

Aus dem Fachbereich Medizin
der Goethe-Universität
Frankfurt am Main

aus der
Klinik für Orthopädie (Friedrichsheim)
Direktorin: Prof. Dr. Andrea Meurer

betreut am
Sana Klinikum Offenbach

**Das Lebenswerk von
Prof. Dr. Eduard Güntz
mit Schwerpunkt auf seiner Frankfurter Zeit
(1951-1969)**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Goethe-Universität
Frankfurt am Main

vorgelegt von
Anja Monika Götze
aus Frankfurt am Main

Frankfurt am Main, 2021

Dekan:	Prof. Dr. Stefan Zeuzem
Referent:	Prof. Dr. Michael Rauschmann
Korreferent/in:	Prof. Dr. Michael Sachs
Tag der mündlichen Prüfung:	05.04.2022

Prof. Dr. Eduard Güntz (1903-1973)



Abbildung 1: Prof. Dr. Eduard Güntz (1903-1973)

(Quelle: Fotoalbum, Archiv der orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)

Inhalt

1. Einleitung	5
1.1. Material und Methode	7
2. Geschichte der orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main (Friedrichsheim)	14
3. Biographie Eduard Güntz	22
3.1. Interviews von Zeitzeugen	48
4. Wissenschaftliche Arbeiten:.....	52
4.1. Frühe Veröffentlichungen (1927-1932)	52
4.2. Erste Frankfurter Phase (1932-1937)	55
4.3. Habilitation (1937-1938).....	62
4.4. Kieler Zeit (1938-1950)	67
4.5. Zweite Frankfurter Phase (1951-1969)	73
4.6. Themen der medizinischen Dissertationen unter Prof. Dr. E. Güntz (1951-1969) an der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main.....	106
5. Diskussion:	110
6. Zusammenfassungen	119
6.1. Zusammenfassung	119
6.2. Summary	121
7. Quellen	123
7.1. Spezielle Internetquellen.....	123
7.2. Literaturverzeichnis	124
7.3. Archivalische Quellen.....	129
7.4. Abbildungsverzeichnis	130
8. Anhang	136

1. Einleitung

Diese Arbeit hat das Ziel, das Wirken und Schaffen von Prof. Dr. Eduard Güntz (1903-1973) wissenschaftlich aufzuarbeiten und seine Leistungen, insbesondere während seiner „Frankfurter Zeit“, aufzuzeigen und in den historischen und aktuellen Kontext einzuordnen.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Aufarbeitung wird zunächst ein Abriss der Geschichte der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main (Friedrichsheim) dargestellt, um der Tätigkeit von Prof. Güntz einen historischen Kontext zu geben.

In seiner Biographie wird seine akademische Laufbahn aufgezeigt. Erwähnung finden werden hierbei insbesondere seine beiden akademischen Lehrer Georg Schmorl (1861-1932) und Georg Hohmann (1880-1970), die in bedeutender Form prägend auf Güntz gewirkt haben; der eine als sein wissenschaftlicher (Schmorl), der andere als sein klinischer Lehrer (Hohmann).

Ein Schwerpunkt in seinem Lebenslauf ist seine Erkrankung (Poliomyelitis) während des 2. Weltkrieges und der daraus resultierende Einfluss auf sein späteres Arbeiten.

Güntz' Rolle im Nationalsozialismus wird in dieser Arbeit beleuchtet, kann aber nicht abschließend eingeordnet werden.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf seiner Tätigkeit als ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main (Friedrichsheim) von 1951 bis 1969 und den in dieser Zeit entstandenen wissenschaftlichen Arbeiten und Veröffentlichungen sowie den gravierenden wegweisenden Veränderungen, die diese Zeit

unter Güntz als ärztlichem Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik hervorgebracht hat.

Dem heutigen Orthopäden ist Güntz vor allem namentlich bekannt durch das von ihm erstmals beschriebene Güntz-Zeichen, die abnorme Geradehaltung des Wirbelsäulenabschnitts oberhalb einer Schädigung als radiologisches Frühsymptom, auf dessen Bedeutung im Rahmen seiner wissenschaftlichen Publikationen noch näher einzugehen sein wird.

1.1. Material und Methode

Bei einer geschichtlichen Abhandlung wie dieser Arbeit wird immer die gründliche Recherche im Vordergrund der Methodik zu nennen sein.

So umreißt Kapitel 2 die Geschichte der Universitätsklinik für Orthopädie in Frankfurt am Main. Der Schwerpunkt liegt auf der Zeit, in der Professor Güntz hier ärztlicher Direktor war. Hierzu wurde besonders die 1989 von Hans-Otto Schembs (geb. 1942) veröffentlichte Jubiläumsschrift zum 75-jährigen Bestehen des Friedrichsheim¹ als Quelle genutzt, da durch den Brand nach dem Bombenangriff vom 22.03.1944, bei dem „das Friedrichsheim ... bis zum Kellergeschoss ausgebrannt“² war, nichts mehr im Haus an Dokumenten vorhanden war.

Kapitel 3 befasst sich mit der Biographie von Eduard Güntz, seiner akademischen Laufbahn und den wenigen Fakten, welche aus seinem privaten Leben zu erhalten waren.

Seinen Lebenslauf betreffend erfolgte die Recherche in der Personalhauptakte von Eduard Güntz, sowohl im Universitätsarchiv als auch im Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin in Frankfurt am Main. Weitere Erkenntnisse ergaben Anfragen beim Standesamt der Stadt Frankfurt am Main. Weitergeleitet an das Bürgeramt der Stadt, nach Antragstellung auf Melderegisterauskunft, konnte der letzte bekannte Wohnort von Güntz' einziger Tochter festgestellt werden. Eine Kontaktaufnahme blieb trotz mehrmaliger Versuche erfolglos.

¹ Schembs, 1989, S. 16-18

² Nachtripp, 1992, S. 4

Darüber hinaus fand die Recherche über das Standesamt und das Stadtarchiv in Götzenhain, Güntz' letztem Wohnort, statt.

Recherche zum Studium:

Informationen über die Zeit seines Medizinstudiums konnten in der Personalhauptakte Eduard Güntz im Universitätsarchiv Frankfurt am Main recherchiert werden, ebenso Fakten zu seiner Ausbildungsphase zum Orthopäden zunächst in Dresden, später in Frankfurt. Hilfreich war hierzu auch eine Festschrift von Prof. Georg Hohmann zu Güntz' 65. Geburtstag³ sowie sein Nachruf⁴, verfasst von Prof. Dr. Wolfgang Bechtold (1922-1986).

Recherche zur Ausbildungsphase zum Orthopäden (Dresden):

Bezüglich seiner Zeit als Assistent von Georg Schmorl (1861-1932) in Dresden erfolgte die Kontaktaufnahme mit Hr. Lichtenberger, der dort im Institut für Pathologie „Georg Schmorl“ als Archivar arbeitet und die Pathologische Sammlung betreut. In einem Telefoninterview am 30.11.2017 berichtete dieser von den von Güntz verfassten Sektionsprotokollen und Knochenpräparaten aus der Zeit von 1929-1932. Diese konnten in einem Vor-Ort-Termin am 08.03.2018 zusätzlich gesichtet und geprüft werden. So zeigen die Abbildungen 26-28 Beispiele der durch Güntz erstellten Sektionsprotokolle.

Hr. Lichtenberger recherchierte darüber hinaus alle von Güntz durchgeführten Sektionen; die entsprechenden von ihm

³ Hohmann, Professor Eduard Güntz zum 65. Geburtstag, 1969, S. 1-2

⁴ Bechtoldt, 1973

zusammengestellten Listen finden sich im Anhang dieser Arbeit (Abb. 21-25).

Recherche der frühen Frankfurter Zeit und der Frankfurter Zeit nach der Berufung:

An der Goethe-Universität Frankfurt wurde unter anderem im Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin recherchiert. Hier konnten folgende Schriftstücke zu Prof. Eduard Güntz gesichtet werden:

- Lebenslauf (s. Anhang: Abb. 19-20)
- Personalhauptakte
- Schriftstücke und Bescheinigungen über Güntz von Zeitzeugen aus der NS-Zeit
- Unterlagen über die Umstände seiner Berufung nach Frankfurt sowie Nachrufe von Presse und Kollegen.

Eine weitere Quelle war das Universitäts-Archiv der Goethe-Universität in Frankfurt; hier konnten folgende wichtige Dokumente nach umfangreicher Recherche gesichtet und geprüft werden:

- Habilitationsschrift
- Unterlagen zur Verleihung der Dozentur in Frankfurt am Main und Kiel
- Unterlagen zum Auswahlverfahren
- Dokumente der Mitbewerber
- Inhalt der Antrittsvorlesung
- Liste aller wissenschaftlichen Veröffentlichungen bis 1948

Recherche zur Kieler Zeit:

Bezüglich dieses Abschnitts in Güntz' beruflicher Laufbahn erfolgte die Recherche über das Kieler Gelehrtenverzeichnis⁵. Darüber hinaus erbrachte die Nachfrage bei der Pressestelle der Landesärztekammer Schleswig-Holstein (E-Mail Karl-Werner Ratschko vom 18.04.2021) den Kontakt zum Archiv der Universitätsklinik Kiel (E-Mail Archivar Dr. Jörg Rathjen vom 21.04.2021) und ebenfalls dort zum Archivar für die Entnazifizierungsunterlagen (Telefonat mit Sven Schön vom 18.04.2021). Es wurde hier die Personalakte von Güntz aus der damaligen Zeit sowie seine komplette Entnazifizierungsakte gefunden, gesichtet und geprüft. Beispiele für Zeugnisse, Beglaubigungen und Bescheinigungen von ehemaligen Kollegen und Privatpersonen finden sich im Rahmen des Kapitels „Biographie“ und als Abbildungen 38-48 im Anhang dieser Arbeit.

Zur objektiven Einordnung seiner Rolle in der NS-Zeit erfolgte parallel die Anfrage an das Bundesarchiv in Berlin bezüglich Güntz' Eintrag in der NSDAP-Gaukartei.

Recherche der Wissenschaftlichen Arbeiten:

Die Recherche erfolgte unter anderem über das Internet. Hier seien besonders die Homepage des Thieme-Verlages und von Pubmed zu erwähnen, darüber hinaus das Universitätsarchiv Frankfurt, die Deutsche Nationalbibliothek, das Institut für Geschichte der Medizin, das Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt a. M. (Friedrichsheim) und das Archiv des Deutschen Orthopädischen Geschichts- und Forschungsmuseums e.V.

⁵ Kieler Gelehrtenverzeichnis

Im Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt a.M. und im Archiv des Deutschen Orthopädischen Geschichts- und Forschungsmuseums wurden im Einzelnen gesichtet:

- die Ausgaben der Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft der Jahrgänge 1932, 1933, 1935, 1936, 1937, 1938, 1947, 1948, 1949, 1950, 1952, 1953, 1955, 1956, 1957, 1962, 1964
- die Ausgaben der Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete von 1932, 1933, 1937, 1950, 1962
- das Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte der Jahrgänge 1956, 1958
- Exemplare der Deutschen Medizinischen Wochenschrift der Jahrgänge 1939, 1942
- unter Güntz verfasste Dissertationen, gelistet im Kapitel 4.6.

Über diesen Weg wurden auch weitere von Güntz verfasste Bücher und wissenschaftliche Artikel recherchiert, die im Kapitel 4.2 und 4.5 gelistet sind.

Ein vollständiges Verzeichnis aller seiner Publikationen, von Eduard Güntz selbst angefertigt, findet sich im „Chirurgenverzeichnis“⁶ (siehe Abb.64-66) im Anhang dieser Arbeit.

Im Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main fand sich Bildmaterial damaliger Patientenstudien und Schienenversorgungen, das gesichtet und geprüft wurde. Auf Grund der Jahreszahlen können diese Abbildungen mit hoher Wahrscheinlichkeit Güntz zugeordnet werden, der von 1951-1969 ärztlicher Direktor war.

⁶ Güntz E. , Chirurgenverzeichnis (Fünfte Auflage), 1969, S. 289-291

Recherchen an ehemaligen Arbeitsstätten, namentlich bei dem heutigen Leiter der ehemaligen Orthopädiotechnik Habermann, Herrn Weitner, erbrachten leider keine neuen Erkenntnisse. Es gibt laut seiner Aussage keine Dokumente oder orthopädiotechnische Versorgungen aus der damaligen Zeit in deren Archiven.

Recherche über Zeitzeugen:

Besondere Erwähnung finden telefonische Interviews, welche mit Zeitzeugen durchgeführt wurden.

Es sind dies:

- Prof. Dr. Erich Schmitt (geb. 1933), letzter Privatassistent unter Güntz und später Leiter der Abteilung für Wirbelsäulenorthopädie an der Orthopädischen Universitätsklinik (Friedrichsheim) (Interview vom 19.06.2017)
- Dr. med. Georg Holfelder (geb. 1929), Facharzt für Orthopädie, der von Güntz im ärztlichen Staatsexamen 1956 geprüft wurde (Interview vom 25.09.2017)
- Dr. Wolfgang Seeger (geb. 1929), Facharzt für Orthopädie, der von 1960-1964 in der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main arbeitete (Interview vom 07.12.2020)
- Dr. Norbert Dickopf (geb. 1938), Facharzt für Innere Medizin, der 1962 von Güntz im Staatsexamen geprüft wurde und 1969 bei ihm promovierte (Interview vom 14.04.2021)
- Fr. Dr. Ingrid Oboth (geb. 1939), Fachärztin für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde, die 1966 bei Güntz promovierte (Interview vom 14. und 15.04.2021)

2. Geschichte der orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main (Friedrichsheim)

Die orthopädische Universitätsklinik in Frankfurt am Main hat ihre Wurzeln in dem 1909 in Wiesbaden gegründeten „Verein für Krüppelfürsorge“, der sich die Betreuung und Versorgung Versehrter mit besonderem Augenmerk auf ihre Wiedereingliederung in den Beruf zur Aufgabe gemacht hatte. Diese Aufgabe war auch für Prof. Dr. Eduard Güntz Zeit seines Lebens eine Herzensangelegenheit.

Ihren Namen verdankt die Stiftung Friedrichsheim dem verstorbenen Ehemann der damaligen 1. Vorsitzenden Frau Elisabeth König, Herrn Friedrich König.⁷ Frau König stiftete ein Grundstück in Wiesbaden und 200.000 Goldmark zur Errichtung eines Krüppelheims. In Wiesbaden scheute man jedoch dessen Errichtung, fürchtete man doch den negativen Einfluss auf den Kurbetrieb. Nach Verhandlungen mit dem damaligen Oberbürgermeister Adickes stellte die Stadt Frankfurt dem Verein das heutige Grundstück in der Marienburgstraße in Erbpacht zur Verfügung. Der 1913 begonnene Bau konnte bereits 1914 abgeschlossen werden, finanziert unter anderem durch eine Hypothek gewährt durch das Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt, im Besonderen aber durch viele Spenden der annähernd 600 Mitglieder des Vereins.

Seit dem 17.10.1914 war vertraglich geregelt, dass die Johann Wolfgang Goethe-Universität ein Mitbenutzungsrecht des Gebäudes der Stiftung innehatte und der jeweilige Lehrstuhlinhaber für Orthopädie der ärztliche Direktor der Klinik ist. Im Gegenzug war ab diesem Zeitpunkt der „Verein Friedrichsheim“ als Mitglied des Stifterverbandes im Großen Rat der Universität Frankfurt vertreten.⁸

⁷ Schembs, 1989, S. 16

⁸ Schembs, 1989, S. 17

1916 erhielt der Verein ein weiteres angrenzendes Gebäude, in dem Schreiner- und Schlosserwerkstätten für Umschulungsmaßnahmen untergebracht wurden. Hier wurde zu einem späteren Zeitpunkt die Orthopädiemechanische Werkstatt etabliert, die sich bis dato im Untergeschoss der Klinik auf engstem Raum befunden hatte.

1923 wurde eine staatlich anerkannte Massageschule und 1928 eine Krankengymnastikschule angegliedert, die spätere „Staatlich anerkannte Lehranstalt für Krankengymnastik und Massage“. Es war dies mit der Verdienst von Prof. Georg Hohmann, in dessen Zeit als ärztlicher Direktor diese Entwicklungen fallen.

Das „Krüppelheim“ fungierte im 2. Weltkrieg zunächst als Lazarett, bis es 1944 durch einen Fliegerbombenangriff bis auf die Grundmauern niederbrannte. Die Patienten konnten provisorisch im Schloss Gettenbach bei Gelnhausen untergebracht werden. Dieses Provisorium dauerte schlussendlich bis zum Oktober 1957.

Nach dem 2. Weltkrieg arbeitete die Poliklinik im Kellergeschoss des Westflügels der zerstörten Klinik unter primitivsten Bedingungen weiter. Die Stadt übertrug dem Verein die Führung des ehemaligen Wehrmachtslazaretts im „Philanthropin“ in der Hebelstraße als „Versorgungskrankenhaus“.⁹

Der Wiederaufbau in Niederrad begann 1946 mit dem Westflügel der Klinik. Die Zeit drängte, da die Jüdische Gemeinde in Frankfurt Anspruch auf das „Philanthropin“ angemeldet hatte. 1948 konnte der Westflügel mit 100 Betten wieder in Betrieb genommen werden.

⁹ Schembs, 1989, S. 18

Die nun folgenden 4 Bauabschnitte des Friedrichsheims sowie die Neubauten des Berufslehrwerkes und des Internatsgebäudes fallen alle in die Zeit von Prof. Eduard Güntz als ärztlichem Direktor.

Eigentlicher Vorgänger von Güntz im Amt des ärztlichen Direktors und Inhaber des Lehrstuhls für Orthopädie an der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt am Main war in den Jahren 1930-1946 Georg Hohmann (28.02.1880-05.10.1970). Als dieser dann nach München zurückging, übernahm Harald Mosebach (29.07.1905-03.07.1996) kommissarisch die Leitung der orthopädischen Universitätsklinik in Frankfurt am Main.

Mit dem 16.08.1951 war das jahrelange Kommissariat beendet. Prof. Dr. Eduard Güntz, bis dahin Extraordinarius für Orthopädie an der Universität Kiel, wurde auf den Lehrstuhl für Orthopädie der Johann Wolfgang Goethe-Universität berufen und nahm seine Tätigkeit als ärztlicher Direktor der Klinik an diesem Tage auf. Dr. Mosebach ließ sich in Frankfurt als Facharzt für Orthopädie nieder.

Damit die Klinik wieder eine Stätte für Lehre und Forschung werde, gab die Universität im Jahr 1952 die Mittel zu Ausbau und Einrichtung des Hörsaals frei. Auch konnten aus dem Etat erstmals Planstellen für wissenschaftliche Assistenten finanziert werden¹⁰.

In Folge der günstigen Finanzlage war es in den folgenden Jahren möglich, Rücklagen zu schaffen, sodass das Haus verputzt, die Röntgen- und Operationsabteilung modernisiert, die Wäscherei wiedereingerichtet und darüber hinaus die ärztlichen und

¹⁰ Fotoalbum, Archiv des Deutschen Orthopädischen Geschichts- und Forschungsmuseums

wirtschaftlichen Einrichtungen verbessert und ergänzt werden konnten.

Im ersten Bauabschnitt 1955-56 wurde ein Personalwohnhaus mit 76 Zimmern und Personalspeisesaal errichtet. Im Erdgeschoss wurden das klinische und das histologische Labor untergebracht.¹¹

Im zweiten Bauabschnitt bis 1957 erfolgte die Fertigstellung der Eingangshalle, die als Querbau das Hauptgebäude mit dem Personalwohnheim des therapeutischen Behandlungsflügels verband. Hier fanden das große Bewegungsbad und ein großer Turn- und Gymnastiksaal Platz.

Im dritten Bauabschnitt 1956-1957 wurde das eigentliche Bettenhaus mit den Stationen VII bis X fertiggestellt, sodass die Klinik mit den hier entstandenen 130 Patientenbetten vorübergehend über eine Gesamtbettenzahl von 345 Betten verfügte. Im Bettenhaus wurde auch eine große Beschäftigungstherapie-Abteilung untergebracht. Parallel hierzu wurde die Schule für Krankengymnastik und Massage auf 120 Ausbildungsplätze weiter ausgebaut.

Im vierten Bauabschnitt wurden Poliklinik und Haupthaus modernisiert.

¹¹ Schembs, 1989, S. 18

Am 7. Dezember 1957 wurde das neu gestaltete und erweiterte „Friedrichsheim“ feierlich eingeweiht.¹²



Abbildung 2: „Friedrichsheim“ um 1957 (Quelle: Fotoalbum, Archiv der orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)

Schloss Gettenbach konnte geschlossen werden. Das Provisorium war endgültig beendet.

Die Krankengymnastikschule erfuhr eine wichtige Entwicklung, an der Prof. Güntz maßgeblich beteiligt und die treibende Kraft gewesen ist. Er erreichte die Angleichung an andere Krankengymnastikschulen in Deutschland, die sich schon direkt nach Kriegsende weiterentwickeln konnten. Als Lohn für seine Bemühungen und die Neugestaltung wurde der Schule für Krankengymnastik und Massage an der Orthopädischen Universitätsklinik (Friedrichsheim) im Dezember 1957

¹² Schembs, 1989, S. 55

die staatliche Anerkennung ausgesprochen.¹³ Die Zahl der Unterrichtsplätze stieg auf Grund der wachsenden Bedeutung des Berufszweigs der Krankengymnastik in kürzester Zeit auf das Dreifache an, sodass bereits 1963 ein Erweiterungsbau nötig wurde.

1958 war die neue Gartenanlage vollendet und konnte von den Patienten genutzt werden.

1960-1964 entstand der Neubau des Berufslehrwerkes und des Internatsgebäudes mit Platz zur Umschulung für bis zu 130 Auszubildende.

Auf Grund der hohen Zahl an Dismeliemissbildungen - wie sich in den Jahren 1961-1962 herausstellte auf Grund der Verordnung des seit 1956 zugelassenen Schlafmittels Thalidomid (Contergan®) an Schwangere, das seit dem 27.11.1961 vom Markt genommen war¹⁴ - wurde 1963 eine Sonderstation (Station 10) als Station für Contergan-geschädigte Kinder eingerichtet. Diese auch „Bobbele-Station“ genannte Station verfügte über 12 Betten. Die Kinder wurden hier in enger Zusammenarbeit von Krankengymnasten und Orthopädiemechanikern umfassend über mehrere Wochen oder auch Monate betreut und nach ihrer Entlassung ambulant weiterbehandelt. In den letzten 2 Wochen wohnten die Mütter im Allgemeinen mit in der Klinik, um ihnen alles Wissenswerte im Umgang mit ihren Kindern beibringen zu können. 1966 wurden im Friedrichsheim 60-70 durch Contergan geschädigte Kinder betreut.

Aus dieser Entwicklung folgte die Einrichtung eines Forschungslabors für Orthopädietechnik im Mai 1963, finanziert aus Mitteln des

¹³ Schembs, 1989, S. 56

¹⁴ Kirk, 1999, S. 85

Bundesministeriums für Gesundheit¹⁵, neben Heidelberg und Münster, dessen wichtigste Aufgabe in der Erforschung, Weiterentwicklung und Erprobung neuer Antriebs- und Steuerungsmöglichkeiten für Prothesen der oberen Extremität bestand.¹⁶ Im diesem Neubau fand auch die Orthopädische Werkstatt der Firma Habermann ihren neuen Sitz. Zusammen mit dem Berufslehrwerk mit seinen Umschulungswerkstätten, dem dazugehörigen Internat und der großen Gehschule im 4. Stock des Gebäudes entstand so ein Rehabilitationszentrum, was der damalige Vereinsvorsitzende, Prof. Max Flesch-Thebesius, als Krönung der bisherigen Arbeit des Vereins Stiftung „Friedrichsheim“ bezeichnete. Die Kosten von 3,8 Millionen Mark teilten sich die Bundesregierung, das Landesarbeitsamt, die hessische Landesregierung, der Landeswohlfahrtsverband, die Stadt Frankfurt und der Verein Stiftung „Friedrichsheim“¹⁷. Die Rehabilitanden blieben während der zwei bis zweieinhalb Jahre dauernden Umschulungsphase unter der Betreuung durch die Kostenträger und Arbeitsämter, die sich im eigenen Interesse bemühten, frühzeitig geeignete Arbeitsplätze zu vermitteln oder behindertengerecht zu gestalten.¹⁸

Eine solche Vernetzung verschiedenster Kompetenzen zur Koordination der Wiedereingliederung von Versehrten in das Berufsleben zu erreichen, kann sicher als eines von Güntz´ hervorragendsten Verdiensten bezeichnet werden.

