verdanken wir maßgeblich dem Engagement H.-J. Peipers. Dank seiner Vision wurde die minimal-invasive Chirurgie frühzeitig in unserer Klinik etabliert: Praktiziert und getragen von seinen Oberärzten, die er stets zu motivieren wusste und gezielt in erfolgreiche Projekte einband. So schuf er eine lebendige Kultur des Fortschritts.

Ein weiteres eindrucksvolles Beispiel seines nachhaltigen Wirkens ist die Ösophaguschirurgie: durch seinen Schüler Jörg Rüdiger Siewert in München erlangte sie internationale Sichtbarkeit und wurde – dank der Arbeit seines weiteren Schülers Arnulf Hölscher – in Köln zum größten Europäischen Zentrum für diese anspruchsvolle chirurgische Disziplin weiterentwickelt.

Das nächste Beispiel für seinen visionären Einfluss ist die Einführung der flexiblen Endoskopie in Göttingen. Ein japanischer Hospitant hatte eines der ersten Geräte mit nach Göttingen gebracht und H.-J. Peiper vorgestellt. Dieser erkannte das große Potenzial sofort und setzte das Verfahren persönlich mehrfach ein. Gemeinsam mit seinem Partner Werner Creutzfeldt, der die Bedeutung dieser technischen Innovation ebenso früh erfasste, wurde die flexible Endoskopie erfolgreich in die interdisziplinäre Endoskopie hier am Standort integriert – eine Einrichtung, die bis heute besteht.

Ich könnte an dieser Stelle viele weitere Beispiele anführen, doch möchte ich nun auf etwas ganz Entscheidendes zu sprechen

kommen – etwas, das hier in Göttingen vor vielen Jahren Großes bewirkte. Es war die Geburtsstunde der Viszeralmedizin, die maßgeblich von Hans-Jürgen Peiper und seinem starken Partner Werner Creutzfeldt, dem damaligen Chef der Gastroenterologie, getragen wurde. Beide haben gemeinsam ein Fachgebiet aus der Taufe gehoben, das es in dieser Form noch gar nicht gab.

Dies gelang durch die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zweier großer Persönlichkeiten, die durch tiefe Freundschaft, gegenseitigen Respekt und ein gemeinsames Ziel verbunden waren. So formten sie aus ihrer Partnerschaft die Grundlage für ein neues Kapitel in der Medizin – die Viszeralmedizin. Diese Zusammenarbeit wurde auf die Teams der Chirurgie und Gastroenterologie übertragen, die sich gemeinsam daran machten, die starren Fächergrenzen

durchlässig zu machen, neue Interaktionen zu entwickeln, die zuvor undenkbar waren und die Grenzflächen zwischen diesen Fächer neu zu definieren. Für die damalige Zeit war dies eine geradezu geniale Leistung, die die Viszeralmedizin grundlegend neu gestaltete. Die Interaktionen erstreckten sich dabei über ein breites Spektrum: Von den klassischen Themen der Onkologie über die Pankreatitis bis hin zu den gastrointestinalen Hormonen, als Schwerpunkt von Werner Creutzfeldt, sowie der Endokrinologie. Auch hier wurden Maßstäbe gesetzt, die national und international sichtbar waren und bis heute nachwirken.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Im Verlauf dieser Gedenkfeier haben Sie in den Vorträgen verschiedene Facetten von Hans-Jürgen Peiper erfahren, allen gemein ist die außergewöhnliche nahbare

Persönlichkeit. Ich persönlich werde immer dankbar sein, ihm verbunden und nah gewesen zu sein. Nah in unserer Leidenschaft zu dem Fach der Chirurgie und der Essenz von Medizin und nah in vielen Ansichten über das Leben und die Welt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, heute gedenken wir Hans-Jürgen Peiper, einer außergewöhnlichen Persönlichkeit, Zeitzeuge der deutschen Geschichte, der prägend für das Fach Chirurgie wirkte, prägend für die Medizinische Fakultät und prägend für viele von uns, ein großer Mensch und ein vornehmer Repräsentant des Faches Chirurgie.