Die Emeritierung von Prof. Dr. Eduard Güntz erfolgte 1969. Güntz´ Nachfolger als ärztlicher Direktor wurde Wolfgang Heipertz (20.05.1922-06.10.2013), unter dem diese von umfassendem Wiederaufbau, Umbau und Erweiterung geprägte Epoche der

¹⁵ Freitag, 2005, S. 69

¹⁶ Schembs, 1989, S. 58

¹⁷ Schembs, 1989, S. 61

¹⁸ Schembs, 1989, S. 63

orthopädischen Universitätsklinik (Friedrichsheim) in Frankfurt am Main weiter fortgesetzt wurde.

3. Biographie Eduard Güntz

Gustav Eduard Güntz wurde am 27.08.1903 in Erfurt als Sohn des Sanitätsarztes Dr. med. Eduard Güntz und seiner Frau Auguste, geb. Römel, geboren. Aus der Familie seines Vaters waren beide Onkel, der Vater, Großvater, Urgroßvater sowie weitere 8 Mitglieder der Familie Ärzte gewesen.¹⁹

In Erfurt besuchte Güntz Vorschule und Gymnasium. 1922 bestand er am 7. März die Reifeprüfung und erhielt den Mathematik- und Physikpreis des betreffenden Schuljahres.

Im Sommersemester 1922 begannen seine Studienjahre, zunächst in Marburg, wo er 1924 das Physikum ablegte. Weitere Stationen seiner medizinischen Ausbildung waren Würzburg und schließlich München, wo er auch seine Medizinische Dissertation mit dem Thema „Beiträge zur operativen Behandlung frischer Herzverletzungen“ verfasste und am 24. Juni 1927 mit dem ärztlichen Staatsexamen und der Doktorprüfung am 1. September 1928 sein Studium mit Erfolg abschloss. Die Approbation wurde ihm am 14.8.1928 verliehen²⁰. Seine ärztliche Laufbahn begann er in Dresden. Nach seiner Zeit als Medizinalassistent in Dresden zunächst in der Inneren und dann in der Chirurgischen Klinik arbeitete Güntz vom 1.9.1928 bis zum 30.8.1929 als Volontär im Pathologisch-anatomischen Institut in Dresden.

¹⁹ Güntz E. , Lebenslauf, 1945

²⁰ Personalhauptakte Eduard Güntz



Abbildung 3: Schmorl´sches Institut in Dresden (Quelle: Foto, 09.03.2018, Dresden)

Dort war Güntz, unter anderem zusammen mit Herbert Junghanns (15.11.1902-24.02.1986), dem späteren Gründer der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik BGU Frankfurt am Main, zunächst unter dem Pathologen Georg Schmorl (02.05.1861-14.08.1932) tätig. Bereits im Jahr 1929 am Anatomisch-pathologischen Institut in Dresden führte Güntz 69 Sektionen selbstständig durch, wobei er in 52 Fällen besonderes Augenmerk auf die Wirbelsäule legte und sogenannte „Knochenplättchen“ anlegte, anatomische Dünnschichtpräparate zur histologischen Untersuchung von Wirbelkörpern in Glasplättchen, die sich den Sektionsprotokollen zuordnen ließen und auch heute noch existieren²¹.

²¹ Institut für Pathologie "Georg Schmorl", 2018

(s. Anhang: handschriftliche Aufzeichnungen (Hr. Lichtenberg, Dresden) und Beispiele Sektionsprotokoll, Abb. 26-28)

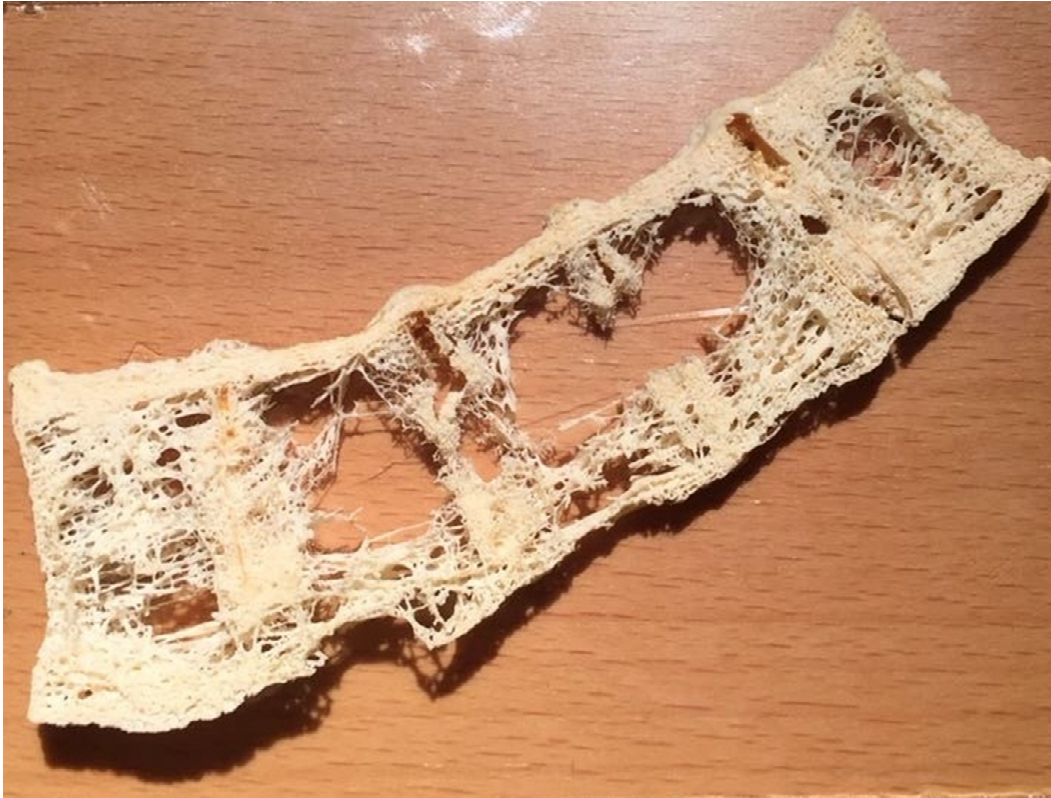


Abbildung 4: Knochen-Dünnschichtpräparat (Quelle: Foto, 09.03.2018, Dresden, Schmorl'sches Institut)

Anschließend arbeitete Güntz ein Jahr in der Inneren Klinik in Dresden unter Prof. Otto Rostoski (04.09.1872-10.01.1962) als planmäßiger Assistent. In der Folge wurde Güntz 1931, nach einem weiteren Jahr im Pathologisch-anatomischen Institut, dort Nachfolger von Junghanns in der Oberarztfunktion am Schmorl'schen Institut. Dort blieb er bis zum 30.4.1932.²²

Im Jahr 1931 führte er dort 6 Sektionen durch, davon 4 mit Dünnschnittpräparaten der Wirbelsäule, 1932 14 Sektionen; in

²² Güntz E. , Lebenslauf, 1944

diesem Jahr legte er von allen Präparaten der Knochenpathologie, sogenannte „Knochenplättchen“, an.²³

Zu dieser Zeit unterrichtete Güntz auch bereits an der angegliederten Krankenpflegeschule in Dresden.

Herbert Junghanns (1902-1986), der Kollege aus Dresdner Zeiten und 1932 als Privatdozent an der Chirurgischen Universitätsklinik bei Schmieden tätig²⁴, war es dann, der Güntz, der sich in das Fachgebiet der Orthopädie umorientieren wollte, bei Prof. Georg Hohmann (28.02.1880-05.10.1970), dem damaligen ärztlichen Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt (Friedrichsheim), empfahl, als Junghanns diesen dort besuchte²⁵. Professor Hohmann nahm diese Empfehlung an, und so trat Güntz am 1. Mai 1932 erstmals in die Orthopädische Universitätsklinik in Frankfurt am Main ein, zunächst als planmäßiger Assistent.

Am 25.09.1934 heiratete Güntz Amalie Walfriede Helga Hisgen, geb. 28.5.1911; Tochter Ute wurde am 20.7.1936 geboren.²⁶ Güntz wohnte zu dieser Zeit mit seiner Familie in Frankfurt am Main.²⁷

Nach diversen Arbeiten aus dem gesamten Fachgebiet der Orthopädie habilitierte er sich als Schüler Georg Hohmanns im Jahre 1937.

Das Thema seiner Habilitation war:

„Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule“

²³ Güntz E. , Sektionsprotokolle, 1929-1932

²⁴ Hohmann, Professor Eduard Güntz zum 65. Geburtstag, 1969

²⁵ Hohmann, Professor Eduard Güntz zum 65. Geburtstag, 1969

²⁶ Güntz E. , Lebenslauf, 1945

²⁷ Fragebogen für die Mitglieder der Dozentschaft, 1935

(veröffentlicht 1937; Verteidigung vor dem Fachbereichsrat am 20.05.1938).²⁸

Bei der Prüfung vor der Fakultät vertrat Güntz noch ein weiteres seiner Schwerpunktthemen:

„Inkonstante Skelettelemente und ihre Bedeutung für die Pathologie des Fußes“.²⁹

(s. Anhang: Titelblatt Habilitation Güntz, Abb. 29)

In seiner Habilitationsarbeit befindet sich ein ausgedehntes Kapitel über „Die Röntgenuntersuchung“³⁰ mit vielen Bildbeispielen. Dieser Schwerpunkt in Güntz' Arbeit spiegelt auch wider, dass er an der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main (Friedrichsheim) für die Röntgenabteilung verantwortlich war.

In seiner Habilitation versucht Güntz den Brückenschlag, seine pathologisch-anatomischen Erfahrungen in klinische Erkenntnisse umzusetzen. Er bekam 1938 auf der 33. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie in Gießen den Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit eines Assistenten 1937 verliehen.³¹

Am 22.11.1938 hielt Güntz seine öffentliche Lehrprobe über das Thema „Folgen der Rachitis und ihr Einfluss auf die spätere Leistungsfähigkeit des Menschen“.³² Da Güntz laut Dekan schon aus zahlreichen vorherigen Vorträgen der Fakultät bekannt war, wurde auf weitere Lehrproben verzichtet und Güntz wurde zum Dozenten für orthopädische Chirurgie ernannt³³.

²⁸ Güntz E. , Habilitation, 1937

²⁹ Güntz E. , Lebenslauf, 1944

³⁰ Hohmann, Abschrift Referat zur Habilitationsschrift von Eduard Güntz, 1937

³¹ Güntz E. , Lebenslauf, 1945

³² Schreiben des Dekans der Universität Frankfurt am Main, 1938

³³ Antrag auf Dozentur für Orthopädische Chirurgie, 1938

Am 23.12.1938 folgte die Fortsetzung seiner beruflichen Karriere an der Universitätsklinik Kiel. Der dortige Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Prof. Fischer hatte Güntz die Leitung der orthopädischen Abteilung und der Poliklinik der Universität angeboten.

Vom 16.-22. Juli 1939 fand in London die IV. Weltkonferenz für Krüppelfürsorge statt, an der Güntz noch teilnahm, unter anderem zusammen mit den Professoren Georg Hohmann (1880-1970), Matthias Hackenbroch (1894-1979), Köln und Franz Schede (1882-1976), Leipzig.³⁴

Am 6. August 1939 infizierte Güntz sich in Ausübung seines Dienstes in Kiel mit Poliomyelitis. Während seiner Erkrankung wurde er in Kiel, nachdem er dort einen Antrag auf Ernennung zum Dozenten neuer Ordnung gestellt hatte, in Abwesenheit umhabilitiert und zum Dozenten ernannt.³⁵

Die Erkrankung an Poliomyelitis darf als sein wohl schwerster, aber auch prägendster Schicksalsschlag gelten. Nach langer Krankheitsdauer und Rehabilitationsphase in der orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt, während der die Aufzeichnungen für seinen Erlebnisbericht „Die Behandlung der Poliomyelitis“ entstanden³⁶, kehrte er im Oktober 1940 mit noch deutlichen körperlichen Einschränkungen in seinen Beruf in der Orthopädischen Universitätsklinik in Kiel zurück und wurde dort 1942 Oberarzt.

³⁴ Die IV. Weltkonferenz für Krüppelfürsorge in London, 1939

³⁵ Dekanat, 1939

³⁶ Güntz E. , Die Behandlung der Poliomyelitis - ein Erlebnisbericht, 1950

Güntz wurde in Kiel am 15.2.1945 zum außerplanmäßigen Professor ernannt.³⁷ Mit Wirkung vom 1. Dezember 1950 wurde ihm die planmäßige Professur für Orthopädie an der Universitätsklinik in Kiel übertragen.

Die durch die Ansteckung mit Poliomyelitis in Ausübung seines Berufes entstandenen Lähmungen und Einschränkungen wurden im Weiteren als Dienstschaden anerkannt.³⁸ Es liegt unter anderem ein Gutachten von Professor Johann Albert Wilhelm Fischer (1892-1969) aus Kiel vom 10.11.1941 vor, in dem dieser die Ansteckung von Güntz mit Poliomyelitis als eindeutig in Ausübung seines Dienstes erfolgt bezeichnet und ausführlich zu den bleibenden Schäden und Beeinträchtigungen Stellung nimmt.³⁹

Es waren dies insbesondere eine erhebliche Schwäche der Hebung des linken Armes sowie der Feinmotorik der rechten Hand, dazu eine Schwäche der Kniestreckung rechts, der rumpfstabilisierenden Muskeln und der Atemhilfsmuskulatur. Güntz befand sich diesbezüglich immer wieder in Rehabilitation in verschiedenen Kurkliniken.

So begab er sich 1944 nach Hohenlychen in Behandlung von Karl Gebhardt (1897-1948) und 1962 in eine Rehabilitationsmaßnahme nach Badenweiler.⁴⁰

³⁷ Ernennung zum Dozenten der Universität Kiel, 1939

³⁸ Güntz E. , Emeritierungsersuchen, 1969

³⁹ Fischer, 1941, S. 1-4

⁴⁰ Güntz E. , Kuranträge

Die Zeit des Nationalsozialismus

Während der NS-Zeit war Güntz Mitglied der NSDAP, der SA und des NS-Ärztebundes.



NSDAP-Mitgliederkartei

NSDAP-Gaukartei | BArch R 9361-IX KARTEI / 12500527

Mitglieds Nr. 2536769	Vor- und Zuname Güntz Dr. Eduard	26
<i>N.A.M.B. 13.1.58</i> Geboren 29. 8. 03 Ort Geisried	Wohnung Dr. M. Niederland, Linienstr. Klinik	
Beruf Arzt Ledig, verheiratet, verw.	Ortsgr. Frankfurt/Ob. Gau Hess.-Mass.	
Eingetreten 1. 6. 33	Hess.-Massau 740/3	
Ausgetreten	Wohnung K. Wick, Krankenhaus	
Wiedereingetr.	Ortsgr. Kiel Gau Schles. Holstein	
Wohnung Frankfurt a.M.	Wohnung	
Ortsgr. Frankfurt a.M. Gau Hess. N. G.	Ortsgr. Gau	
Wohnung K., Dietrichstr. 11	Wohnung Schles. Holstein, Kiel	
Ortsgr. Kiel Gau Schles.-Hol. 12139/35	Ortsgr. Gau	

21. 12. 33.
18. 8. 40.
12. 10. 40.

Abbildung 5: NSDAP-Gaukartei
BArch_R_9361-IX_KARTEI_12500527_Eduard_Güntz

Nach eigenen Angaben trat er 1933 bei, „um weiterhin wissenschaftlich tätig sein zu dürfen“ und besonders, um eine Dozentur zu erlangen. So sei es ihm von Kollegen geraten worden. Er schrieb, er sei von seinen Kollegen nicht ganz fair beraten worden, weil vor allem viele seiner älteren Kollegen sein schnelles berufliches Vorankommen mit Argwohn betrachtet hätten. Er habe sich sozusagen gezwungen gesehen, in die Partei einzutreten, um weiter forschen und arbeiten zu dürfen. Er bezeichnete sich selbst in seiner Stellungnahme zu diesem Thema als „politisch unbedarft“⁴¹.

Güntz war nachweislich Mitglied im NS-Ärztebund seit 1933, im NS-Lehrerbund seit 1934, im NS-Altherrenbund seit 1937 und bekleidete in der SA, in die er am 1.6.1933 eintrat, den Mannschaftsgrad eines Sanitätstruppführers seit Januar 1938.

Pg.		§. I	§. II	§. III	§. IV	§. V	§. VI	§. VII
Name:		Güntz, Dr.med.			Vorname: Eduard			
geboren am:		27.8.03		in: Erfurt				
NSLB. Nr.:		295 100		Eintritt am:		15.6.34		
NSDAP. Nr.:		2 536 769		Eintritt am:		1.5.33		
Betätigung in der NSDAP. — SA — HJ. — BDM. — Luftschutz usw. als und seit?								
SS-Sanit.Scharf. SA: 1.6.33. NS Ärzteb. 8.5.33								
In welchem Lehrerverband bisher organisiert:							Konf.: EV.	
Amtsbezeichnung: Arzt u. Assistent.							ledig/verh./gesch./	
Wohnung: Schaumainkai 99				Schule: Uni. Ffm. 2. Fak. Orthop.Klin.Friedrichh.				
Überwiesen an Gau:				ausgeschl. ausgetr./gestorben am:				
Ortsgruppe	Ortsgruppe	Ortsgruppe	Ortsgruppe	Ortsgruppe	Ortsgruppe	Ortsgruppe	Ortsgruppe	Ortsgruppe
Kreis	Kreis	Kreis	Kreis	Kreis	Kreis	Kreis	Kreis	Kreis
Frankfurt/M.								

Abbildung 6: Nationalsozialistischer Lehrerbund (NSLB) BArch (Sig. BDC) NSLB

⁴¹ Güntz E. , Stellungnahme an Dekan Prof. Dr. Wetzler, 1949, S. 2

Er hatte in keiner Gruppierung eine führende Position inne⁴² (s. Anhang: Entnazifizierungsfragebogen Abbildung 30-37). Jedoch muss zum Beispiel vor dem Hintergrund seiner Rehabilitationsaufenthalte in Hohenlychen bei Professor Karl Gebhardt, einem später verurteilten und hingerichteten Kriegsverbrecher, seine Rolle hier kritisch hinterfragt werden.

1946 wurde Güntz vom Entnazifizierungsausschuss der britischen Militärregierung am 26.01.1946 aus seinem Dienstverhältnis entlassen⁴³; am 27.9.46 wurde ihm durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein die Approbation entzogen. Güntz legte gegen diese Entscheidung am 27.07.1946 schriftlich Einspruch ein und fügte eine Liste seiner Fürsprecher bei. (s. Abbildung 7-8)

⁴² Entnazifizierungsfragebogen, 1946

⁴³ Güntz E. , Einspruch gegen Entlassung, 1946

Prof. Dr. Eduard Güntz
Kiel, Düvelsbekerweg 11

Kiel, den 27.7.46.

An den Entnazifizierungsausschuß

bei der Provinz Schleswig - Holstein

K i e l , Schloß.

Auf Anordnung der Militärregierung vom 16. Januar 1946 -
909/Exec/68/1 - wurde ich mit Wirkung vom 26. Januar 1946 aus
meinem Amt bei der deutschen Zivilverwaltung entlassen. Ich
war Oberarzt und Leiter der Orthopädischen Abteilung der
Chirurgischen Universitätsklinik in Kiel.

Gegen diese Entlassung erlaube ich mir **E i n s p r u c h**
zu erheben.

Begründung: Nach den Bestimmungen, die für eine Entlassung
maßgebend sind, ist es von entscheidender Bedeutung, in welchem
Masse der Betreffende als **a k t i v e r** Nationalsozialist
und der Partei und ihren Gliederungen tätig gewesen ist, nicht
lediglich seine **f o r m a l e** Zugehörigkeit. Bei mir handelt
es sich aber nur um eine solche **f o r m a l e** Zugehörigkeit.
Ich bin niemals aktivistisch tätig gewesen.

Durch eine Reihe von Schriftstücken, die ich mir beizule-
gen erlaube, glaube ich dies beweisen zu können.

Besonders möchte ich auf die Bescheinigung und Bürgschaft
meines früheren Chefs, Herrn Prof. Dr. G. H o h m a n n, seit
wenigen Tagen Rektor der Universität München, hinweisen, der
mich auch nach meinem Weggang von Frankfurt/Main bestens beur-
teilen kann, da ich mit ihm in engster Verbindung stehe, wie
würde ein Mann mit so klaren und radikal vertretenen Anschau-
ungen als alter Demokrat und Naumann-Anhänger in steter Ablehnung
des Nationalsozialismus mir bis heute jederzeit seine Förderung
und sein Wohlwollen gewährt haben, wenn ich ein aktiver Natio-
nalsozialist gewesen wäre?

Anlagen s. umst.

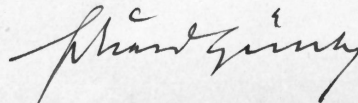


Abbildung 7: Einspruch Güntz (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

Anlagen: (in zweifacher Ausfertigung)

- Politisch
1. Großer Fragebogen der Militärregierung mit einem Verzeichnis meiner wissenschaftlichen Veröffentlichungen.
 2. Bescheinigung meines früheren Chefs, Herrn Prof. Dr. Hohmann aus Frankfurt/M. vom 2.1.46 (jetzt München)
 3. Brief von Herrn Prof. Dr. Hohmann vom 10.2.46.
 4. Zeugnis der Angestellten der Chirurgischen Universitätsklinik
 5. Zeugnis meiner früheren Assistentin Frl, Dietrich, Neustadt /Holstein.
 6. Zeugnis meiner früheren Untermieter, Familie Schäke, Kiel, Howaldstrasse 3 vom 11.2.46
 7. Zeugnis von Herrn Artur Steuer, Kiel-Wik, Prinz-Heimrichstrasse 119 vom 26.3.46
 8. Zeugnis des Herrn Bankprokurist Johs. Sebelin, Kiel, Bankhaus Ahlmann, vom 30.6.46.
 9. Zeugnis des Herrn Prof.Dr. Anschütz, Geh.Rat, v.8.3.46
 10. Zeugnis des Herrn Dozenten Dr. Lorenz - Wien v.18.6.46
 11. Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Hohmann-Frankfurt/M vom 1.10.38
 12. Zeugnis des Herrn Geh.Rat Dr.Dr. Schmorl - Dresden vom 30.4.32
 13. Zeugnis des Herrn Prof.Dr. Rostoski - Dresden v.13.10.31
 14. Zeugnis des Herrn Geh.Rat Schmorl vom 17.10.30
 15. Eigener Lebenslauf.