Prof. Dr. med. Michael Ghadimi
Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie
Universitätsmedizin Göttingen

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich, Schweiz
Herr Dr. med. Hans Rau, Pfarrkirchen
Herr Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Axel Stemberger, Neubibereg
Herr Prof. Dr. med. Bernhard J. Husemann, Grabenstädt-Marwang
Herr Prof. Dr. med. Günter Mangold, Lahr

***19.05.1932 †01.05.2025**
***30.06.1948 †15.05.2025**
***29.04.1944 †28.07.2025**
***19.03.1942 †09.08.2025**
***22.04.1941 †29.09.2025**

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: ARMANI₁*				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Dr. Sandra Korn Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: 0351 458 4098 F: 0351 458 7273 E: sandra.korn@ukdd.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	74 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg₂*				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 187 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 E: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: City₃*				
Registrierungsnummer: DRKS0033520				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	<p>Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde</p> <p>Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring</p> <p>Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring</p>	<p>28.02.2024</p> <p>1335 von 2426 Patienten</p>	<p>Keine Finanzierung</p> <p>Fallgeld: 0 €/Patient</p>	<p>PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de</p>
Studientitel: COMPASS₄				
Registrierungsnummer: DRKS00031827				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	<p>Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion</p> <p>Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz</p> <p>Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors</p>	<p>16.04.2024</p> <p>53 von 468 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>1000 €/Patient</p>	<p>Anika Stützer Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen T: 0351 458 11710 F: 0351 458 7273 E: anika.stuetzer@ukdd.de</p>
Studientitel: DISPACT-2₅*				
Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	<p>Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie</p> <p>Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie</p> <p>Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie</p>	<p>13.08.2020</p> <p>281 von 294 Patienten</p>	<p>DFG</p> <p>1.250 € / Patient</p>	<p>PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de</p>
Studientitel: ESORES₆				
Registriernummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	<p>Patienten mit Ösophaguskarzinom</p> <p>Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beurteilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG-PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokalem Tumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.</p>	<p>30.01.2024</p> <p>25 von 670 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>1520 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. Jens Höppner Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Lippe Klinikum Lippe GmbH T: 05231 721151 F: 05231 721045 E: jens.hoepfner@uni-bielefeld.de</p>

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
	<p>Kontrollgruppe: Die Behandlung im Studienarm B besteht aus einer obligaten postneoadjuvanten Operation, die 4–12 Wochen nach Ende der neoadjuvanten Therapie durchgeführt wird.</p> <p>In beiden Armen erfolgt die Operation durch transthorakale oder transabdominale Ösophagektomie einschließlich Lokoregionärer Lymphadenektomie.</p>			
Studientitel: HULC_{7*}				
Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	<p>Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz</p> <p>Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik</p>	<p>08.08.2019</p> <p>591 von 812 Patienten</p>	<p>DFG</p> <p>500 € / Patient</p>	<p>Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de</p>
Studientitel: METAPANC₈				
Registrierungsnummer: 2023-503558-10-00/IAG-VO-0822				
Prof. Dr. med. Michael Ghadimi	<p>Patienten mit lokal resektablem oligometastatischen (Leber, synchron o. metachron) Pankreaskarzinom</p> <p>Experimentelle Gruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von der chirurgischen Entfernung des Primärtumors und der Metastasen gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX</p> <p>Kontrollgruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX</p>	<p>FPI: 17.10.2023</p> <p>24 von 272 Patienten</p>	<p>DFG</p> <p>Exper. Gruppe: 3250 €/Patient</p> <p>Kontrollgruppe: 2800 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. med. Michael Ghadimi Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie T: 0551 39 67811 E: chirurgie.sekretariat@med.uni-goettingen.de</p>
Studientitel: MICKey_{9*}				
Registriernummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	<p>Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem)</p> <p>Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)</p>	<p>14.06.2023</p> <p>139 von 152 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>850 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de</p>
Studientitel: P.E.L.I.O.N._{10*}				
Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	<p>Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird.</p> <p>Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.</p>	<p>20.01.2023</p> <p>93 von 304 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>650 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de</p>