Abbildung 8: Liste Zeugen (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

Viele seiner früheren Kollegen, Lehrer und Patienten sowie eine Familie, die nach Ausbombung in Kiel bei der Familie Güntz Unterschlupf gefunden hatte⁴⁴ bürgten für ihn, darunter auch Professor Robert Wanke (1896-1962), Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Kiel seit 1946, Georg Schmorl und Georg Hohmann⁴⁵. Dieser schrieb, Güntz sei „im Gegenteil von der NSDAP aufs gemeinste angegriffen worden, weil er, wie ich in einem jüdischen Geschäft eingekauft hatte.“⁴⁶

Geheimrat Wilhelm Anschütz (1870-1954), der 1949 Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Kiel war, verwies darauf, dass Güntz auf Grund seiner Körperbehinderung zu dieser Zeit gar nicht in der Lage gewesen sein könne, eine aktive Tätigkeit in der Partei auszuführen.⁴⁷

Alle, die im Weiteren für Güntz Zeugnis ablegten, bestätigten, dass er nur beigetreten sei, um weiter arbeiten und forschen zu können. Es sei praktisch ausgeschlossen gewesen, dass „ein Angehöriger einer Universität im dritten Reich nicht in irgendwelcher formalen Beziehung zur Partei oder deren Formationen stand“⁴⁸.

(s. Anhang: Stellungnahmen zum Entnazifizierungsverfahren, Abb. 38-45)

So stellt es Güntz selbst in einem von ihm verfassten Schreiben an den Dekan der der Medizinischen Fakultät Frankfurt/Main vom 2. Mai 1949 dar:

⁴⁴ Schälke, 1946

⁴⁵ Hohmann, Bescheinigung, 1946

⁴⁶ Hohmann, Bescheinigung, 1946

⁴⁷ Anschütz, 1946

⁴⁸ Wanke, 1949

Der SA sei er beigetreten, weil er dort ausschließlich ärztlich tätig sein konnte. Das politische Gedankengut sei aber nie das Seine geworden; es gab wohl 1934 sogar ein Parteiausschlussverfahren gegen ihn, mit dem Ziel, ihn von der Universitätslaufbahn auszuschließen. Es sei ihm nur mit großer Mühe gelungen, dies zu verhindern. Im Weiteren habe er sich jedoch sowohl in Frankfurt als auch in Kiel fortan überwacht gefühlt. Ebenso sei ihm mehrfach angetragen worden, aus der evangelischen Kirche auszutreten, was er aber stets abgelehnt habe⁴⁹.

(s. Anhang: Stellungnahme Güntz zum Entnazifizierungsverfahren, Abb. 46-48)

Vielzählige weitere Bescheinigungen früherer Mitarbeiter und Patienten⁵⁰ rehabilitierten ihn, sodass er seine Approbation wiedererhielt.

Mit Abschluss des Prüfverfahrens des Entnazifizierungsausschusses wurde festgestellt, dass bei Güntz keine besondere Belastung vorlag und mit Verweis auf die vorliegenden Gutachten davon ausgegangen werden könne, dass Güntz sich niemals aktiv als Nationalsozialist betätigt habe. Es erfolgte die Ausstellung der Unbedenklichkeitsbescheinigung am 23. September 1948.

⁴⁹ Güntz E. , Stellungnahme an Dekan Prof. Dr. Wetzler, 1949

⁵⁰ Bescheinigungen, 1946-1948

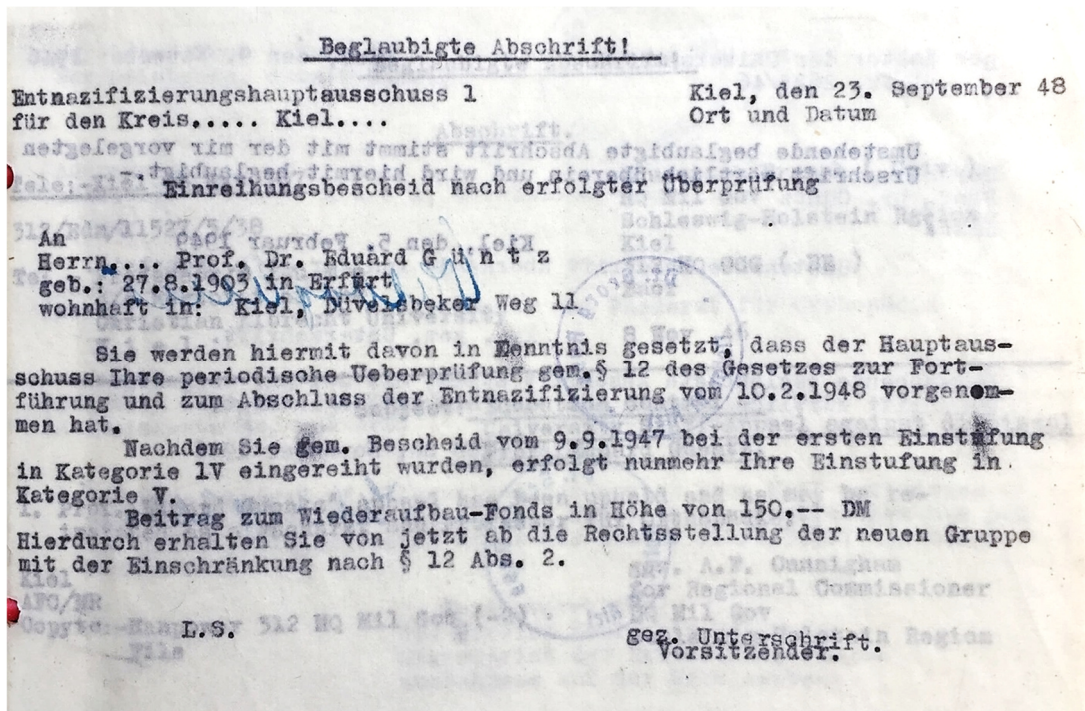


Abbildung 9: Entnazifizierungsbescheinigung, 1948 (Ordner 2 zu Güntz, Institut für Geschichte der Medizin, Frankfurt am Main)

Güntz wurde am 25.11.1948 wiedereingestellt, als Facharzt und als Professor für Orthopädie an der Universitätsklinik Kiel.

Vom 21.-25. Mai 1951 fand in Stockholm der Kongress der „Société Internationale de Chirurgie, Orthopedique et de Traumatologie“ statt. Güntz nahm noch von Kiel aus daran teil. Das Besondere an diesem Kongress war, dass es der erste internationale Kongress nach Ende des 2. Weltkrieges war, zu dem Deutschland eingeladen und zur aktiven Teilnahme aufgefordert worden war.

1951 erfolgte die Berufung von Prof. Dr. Eduard Güntz auf den Lehrstuhl für Orthopädie in Frankfurt/Main. Güntz wurde nun also Nachfolger seines Lehrers Hohmann. Auf dessen Bewertung bezieht sich der Prüfungsausschuss in seinem Schreiben vom 27.2.1951⁵¹,

⁵¹ Prüfungsausschuss, 1951

mit dem er der Berufung von Güntz auf den Lehrstuhl für Orthopädie in Frankfurt am Main zustimmt. Güntz übernahm die Leitung der Klinik von Dr. Mosebach, der diese von 1946-1951 kommissarisch geführt hatte.

(s. Anhang: Berufung von Güntz auf den Lehrstuhl für Orthopädie, Abb. 49)

Das Auswahlverfahren zur Neubesetzung des Lehrstuhls für Orthopädie in Frankfurt lief nach der Emeritierung Hohmanns bereits seit 1946. Die Anwärter der ersten Auswahlliste – vorgeschrieben waren drei Kandidaten – waren namentlich Max René Francillon (1899-1983), Max Lange (1899-1975) und Hermann Watermann (1898-1963). Letzterer kam wegen „politisch nicht geklärt Vorwürfe“ nicht in die engere Auswahl.⁵² Francillon lehnte auf Grund seines bereits höheren Lebensalters die neue Aufgabe ab; Lange schreckten wohl besonders die unüberschaubaren Aufbauarbeiten, die es in Frankfurt nach dem 2. Weltkrieg zu bewältigen gab. Er brachte Eduard Güntz ins Spiel.

So gab es 1949 eine erneute Auswahlliste. Auf dieser stand in Position 1 als Wunschkandidat des Dekanats der Johann Wolfgang von Goethe-Universität und des Hessischen Bildungsministeriums Prof. Dr. Matthias Hackenbroch (1894-1979), der zu der Zeit den ordentlichen Lehrstuhl für Orthopädie in Köln innehatte. Mit ihm gab es lange Verhandlungen. Für ihn war zunächst die größte Hürde, seinen ordentlichen Lehrstuhl in Köln für einen zu dieser Zeit außerordentlichen in Frankfurt aufzugeben. Dieses Problem löste der Dekan, indem er dem Kultusministerium vorschlug, den seit dem Ende des 2. Weltkrieges unbesetzbar gewordenen ordentlichen Lehrstuhl des Instituts für Vererbungswissenschaften (Genetik) zu

⁵² Unterlagen zur Verhandlung zur Neubesetzung des Lehrstuhls für Orthopädie, 1949

Gunsten des Lehrstuhls für Orthopädische Chirurgie in einen außerordentlichen umzuwandeln, zumindest bis zum Ablauf des folgenden Etatjahres.

Der Hintergrund der Unbesetzbarkeit dieses Lehrstuhles war folgender:

Das Institut für Vererbungswissenschaften war 1945 aus dem Institut für Erbbiologie und Rassenhygiene entstanden, das im Nationalsozialismus 1935 gegründet worden war. Die Umbenennung erfolgte, da der Begriff „Rassenhygiene“, so der kommissarische Leiter des Instituts 1945, „dauernd zu Missverständnissen Anlass“⁵³ gebe. Erster Lehrstuhlinhaber war Otmar von Verschuer (1896-1969) bis 1942. Einer seiner Assistenten war Josef Mengele (1911-1979), der von 1937 bis 1940 als Medizinalassistent unter ihm arbeitete.⁵⁴ Auch Verschuer wurden Kriegsverbrechen während der NS-Zeit vorgeworfen. Er versuchte in den Jahren 1946-1949, seinen Lehrstuhl wiederzuerlangen. Dies gelang ihm jedoch nicht.

Der bis dahin außerordentliche Lehrstuhl für Orthopädische Chirurgie wurde also in einen ordentlichen umgewandelt. Hackenbroch lehnte dennoch ab. Zu unüberschaubar waren für ihn die Aufgaben, die mit dem Wiederaufbau der orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main und der Stiftung „Friedrichsheim“ verbunden schienen.

Allerdings stellte auch Güntz Bedingungen, denn er war in Kiel gerade erst zum außerordentlichen Professor der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität berufen worden.⁵⁵

⁵³ Hoffmann, 1999, S. 91

⁵⁴ Klee, 2007, S. 334f.

⁵⁵ Prüfungsausschuss, 1951

Er forderte zum einen eine deutliche Aufstockung des Etats der Orthopädischen Universitätsklinik und im Besonderen der finanziellen Mittel zum Wiederaufbau des Hörsaales und weiterer wissenschaftlicher Einrichtungen, zum anderen die Genehmigung zweier weiterer wissenschaftlicher Assistentenstellen. Anders könne er seinen Pflichten als Hochschullehrer nicht adäquat nachkommen. Ebenso wollte er die Möglichkeit zur orthopädischen Rehabilitation der orthopädischen Klinik angegliedert sehen.

Darüber hinaus bat Güntz um Wohnraum für sich und seine Familie auf dem Kliniksgelände. Diesen Wunsch begründete er damit, bei den großen Herausforderungen des Wiederaufbaus jederzeit anwesend sein zu wollen. Außerdem sei ein kurzer Arbeitsweg auf Grund seiner doch eingeschränkten Mobilität gerade für ihn von großem Nutzen. Seine Forderungen wurden alle bewilligt.

Hohmann hatte Zweifel, ob Güntz den Ruf nach Frankfurt annehmen würde, wenn er erst die schweren Kriegsschäden am Gebäude der orthopädischen Uniklinik sehen würde.

Durch seine Forderungen an Dekan und Ministerium sorgte Güntz für eine zukunftsorientierte finanzielle und apparative Ausstattung von Hörsaal und Forschungseinrichtungen der orthopädischen Universitätsklinik.⁵⁶

Güntz verhinderte auch die Abtrennung des Faches „Bewegungstherapie“ von der Orthopädie. Ursprünglich war geplant, einen diesbezüglichen Lehrstuhl an Prof. Wolfgang Kohlrausch (1888-1980) zu vergeben. Dagegen verwahrte sich Güntz. Er wollte das Ordinariat für Orthopädie nicht zersplittert übernehmen und machte

⁵⁶ Heipertz, 1973, S. 2

auch dies zur Bedingung für seinen Amtsantritt. Der Dekan stimmte seinen Bedingungen zu.⁵⁷

Prof. Dr. Eduard Güntz wurde 1951 als ordentlicher Professor auf den Lehrstuhl für Orthopädie der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt am Main berufen.

Seine Antrittsvorlesung hielt er am 23.1.52 über das Thema „Die Entwicklung der Orthopädie zu einem eigenen Lehr- und Forschungsfach der Medizin“.⁵⁸

(s. Anhang: Titelblatt der Antrittsvorlesung, Abb. 50)

Dabei skizziert er die Geschichte der Orthopädie seit ihren Anfängen, zeigt ihre Abtrennung von der Allgemeinchirurgie auf und weist als größten Unterschied darauf hin, dass für den orthopädisch tätigen Arzt die Operation nur ein Puzzleteil von vielen in dem von ihm zu koordinierenden Therapieplan sei. Auch sei die Arbeit des Orthopäden untrennbar mit der Arbeit der Krankengymnasten, Masseur und Orthopädiemechaniker verknüpft, die zu koordinieren und zu führen eine seiner Hauptaufgaben sein müsse. Güntz wendet sich gegen die Abtrennung der Krüppelfürsorge und beklagt, dass der örtlichen Schule für Krankengymnastik und Massage, obwohl eine der ältesten in Deutschland, als einziger Einrichtung dieser Art die staatliche Anerkennung verwehrt geblieben sei. Er versteht es, die Orthopädie als eigenständiges Fach darzustellen und gleichzeitig die wichtigen Überschneidungsbereiche mit vielen anderen Fachgebieten hervorzuheben.

⁵⁷ Prüfungsausschuss der Universität Frankfurt a.M. für die politische Haltung von Hochschullehrern, 1951, S. 1

⁵⁸ Güntz E. , Antrittsvorlesung am 13.01.1952, 1952, S. 1

In seiner Eigenschaft als ärztlicher Direktor der orthopädischen Universitätsklinik in Frankfurt am Main unterhielt Prof. Güntz von Anfang an eine enge wissenschaftliche Verbindung zu den Kollegen in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands. So reiste er mehrfach nach Ostdeutschland zu Kongressen und Tagungen, so zum Beispiel im Mai 1960 zur Tagung der Medizinischen Gesellschaft in Zwickau. Im Vorfeld solcher Reisen holte er sich jedes Mal die Rückversicherung in seinem Dekanat, um nicht erneut im Nachhinein mit politischen Problemen und Verdächtigungen konfrontiert sein zu müssen.⁵⁹

In Güntz` Schaffenszeit fällt ein Großteil des Wiederaufbaus der Klinik, die Schaffung eines Rehabilitationszentrums und der Neubau der Lehranstalt für Krankengymnastik und Massage. Er brachte die Schule zur Anerkennung als staatliche Lehranstalt.

Gerade der Bereich der konservativen physikalischen Maßnahmen wie auch der Bereich der orthopädiemechanischen Versorgung lag Prof. Güntz nach seinen Erfahrungen „am eigenen Leib“ besonders am Herzen. So betrieb er auch intensiv die Zusammenarbeit mit der der Klinik angegliederten Orthopädiemechanikfirma Habermann.

Insbesondere Skoliose- und Kyphosepatienten wurden unter Güntz in verschiedenen Gipslagerungsschalen (s. Abbildung 10) behandelt. Bei Patienten mit Lähmungen in Folge von Poliomyelitis kamen in der akuten Behandlungsphase komplexe Lagerungstische mit Rollenzügen (s. Abbildung 11) zum Einsatz sowie zur endgültigen Versorgung Hülsen- und Schienenapparate (s. Abbildung 12).

⁵⁹ Güntz E. , Güntz an den Dekan, 1960, S. 1

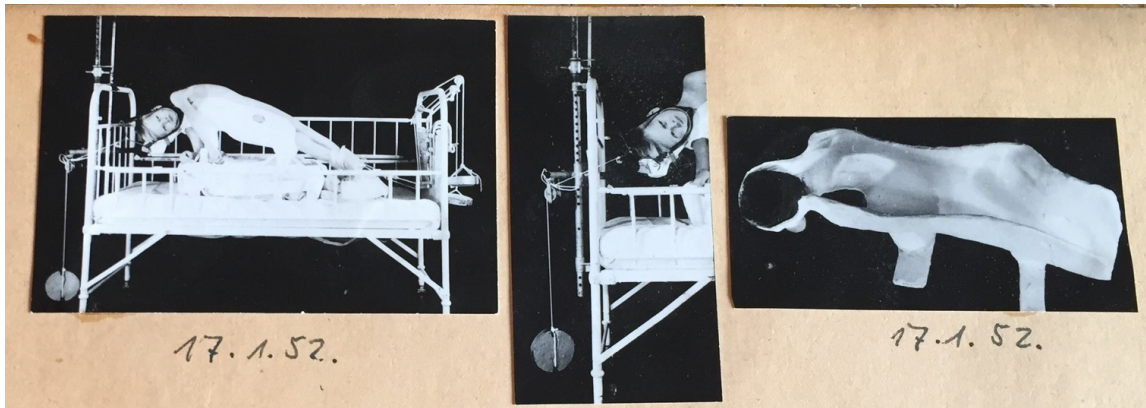


Abbildung 10: Skoliosebehandlung (Quelle: Karteikasten, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)

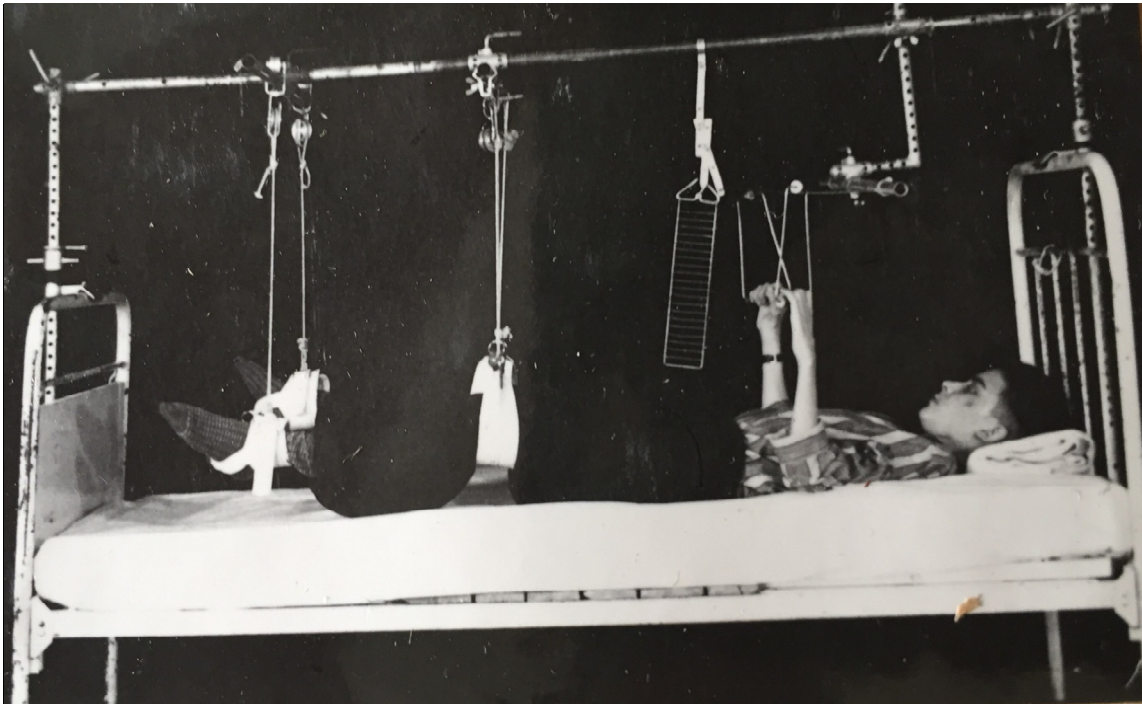


Abbildung 11: Behandlung bei Poliomyelitis (Quelle: Karteikasten, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)



Abbildung 12: Schienenbehandlung bei Poliomyelitis (Quelle: Karteikasten, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)

Die Themen der in seiner Zeit unter seiner wissenschaftlichen Leitung entstandenen Arbeiten und Dissertationen befassten sich schwerpunktmäßig mit Skoliose und Kyphose, Fußfehlstellungen, Poliomyelitisfolgen und den Problemen der kindlichen Hüfte nach angeborener Hüftluxation und Morbus Perthes (siehe Kapitel 4.6.).

1960 verstarb seine Ehefrau Helga Güntz „nach kurzer, schwerer Krankheit“. ⁶⁰

Güntz heiratete erneut am 09.03.1962. Seine 2. Ehefrau war Margarete Güntz, geb. Seifert (Jahrgang 1918, geb. in Zwickau). ⁶¹

Präsidenschaft in der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft (DGO)

Güntz war von 1963 bis 1964 Präsident der deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie DGO (ab 1975 Umbenennung in DGOT⁶²), in deren Vorstand er seit 1948 war. Unter seiner Präsidenschaft fand der 51. Kongress vom 22.-26. September 1964 im Zoogesellschaftshaus in Frankfurt am Main statt. Dabei lag der Schwerpunkt auf den Themen „Osteomyelitis“, „Gelenk und Trauma“, sowie als Hauptthema „Biomechanische Probleme bei Anwendung und Bau orthopädischer Apparate“.

Er war nach eigenen Angaben in seinem Lebenslauf Mitglied folgender Gesellschaften:

- Deutsche Orthopädische Gesellschaft (1932)
- Frankfurter Medizinische Gesellschaft (1933)
- Deutsche Röntgengesellschaft (1935)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin (1937)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1942)
- Medizinische Gesellschaft Kiel

⁶⁰ Güntz G., 1973, S. 1

⁶¹ Standesamt Götzenhain, 2016

⁶² Rütt, 1993, S. 36

Die Festschrift zu Güntz '65. Geburtstag 1968 verfasste sein
ehemaliger Lehrer Prof. Dr. Georg Hohmann.

(s. Anhang: Festschrift Prof. Hohmann, Abb. 51)

Von den Oberärzten unter Eduard Güntz wurden einige ihrerseits zu
Chefärzten großer Orthopädischer Kliniken. So wurde Gustav Hauberg
(1916-1977) Direktor des Annastifts in Hannover. Wolfgang
Bechthold (1922-1986) ging als Chefarzt der orthopädischen Klinik an
das Städtische Krankenhaus Frankfurt-Höchst und Hanns Schoberth
(1922-1996) verließ Frankfurt in Richtung Norden, wo er erster
ärztlicher Direktor der Ostseeklinik Damp wurde.⁶³ Schoberth war von
1966 bis 1974 Mannschaftsarzt des deutschen Fußballnationalteams
um Franz Beckenbauer und Berti Vogts.

⁶³ Schembs, 1989, S. 50



**Abbildung 13: Güntz und Kollegen zum Zeitpunkt seiner Emeritierung, 1969
(Quelle: Fotoalbum, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)**

Prof. Güntz leitete die orthopädische Universitätsklinik Frankfurt/Main bis zum 31.03.1969. Als Abschiedsgeschenk zu seiner Emeritierung (s. Abbildung 13) erhielt er von der Belegschaft (s. Abbildung 14) „Einen herzlichen Dank in Gestalt einer Gartenbank, den Tisch und Stuhl dazu für Ihre Abendruh´, den Sessel für Sie allein - als Erinnerung ans Friedrichsheim.“⁶⁴

⁶⁴ Fotoalbum, Archiv des Deutschen Orthopädischen Geschichts- und Forschungsmuseums, 1969

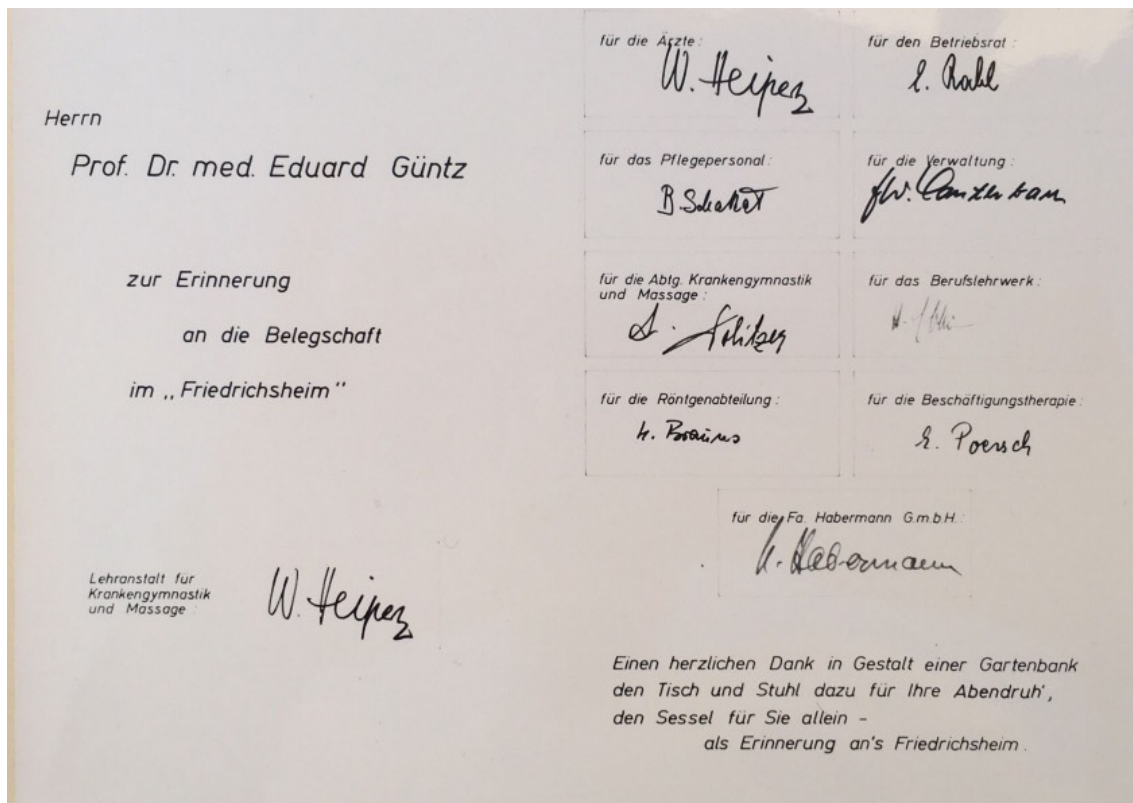


Abbildung 14: Abschied "Friedrichsheim" (Quelle: Fotoalbum, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)

Sein Nachfolger wurde Prof. Dr. Wolfgang Heipertz (1922-2013).

Prof. Dr. Eduard Güntz starb am 28.06.1973 in der Universitätsklinik Frankfurt am Main, „an Herz-Kreislauf-Versagen in Zusammenhang mit Poliomyelitis-Folgen“.^{65, 66} Seine Witwe zog 1976 zurück nach Frankfurt am Main.⁶⁷

(s. Anhang: Todesanzeige und Nachruf von Prof. Bechtold, Abb. 52-53)

⁶⁵ Harbauer, 1973

⁶⁶ Harbauer, 1973

⁶⁷ Standesamt Götzenhain, 2016

3.1. Interviews von Zeitzeugen

Prof. Dr. Erich Schmitt

Im Gespräch Prof. Dr. Erich Schmitt (geb. 1933) im Dezember 2016 berichtete dieser, dass er Güntz noch persönlich kennengelernt habe und dessen letzter Privatassistent gewesen sei. Prof. Schmitt schilderte Güntz als „echte Persönlichkeit“, als einen, der Wissen und Erfahrung ausstrahlte, aber auf eine natürliche, respektinflößende Art und Weise. Er habe ihn als sehr menschlich und gütig, als hervorragenden Lehrer kennengelernt. Prof. Schmitt berichtet aber auch von den doch erheblichen körperlichen Beeinträchtigungen, mit denen Güntz seit seiner schweren Poliomyelitis-Erkrankung zu kämpfen gehabt habe. So habe er nie ohne Stock gehen können, habe wiederholt Stürze erlitten. Ebenso habe er sich in der Klinik auch immer wieder zur Erholung seiner Atemhilfsmuskulatur in die „eiserne Lunge“ gelegt. Trotz aller Einschränkungen sei Güntz unermüdlich gewesen, war die ganze Zeit auch operativ tätig. Allerdings habe er zuletzt nur noch „gewaschen“ im OP auf einem Stuhl gesessen und dem Assistenten Anweisung gegeben, was zu tun sei, jederzeit bereit, einzugreifen.

Dr. Georg Holfelder

Ein weiterer Zeitzeuge, der zu Eduard Güntz befragt werden konnte, ist der Orthopäde Dr. Georg Holfelder (geb. 1917). Er wurde von Güntz in seinem Staatsexamen 1956 in dessen Eigenschaft als Ordinarius für Orthopädie geprüft. Die Studenten durften damals, da Orthopädie und Chirurgie noch vereinheitlicht waren, wählen, ob sie nun zunächst in Orthopädie von dem dortigen Ordinarius oder zunächst von dem Ordinarius in Chirurgie geprüft werden wollten. Im

jeweils anderen Fachbereich prüfte dann ein Oberarzt. Der Ordinarius für Chirurgie war, so wurde angedeutet, nicht sonderlich beliebt. Güntz dagegen war als fairer Prüfer bekannt, sodass viele der Studenten ihn als ersten Prüfer wählten. Dr. Holfelder erlebte ihn als sehr sachlichen, fairen Prüfer, der sich viel Mühe gab, herauszufinden, was die Prüflinge wussten. Er erlebte Prof. Güntz auch als Dozent in seinen Vorlesungen für Orthopädie und beschreibt ihn auch hier als sehr menschlich und angenehm. Allerdings sei er stets am Stock gegangen und vorwiegend konservativ tätig gewesen auf Grund seiner körperlichen Einschränkungen.

Dr. Wolfgang Seeger

Der Orthopäde Dr. Wolfgang Seeger (geb. 1929) kam im Mai 1960 aus der Charité in Ost-Berlin nach Frankfurt am Main und arbeitete dort in der Orthopädischen Universitätsklinik (Friedrichsheim) für vier Jahre, bevor er 1964 nach Frankfurt-Höchst in die Orthopädische Klinik wechselte. In dieser Zeit sei Güntz, bedingt durch Krankheit, nur selten in der Klinik präsent gewesen; er selbst habe ihm nicht ein einziges Mal im OP assistiert. Dr. Seeger beschreibt Güntz als „menschlich hochanständig und fürsorglich“; er habe ihm zu einer Wohnung in einem der Arztzimmer der Klinik verholfen. Allerdings sei durch die häufige Abwesenheit des Chefarztes eine Konkurrenz der damaligen Oberärzte Ernst Bruckschen und Klaus Maier entstanden, was zu einer „Jeder gegen jeden“-Mentalität auch unter den anderen Kollegen geführt habe.

Als Höhepunkt in Güntz' Frankfurter Zeit nach dem 2. Weltkrieg nennt Seeger die Präsidentschaft beim 51. Kongress der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft 1964 in Frankfurt am Main.

Dr. Norbert Dickopf

Der Internist Dr. Norbert Dickopf (geb. 1938) promovierte 1969 bei Güntz über das Thema „Primär Chronische Polyarthritits und Herzbeteiligung“. Dickopf selbst arbeitete damals am St. Katharinen-Krankenhaus in Frankfurt und war nur für die Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit seiner Dissertation im „Friedrichsheim“. Dickopf wurde nicht direkt von Güntz betreut, sondern von Oberarzt Hanns Schoberth (1922-1996). Dieser war von 1966 bis 1974 Mannschaftsarzt der bundesdeutschen Fußballnationalmannschaft und schon damals mit der Planung und dem Aufbau der ersten bundesdeutschen Klinik für Sportmedizin in Damp befasst, wo er 1973 erster ärztlicher Direktor wurde⁶⁸. Dickopf hatte im Rahmen seiner Promotion keinen Kontakt zu Güntz, traf ihn persönlich einzig im Rahmen seines Staatsexamens 1962. Auch hier trat Güntz nur kurz in Erscheinung, um die Prüfungsfragen zu stellen. Alles, was sonst zu erledigen war, delegierte Güntz an seine Assistenten. Zu Güntz' Charakter konnte Dickopf keine Angaben machen; zu gering waren die damaligen Berührungspunkte. Er bestätigte allerdings den Eindruck von Dr. Seeger, es habe eine deutlich spürbare Konkurrenz zwischen den Oberärzten bestanden, wohl bedingt durch die häufige krankheitsbedingte Abwesenheit des ärztlichen Direktors Güntz.

Fr. Dr. Ingrid Oboth

Die HNO-Ärztin Ingrid Oboth (geb. 1939) promovierte ebenfalls unter Güntz 1966 über das Thema „Die Arthrosis deformans des Oberen Sprunggelenks“. Sie arbeitete zu dieser Zeit in der Kinderklinik der

⁶⁸ Deutsches Ärzteblatt, 1969

Städtischen Kliniken Frankfurt-Höchst und wurde an der Orthopädischen Universitätsklinik für ihre Promotionsarbeit ebenfalls betreut von Prof. Schoberth. Mit Eduard Güntz hatte sie im Rahmen ihrer Arbeit keinerlei Kontakt und konnte somit zu seiner Person keine Aussagen machen.

4. Wissenschaftliche Arbeiten:

4.1. Frühe Veröffentlichungen (1927-1932)

Es existieren, nach der 1928 in München noch zur Zeit seines Studiums verfassten Dissertation mit dem Thema „**Beiträge zur operativen Behandlung frischer Herzverletzungen**“ (München, Med. diss., 1928), drei weitere frühe Veröffentlichungen:

1930: „**Nitrobenzolvergiftung mit allgemeiner Blutgerinnung und hämorrhagischer Encephalitis**“ (Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin; Bd. 15, 1.12.1930, Nr. 1)
(s. Anhang: Titelblatt, Abb. 54)

1930: „**Todesfall durch ein im Haushalt gebräuchliches Putzpulver**“ (im gleichen Journal veröffentlicht)

1930: „**Die Schrumpfnebenniere und Hodenatrophie**“ (in Frankfurter Zeitschrift für Pathologie, 40. Band, 1930, Verlag von J.F. Bergmann in München)
(s. Anhang: Titelblatt, Abb. 55)

1932: „**Abnorme Geradehaltung der Brustwirbelsäule bei Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben**“ (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie; 58.Bd)
(s. Anhang: Titelblatt, Abb. 56)

In dieser Arbeit befasst sich Güntz erstmals mit einem seiner Schwerpunktthemen des wissenschaftlichen Studiums. In Zusammenarbeit mit Geheimrat Schmorl und seinem Kollegen Junghanns berichtet Güntz über eine Beobachtung, auf die er bei der Untersuchung mehrerer anatomischer Präparate im Pathologisch-Anatomischen Institut des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt gestoßen war: Die Wirbelsäulenpräparate zeigten dorsoventral verlaufende Risse, meist nur einer Bandscheibe, und eine auffällige Steilstellung in dem cranial der Schädigung gelegenen Wirbelsäulenabschnitt. Eine Korrelation mit Beschwerden in diesem Bereich, die zu Lebzeiten bestanden haben könnten, war nicht darstellbar. Jedoch hoffte er, damit dem klinisch tätigen Arzt einen Hinweis geben zu können, wo sich, bei Beschwerden an der Wirbelsäule und noch nicht sichtbaren degenerativen Veränderungen der Gelenkflächen oder der Grenzlammellen der Wirbelkörper im Röntgenbild, die Ursache für das Problem, also die initiale Schädigung einer Bandscheibe, befinden könnte.

Auf dieser Arbeit beruht die später gängige Bezeichnung „Güntz-Zeichen“, die eben das beschreibt: „eine abnorme Steilstellung der Wirbelsäule auf Grund einer Schädigung der Bandscheibe im darunterliegenden Bereich“.

In derselben Ausgabe der Zeitschrift erschienen ist der Artikel „Die Kyphose im Adoleszentenalter“ von Kurt Lindemann (1901-1966) aus Kiel (ärztlicher Direktor dort war Prof. Anschütz), der sich wiederum in seiner Arbeit auf Schmorl⁶⁹ und Scheuermann⁷⁰ bezieht.

Ein Jahr später, beim Orthopäden-Kongress 1933 in Leipzig, widerspricht J.G. van Schrick von der Orthopädischen Universitätsklinik in Gießen. „Wir möchten umgekehrt sagen, die

⁶⁹ Lindemann, Die Kyphose im Adoleszentenalter, 1932, S. 55

⁷⁰ Lindemann, Die Kyphose im Adoleszentenalter, 1932, S. 56

durch den Sitzbuckel bedingte Geradehaltung schafft die Grundlage für derartige Verletzungen.“⁷¹

⁷¹ Schrick, 1933, S. 165

4.2. Erste Frankfurter Phase (1932-1937)

1933: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 28. Kongress von 11.-13. September in Leipzig:

„Die Frühdiagnose der Spondylarthritis ankylopoetica (Bechterew)“⁷²

Wie bei vielen anderen Erkrankungen der Wirbelsäule ergibt sich für Güntz auch hier das Problem, dass der klinisch tätige Orthopäde meist erst die Vollaussprägung des Krankheitsbildes zu Gesicht bekomme, ein Stadium, wo keine therapeutischen Erfolge mehr zu erzielen seien. Güntz greift auf seinen Erfahrungsschatz aus seiner Zeit als Pathologe am Schmorl´schen Institut in Dresden zurück. Wirbelsäulenpräparate aus dieser Zeit brachten ihm die Sicherheit der Erkenntnis, dass die Bechterew´sche Erkrankung eine entzündliche, wahrscheinlich dem rheumatischen Formenkreis zugehörige Erkrankung der kleinen Wirbelgelenke sei, wobei durch zunächst bindegewebige Umwandlung in diesem Bereich es zu einer Verknöcherung derselbigen komme, die dann sekundär eine Verknöcherung der Wirbelkörperreihe mit der im Röntgenbild typischen Bambusstabform nach sich ziehe, da bei versteiften Wirbelgelenken ein funktionierendes System aus Bandscheiben nicht länger von Nöten sei. Güntz sieht es als notwendig, bei jedem Patienten mit tiefsitzenden Rückenschmerzen sowohl frühzeitig eine Schrägaufnahme zur Beurteilung von radiologischen Veränderungen der Zwischenwirbelgelenke durchzuführen als auch eine Blutentnahme zur Kontrolle der Blutsenkungsgeschwindigkeit, die bei der Erkrankung regelhaft erhöht erscheine, zu veranlassen. Nur so könne aus seiner Sicht die Erkrankung auch in einer frühen Phase

⁷² Güntz E. , Die Frühdiagnose der Spondylarthritis ankylopoetica (Bechterew), 1933, S. 118-127

identifiziert und einer funktionellen und entzündungshemmenden Therapie mit prognostisch günstigerem Ausgang zugeführt werden.

1934: „Röntgenpraxis – Diagnostik, Röntgen-, Radium-, Lichttherapie“, Heft 4, Beiheft zu „Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen“:

„Eine seltene Missbildung des Lenden-Kreuzbein-Überganges“⁷³

In dieser Einzelfallbeschreibung einer 25jährigen Hausangestellten, die wegen des Verdachts auf Spondylitis mit Schmerzen im Bereich des Rückens eingewiesen wurde, beschreibt Güntz: Der 6. Brustwirbelkörper weist in der Röntgenaufnahme eine Keil- und Schmetterlingsform auf, was eine etwas vermehrte Kyphose in diesem Bereich mit Druck- und Klopfschmerzhaftigkeit bedinge. Das rechte Bein erscheint um 1,5 cm kürzer und bis in den Unterschenkel- und Fußbereich kleiner und verschmächtigt. Die auffälligste Veränderung stelle jedoch die entwicklungsbedingte Anomalie des Lenden-Kreuzbein-Übergangs dar: Die linke Hälfte des Kreuzbeines ist normal entwickelt und artikuliert regelhaft mit dem linken Becken. Vom rechten Kreuzbein existiert nur ein kleiner Flügel, der nicht mit dem Becken artikuliert, sondern darunter endet. Die Artikulation mit dem Becken erfolgt rechtsseitig über den 5. Lendenwirbelkörper, dessen rechte Bogen- und Körperhälfte im Sinne einer breiten Seitenmasse formverändert sind, welche typische Kreuzbeingestalt habe. Auch der 4. Lendenwirbel erscheine rechts verbreitert. Güntz interpretiert die Veränderungen wie folgt: „Es hat sich also auf der rechten Seite der Lenden-Kreuzbein-Übergang

⁷³ Güntz E. , Eine seltene Missbildung des Lenden-Kreuzbein-Überganges, 1934, S. 224-228

mitsamt dem Kreuzbein um einen Wirbel höher als auf der linken Seite entwickelt.“⁷⁴

Die Patientin wurde durch Entlastung und Lagerung im Gipsbett mit gleichzeitiger Extension an Kopf und Füßen über 6 Wochen behandelt. Übungsbehandlungen waren extrem schmerzhaft, sodass die Behandlung im Liegen fortgesetzt wurde, woraufhin die Patientin eine beidseitige Beckenvenenthrombose entwickelte. Gehfähigkeit konnte erst durch die Verordnung eines Korsetts erlangt werden.

1934: Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie, Sonderabdruck aus Band 34, Heft 3: „**Die Erkrankungen der Zwischenwirbelgelenke**“⁷⁵

Für diese Veröffentlichung hat Güntz sämtliche Gelenke von 56 frisch der Leiche entnommenen und 80 mazerierten Wirbelsäulen eingehend, teils mikroskopisch untersucht. Er kommt zu folgendem Ergebnis:

Vor dem 30. Lebensjahr finden sich so gut wie keine Veränderungen der Zwischenwirbelgelenke. Danach finden sich alle Stufen der degenerativen Veränderung, auch an ein und demselben Präparat, im Sinne einer Arthrosis deformans. Vom 60. Lebensjahr an sind 50% aller Gelenke verändert.

Bei Wirbelgleiten durch Zerreißen der Bandscheibe erkläre sich in allen Wirbelsäulenabschnitten die Gleitrichtung durch die Stellung der Gelenkflächen der kleinen Wirbelgelenke zueinander.

Bei der Osteochondrosis der Zwischenwirbelscheiben komme es zwangsläufig auch zu Veränderungen im Bereich der kleinen Zwischenwirbelgelenke.

⁷⁴ Güntz E. , Eine seltene Missbildung des Lenden-Kreuzbein-Überganges, 1934, S. 228

⁷⁵ Güntz E. , Die Erkrankungen der Zwischenwirbelgelenke, 1934, S. 333-355

Die Kyphose für sich habe keine Veränderungen der Gelenke zur Folge.

Bei der Skoliose, hier bei der juvenilen, fänden sich die Veränderungen der kleinen Gelenke ganz überwiegend im Bereich der konkaven Seite im Sinne einer Arthrosis deformans. Sind bei im Alter auftretenden Skoliosen die Gelenke der konvexen Seite schwerer verändert, so scheint in diesen Fällen die Skoliose von den Veränderungen der Zwischenwirbelgelenke auszugehen und nicht umgekehrt.

Im Bereich von Wirbelkörperfrakturen komme es nachfolgend ebenso zu strukturellen Veränderungen der Gelenke.

„Eine Beziehung der Arthrosis deformans der kleinen Gelenke zur Spondylosis deformans, auch zu den schwereren, zur Versteifung führenden Formen, besteht nicht.“⁷⁶

Über Güntz' Annahmen zur Entstehung der Spondylarthritis ankylopoetica (Bechterew) wurde oben bereits ausführlich berichtet; er nimmt hier wiederum Bezug auf seine Ausführungen.

Weitere Veränderungen oder Erkrankungen der kleinen Zwischenwirbelgelenke fand Güntz an den von ihm so untersuchten Wirbelsäulenpräparaten nicht.

1935: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 30. Kongress, 2.-4. September in Köln: **„Schäden der Arbeit“**⁷⁷

Güntz listet aus dem orthopädischen Fachgebiet heraus gesetzlich bereits anerkannte Berufskrankheiten auf wie die Caisson-Krankheit mit sekundärer Coxarthrose nach Luftembolien, die degenerativen

⁷⁶ Güntz E. , Die Erkrankungen der Zwischenwirbelgelenke, 1934, S. 354

⁷⁷ Güntz E. , Schäden der Arbeit, 1935, S. 205-208

Veränderungen an Hand-, Ellenbogen- und Schultergelenken nach Arbeiten mit Pressluftwerkzeugen und ähnliche Veränderungen nach handwerklichen Arbeiten, bevorzugt auf der Seite der Händigkeit auftretend. Er unterscheidet zwischen Berufskrankheiten, wo die krankmachende Ursache im Arbeitsobjekt selbst begründet sei und somit jeden, der mit ihr in Kontakt komme, schädige, unabhängig von seiner individuellen Konstitution, so zum Beispiel bei Arbeiten mit Blei, Leuchtgas und Luftdruckveränderungen. Solche Gefahren könnten eindeutig erfasst und damit vermieden werden. Die Arbeit berge somit keine Gefahr mehr.

Schwieriger zu beurteilen seien Schäden, die durch das Missverhältnis zwischen einwirkender Arbeitsbelastung und Leistungsvermögen des Körpers entstehen. Störfaktor könne hier zum einen tatsächlich ein Übermaß an Belastung, zu langes Einwirken und zu kurze Erholungszeit sein. Meist komme es jedoch zu einer Abnahme der Belastbarkeit des Körpers, zum Beispiel auf Grund altersbedingter Verschleißerscheinungen oder vorbestehender Beeinträchtigungen wie geringe Achsabweichungen des Skeletts oder Abnahme der Belastbarkeit des Gewebes. „Dann kann ein geringer Zufall, eine Überanstrengung, eine Mehrarbeit, oft schon im Rahmen des Normalen, zu viel sein.“⁷⁸

Güntz empfiehlt als Konsequenz zur Vorbeugung von Arbeitsschäden die Vermeidung übertriebener und zu schwerer Arbeit, besonders einseitiger wiederholender Tätigkeit ohne Erholung und plädiert für eine verantwortungsvolle Beratung beim Umgang mit der Berufswahl oder auch Umschulung unter Berücksichtigung der individuellen Konstitution sowie Alter und Belastbarkeit und ruft auf zu allgemeiner körperkräftigender Erziehung⁷⁹.

⁷⁸ Güntz E. , Schäden der Arbeit, 1935, S. 219

⁷⁹ Güntz E. , Schäden der Arbeit, 1935, S. 219

1936: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft,
31. Kongress vom 28.-30. August in Königsberg

**„Rückenschmerzen in ihren Beziehungen zu
Haltungsveränderungen der Wirbelsäule“⁸⁰**

Güntz präsentiert die Ergebnisse der klinischen und radiologischen Untersuchung von rund 1000 Patienten mit Rückenschmerzen: Es gebe nur wenige Patienten, bei denen sich der Ort der angegebenen Beschwerden mit dem Ort der pathologischen Veränderungen im Röntgenbild decke. Das seien diejenigen mit einer kurzfristig eintretenden Veränderung wie nach Trauma, Entzündung oder schneller Kyphoseentwicklung. In der überwiegenden Zahl der untersuchten Fälle fänden sich die angegebenen Beschwerden dort, wo der Körper versucht, einen Ausgleich für darüber- oder darunterliegende pathologische (radiologisch sichtbare) Veränderungen zu schaffen, indem er zum Beispiel eine juvenile Kyphose der Brustwirbelsäule mit einer Hyperlordose im Bereich der Lendenwirbelsäule ausgleicht. Dies sei bei langsam eintretenden Veränderungen regelhaft der Fall. Die Beschwerden seien am ehesten den Ansätzen der Muskeln am Knochen im kompensierenden Bereich zuzuordnen.