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: RAMPS_{11*}				
Registrierungsnummer: DRKS00033031				
Prof. Dr. med. Felix Hüttner Dr. med. Frank Pianka	Patienten mit einem Pankreaskarzinom des Pankreas-körpers oder -schwanzes, bei denen eine Pankreas-linksresektion mit Splenektomie geplant ist. Experimentelle Gruppe: Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) Kontrollgruppe Standardmäßige Pankreaslinksresektion mit Splenektomie	20.02.2025 14 von 266 Patienten	DFG 1057,23 €/Patient	Prof. Dr. med. Felix Hüttner Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Nürnberg T: 0911 398 113763 E: felix.huettner@klinikum-nuernberg.de
Studientitel: RECOPS_{12*}				
Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 605 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de
Studientitel: SELREC_{13*}				
Registrierungsnummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 25 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: SEVTAR₁₄				
Registrierungsnummer: DRKS00023436				
PD Dr. med. Leif Schiffmann	Patienten/Op.-Verfahren: Patienten mit Rektumresektion, Anastomosenhöhe zwischen 2 und 8cm und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Einlage eines Vacuumschwammes am Ende der Operation für 5 Tage, weitere Behandlung wie lokal üblich Kontrollgruppe: Keine Schwammeinlage, Behandlung wie lokal üblich	FPI: 26.01.2021 150 von 362 Patienten	eine Finanzierung 0€/Patient	PD Dr. med. Leif Schiffmann Asklepios Klinik Pasewalk, Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Pasewalk T: 03973 23 1257 F: 03973 23 1515 E: leif@dr-schiffmann.de
Studientitel: STITCHES₁₅				
Registrierungsnummer: DRKS00034787				
PD Dr. med. Christian Krautz	Adaptives Stichprobendesign: zunächst 100 Patienten (Vorlaufphase), dann finale Berechnung des Stichprobenumfangs Experimentelle Gruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29) und zusätzlicher zirkulärer Übernäherung mit resorbierbaren Fäden. Kontrollgruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29)	FPI: 28.11.2024 13 von 100 Patienten (Vorlaufphase)	Keine Finanzierung 0 €/Patient	PD Dr. med. Christian Krautz Chirurgische Klinik des Uniklinikum Erlangen T: 09131 8542273 E: christian.krautz@uk-erlangen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: TRIANGLE₁₆*				
Registrierungsnummer: DRKS00030576 UTN U1111-1243-441				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Patienten mit resektablem, Borderline oder lokal fortgeschrittenem Pankreaskopfkarzinom Experimentelle Gruppe: TRIANGLE-Operation: Radikale Weichteildissektion entlang der Arteria mesenterica superior (Level 3 nach Inoue) um mindestens 180 Grad rechteilig UND vollständige Dissektion des Weichgewebes im „Dreieck“ zwischen Arteria mesenterica superior, Pfortader und Truncus coeliacus wie von Hackert et al. beschrieben Kontrollgruppe: Standard-Dissektion der AMS nach Inoue Level 1 oder 2 und Standard-Lymphadenektomie entsprechend der deutschen S3-Leitlinie	22.11.2024 34 von 270 Patienten	BMBF 1190 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver MetAstases IN patlents with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESORES
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Intensivierte Therapie bei Patienten mit lokal resektablem oligometastatischen Pankreaskarzinom – multimodale operative Therapie versus alleinige systemische Chemotherapie
- [9] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICKey Studie
- [10] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure On incisional herNia incidence – a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)
- [11] Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) im Vergleich zur standardmäßigen Pankreaslinksresektion mit Splenektomie bei Bauchspeicheldrüsenkrebs – Die multizentrische, randomisierte, kontrollierte RAMPS-Studie
- [12] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [13] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [14] Studie zum Stellenwert einer prophylaktischen EVT zur Vermeidung von Anastomoseninsuffizienzen nach Rektumresektionen)
- [15] Vergleich der Standard-Zirkularstapleranastomose mit oder ohne zusätzlicher Übernähung bei Patienten mit Roboter-assistierter Ivor-Lewis Ösophagektomie aufgrund von malignen Tumoren der Speiseröhre und des ösophagogastralen Übergangs
- [16] Conventional partial pancreatoduodenectomy versus an extended pancreatoduodenectomy (triangle operation) for pancreatic head cancers – the randomized controlled TRIANGLE trial

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

Stand: September 2025

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

**Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt Spendern,
die mit ihren Bausteinen zur Ausgestaltung und zum Unterhalt
des Langenbeck-Virchow-Hauses beigetragen haben.**

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper, Berlin und Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch, München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer, München

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler, Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die Gründungsmitglieder

Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover

in memoriam Manfred und Helmi Jähne, Essen

Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe

in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel, Prof. Dr. med. R. Zenker,
Dr. med. R. Kiffner

AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter, Hamburg

in memoriam Dr. med. Friedemann Schreiter

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen e.V.

Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med. Hildegard

Derra-Henneke, Düsseldorf und München

in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Ernst Derra,
Düsseldorf

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland Hetzer, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol, Indiana, USA

in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Müller, Rostock und

Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt

Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und

Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover

in memoriam

Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig

Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover

Vereinigung Niederrheinisch- Westfälischer Chirurgen

Herr Dr. med. Wolfgang Schneider

In Erinnerung an

Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Bunte

gestiftet von 52 Schülern und Weggefährten aus der Zeit von

1973 bis 1996 an der Chirurgischen Universitätsklinik Münster

in dankbarer Wertschätzung und Bewunderung für ihren

Ideengeber und Mentor

Herr SR Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blandfort, Friedrichsthal

(2 Bausteine)

Herr Prof. Dr. med. Reinhard Friedrich Gustav Hoffmann, Frankfurt/
Main

Herr Dr. med. Jochen Reichmann, Herford

in memoriam Prof. Dr. med. Joachim Reichmann, Halle/Saale

Herr Prof. Dr. med. Günther Winde, Herford

Prof. Dr. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen

in memoriam seine Freunde

posthum Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Dieter Seitz

und in memoriam an meine chirurgischen Lehrer

Dr. Emil Seitz, Neuenbürg

Prof. Dr. Hermann Krauß, Freiburg

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Unge-
 thüm, Tuttlingen
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Volker Bühnen, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
 Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen
 und Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,
 Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
 Prof. Dr. med. Franz Spath
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

- Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr PD Dr. med. Stefan Welter, Hemer
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
 Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik
 Dresden-Friedrichstadt
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
- Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
 Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
 in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und
 Prof. Dr. med. Gerd Hegemann
 Prof. Dr. med. Dieter Rühlend, Singen
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Dr. med. Werner Pfafferott und
 Dr. med. Hermann Wiesinger
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, Frankfurt/Main
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg
 „Primum non nocere.“
 Herr Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Mülheim a. d. Ruhr
 Herr Dr. med. Alexander Florek, Radebeul
 zu Ehren von Dr. med. Hans-Joachim Florek, Dresden
 Herr Dr. med. Detlev Büttner, Gehrden
 in memoriam Prof. Dr. med. Adalbert Büttner, Goslar
 Herr Prof. Dr. med. Christian Schwokowski, Leipzig
 Herr Prof. Dr. med. Volker Nutz, Bonn
 in memoriam Prof. Dr. med. Antonio Larena-Avellaneda Mesa,
 Frechen
 Herr Dr. med. Lars-Gunther Hein, Ludwigshafen
 Herr Prof. Dr. med. Jörg Fuchs, Tübingen
 Herr Prof. Dr. Stephan Freys, Bremen
 von seinen Kollegen-Freunden

BAUSTEIN IN BRONZE

- Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul Langerhans,
 Berlin und Madeira. Seine Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
 Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt, Voitsberg/Österreich
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen, Paderborn
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur, Münsing
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht, München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro, Bielefeld
- Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil Werner Kluge, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Gerd Meißner, Bernburg
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothen, Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg

Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel
 Herr Dr. med. Arne Bautz, Kiel
 Herr Dr. med. Jochen Peter, Mainz
 Herr Dr. med. Martin Pöllath, Sulzbach-Rosenberg
 Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg
 Herr Dr. med. Kurt Zimmermann, Lauterbach
 Herr Dr. med. André Stoberneck, Kleve
 in memoriam PD Dr. med. Claus Engelmann
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Riemenschneider, Bonfeld
 Herr Wolfgang Johannes,
 Firma Medtronic, in Würdigung seiner Verdienste in mehr als
 30 Jahren um die chirurgische Ausbildung
 Herr Prof. Dr. med. Gerd Meißner, Bernburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Dietrich Röher, Düsseldorf
 in memoriam G. Horeysek, C. D. Stahlknecht, R. A. Wahl
 Herr Dr. med. Marc-Ulrich Helber, Bad Boll
 Die Chirurgeninnen e.V.
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar, Bremen
 in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Rieder
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Werner Maaßen

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Albrecht Encke
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Bartel
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Heikki Toomes
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Joachim Hasse
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Heinz Neef
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Mikhail Perelman
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Pál Keszler
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Lorenz Lindenmaier
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Prof. Dr. med. Volker Bühren
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Siewert
 Herr Dr. Uwe Ziemann, Firma Medtronic
 in Würdigung seiner Verdienste in mehr als 30 Jahren um die
 chirurgische Ausbildung
 Herr Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, Greifswald