Aus seinen Untersuchungen leitet Güntz folgende Empfehlungen für das praktische Vorgehen bei Untersuchungen von Rückenschmerzpatienten ab: Die Wirbelsäule ist als Ganzes zu untersuchen und auf keinen Fall nur der Abschnitt, in dem der Patient die Beschwerden angibt. Klinische Funktionsdiagnostik in allen Ebenen, im Stehen und am sitzenden Patienten ist zu fordern. Und was für die klinische Untersuchung gelte, lasse sich auch auf die radiologische Untersuchung übertragen: Zumindest die dem Schmerzbereich angrenzenden Wirbelsäulenareale gehören, am

⁸⁰ Güntz E. , Rückenschmerzen in ihren Beziehungen zu Haltungsveränderungen der Wirbelsäule, 1936, S. 245-257

besten im Stehen und im Zweifel einschließlich Funktionsaufnahmen, mit geröntgt. Ziel der Untersuchung müsse es sein, Fehlhaltungen, die dazu angetan sind, später dekompensatorisch Beschwerden zu verursachen, so früh wie möglich zu erkennen und ihnen durch gezielte Muskelübungen entgegenzuwirken, solange das Gewebe noch weich ist. Seien die kompensatorischen Fehlregulationen erst einmal teilversteift, eigneten sich nur noch passive Maßnahmen wie Massagen in begrenztem Rahmen, um die Beschwerden zu lindern. Güntz' Ausführungen werden im Rahmen dieses Kongresses gestützt durch Georg Hohmann (1880-1970)⁸¹, Max Lange (1899-1975)⁸² und Kurt Lindemann (1901-1966). Letzterer widerspricht allerdings in einem Punkt: „Was nun die Adoleszentenkyphose betrifft, so kann ich mit Herrn Güntz nicht ganz übereinstimmen. Ich habe eine Reihe von echten Skoliosen beobachtet, die auch mit Torsionen einhergehen und sicherlich in ihrer Entstehung enge Beziehung zur juvenilen Kyphose haben.“⁸³

⁸¹ Hohmann, Orthopädische Bandagen und Apparate, 1936, S. 257-258

⁸² Lange, 1936, S. 258

⁸³ Lindemann, Aussprache zu "Rückenschmerzen in Beziehung zu Haltungsveränderungen der Wirbelsäule", 1936, S. 259

4.3. Habilitation (1937-1938)

„Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule“ (Beilagenheft zur Zeitschrift für Orthopädie Bd. 67; 1937):

Teil I hat in Kapitel A die spezielle Anamneseerhebung bei Patienten mit Rückenbeschwerden und in Kapitel B die spezielle körperliche Untersuchung dieser Klientel zum Thema.

Güntz versucht, dem praktischen Arzt einen standardisierten Untersuchungsablauf an die Hand zu geben. Es folgt ein ausführliches Kapitel C über die Anfertigung von Röntgenaufnahmen von allen Abschnitten der Wirbelsäule in den verschiedensten Einstellungen und Schnittebenen. Er geht dezidiert auf Fehlerquellen für Herstellung und Auswertung der Röntgenbilder ein.

Teil II „Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben“ befasst sich mit allen nicht entzündlichen, also degenerativen Erkrankungen, sei es die Kyphose im Jugendalter, die Spondylosis deformans oder die Osteochondrose mit anschließender Gefügelockerung, allesamt von Güntz als Folge von krankhaften Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben beschrieben.

Nach Kapitel A über den anatomisch-pathologischen Aufbau der Zwischenwirbelscheiben und Kapitel B über seltene angeborene Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben wie gänzlichen oder teilweisen Blockwirbelbildungen folgt Kapitel C über die „Kyphosis juvenilis sive adolescentium“, in dem der Autor die Entstehung derselben erklärt: Eine Schwächung der Knorpelplatte zwischen Zwischenwirbelscheibe und Lamina cribrosa der Wirbelkörper liege besonders im 2. Lebensjahrzehnt dort vor, wo in der Embryonalentwicklung die Chorda dorsalis durchzog und wo die obliterierenden Gefäße der Blutversorgung ihren Eintritt durch die

Knorpelplatte noch haben. Durch Überlastung und bei erhaltenem Turgor der Zwischenwirbelscheibe könnten diese durch jene Schwachstellen hindurch in den Wirbelkörper hineingepresst werden. Diese Einpressungen würden im Wirbelkörper durch Ausbildung von umgebenden Sklerosezonen eingedämmt. Diese könne man im Röntgenbild sehen und würden in Anlehnung an Schmorl Knorpelknötchen genannt. Treten sie einzeln auf, hätten sie keinen Krankheitscharakter. Treten sie jedoch gehäuft auf, so komme es durch die Schwächung der Bandscheiben zu einem veränderten Druck auf die Knorpelplatten und Wirbelkörper, was dann in dieser Phase des schnellen Wachstums zu einer Formveränderung hin zu Keilwirbeln und in der Folge zur Kyphose führe. Diese sei besonders in diesem Alter überhaupt nur dann schmerzhaft, wenn sie schnell und in einem sehr umschriebenen Bereich auftrete. Sonst würden Beschwerden eher in der kompensatorisch auftretenden Lordose im unterhalb liegenden Wirbelsäulenabschnitt beklagt. Oft jedoch falle der gesamte Prozess nicht durch Schmerz, sondern durch die Veränderung der Haltung auf. Erst im weiteren Verlauf des Lebens komme es auf Grund der unphysiologischen Haltung und der daraus resultierenden früheren Erschöpfung der Muskelkräfte, deren Leistungsreserve aufgebraucht sei, zu Klagen über Schmerzen. Wann dies auftritt, beruhe auf dem nicht vorherzusehenden Wechselspiel aus Gewebsschwäche, Handlungsveränderung und Belastungsgrad. Beim „Vorfall der Zwischenwirbelscheibe nach hinten“ beschränke sich die bildgebende Diagnostik auf die native Röntgenaufnahme (und auf die selten durchgeführte Myelographie). Die Sicherung der Diagnose erfolge makroskopisch und histologisch bei Operation oder Sektion. Die diesbezüglichen Beschwerden beschreibt Güntz als solche, wie sie auch bei Rückenmarkstumoren auftreten: Schmerzen,

Parästhesien und spätere Lähmungen, deren Ausdehnung der Lage der Veränderungen entspricht.⁸⁴

Bei Auftreten derartiger Beschwerden sieht Güntz die operative Beseitigung des Prolapses an der hinteren Fläche der Zwischenwirbelscheibe als Therapie der Wahl für die Heilung.

Kapitel D: Die Spondylosis deformans beschreibt Güntz als „Degenerative (Abnutzungs-) Erkrankungen des Faserringes der alternden Zwischenwirbelscheiben“. Dabei entstünden Randwülste an den Wirbelkörpern als Folge von degenerativen Rissbildungen im Bereich der äußeren Faserzüge des Annulus fibrosus der Bandscheibe. Dazu sei ein erhaltender Turgor des Nucleus pulposus und die funktionelle Betätigung der Zwischenwirbelscheibe Voraussetzung.⁸⁵ Schmerzen entwickelten sich durch die Bildung der Randwülste selber nicht, auch nicht später, sondern wie bei allen anderen degenerativen Erscheinungen im Bereich der Wirbelsäule erst bei Veränderungen der Haltung und der Beweglichkeit, zum Beispiel durch große überbrückende und damit einsteifende Randwülste. Beschwerden könnten bei solch vorbestehenden Veränderungen dann durch einmalig einwirkende äußere Einflüsse, mitunter traumatischer Art, erstmals hervorgerufen werden. Die Randwülste für sich gäben also nur einen Anhalt für den Abnutzungsgrad der Wirbelsäule, nicht für die Schmerzen, die sich dadurch regelhaft ableiten lassen würden.

„Degenerative Erkrankungen der Zwischenwirbelscheibe mit Lockerung ihres Gefüges“ (Kapitel E): Thema dieses Kapitels sind die Osteochondrose der Zwischenwirbelscheibe und ihre Folgen, nämlich Wirbelverschiebung und abnorme Geradhaltung. Durch Zerreißung

⁸⁴ Güntz E. , Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule [Habilitation], 1937, S. 77

⁸⁵ Güntz E. , Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule [Habilitation], 1937, S. 99

und Zermürbung der Zwischenwirbelscheiben komme es zu ihrer Erniedrigung und damit zur Lockerung der Bandstrukturen im Bereich der Zwischenwirbelgelenke. Durch die veränderten Druckverhältnisse und durch die Schubbelastung durch das Nach-hinten-Gleiten des oberen Wirbelkörpers im betroffenen Segment komme es zu der typischen Sklerosierung der angrenzenden Deckplatten der Wirbelkörper. Die eigentlichen Schmerzen rührten in erster Linie von den Muskeln und Bändern her, die den durch die Lockerung verminderten Halt der Wirbelsäule gewährleisten müssen. Dadurch entstanden abnorme Geradehaltungen, insbesondere oberhalb derart geschädigter Wirbelsäulenabschnitte.

Die „Alterskyphose“ (Kapitel F) oder auch Altersbuckel, sei zum einen darauf zurückzuführen, dass durch Osteoporose die Wirbelkörper zusammensinken und die Wirbelsäule sich so nach vorne neigt. Die klassische Alterskyphose sei aber laut Güntz ebenso auf die degenerativen Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben zurückzuführen: Im Bereich der Brustwirbelsäule bestehe von jeher eine Mehrbelastung der Zwischenwirbelscheiben in ihrem ventralen Anteil. Mit zunehmendem Alter zermürbten sie in diesem Bereich, würden teils nekrotisch und die Bandscheibenräume erniedrigten sich ventral betont. Das könne bis hin zu einer Verknöcherung dieses Bereichs führen. Diese Versteifung für sich sei von geringer klinischer Bedeutung und verursache wenig Beschwerden. Beschwerden mache wie bei allen anderen degenerativen Veränderungen die ausgleichende Lordose im darunterliegenden Wirbelsäulenabschnitt.

„Kalkablagerungen in den Zwischenwirbelscheiben“ (Kapitel G) finde man entweder im Bereich des Randleistenanulus der Zwischenwirbelscheibe oder im Bereich des Nucleus pulposus. In beiden Bereichen verursachten die Verkalkungen selbst keine Schmerzen. Die Ablagerungen im Bereich des vorderen

Randleistenanulus seien wohl hervorgerufen durch vermehrte Zugbelastung, da sie eigentlich nur im Bereich der mittleren und unteren Brustwirbelsäule aufträten. Manche Menschen neigten, so Güntz, bei derart verursachten Zerreißen im Bereich der Bandscheibe zur Einlagerung von Kalksalzen im geschädigten Bereich. Gleichzeitig vorhandene Schmerzen seien Folgen der Handlungsveränderungen, nicht der Kalkablagerungen.⁸⁶ Verkalkungen im Bereich des Nucleus pulposus finde man bevorzugt im Bereich der unteren Brust- und der Lendenwirbelsäule. Diese schienen degenerativer Natur zu sein, im Gegensatz zu denen im Bereich der Hals- und oberen Brustwirbelsäule, die insbesondere bei Jugendlichen nach akuten fieberhaften Erkrankungen zu beobachten seien. Sie könnten ausstrahlende Schmerzen in den Arm und vorübergehende Steifigkeit hervorrufen, verschwänden aber mit Abklingen der klinischen Erscheinungen.

Die Ergebnisse seiner Habilitationsschrift fasst Güntz zusammen in Kapitel H: Alle beschriebenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule besäßen für sich allein genommen keinen Krankheitscharakter. Dieser entstehe erst dann, wenn es zu Veränderungen in Haltung, Beweglichkeit und Festigkeit des Gewebes der Wirbelsäule komme. Man könne in keinem Fall von der Ausprägung der Veränderungen im Röntgenbild, nicht einmal von der Ausprägung der Handlungsveränderung, der Beweglichkeitsstörung oder der Lockerung auf die Beschwerden des Patienten schließen. Diese seien sehr individuell ausgeprägt und entstünden aus einem komplizierten Wechselspiel aus individueller Leistungsreserve des Einzelnen und seinem persönlichen Belastungsgrad, das der Arzt zu erfassen und einzuschätzen leider nur begrenzt in der Lage sei.

⁸⁶ Güntz E. , Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule [Habilitation], 1937, S. 152

4.4. Kieler Zeit (1938-1950)

1938: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft,
33. Kongress, am 3.-5. Oktober in Gießen

„Arbeitsschäden am Haltungs- und Bewegungsapparat“⁸⁷

Zunächst verweist Güntz darauf, dass es für das Orthopädische Fachgebiet nur eine einzige anerkannte und nach der Ausdehnung der Unfallversicherung auf die Berufskrankheiten vom 16. Dezember 1936 erfasste Diagnose gebe, nämlich die der Erkrankungen der Muskeln, Knochen und Gelenke durch Arbeiten mit Pressluftwerkzeugen. Bei der weitaus größten Zahl der Beschwerden am Haltungs- und Bewegungsapparat, für die die individuelle Arbeitsbelastung verantwortlich gemacht wird, liege tatsächlich ein Missverhältnis zwischen Arbeitsbelastung und Belastbarkeit des Körpers vor. Dabei sei die Dauer der Arbeitsleistung für sich, die Einseitigkeit und Verrichtung von Daueranspannung eines Gewebes als besonders belastend einzustufen. Wechselhafte Tätigkeiten mit genügend Zeiten der Erholung werden als weniger schädigend auf den Organismus beschrieben.

„Bei den Arbeitsschäden besteht stets ein Missverhältnis zwischen der Arbeitsforderung und der Leistungsfähigkeit des Körpers.“⁸⁸ Die Leistungsfähigkeit des Körpers müsse zu der zu erwartenden Arbeitsbelastung passen. Deswegen plädiert Güntz für orthopädische Reihenuntersuchungen zum einen beim Eintritt in das Berufsleben, wenn der Körper seine Kräfte noch dem Aufbau widme und für schädliche Einflüsse bei bestehenden Schwächen besonders empfänglich sei; zum anderen zu Beginn des 5. Lebensjahrzehnts, wenn degenerative Veränderungen Einzug hielten, um auch hier Probleme frühzeitig zu erfassen, damit man gegebenenfalls zu

⁸⁷ Güntz E. , Arbeitsschäden am Haltungs- und Bewegungsapparat, 1938, S. 46-55

⁸⁸ Güntz E. , Arbeitsschäden am Haltungs- und Bewegungsapparat, 1938, S. 54

Umschulungsmaßnahmen, jedenfalls aber zu Veränderungen im Arbeitsumfeld oder der Tätigkeit raten könne.

1939: „**Die Fußschwäche im Kindesalter und ihre Bekämpfung**“
(Deutsche Medizinische Wochenschrift; Ausgabe 15)

1942: „**Ist die elektrische Behandlung Poliomyelitiskranker von Nutzen und wie soll sie gehandhabt werden?**“ (Deutsche Medizinische Wochenschrift; Ausgabe 17)

1949: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 37. Kongress von 21.-24. April in München, Güntz zur Aussprache zum Thema „**Hüftluxationen bei angeborenem Defekt im Darmbein**“⁸⁹:

Bezugnehmend auf den Vortrag seines Vorredners Rupprecht Bernbeck⁹⁰ zum Thema der angeborenen Hüftluxationen berichtet Güntz vom Fall eines 3jährigen Mädchens, welches im Rahmen einer angeborenen hohen Hüftluxation einen großen Defekt im Os ileum mit völligem Fehlen der physiologischen Hüftpfanne rechts aufwies. Das Mädchen starb am Tag nach dem operativen Versuch der Hüfteinstellung und Pfannenrekonstruktion. Am Präparat des Beckenknochens fand Güntz die Defektbildung am Ileum entsprechend dem Versorgungsgebiet der Arteria supraglenoidalis als Abzweig aus der Arteria glutea inferior und stellt die These auf, dass eine Minderperfusion in ihrem Versorgungsgebiet, entweder auf Grund einer Hemmungsmissbildung des Gefäßes oder aber sekundär

⁸⁹ Güntz E. , Hüftluxationen bei angeborenem Defekt im Darmbein, 1949, S. 55-57

⁹⁰ Vgl. Bernbeck, 1949, S. 44-54

durch Druck des hochluxierten Kopfes auf selbige, zu einer Minderentwicklung der Hüftpfanne geführt haben könnte.

1950: „**Die Behandlung der Poliomyelitis**“ – Ein Erlebnisbericht von E. Güntz zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Georg Hohmann („Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete“; 79. Bd., 2. Heft)

Hier beschreibt er sehr anschaulich, aus der Sicht des Patienten mit dem Wissen des Arztes (Güntz war zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit bereits habilitiert und arbeitete an der Universitätsklinik in Kiel), den Verlauf seiner Poliomyelitiserkrankung. Er betont immer wieder die große Bedeutung des eigenverantwortlichen Übens des Patienten („Es steht außer Zweifel, daß nur die eigene aktive Arbeit des Kranken selbst zum Erfolg führt“⁹¹), die große Geduld, die es zur Bezwingung dieser in ihrem Ausgang völlig unvorhersehbaren Krankheit brauche und die seelischen Abgründe, die sich im Verlauf wohl bei allen Patienten auftäten und aus denen man ohne Menschlichkeit und Geduld der Pflegenden kaum herausfinde. „Der Wert der Beihilfe und Anleitung einer erfahrenen Krankengymnastin für die aktive Übungsbehandlung, die mit viel Geduld und Einfühlungsvermögen ... ans Werk geht, habe ich sehr genau kennengelernt.“⁹²

Es manifestiert sich seine Einstellung gegenüber der Krankengymnastik, der Massage und der Orthopädiotechnik. Jeder dieser Disziplinen misst er große Bedeutung bei und verleiht seinem Wunsch Ausdruck, ihnen müsse gerade auch von ärztlicher Seite häufiger die Wertschätzung beigemessen werden, die sie verdienten.

⁹¹ Güntz E. , 1950, S. 363

⁹² Güntz E. , 1950, S. 351

(s. Anhang: Güntz' Aufzeichnungen über die bei seiner Poliomyelitiserkrankung von Lähmung befallenen Muskelgruppen, Abb. 57-61)

1950: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft
Im Rahmen des 38. Kongresses vom 14.-16. September in Hannover
hält Güntz einen Vortrag über das Thema

„Die Bedeutung der lokalen Kreislaufstörungen für die Erkrankungen des Knochens“⁹³.

Als Grundlage für seine Ausführungen dient die Feststellung, dass „jeder Aufbau, Abbau und Umbau des Knochens stets von den einwirkenden Strömungsverhältnissen des Blutes abhängig ist, dass der Übergang von dem, was wir normal, also gesund zu nennen gewohnt sind, zu dem, was wir für pathologisch, also für krank ansehen, ein fließender ist, daß aber das Verhalten des Knochens gegenüber den Kreislaufeinwirkungen dabei nicht anomal wird.“⁹⁴
Dabei ließen sich für den Kliniker solche Veränderungen allein im Röntgenbild anhand der Beurteilung des Kalksalzgehaltes feststellen, und dies auch erst, wenn der Vorgang schon weiter fortgeschritten sei, da erst eine Abnahme des Kalksalzgehaltes von 15% im Röntgenbild zu diagnostizieren sei.

Güntz stellt die Folgen der Mehr- und Minderperfusion von Knochengewebe einander gegenüber.

Bei der Hyperämie am heranwachsenden Knochen, entweder durch arterielle Mehrdurchblutung oder durch venöse Stauung, komme es durch die Vermehrung von Bindegewebe zu enchondralem und periostalem Wachstum (z.B. Beinverlängerung nach Osteomyelitis).

⁹³ Güntz E. , Die Bedeutung der lokalen Kreislaufstörungen für die Erkrankungen des Knochens, 1950, S. 21-31

⁹⁴ Güntz E. , Die Bedeutung der lokalen Kreislaufstörungen für die Erkrankungen des Knochens, 1950, S. 21

Beim Erwachsenen führe derselbe Vorgang zu Sklerose und periostaler Verdickung.

Der Hauptteil der Ausführungen betrifft die Folgen einer Minderdurchblutung am Knochen, hier im Jugendalter die aseptischen Knochennekrosen M. Perthes, sowie im Weiteren Köhler I und II. Güntz vermutet eine ödematöse Aufquellung des den Knochenkern umgebenden hyalinen Knorpels, fraglich durch mechanische Überlastung. Die durch den Knorpel hindurchtretenden Gefäße zur Vaskularisierung des Knochenkerns würden so komprimiert und es komme zur Minderdurchblutung. Güntz geht auf die uns heute bekannten Stadien des Verlaufs bis zum Wiederaufbau des Knochens ein und beschreibt als einzig erfolgversprechende Therapie, um den Einbruch des Knochens in der Fragmentationsphase zu verhindern, die konsequente Entlastung.⁹⁵ Er selbst habe bereits die Anbohrung bei Köhler II am MT2-Köpfchen mit anschließender Traktionsentlastung mit gutem Erfolg durchgeführt.

Im letzten Teil seiner Publikation befasst sich Güntz mit dem Krankheitsbild des M. Sudeck, seiner Ursache in traumatischen oder neurogenen Ereignissen (Vgl. Krömer, der in den entsprechenden Aussprache beim Kongress den Schmerz als eigentliche Ursache für die Entstehung des Sudeck betont ⁹⁶) und der Stadieneinteilung 1-3, wobei das 1. Stadium von Mehrdurchblutung, erst das 2. Stadium von Minderdurchblutung im betroffenen Bereich gekennzeichnet sei. Therapeutisch führt er hier in Stadium 2 die Blockade sympathischer Ganglien an, kombiniert mit der „Massage reflektorischer Zonen“⁹⁷

Abschließend fasst Güntz zusammen, dass die Problematik all dieser Veränderungen am Knochen darin liege, dass die eigentliche Erkrankung meist klinisch stumm verlaufe, sodass dem Orthopäden

⁹⁵ Vgl. Rabl, 1950, S. 31

⁹⁶ Krömer, 1950, S. 34

⁹⁷ Güntz E. , Die Bedeutung der lokalen Kreislaufstörungen für die Erkrankungen des Knochens, 1950, S. 31

oft nur noch die Rolle zukomme, den durch solche Veränderungen in seiner Widerstandsfähigkeit geschwächten Knochen vor weiteren negativen Einflüssen zu bewahren.

4.5. Zweite Frankfurter Phase (1951-1969)

1952: Verhandlung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft
Beim 40. Kongress der DEUTSCHE ORTHOPÄDISCHEN
GESELLSCHAFT am 25.-27. September in Wiesbaden hält Güntz
einen Vortrag über:

„Die orthopädische Frühbehandlung der poliomyelitischen Lähmung“.⁹⁸

Die Grundvoraussetzung der Behandlung sei unendliche Geduld und Motivationsfähigkeit auf beiden Seiten, bei Therapeuten (Ärzten und Physiotherapeuten) und Patienten (Kindern und Eltern), da im Voraus niemand abzusehen vermöge, wie schwer die Schäden sind und wie groß das Regenerationspotential.

In der Akutphase der Erkrankung liege der Schwerpunkt auf der möglichst schmerzfreien Lagerung der Gelenke, um bleibende Kontrakturen zu vermeiden. Nach Abklingen der Entzündungsphase seien 2 Dinge von größter Wichtigkeit:

1. die innervationslose oder –geminderte Muskulatur vor Atrophie und Degeneration zu bewahren,
2. die Nervenregeneration und die willkürliche Muskelkontraktion zu fördern.

Der Muskelatrophie und –degeneration könne am wirkungsvollsten zunächst durch leichte Streichmassagen entgegengewirkt werden, die den Schwellungszustand der Muskulatur reduzieren und die Blutzirkulation wieder normalisieren sollen. Die nächste Stufe sei die Unterwassermassage zur Normalisierung des Muskeltonus durch Druckausgleich. So solle der Muskel vor weiterer Schädigung bewahrt

⁹⁸ Güntz E. , Die orthopädische Frühbehandlung der poliomyelitischen Lähmung, 1952, S. 18-29

und in seiner Funktion als Empfangsorgan erhalten werden, bis die Nervenfasern die Innervation wieder übernehmen kann. Die Förderung der Reinnervation des gelähmten Muskels geschehe zum einen passiv über elektrostimulatorische Reize der Muskelkontraktion, z.B. durch leichtes Beklopfen mit dem Reflexhammer oder vorsichtige ruckartige Änderung der Muskelspannung, was jeweils mit einer Reflexantwort im Sinne einer Muskelkontraktion beantwortet werde. Bei der so durchgeführten Elektrostimulation des Muskels werde der Patient aufgefordert, willentlich eine Kontraktion des betroffenen Muskels herbeizuführen. Diesem Übungsprozess misst Güntz größte Bedeutung bei, sieht aber hier auch die Limitierung des Prozesses zum einen durch Frustration beim Patienten, zum anderen durch die hohe Intelligenzleistung, die hierzu von Nöten sei.

Im Weiteren stellt Güntz die „Elektrische Lunge“ zur aktiven Kontraktion der Atemhilfsmuskulatur, bei der über 2 ringförmige Elektroden über Bauch und Brust die Expiration, durch eine mittlere dazwischen liegende die Inspiration stimuliert wird, der passiven Atmung in der „Eisernen Lunge“ gegenüber. Dieser komme besonders in der Frühphase der Poliomyelitis-Erkrankung große Bedeutung zu.

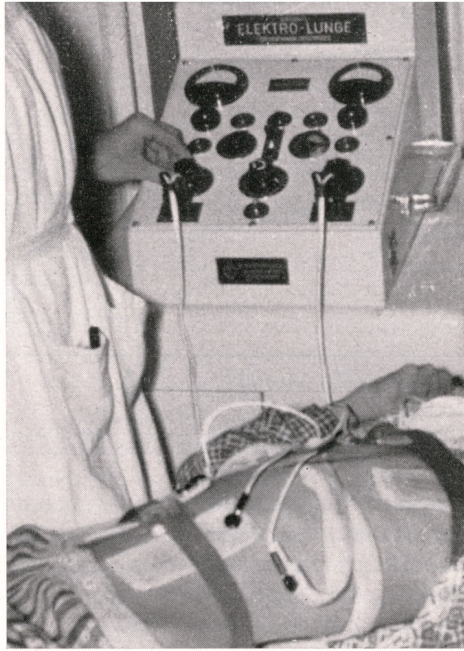


Abb. 3b „Elektrische Lunge“. Die mittlere ringartige Elektrode dient der Inspiration, die auf dem Bauch und auf der Brust gelegene Elektrode der Expiration.

Abbildung 15: Elektrische Lunge, 1952 (Quelle: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 40. Kongress, Wiesbaden, S. 22)

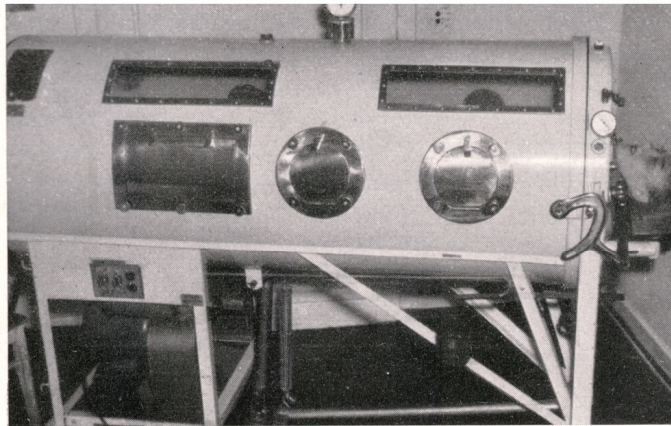


Abb. 3a Eine „Eiserne Lunge“ in Tätigkeit.

Abbildung 16: Eiserne Lunge, 1952 (Quelle: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 40. Kongress, Wiesbaden, S. 22)

(s. auch Anhang: Eiserne Lunge, Abb. 62-63)

Bei der aktiven Übungsbehandlung bei Poliomyelitis kämen den Lagerungstischen mit Rollenzügen zur Überwindung des Eigengewichts der zu beübenden Gliedmaßen die tragende Rolle zu.

Genauso wie die Gymnastik im Wasser werde hierdurch die erfolgreiche willkürliche Kontraktion des Muskels mit dem objektivierbaren Erfolg einer Gelenkbewegung zielführend unterstützt.

Güntz besteht darauf, die Patienten erst dann mit endgültigen Hülsenapparaten zu versorgen, wenn keine Regenerationsfähigkeit mehr zu erwarten sei. Davor sollten die Gliedmaßen und die entsprechenden Muskeln unter Berücksichtigung ihres Fixationspunktes besser in individuell anzufertigenden Gips- und Schienenapparaten behelfsmäßig unterstützt werden.

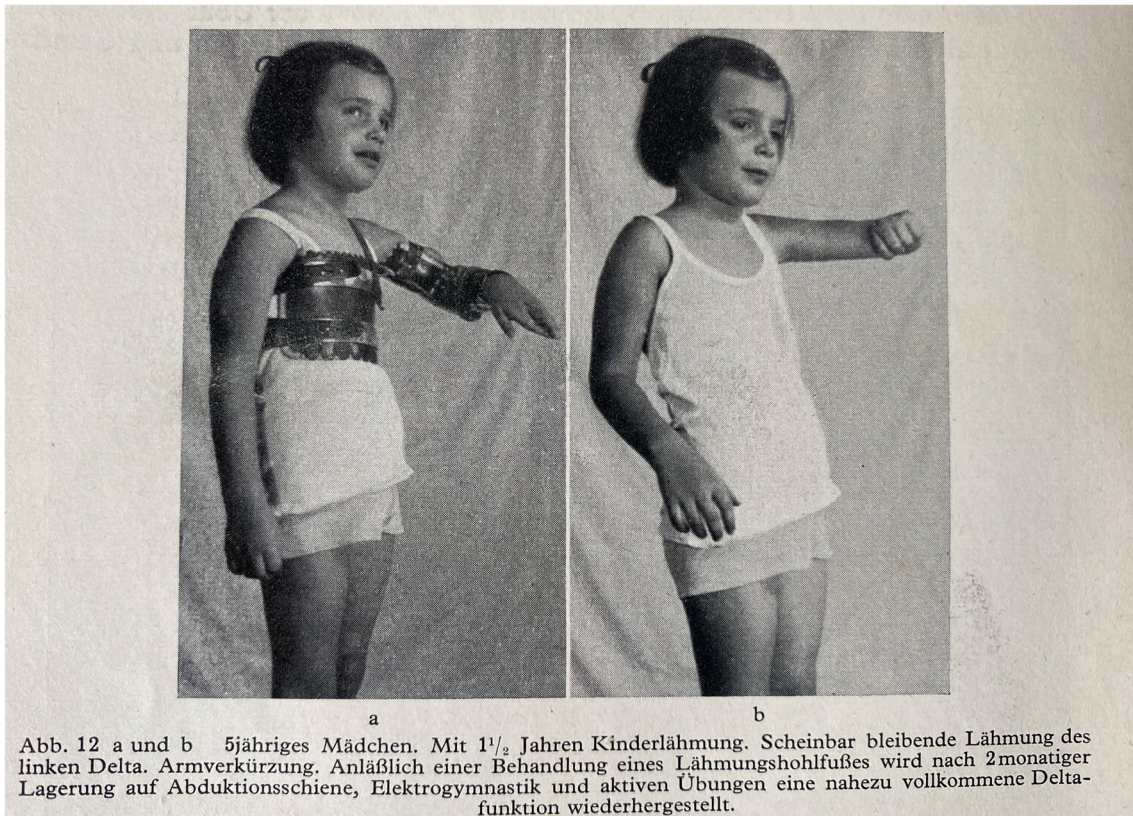


Abbildung 17: Schienenbehandlung nach Poliomyelitis, 1952 (Quelle: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 40. Kongress, Wiesbaden, S. 28)

1955: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 43. Kongress, vom 14.-17. September in Hamburg, „**Erfahrungen mit der Knochenbank**“⁹⁹ und Schlusswort

Güntz skizziert die Problematik bei Operationen mit Eigenspanentnahme, OP-Dauer, gegebenenfalls Umlagerung des Patienten mit der Problematik der Asepsis, Blutungsgefahr und dominierende Beschwerden im Spanentnahmegebiet. Diese Probleme entfielen bei der Verwendung von Fremdspänen. Allerdings stelle sich die Problematik der Spankonservierung. Die Methode, bei -25 bis -30°C einzufrieren, erfordere teure Apparaturen. Güntz verweist auf den folgenden Vortrag seines Assistenten Bruckschen, der über Erfahrungen mit dem Konservierungsmaterial Cialit berichtet, in dem der steril entnommene Span über Monate bei Zimmertemperatur aufzubewahren sei.¹⁰⁰ Die Einheilung sei bei Fremd- und Eigenspan gleich gut; allerdings wird auf die größere Traumatisierung bei Eigenspanentnahme verwiesen. (Vgl. auch K.H. Hackethal¹⁰¹ und Günter Imhäuser¹⁰²)

Versager bei der Methode begründet Güntz, wie davor nach Einführung von Operationen mit Eigenspan, mit der oft fehlerhaften Indikationsstellung und Operationsplanung sowie einer inkonsequenten Ruhigstellung der so operierten Strukturen.

⁹⁹ Güntz E. , Erfahrungen mit der Knochenbank, 1955, S. 53-57

¹⁰⁰ Bruckschen, 1955, S. 54-59

¹⁰¹ Hackethal, 1955, S. 59-66

¹⁰² Imhäuser, Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 1955, S. 93

1956: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft,
44. Kongress, vom 19.-22. September in Nürnberg
Aussprache zu „**Die konservative Therapie der Arthrosis
deformans des Hüftgelenkes**“ seines Mitarbeiters Kurt Schlüter¹⁰³

Güntz beklagt die uneinheitliche Behandlung der Coxarthrose und rät entsprechend der Diagnose zu Ruhe, entlastenden Apparaten und antirheumatischen Mitteln.

Auf demselben Kongress äußert sich Güntz ebenfalls zum Thema des Nucleus-pulposus-Prolapses, der zu dieser Zeit vermehrt als Diagnose im europäischen Ausland sowie in Amerika erschien. Er weist darauf hin, dass die Diskussion um diese Diagnose dort den Zenit auch schon wieder überschritten habe und konstatiert, dass man sich nun von verschiedenen Seiten der Erkenntnis annähere, dass der Bandscheibenvorfall oft nur eine Begleiterscheinung bei der Osteochondrosis der Wirbelsäule sei und selten, nur wenn er auf einen Nerv drücke, selbst schmerzverursachende Bedeutung besitze.

1957: 45. Kongress der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft vom
10.-13. September in Köln

Professor Güntz kann auf Grund eines Unfalls nicht persönlich teilnehmen. Sein Mitarbeiter Ernst Bruckschen verliert statt seiner seinen Vortrag zum Thema „**Die Kyphose**“.

Der Inhalt des Vortrags deckt sich mit der Veröffentlichung von Güntz aus demselben Jahr mit dem Titel „Die Kyphose im Jugendalter“, die im Folgenden zusammengefasst wird.

¹⁰³ Güntz E. , Aussprache zu "die konservative Therapie der Arthrosis deformans des Hüftgelenks", 1957, S. 135-136

1957: „**Die Kyphose im Jugendalter**“

(Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis, Band 2; herausgegeben von Prof. Dr. med. Herbert Junghanns)

Dieser Band darf als eines der Hauptwerke von Güntz gelten und ist seinen Lehrern Georg Schmorl und Georg Hohmann gewidmet.

Zur Entstehung der Kyphose listet Güntz zunächst folgende Entstehungsmechanismen ganz allgemein auf:

1. Die normale Bewegung der Vorwärtsneigung könne nur noch unzureichend aufgehoben werden, sei es durch Insuffizienz der Muskelkräfte zur Aufrichtung oder durch Verkürzung der ventralen Bandverspannungen.
2. In der Wirbelkörperreihe sei eine Erniedrigung im Vergleich zur Bogenreihe aufgetreten. Dies könne seine Ursache in der Erniedrigung der Wirbelkörper im Ganzen oder durch Keilform und/oder in der Erniedrigung der Zwischenwirbelscheiben haben.
3. Im Rahmen eines Schmerzgeschehens führe die reflektorische Muskelkontraktion zu einer kyphotischen Fehlhaltung, wenn diese die für den schmerzhaften Prozess die schmerzärmste Haltung darstelle, z.B. bei Entzündungen der Zwischenwirbelgelenke.¹⁰⁴

Es werden zunächst die angeborenen Kyphosen durch Keilwirbel oder Blockwirbel erwähnt, dann diejenigen Kyphosen, die ihre Entstehung in einer frühen Störung des Knochenstoffwechsels haben, wie z.B. bei der Rachitis (rachitische Sitzkyphose). Auch die Chondrodystrophie, die enchondralen Dysostosen und die Osteogenesis imperfecta und nicht zuletzt die Vertebra plana (Calvé) als eine Form der aseptischen

¹⁰⁴ Güntz E. , Die Kyphose im Jugendalter, 1957, S. 31

Knochennekrosen finden hier Erwähnung und werden in ihren Erscheinungsformen durch eine Vielzahl von Röntgenbildern dargestellt.

Kyphosen könnten auch entstehen, wenn das Ligamentum flavum im Bogenbereich insuffizient sei. So könne dies bei angeborenen Störungen des Bogenschlusses wie bei der Spina bifida der Fall sein, aber auch sekundär wie z.B. im Rahmen einer operativen Laminektomie. Bei Insuffizienz dieses Bandes nähmen die vorwärts beugenden Schwerkkräfte überhand: eine Kyphose entstehe.

Die Entstehung von Kyphosen auf Grund mangelnder Muskelkräfte sei besonders häufig, wobei auf eine relative Schwäche des Muskelstreckapparates im Bereich der Brustwirbelsäule hingewiesen sei.¹⁰⁵

Während des Wachstums komme es immer wieder zu Phasen, in denen sich die Muskulatur den veränderten statischen Bedingungen erst wieder anpassen müsse. Schwierig sei hierbei der folgende von Güntz beschriebene Circulus vitiosus: Die schwächere Muskulatur wird gedehnt und dadurch in ihrer Erholung und Stärkung behindert, während andererseits die kräftigere Muskulatur in ihrer Gewohnheitshaltung schrumpft und kontrakt wird. Dieser Dysbalance gelte es zeitnah entgegenzutreten, denn solche Veränderungen hätten dauerhaften Einfluss auf den Bandapparat der Wirbelsäule und deren Wachstum.

Güntz beschreibt die Entstehung des hohlrunden Rückens beim Schulkind durch eine Schwäche der Bauchdecke und des Abkippen des Beckens nach vorne durch die vermehrte Sitzbelastung. Zur Behandlung empfiehlt er aber nicht etwa die Verordnung von

¹⁰⁵ Güntz E. , Die Kyphose im Jugendalter, 1957, S. 44

Krankengymnastik, sondern plädiert für eine Stärkung des Selbstbewusstseins dieser Kinder, die der ständigen Ermahnungen ihrer Eltern oft müde seien und rät stattdessen zu regelmäßiger, gesunder Ernährung, viel freiem Spiel und Turnstunden sowie Bewegung mit Gleichaltrigen.

Die Kyphosen durch Knorpel-Knochenveränderungen im Pubertätsalter fand zunächst Scheuermann bei Jugendlichen im 2. Lebensjahrzehnt. Güntz erklärt ihre Entstehung und zeigt in Anlehnung an Schmorls Untersuchungen auf, worum es sich bei dieser Scheuermann'schen Erkrankung eigentlich handele: Die Knorpelplatte des Wirbelkörpers liegt zwischen der Zwischenwirbelscheibe und der Lamina cribrosa und habe in diesem Alter ihre Schwachstellen noch da, wo in der Embryonalentwicklung der Chordakanal hindurchziehe und wo sich Durchtrittsstellen von Blutgefäßen befänden, die erst ab dem 20. Lebensjahr vollständig obliterierten. An diesen Schwachstellen könne es zu Ausstülpungen von Bandscheibengewebe in den Wirbelkörper ganz unterschiedlichen Ausmaßes kommen. Es entstünden zum einen die bekannten Knorpelknötchen, die man anhand der Sklerosierungszonen in den Wirbelkörpern radiologisch erfassen könne. Zum anderen verursachten die pathologischen Druckverhältnisse durch die veränderte Bandscheibe in der Wachstumszone des Wirbelkörpers eine keilförmige Erniedrigung der betroffenen Corpora vertebrae im Vergleich zu anderen, die dank unbeschädigter Zwischenwirbelscheiben und somit normaler Druckverhältnisse ungehindert physiologisch wachsen konnten. Es bilde sich somit die sogenannte Adoleszentenkyphose aus.¹⁰⁶

Durch eintretende Blutgefäße könne es im Bereich der so infiltrierten, vorgeschädigten Bandscheiben zu einem fibrotischen oder sogar

¹⁰⁶ Güntz E. , Die Kyphose im Jugendalter, 1957, S. 54

knöchernen Umbau kommen, der zu einer Einsteifung des betroffenen Bereichs führe.

Güntz postuliert, dass die von Schmorl vorbeschriebenen Knorpelknötchen keine aseptischen Knochennekrosen darstellten, wie von anderen Autoren angenommen. Dies ließe sich an Hand der mannigfaltigen, im Pathologisch-anatomischen Institut in Dresden untersuchten Präparate eindeutig belegen.

Als mögliche Ursachen für die Adoleszentenkyphose fasst Güntz folgendes zusammen: angeborene Faktoren wie die ungenügende Rückbildung der Chorda, Schwächung des Bindegewebes in der Pubertät gegenüber einer erhöhten Leistungsanforderung zu dieser Zeit und die Zunahme der Wachstumsenergie, was die schnelle Zunahme der Deformierung der Wirbelkörper bedinge.

Die Ausbildung einer Kyphose im Jugendalter sei Grundlage für die Entwicklung im Erwachsenenalter. Die fehlgebildeten Wirbel führten ihrerseits wiederum zu einer Fehlbelastung der Zwischenwirbelscheiben; ein Bereich mit Kyphose werde von angrenzenden Bereichen vermehrter Lordosierung darunter und meist abnormer Geradehaltung darüber kompensiert. Es resultierten also verschiedenste Veränderungen der Haltung und Beweglichkeit, die für Beschwerden im späteren Lebensalter verantwortlich sein können.

Im Weiteren geht Güntz auf die Untersuchungstechniken im Bereich der Wirbelsäule ein. Diese decken sich zum größten Teil mit seinen Ausführungen dazu in dem von ihm verfassten Kapitel im Handbuch für Orthopädie, Band II, ein späteres Werk von Güntz. Es sei darauf verwiesen.

Ein besonderes Augenmerk richtet der Autor erneut auf die Fehlinterpretationsmöglichkeiten von Röntgenbildern. Diese seien zwar unabdingbar für die Beurteilung einer Kyphose, könnten aber zu Fehlinterpretationen verleiten, so zum Beispiel durch Fehlprojektionen oder auch dadurch, dass nur ein ungenügender Bereich der Wirbelsäule zur Abbildung kommt. Um die ganze Pathologie der

Kyphose zu erfassen, brauche es aber das Gesamtbild, um die Statik als Ganzes erfassen zu können, mitunter auch Funktionsaufnahmen, um gestörte Bewegungsabläufe zu begreifen.

Bei den Fragen der Begutachtung der Wirbelsäule und der Klärung von Differentialdiagnosen sei ein interessanter Aspekt die radiologische Unterscheidung von neu aufgetretenen Wirbelbrüchen im Gegensatz zu bereits in der Wachstumsphase aufgetretenen Veränderungen. Anhand vieler Röntgenbeispiele gelingt es Güntz, den Unterschied aufzuzeigen: Der Verbund aller Wirbelkörper sei zu betrachten. Beim Geschehen während des Wachstums hätten sich die benachbarten Wirbel an die veränderten statischen Verhältnisse durch z.B. die Entstehung eines Keilwirbels durch kompensatorische Maßnahmen angeglichen und bildeten wieder eine statische und dynamische Einheit. Ist ein Wirbel jedoch relativ frisch frakturiert, so habe noch kein Einpassen in die statische Gesamtsituation stattfinden können; der Wirbel „sticht hervor“.¹⁰⁷

Die Therapie der jugendlichen Kyphose besteht nach Güntz aus 3 Säulen:

1. Vorbeugende Maßnahmen
2. Behandlung der sich entwickelnden Erkrankung
3. Behandlung von Spätfolgen.

Vorbeugende Maßnahmen seien unter anderem die Erkennung von angeborenen Fehlbildungen so früh wie möglich durch Hebamme und Hausarzt, Aufklärung der Mütter durch die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und Rachitisprophylaxe. Ebenso sollten Kinder nicht aufgesetzt werden, solange sie dazu selbst nicht in der Lage sind, und es solle die Bauchlage zum Trainieren der langen Rückenstreckmuskulatur beim Anheben des Kopfes bevorzugt

¹⁰⁷ Güntz E. , Die Kyphose im Jugendalter, 1957, S. 107, Abb. 85-86

werden. Bei Rückenlage solle auf eine feste Unterlage geachtet werden, die ein Einsinken des Beckens und damit einer Lordosierung der Lendenwirbelsäule entgegenwirke. Eine Lordosierung der Lendenwirbelsäule führe nämlich zu einer vermehrten Kyphosierung im Bereich der Brustwirbelsäule, also genau zu dem, was es zu verhindern oder zu behandeln gelte.

Im Schulalter sei die beste vorbeugende Maßnahme die regelmäßige Durchführung von Turnübungen und regelmäßige Bewegungspausen zwischen den Schulstunden, um die Phasen des zwanghaften Sitzens möglichst oft zu unterbrechen. Dass die Stühle und Tische so weit wie möglich der Körpergröße Rechnung tragen sollten, verstehe sich von selbst.

Wenn es um die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit geht, so hält es Gütz für sinnvoll, den Heranwachsenden zu beraten. So solle ein Mensch, dessen Wirbelsäule auf Grund einer bereits bestehenden fehlerhaften Statik nur geringere Kraftreserven hat, wenn möglich keinen Beruf ergreifen, der ihn absehbar in ständige Zwangshaltungen zwingt.

Bei der Behandlung der sich entwickelnden Erkrankung geht Gütz ausführlich auf die Behandlung mittels Bettruhe in der Gipsliegenschale ein.

So sei Bettruhe indiziert, um der Muskulatur Chance auf Erholung zu geben und die Bandstrukturen sich lockern zu lassen, um so überhaupt zu einer Korrektur der Kyphose gelangen zu können. Gütz bevorzugt die Gipsliegenschale in Bauchlage.

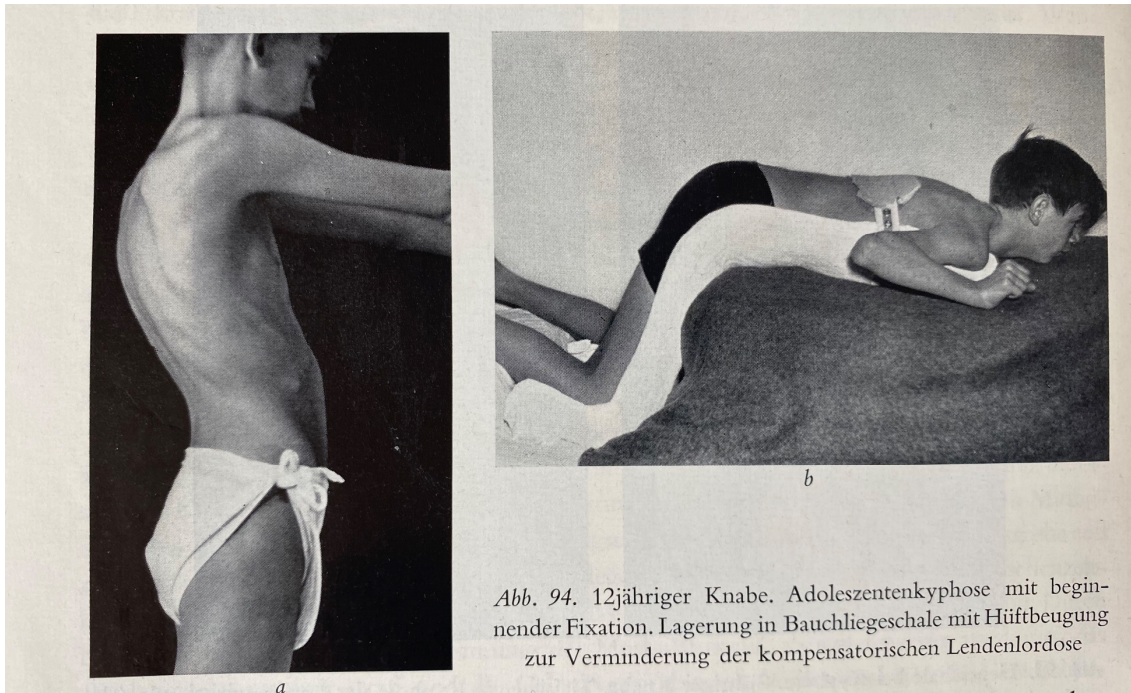


Abb. 94. 12jähriger Knabe. Adoleszentenkyphose mit beginnender Fixation. Lagerung in Bauchliegeschale mit Hüftbeugung zur Verminderung der kompensatorischen Lendenlordose

Abbildung 18: Lagerung in Bauchliegeschale bei juveniler Kyphose, 1957 (Quelle: Die Kyphose im Jugendalter, Güntz, Frankfurt am Main, S. 120)

In Rückenlage werde das Kind immer wieder den Kopf zum Lesen und Umherschauen anheben und somit die Halslordose verstärken, was wiederum die Kyphose der Brustwirbelsäule verstärkt. Allgemein solle der Ansatz zur Behandlung der Brustkyphose immer derjenige sein, zunächst die kompensatorisch entstandene Hyperlordose der Lendenwirbelsäule auszugleichen.

Dies gelte im Besonderen für die krankengymnastische Beübung. Bei der Streckübung der Brustkyphose müsse zunächst die Lendenlordose durch entsprechende Positionierung des Übenden ausgeglichen werden, bevor effektiv geübt werden könne.

Das gleiche gelte für die Anlage eines redressierenden Korsetts. Dieses solle in der Lendenwirbelsäule entlordosierend sein und somit als aktives Mieder im besten Fall zu einer reflektorischen Aufrichtung der Brustwirbelsäule führen.

Güntz hält die gezielte krankengymnastische, regelmäßig durchzuführende Übung des Patienten nach individueller Anleitung durch einen kundigen Therapeuten in Einzelstunden für die wichtigste

Maßnahme zur Prophylaxe. Es müsse hierbei Bezug genommen werden auf die ganz individuelle Veränderung der Statik der zu behandelnden Wirbelsäule im Ganzen; ein individueller Heilplan sei zu erstellen.

Die Behandlung der Spätfolgen der juvenilen Kyphose richte sich nach der Art und Ausprägung. So sollten auch hier, soweit noch möglich, regulatorische Maßnahmen der Krankengymnastik zur Anwendung kommen, um das weitere Fortschreiten der Fehlstatik und Bewegungseinschränkung zu verhindern. Massagen und medikamentöse Behandlungen mit Einspritzung von Novocain mit Traubenzuckerlösung an Schmerzpunkte dienen der kurzfristigen Unterbrechung des Schmerzkreislaufs.

Fazit:

Fazit der Abhandlung ist, dass der Arzt im Allgemeinen in der Lage sein möge, Veränderungen der Statik der Wirbelsäule zu erfassen, bevor sie Krankheitswert erhalten und bevor sie bereits bleibende Schäden an Strukturen wie Wirbelkörpern und Zwischenwirbelscheiben verursacht haben, die, einmal aufgetreten, nicht mehr rückgängig gemacht werden könnten.

Auf demselben Kongress sprachen zum diesem Themenkomplex auch Kurt Lindemann (1901-1966)¹⁰⁸ und Günter Imhäuser (1912-1996)¹⁰⁹.

1958: Handbuch der Orthopädie; Band II; hierfür hat Güntz fünf große Kapitel verfasst, ergänzt durch ein weiteres von Gustav Hauberg (1916-1977) zum Thema:

¹⁰⁸ Lindemann, Ätiologie und Pathogenese der Skoliose, 1957, S. 144-164

¹⁰⁹ Imhäuser, Zur Ätiologie und Pathogenese der Skoliose, 1957, S. 164-174

„Kyphosen und Lordosen“

Güntz beschäftigt sich in diesem Handbuch ausführlich mit der Wirbelsäule und schafft dabei den Bogenschlag von den Beobachtungen des Anatomen und Pathologen hin zur klinischen Relevanz der dabei gewonnenen Erkenntnisse.

Im Kapitel „Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung“, nimmt er vor allem Bezug auf die embryonale Entstehung der Wirbelsäulen in allen Anteilen: Zwischenwirbelscheibe, Wirbelkörper, Wirbelbögen und Zwischenwirbelgelenke.

Eine Eigenart der menschlichen Wirbelsäule hebt er hervor: Im Gegensatz zu allen Vierbeinern fehle beim Menschen der feste knöcherne Abschluss des Knorpel-Knochen-Übergangs zwischen Wirbelkörper und Zwischenwirbelscheibe (vergl. S. 3, Bd. II, Handbuch für Orthopädie). Diese Eigenart ermögliche beim Menschen zwar die federnde Druckübertragung, sei aber auch Ursache für die häufigen Bandscheibeneinbrüche in die Markräume der Wirbelkörper, die es so bei Vierbeinern nicht gebe, da diese zwischen Bandscheibe und Wirbelkörper eine Epiphyse hätten. Die Bandscheibe strahle mit ihren Fasern in allen Anteilen in die knöcherne Epiphyse ein und erhalte hierdurch ihre Festigkeit. Beim Menschen jedoch gebe es diese feste Verbindung der Fasern der Zwischenwirbelscheibe nur im Bereich der Randleiste. Dieser Bereich des Anulus fibrosus sei schon von Schmorl als Randleistenanulus bezeichnet worden. Diese vorderen Fasern der Bandscheibe des Menschen dienten daher in erster Linie der Zug- und Schubfestigkeit, eine Funktion, die sich beim epiphysenscheibenträgenden Vierbeiner auf die ganze Wirbeloberfläche verteile.

Dieser Unterschied in der Beschaffenheit und Fixation der Bandscheiben scheint für Güntz die Ursache nahezu aller degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und ihrer

Bewegungssegmente zu sein, einmal abgesehen von Veränderungen, die ihre Ursache in einer Störung der Knochenstruktur haben. Auf die Beobachtungen zum Aufbau der Zwischenwirbelscheibe, die maßgeblich aus seiner Zeit im Schmorl'schen Institut in Dresden herrühren, nimmt er in allen weiteren Arbeiten zu dem Thema immer wieder Bezug.

Einen weiteren Grund für die häufigen degenerativen Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben sieht Güntz in der Obliteration der versorgenden Blutgefäße, die spätestens ab dem 25. Lebensjahr nicht mehr nachweisbar seien. Ab hier beginne unaufhaltsam die Degeneration der Bandscheiben – wie die jeden bradytrophem Bindegewebes.

Im Kapitel: „Die normale Haltung und ihre Abweichungen“ wird die Entstehung der physiologischen Hals- und Lendenlordose beim Säugling als Folge der vermehrten Muskelspannung beim Entdecken der Umwelt, vor allem in Bauchlage, beschrieben.¹¹⁰

Im Abschnitt: „Abweichung von der normalen Haltung“ unterscheidet Güntz primäre und sekundäre Fehlhaltung. „Im Bereich der primären spielt sich die krankhafte Veränderung ab, die diese Fehlhaltung hervorgerufen hat. Die sekundäre dagegen ist das Produkt des Kampfes zwischen Schwerkraft und Aufrichtung aus dieser primären Fehlhaltung“¹¹¹. Am Leichenpräparat der Wirbelsäule konnte Güntz aufzeigen, dass eine vermehrte Lendenbiegung der von der Muskulatur befreiten Wirbelsäule sofort eine vermehrte Brustkrümmung zur Folge habe und umgekehrt. Beim Lebenden versuche die Muskulatur dabei reflektorisch immer, die aufrechte Haltung mit dem Blick nach vorne zu bewahren. Bei Handlungsverfall

¹¹⁰ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 28

¹¹¹ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 31

auf Grund von Ermüdung der Muskulatur komme es zur Verstärkung der physiologischen Krümmungen, weil die Bandsicherung allein ohne die Muskelkraft nicht in der Lage sei, die Wirbelsäule in aufrechter Position zu halten.

Das Kapitel „Die klinische Untersuchung der Wirbelsäule“ nimmt Güntz zum Anlass, dem Orthopäden einen Handlungsleitfaden für eine gezielte Anamneseerhebung und eine umfassende klinische Untersuchung der gesamten Wirbelsäule an die Hand zu geben. Er fordert dabei die vollständige Entkleidung des Patienten, um ein aussagekräftiges Ergebnis zu gewährleisten.

Das Kapitel schließt mit Anmerkungen zur Röntgendiagnostik der Wirbelsäule und zeigt einige Fallstricke in der Beurteilung wie fehlerhafte Einstellung, Projektion und Überlagerung z.B. durch Darmgase auf. Ebenso weist Güntz darauf hin, bei Schmerzen in einem Bereich der Wirbelsäule nach eingehender klinischer Untersuchung einen möglichst großen angrenzenden Bereich der Wirbelsäule radiologisch zu erfassen, da sich die radiologisch fassbaren Veränderungen nun eben nicht immer im beschwerdeführenden Bereich der Wirbelsäule befänden.

Das Kapitel „Nicht entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen“ ist gegliedert in einen „Pathologisch-anatomischer Teil B“ und einen „Klinischer Teil C“.

In Abschnitt B führt Güntz nochmals aus, dass die degenerativen Erkrankungen wie Spondylarthrosis deformans und Osteochondrose als radiologische Diagnose allesamt Folge der degenerativen Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben seien.

So entstehe das radiologische Bild der Spondylosis deformans durch diejenigen Bandscheibenvorfälle, die am Übergang zur Randleiste im Bereich der während des Wachstums dort hindurchtretenden Gefäße sich vorstülpen, die Randleiste unterminieren und bis an die vordere Wirbelkörperfläche vordringen können.¹¹² Hier sähe es auf der Schnittfläche im Röntgenbild oft so aus, als ob die vordere Ecke des Wirbelkörpers abgetrennt wurde, was oft Anlass zu Fehldiagnosen gebe.

Die Vorwölbung des Zwischenwirbelscheibengewebes führe zur Knochenneubildung besonders dort, wo das Ligamentum longitudinale anterius am Knochen angeheftet sei. So entstünden die charakteristischen Randwulstbildungen, die das radiologische Bild der Spondylosis deformans ausmachten.

Dagegen sieht Güntz die Osteochondrose als Folge der allgemeinen Zermürbung der Bandscheibe durch den sogenannten Turgorverlust, wie er nach Zerreißung der Bandscheiben mit Verletzung des Nucleus pulposus entstehe.

Die bei diesen Veränderungen konzentrisch sich vorwölbende Bandscheibe bedinge dachrinnenartigen Randwulstbildungen im Bereich um die gesamte Deck- oder Grundplatte des Wirbelkörpers und verursache somit das typische Röntgenbild bei der Osteochondrose.

Eine weitere Folge von degenerativen Veränderungen könne der fibrotische Umbau auch mehrerer Bandscheiben im Bereich größerer Wirbelsäulenabschnitte sein. Dazu könne es laut Güntz aber nur kommen, wenn die Bandscheibe Anschluss an das Gefäßsystem in den Markräumen der Wirbelkörper erhalte.¹¹³

¹¹² Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 545

¹¹³ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 561

Es folgt eine kurze Auflistung anderer Stoffwechsel- und endokriner Störungen, die zu Veränderungen in den Zwischenwirbelscheiben führen könnten. Erwähnung finden die Ochronose (Alkaptonurie= Erbkrankheit mit einer Störung des intermediären Eiweißstoffwechsels), die bisweilen mit einer schweren Osteochondrose sämtlicher Zwischenwirbelscheiben einhergeht, die parathyreooprive Osteoarthropathie, die Ostitis deformans Paget, die Spondylitis ankylopoetica Bechterew, die Akromegalie und die Melorheostose.

Die degenerativen Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke – Spondylarthrosis deformans- finden sich laut Güntz ab dem 30. Lebensjahr; im Alter von 60 Jahren seien bereits die Hälfte aller kleinen Wirbelgelenke verändert. Dabei fand Güntz bei seinen Untersuchungen an Wirbelsäulenpräparaten alle Übergänge von den leichtesten Veränderungen bis zur schwersten Zerstörung des Knorpels und der angrenzenden Knochenflächen, woraus er schloss, dass die Arthrosis deformans keine Allgemeinerkrankung schlechthin, sondern von örtlich bedingten Einwirkungen abhängig sei.¹¹⁴

Im „Klinische Teil C“ seiner Arbeit warnt Güntz zunächst eindringlich davor, radiologische Befunde überzubewerten. „Anatomische Veränderungen sind noch keine Krankheit!“¹¹⁵ Die fundierte klinische Untersuchung müsse alles ins Verhältnis setzen.

Im 1. Abschnitt „Die klinischen Erscheinungen bei Zwischenwirbelscheibenveränderungen“ zeigt Güntz zum Thema „Haltungsveränderungen“ auf, dass es bei gleichmäßigem Turgor- und Substanzverlust der Zwischenwirbelscheiben zu einer Annäherung der

¹¹⁴ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 571

¹¹⁵ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 581

gegenüberliegenden Deckplatten und dadurch zu einer Neigung der benachbarten Wirbel im Sinne einer Kyphose komme.¹¹⁶

Bei ungleichem Höhenverlust folge so eine seitliche Schiefhaltung, also eine Skoliose.¹¹⁷

Im Weiteren nimmt er Bezug auf das von ihm beschriebene Güntz-Zeichen, abnorme Geradhaltung über einer anzunehmenden, aber radiologisch noch nicht sichtbaren, Zwischenwirbelscheibenschädigung und weist hin auf ausgleichende Fehlhaltungen. „Es ist nicht die veränderte Zwischenwirbelscheibe bzw. nicht nur diese von einer solchen abnormen Geradhaltung betroffen, sondern in der Regel erst der darüber befindliche Wirbelabschnitt.“¹¹⁸

Bei den „Bewegungseinschränkungen“ unterscheidet Güntz solche, die einen größeren Abschnitt der Wirbelsäule betreffen wie zum Beispiel bei der fibrösen und knöchernen Umwandlung und der Spondylosis deformans, und jene, die eine einzelne Zwischenwirbelscheibe betreffen.

„Abnorme Lockerungen“ entstehen laut Güntz bei allen Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben, die mit Turgorverlust, Rissbildung und Zerstörung des inneren Gefüges verbunden sind. Damit sei die verbindende Festigkeit benachbarter Wirbelkörper aufgehoben.¹¹⁹

Diesen Lockerungen und der durch sie hervorgerufenen Beeinträchtigung der Wirbelsäule in ihrer Stabilität und ihrer Leistungsfähigkeit als Stütze und Bewegungsorgan misst Güntz große klinische Bedeutung bei. Er nennt sie die „entscheidenden Krankheitsfaktoren“¹²⁰.

¹¹⁶ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 580

¹¹⁷ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 581

¹¹⁸ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 585

¹¹⁹ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 587

¹²⁰ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 587

Als „Einwirkungen auf andere Teile des Bewegungsapparates und andere Organe“ bei Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule seien zum einen die ausstrahlenden Beschwerden in die Extremitäten zu beschreiben. Diese entstünden bei Irritationen der Nervenwurzeln an ihren Austrittsstellen, am häufigsten durch Bandscheibenvorfälle, mitunter aber auch durch knöcherne Randwulstbildungen. Sie könnten in seltenen Fällen auch andere Organe beeinträchtigen, wenn es zum Beispiel bei einer ausgedehnten, nach ventral gerichteten Randwulstbildung im Bereich der Halswirbelsäule zu Störungen der Schlucktätigkeit komme. Ebenso möglich, wenn auch selten, seien Einengungen von Ösophagus durch Randwulste in Höhe des Kehlkopfes und des Zwerchfells.

Die Haltungsveränderungen in allen Bereichen der Wirbelsäule könnten zu Muskelspannungsstörungen führen, die in ihrer Beschwerdesymptomatik ähnlich denen von Wurzelreizsymptomen sein könnten. Güntz bezieht sich damit schon damals auf das, was heute als pseudoradikuläre Symptomatik bezeichnet wird¹²¹.

Zur Frage „Ist die Spondylosis deformans ein eigenes klinisches Krankheitsbild?“ weist Güntz erneut darauf hin, dass das „Regelwidrige im anatomischen Aufbau noch nicht Krankheit im ärztlichen Sinne ist.“¹²² Er verweist auf Alfred Schanz (1886-1931) und Fritz Reischauer (1895-1961), die im Gegenteil die Randwulstbildungen als Selbstheilung der Natur im Sinne von Abstützung der durch Fehlstellung oder Altersabnutzung insuffizient gewordenen Wirbelsäule verstanden sehen wollten. Es gebe also kein klinisches Bild mit der Bezeichnung „Spondylosis deformans“. Es würden damit allein die knöchernen Randwulstbildungen als Folge von Abnutzung und Alterung

¹²¹ Wirth, 2001, S. 172ff

¹²² Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 596

bezeichnet. Ob diese wiederum zu Bewegungseinschränkungen beitragen, die dann das klinische Bild prägen, stehe auf einem anderen Blatt.

„Kritische Bemerkungen zum Mißbrauch des pathologisch-anatomischen Begriffes Osteochondrose in der Klinik“: Auch die Osteochondrose sei kein Krankheitsbild für sich, sondern die Bezeichnung für einen Befund, der am anatomischen Präparat oder aber eben am Röntgenbild zu erheben sei.¹²³ Das Röntgenbild solle nachträglich zur Klärung der Zusammenhänge beitragen, wenn im Vorfeld bereits durch eine fundierte klinische Untersuchung Beschwerden im Sinne von Handlungsveränderungen, Bewegungsstörungen oder pathologischen Gefügelockerungen gefunden worden seien und es könne dann dem Kliniker hilfreich bei der Festlegung der richtigen Therapie sein.

Teil 2 des klinischen Teils befasst sich mit den „Erkrankungen der Zwischenwirbelgelenke“.

Auch diese finde man laut Güntz im pathologisch-anatomischen Präparat viel häufiger, als dass sie wirklich klinisch bedeutsam wären. Eigentlich gelte hier dasselbe wie für die Osteochondrose und die Spondylosis deformans. Darüber hinaus führe natürlich jede Veränderung in den Zwischenwirbelscheiben durch Verminderung des Zwischenwirbelraumes unumgänglich auch zu Veränderungen in den Zwischenwirbelgelenken. Eine Differenzierung, welche Veränderungen in welchen Bereichen der Wirbelsäule den größten Anteil am Beschwerdebild hätten, könne nur die klinische Untersuchung bringen. Dies habe besonders bei Bandscheiben- oder zwischenwirbelgelenkbedingten Beschwerden direkten Einfluss auf die Art der Therapie.

¹²³ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 601

Im dritten Abschnitt „Dornfortsatzperiostosen und Arthrosis interspinosa“ beschreibt Güntz zum einen die im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule schwerpunktmäßig vorkommende Dornfortsatzperiostose als Folge von endogenen und exogenen Faktoren. Als endogene Faktoren werden unter anderem Knochenveränderungen mit Minderung des Kalksalzgehaltes wie beim Klimakterium angeführt, als exogene Faktoren Zugbelastungen an den Ansatzpunkten der Bänder durch Überlastung der oberen Extremitäten, zum Beispiel beim Schreiben an der Schreibmaschine. Zum anderen beschreibt Güntz die Arthrosis interspinosa, die allerdings eher im Bereich der Lendenwirbelsäule zu finden und oft Ausdruck einer über das normale Maß hinausgehenden Lordose in diesem Bereich sei. Im Gegensatz zu den Veränderungen der Zwischenwirbelgelenke sei hier allerdings die Seitneigung nicht schmerzhaft, sondern ausschließlich die Dorsalflexion.

Teil 4 des klinischen Teils hat die „Schmerzen und Leistungsstörungen bei den nicht entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen“ zum Thema. Güntz vertieft die drei wesentlichen klinischen Beschwerdebilder im Bereich der Wirbelsäule: Schmerzen durch

1. Haltungsstörung,
2. Bewegungsstörung,
3. Gefügelockerung.

Alle drei kämen im klinischen Bild des individuellen Patienten mit unterschiedlich starker Ausprägung zum Ausdruck; gleiches gelte auch für die Anteile der radiologischen Veränderungen an der Wirbelsäule. Die Beschwerden des Patienten seien im seltensten Fall mit dem Röntgenbild in Einklang zu bringen. Der Mensch könne trotz

dieser stummen Störungen bis ins hohe Alter gesund bleiben.¹²⁴ Es bedürfe oft eines oder mehrerer sekundärer Faktoren, damit die oben genannten pathologisch-anatomischen Veränderungen klinisch relevant würden. Von diesen sekundären Krankheitsfaktoren benennt Güntz fünf:

1. Endogene Faktoren: Änderung der Strukturen im Bereich der Wirbelsäule, sei es durch andere Erkrankungen, Fieber, Bettruhe, Schwangerschaft, Klimakterium.
2. Exogene Faktoren: Trauma, Unfall, unvorhergesehene Belastungen wie Verheben, Überschreiten der Leistungsgrenze
3. Zusammentreffen von 1. und 2.
4. Vegetative Faktoren: Reaktion des vegetativen Nervensystems auf Schmerzreize; reflektorische Muskelverspannung; es drohe die Chronifizierung.
5. Psychogene Faktoren: Einstellung der Person zu ihrer Erkrankung, laienhafte Vorstellung von der Schwere von Erkrankungen des Rückgrates, oft genährt von unnötigen Ausführungen und zugleich ungenügender Erklärung des Arztes; übertriebene, oder zu geringe oder falsche Therapie in Folge von Fehldiagnosen, Fehlbewertung und Unkenntnis des Arztes; Kausalitätsbedürfnis des Patienten; Belastungen in Beruf und Familie; Flucht in die Krankheit und Versorgungswünsche.

Güntz sieht es schon damals als Hauptaufgabe des Arztes, dieses Geflecht von Symptomen, Befunden und beeinflussenden Faktoren im Einzelfall zu entwirren und den Patienten der entsprechend für ihn sinnvollsten Therapie zuführen zu können.

Abschnitt D „Therapeutische Richtlinien bei den nicht entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen“ gliedert sich in den konservativen und den operativen Behandlungsansatz.

¹²⁴ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 610

Der konservative Behandlungsansatz:

- a) medikamentös. Hier finden zunächst allgemein wirkende Medikamente Erwähnung, die dem Patienten schmerzfreie Phasen verschaffen sollten, besonders aber dazu dienen, den Weg frei zu machen für andere, erfolgversprechendere physikalische Maßnahmen. Dazu kämen lokal wirksame Injektionen mit z.B. Novocain in Myogelosen und an schmerzhafte Sehnenansätze, immer mit dem Ziel, das vegetative Schmerzgeschehen zu durchbrechen.

- b) Physikalische Behandlung: Güntz empfiehlt bei Veränderungen der Zwischenwirbelgelenke Anwendungen mit elektrischer Durchwärmung (Diathermie, Kurzwele), analog der Behandlung der Arthrose an anderen größeren Gelenken. Er verweist darauf, dass Wärme dagegen bei Bandscheibenvorfällen mit Kompression von Nerven oft schmerzverstärkend wirke. Hydrotherapie helfe durch die Entspannung der Muskulatur in Folge des Auftriebs im Wasser.

- c) Die Massagebehandlung: Wie die vorangegangenen Therapien stelle auch sie nur eine symptombezogene Therapieform und gehöre laut Güntz ganz besonders in die Hände eines erfahrenen Therapeuten, könne sie doch, bei Druck auf die Wirbelsäule in Bauchlage, einige Probleme sogar noch verstärken.

Güntz warnt davor, die hier aufgeführten passiven Therapien wahllos anzuwenden. Sie dienen einzig der Unterbrechung der Schmerzkette oder der Beseitigung reflektorischer Muskelverspannungen, um den früheren Zustand der Kompensation wieder zu erreichen. Auf Dauer einzig erfolgversprechend sei die

- d) Funktionelle Behandlung: Diese „hat zum Ziel, die Gesamtsituation der Wirbelsäule zu verbessern und diejenigen Kräfte zu erwecken, welche der Körper zur Verfügung hat, um trotz der entstandenen Veränderungen ein Leistungsgleichgewicht herzustellen und zu erhalten.“¹²⁵ Es sei dies die Domäne der Krankengymnastik, das Ungleichgewicht zwischen ventraler und dorsaler Rumpfmuskulatur wiederherzustellen und mittels Isometrie Gefügelockerungen entgegenzuwirken. Das wichtigste hierbei sei jedoch die Eigenmotivation des Patienten!
- e) Die mechanischen Behandlungsmaßnahmen: Bezüglich der Bettruhe nimmt Güntz kurz Bezug auf verschiedene Lagerungen auf unterschiedlich harten Matratzen sowie das Stufenbett bei Schäden der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule. Extension sowohl der HWS als auch der LWS seien vorsichtig anzuwenden. Zuletzt gehörten redressierende Maßnahmen wie Gipsliegenschale, Gipskorsett und das vom Orthopädietechniker angefertigte abnehmbare Korsett zu den konservativen Behandlungsmaßnahmen, die „Erfahrung, klare Indikation sowie gute Technik verlangen und dem Arzt eine große Verantwortung auferlegen.“¹²⁶

Bei den operativen Behandlungsmaßnahmen drängt Güntz zu allererst auf größte Zurückhaltung und auf Erfassung aller sekundärer Krankheitsfaktoren. Nur so und mit eindeutiger Diagnose könne man erfolgversprechend operativ tätig sein. Es bleibe besonders zu beachten, dass nach jedem operativen Eingriff in das sensible System der Wirbelsäule mit ihrer komplexen Statik und Dynamik an anderer

¹²⁵ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 615

¹²⁶ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 618

Stelle nun wiederum erneute Beschwerden oder gar Lockerungen auftreten könnten.

Im letzten Kapitel des 2. Bandes des Handbuchs für Orthopädie umreißt Güntz die:

„Begutachtungsfragen der Wirbelsäule“.

Größtes Problem sei hierbei oft die psychische Verankerung des stattgehabten Schadens an der Wirbelsäule beim Patienten, beruhend häufig auf der Beurteilung des erstuntersuchenden Arztes. Dann komme dazu, dass radiologische Befunde nicht selten zu Fehlinterpretationen Anlass gäben und Diagnosen ins Spiel kämen, die mit dem durch den Unfall verursachten Schaden gar nichts zu tun hätten.

Hauptaufgabe des begutachtenden Arztes müsse es deswegen sein zu klären, ob das betreffende Unfallereignis überhaupt in der Lage war, der Wirbelsäule einen Schaden zuzufügen und ob sich die Entstehung der Veränderungen bzw. der Beginn der Beschwerden überhaupt in zeitlicher Übereinstimmung mit dem Unfallereignis befinden kann.¹²⁷

Bei einer gesunden Wirbelsäule, so Güntz, könne ein Unfall niemals zu einem isolierten Bandscheibenvorfall führen. Hierbei komme es immer zu knöchernen Verletzungen. Beim klinisch relevanten Bandscheibenvorfall nach einem Trauma sei der stattgehabte Unfall somit eigentlich immer als Teilursache bei vorbestehender Schädigung zu bewerten. Somit handele es sich um eine vorübergehende Verschlechterung, nach deren Ausheilen weitere Beschwerden in der Zukunft nicht mehr mit dem Unfall in Zusammenhang zu bringen seien. Hilfreich zur Beurteilung wirklicher Verschlimmerungen seien natürlich Vergleiche von Röntgenbildern von vor und nach dem Unfall, die aber nur selten zu ziehen seien.

¹²⁷ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 902

Die Schwierigkeit für den Gutachter bestehe darin, zu beurteilen, wie eine bis dahin schmerzfreie Wirbelsäule, die bereits vor dem Unfall morphologische Veränderungen aufwies, aber nun nach Trauma Schmerzen verursache, obwohl die verursachten Schäden morphologisch kaum messbar sind, der Schaden also nur aufgetreten sei, weil das ganze System vorher schon in Kompensation begriffen war, nun in einer prozentualen Minderung der Leistungsfähigkeit anzugeben sei. Ein medizinischer Gutachter solle unbedingt auch den Mut haben zuzugeben, wenn er eine Fragestellung nicht zufriedenstellend beantworten kann. Gerade im Bereich der Wirbelsäule bleibe die Beurteilung schwierig, weil subjektives Schmerzempfinden und Chronifizierung beim Patienten auf der einen Seite und objektivierbarer Untersuchungsbefund des Arztes auf der anderen sich bei keinem anderen Organ so oft geradezu widersprüchlich gegenüberständen wie hier.

1958: „**Die speziellen Aufgaben der Orthopädie in der Eingliederung der Kindergelähmten**“¹²⁸; Aussprache¹²⁹ dazu; Aussprache¹³⁰ zum Thema Wiedereingliederung von Körperbehinderten¹³¹:

Güntz zeigt die verschiedenen Phasen in der Behandlung Kindergelähmter auf. Die Aufgabe des Orthopäden beginne nach der akuten Entzündungsphase. Wichtig seien Gipslagerungsschienen zur Vermeidung von Kontrakturen, damit die gelähmten Muskeln in ihrer funktionalen Länge erhalten bleibe, um ein Beüben überhaupt erst möglich zu machen.

¹²⁸ Güntz E. , Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte, 1958, S. 14-19

¹²⁹ Güntz E. , Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte, 1958, S. 33

¹³⁰ Güntz E. , Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte, 1958, S. 73

¹³¹ Güntz E. , Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte, 1958, S. 34-68

Güntz sieht den Arzt vor allem als Motivator des Patienten, besonders unterstützt von Krankengymnasten, die neben der passiven Beübung der Gelenke besonders das aktive Training der Muskeln und das Anleiten zum Eigentraining in den Vordergrund stellen sollten. Er sieht den Nutzen der Massage in ihrer durchblutungsfördernden Wirkung der Muskeln, warnt jedoch davor, sie als alleiniges therapeutisches Mittel einzusetzen. Als sinnvoll erachtet er den Einsatz der Elektrophysiotherapie mit galvanischen Strömen, die der erschlafften Muskulatur und besonders auch dem Patienten das Gefühl von Muskelkontraktionen erhalten und den baldigen Einsatz von Schlingentischen und Seilzügen ermöglichen sollten. Besonders hilfreich sieht er das Bewegungsbad, in dem aktive Übungen für den Patienten früher möglich und ein erster Muskelkater oft als großer Anreiz zum Weitertrainieren erlebt werde.

Güntz empfiehlt, den Einsatz von orthopädischen Hilfsmitteln möglichst lange hintanzustellen, damit verkümmerte Muskeln, so lange noch mit Erholung zu rechnen sei, trainiert würden und nicht ihre Funktion an weniger geschädigte und somit stärkere Muskeln kampflos abgetreten werde. Als wichtig erachtet er nach diesen 1-2 ersten Jahren, in denen eine Reinnervation der gelähmten Muskeln noch möglich sei, eine möglichst individuelle Versorgung des Patienten mit auf seine Einschränkung zugeschnittenen Hilfsmitteln wie Gehschienen und funktionelle Orthesen.

Im Weiteren, nach dieser ersten Rekonvaleszenzphase, legt Güntz seinen Schwerpunkt auf die Wiedereingliederungsmaßnahmen und sieht den Arzt hier auch als Wegbereiter und manchmal als Vermittler im Kampf mit den Ämtern. Er plädiert dafür, den Patienten ganz individuell mit seinen Möglichkeiten und Interessen zu erfassen und ihn so besser ins Arbeitsleben, mit Unterstützung durch auf ihn zugeschnittene Hilfsmittel, integrieren zu können.

Er denkt hier, sicher auch auf Grund der eigenen Erfahrungen, sehr ganzheitlich und beendet seine Überlegungen nicht mit dem Moment, in dem der Patient die Heilanstalt verlässt. Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte fließen hier deutlich ein.

Der Mensch als Individuum steht im Mittelpunkt, das Zwischenmenschliche wird immer wieder betont, so besonders die für die so langsame Erholung nach Poliomyelitis unabdingbare immerfort zu wiederholende Motivation und der eiserne Wille des Patienten, trotz kleinster, kaum messbarer Erfolge, weiter zu üben und zu trainieren. Ohne diese Grundvoraussetzungen seien in der Behandlung der Poliomyelitis keine Erfolge zu erwarten.

1962: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 50. Kongress vom 19.-22. September in München. Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Max Lange hält Prof. Güntz den Vortrag:

„Richtlinien der konservativen Behandlung des Zervikalsyndroms“¹³²

Güntz beschreibt die 3 von ihm so genannten Schmerzzentren der Halswirbelsäule.

Das erste Schmerzzentrum sei die Halswirbelsäule selbst mit ihren morphologisch fassbaren Veränderungen, welche die Raumnot einer Nervenwurzel bedingen könnten wie Bandscheibenvorfall, Degeneration mit Foramenstenosen, Traumata und Entzündungen. Das zweite Schmerzzentrum sei die Muskulatur, die auf Grund von Fehlhaltungen und Überlastungen verspannt sein und Schmerzen bereiten könne. Zu diesem Schmerzzentrum gehörten auch Muskelansatzschmerzen im Bereich von Periost und Faszie.

¹³² Güntz E. , Richtlinien der konservativen Behandlung des Zervikalsyndroms, 1962, S. 178-187

Das dritte Schmerzzentrum sei das vegetative Nervensystem, beeinflusst durch alle Arten von Dysregulationen, Projektionen von Erkrankungen innerer Organe, psychogene Faktoren und iatrogene Einwirkungen. Güntz warnt hier wie immer davor, radiologische Befunde überzubewerten, dies dem Patienten gegenüber zu formulieren und ihm damit das Gefühl zu geben, ernsthaft krank zu sein.

Aus dieser Aufgliederung ergibt sich für Güntz dann auch der therapeutische Ansatz, wobei es natürlich eine starke Beeinflussung der verschiedenen Schmerzzentren untereinander gebe.

Morphologische Veränderungen seien zu behandeln, wenn möglich konservativ über die Korrektur von Fehlhaltungen und Instabilitäten mit aktiver Übungsbehandlung in Eigenverantwortung des Patienten. Operative Maßnahmen zur Entlastung von Nervenwurzeln kämen nur im Ausnahmefall zum Einsatz.

Die Entspannung der Muskulatur mit passiven Maßnahmen erscheint wie immer nur als initiale passiv hilfreiche Maßnahme. Wiederholte chirotherapeutische Maßnahmen hält er wegen ihrer gefügelockernden Auswirkungen für problematisch. Stabilität und Ausgleich von Fehlhaltungen und Fehlbelastungen seien Ziel der Therapie. Psychogene und arbeitsplatzbedingte Belastungsfaktoren gelte es anhand einer geschickten Anamneseerhebung zu eruieren und im Bedarfsfall zu eliminieren.

1964: Beim 51. Kongress der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft vom 22.-26. September im Zoogesellschaftshaus in Frankfurt am Main hatte Güntz als Kongresspräsident den Vorsitz inne.

Erstes Hauptthema unter seinem Vorsitz ist: „**Die Osteomyelitis und ihre konservative sowie operative Behandlung**“.

Zweites Hauptthema ist „**Gelenk und Trauma**“, unterteilt in „**Reaktionen der Gelenke auf direkte Schäden**“, „**Reaktionen der Gelenke auf extraartikuläre Einwirkungen**“ und „**Reaktionen der Gelenke auf Behandlungsmaßnahmen**“.

Drittes und damit letztes Hauptthema sind die: „**Biomechanische Probleme bei Anwendung und Bau orthopädischer Apparate (unter Ausschluss der Prothesen für Dismelie-Kinder)**“

Güntz hält im Rahmen seines Kongresses die Festansprache¹³³. Nach der obligatorischen Ehrung der Verstorbenen der Gesellschaft ehrt er den am 6. August 1963 im Alter von 72 Jahren verstorbenen Orthopädiemechanikermeister Alfred Habermann (1891-1963), durch den er selber in seiner frühen Frankfurter Zeit unter Prof. Hohmann einen grundlegenden Einblick und Verständnis für die Orthopädiemechanik erhalten habe.

Besonders erwähnenswert findet Güntz in seiner Rede die im Juni 1963 erstmalig durchgeführte Gemeinschaftstagung mit der Französischen Gemeinschaft in Vittel und verleiht hier seiner Hoffnung auf Vertiefung der gemeinschaftlichen Arbeit Ausdruck. Güntz nutzt seine Festansprache, um Kritik zu üben an der neuen Bestallungsordnung für das Medizinstudium, in der die Orthopädie ab sofort schon in den ersten Ausbildungs- und Prüfungsabschnitt gelegt werden solle, noch vor den Ausbildungsabschnitten zur pathologischen Anatomie, Chirurgie, Inneren Medizin, Kinder- und Frauenheilkunde und Neurologie. Das Verständnis für diese Fachrichtungen erachtet Güntz aber als fundamental als Grundlage für ein sinnhaftes Erlernen der Orthopädie.

Die Deutsche Orthopädische Gesellschaft habe hier bereits Einspruch gegen diese Fehlplatzierung der orthopädischen Vorlesung und der

¹³³ Güntz E. , Festansprache zum 51. Kongress der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 1964, S. 8-16

orthopädischen Prüfung in der geplanten Bestallungsordnung erhoben.

Die Hauptthemen I und II des Kongresses streift Güntz nur kurz. Sein Schwerpunkt liegt auf der prothetischen Versorgung Versehrter. Dass die Rehabilitationsmedizin als orthopädische Kernkompetenz auch im Verantwortlichkeitsbereich der Orthopäden verbleibe, ist ihm ein wichtiges Anliegen. Prophylaxe in der Jugendzeit zur Vermeidung von Frühinvalidität, die Koordination rehabilitativer Behandlung im Zusammenspiel zwischen Physiotherapeuten und Orthopädiemechanikern, aber auch die Führung einer zielgerichteten Wiedereingliederung in das Arbeitsleben sieht er als klar definierten Aufgabenbereich des praktisch tätigen Orthopäden. Er wendet sich damit gegen eine Zersplitterung oder Abspaltung des Bereiches der Rehabilitation von dem Fachbereich der Orthopädie.

4.6. Themen der medizinischen Dissertationen unter Prof. Dr. E. Güntz (1951-1969) an der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main

- Engelhardt A. *Die Entlastungsfunktion des Tubersitzes* [Dissertation]. Frankfurt; 1969
- Kühnert K. *Das Sudeck-Syndrom unter dem Aspekt einer besonderen Lokalisation* [Dissertation]. Frankfurt; 1968
- Schuck I. *Elektromyographische Untersuchungen am gesunden Fuß und Plattfuß* [Dissertation]. Frankfurt; 1968
- Träxler K. *Lungenveränderungen nach kurzdauernder intermittierender Überdruckbeatmung – eine histologische Untersuchung an Kaninchen* [Dissertation]. Frankfurt; 1967
- Amelung U. *Krankhafte Veränderungen der Thoraxorgane bei Skoliose* [Dissertation]. Frankfurt; 1967
- Chayan A. *Zur Operativen Behandlung des Hohlfußes* [Dissertation]. Frankfurt; 1966
- Enayati E. *Die habituelle Patellaluxation und ihre Behandlung anhand von Nachuntersuchungen in den letzten 10 Jahren* [Dissertation]. Frankfurt; 1965
- Baumann K. *Muskelmechanische Einwirkungen auf die einzelnen Bewegungssegmente der Halswirbelsäule* [Dissertation]. Frankfurt; 1964
- Kunze H. *Der Erfolg intensiver und konsequent durchgeführter Behandlung bei Kyphosen Jugendlicher (rachitische Kyphosen, Kyphosen infolge mangelnder Muskelkräfte, juvenile Kyphosen) aufgrund der Krankenaufzeichnungen und Nachuntersuchungen der Jahre 1957 bis 1959* [Dissertation]. Frankfurt; 1962
- Brand F. *Leidensgeschichte nach einem Schultertrauma* [Dissertation]. Frankfurt; 1959

- Gressmann C. *Statistische Ergebnisse aus einer Übersicht über 1600 Skoliosepatienten der Jahre 1952 und 1953 aus der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim, Frankfurt/Main* [Dissertation]. Frankfurt; 1957
- Bühler D. *Über die Spreiznagelbehandlung bei Frakturen im Bereich des Schultergelenkes* [Dissertation]. Frankfurt; 1955
- Gengenbach W. *Über einige Fälle unklarer Kniebeschwerden und ihre Beziehung zum Hoffa´schen Fettkörper* [Dissertation]. Frankfurt; 1955
- Thöm H. *Elektromyographie der Rückenmuskulatur bei verschiedenen Sitzhaltungen* [Dissertation]. Frankfurt; o.J.
- Wilck HJ. *Die Neigung der Kreuzbeindeckplatten-Tangente im Stehen und ihr Einfluß auf die Wirbelsäulenform* [Dissertation]. Frankfurt; 1969
- Zoch O. *Untersuchung über die Funktion der beiden Gastrocnemiusköpfe in ihrer Beziehung zu Fehlstellungen des Fußes* [Dissertation]. Frankfurt; 1962
- Hanke H. *Entwicklung und Schicksal von Poliomyelitis-Skoliosen* [Dissertation]. Frankfurt; 1958
- Dickopf N. *Primär chronische Polyarthritits und Herzbeteiligung* [Dissertation]. Frankfurt; 1969
- Pawlik H. *Erfahrungen aus der Begutachtung von Überbeanspruchungsschäden der Sehnenscheiden und Sehnenmuskelansätze als Berufserkrankung* [Dissertation]. Frankfurt; 1961
- Oboth I. *Die Arthrosis deformans des oberen Sprunggelenks* [Dissertation]. Frankfurt; 1966
- Kanwischer E. *Über den Einfluss der Massage auf O₂- und H₂CO₃-Austausch* [Dissertation]. Frankfurt; 1967
- von Kessel K. *Probleme des Pes adductus und seiner Behandlung* [Dissertation]. Frankfurt; o.J.

- Schneider G. *Über das Verhalten der plantaren Sesambeine des Os metatarsale 1 nach der Hallux valgus Operation nach Brandes* [Dissertation]. Frankfurt; o.J.
- Rainer H. *Eine ungewöhnliche Knochenbildung in den Sohlenweichteilen am Calcaneus* [Dissertation]. Frankfurt; 1952
- Tümmers B. *Über Muskelhämangiome mit besonderer Berücksichtigung ihrer Frühdiagnose* [Dissertation]. Frankfurt; 1955
- Häneke I. *Rehabilitation beinbehinderter Frauen – Lebenssituation, Ein- und Wiedereingliederung in Familie und Beruf* [Dissertation]. Frankfurt; 1968
- Herrmann H. *Die klinische und röntgenologische Entwicklung der Wirbelsäule nach frühkindlicher sogenannter rachitischer Sitzkyphose* [Dissertation]. Frankfurt; 1968
- Reichardt F. *Das Verhalten des Schenkelhalsschaftwinkels nach derotierender und varisierender intertrochanterer Osteotomie bei der sogenannten angeborenen Hüftgelenksluxation* [Dissertation]. Frankfurt; 1968
- Reifschneider H. *Sonographische Untersuchungen der Atemfunktion lungengesunder orthopädischer Patienten vor, während und nach einer längeren Ruhigstellung im Becken-Bein-Gipsverband* [Dissertation]. Frankfurt; 1968
- Schmidt E. *Die biologische Wertigkeit des in Cialit konservierten Fremdspanes* [Dissertation]. Frankfurt; 1962
- Schmitt H. *Ergebnisse der konservativen Behandlung bei Perthes'scher Krankheit an der Orthopädischen Klinik Friedrichsheim 1945-1953* [Dissertation]. Frankfurt; 1955
- Schneider S. *Bringt die Korsettbehandlung bei Wirbelsäulenerkrankungen oder –veränderungen Erfolg und wie soll sie gehandhabt werden* [Dissertation]. Frankfurt; 1956

- Mohadjerani H. *Ergebnisse über Kniearthrodesen mittels langem Marknagel nach Küntscher und ein Vergleich mit Kompressionsmethoden* [Dissertation]. Frankfurt; 1965
- Martin B. *Enzymbestimmungen im Serum vor und nach körperlicher Belastung von Jugendlichen: Untrainierten, Trainierten und Patienten mit Skoliose* [Dissertation]. Frankfurt; 1967

5. Diskussion:

Prof. Dr. Eduard Güntz stellt eine bedeutende Persönlichkeit in der Nachkriegszeit des zweiten Weltkrieges dar und war als 3. Ordinarius für Orthopädie der Orthopädischen Universitätsklinik (Friedrichsheim) in Frankfurt am Main, maßgeblich am Wiederaufbau und weiteren Ausbau dieser Institution beteiligt.

Die umfangreiche Recherche zu seiner Person bezog die Universitätsarchive Kiel und Frankfurt wie auch die Landesarchive, die Archive der Landesärztekammern, die deutsche Nationalbibliothek und die Archive der jeweiligen Institutionen, an welchen er gewirkt hatte, mit ein. Auch die Bibliothek der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt (Friedrichsheim) und die des Deutschen Orthopädischen Geschichts- und Forschungsmuseums wurden auf Hinweise, Dokumente und Hinterlassenschaften von Prof. Eduard Güntz überprüft. Zeitzeugen konnten nur in geringem Umfang gefunden und befragt werden. Die Recherche nach Familienangehörigen von Eduard Güntz blieb leider erfolglos.

Er hinterlässt ein medizinisch breitgefächertes wissenschaftliches Werk.

Dabei liegt eine Besonderheit in seinem fundierten Wissen über die pathophysiologischen Zusammenhänge besonders im Bereich der Wirbelsäulenerkrankungen, was sich auf seine Wurzeln in seiner Dresdner Zeit im Institut für Pathologie bei Prof. Georg Schmorl zurückführen lässt.

Die systematische pathologisch-anatomische bzw. pathomorphologische Erforschung von Wirbelsäulenerkrankungen prägt den wissenschaftlichen Lebensweg von Güntz.¹³⁴

¹³⁴ Bechtoldt, 1973, S. 1

Professor Georg Schmorl (1861-1932) kann in mancher Hinsicht als sein wissenschaftlicher Lehrer, Professor Georg Hohmann (1880-1970) später als sein klinischer Lehrer und sein Vorbild angesehen werden.

Auch in anderen Bereichen der Orthopädie gewann Gütz schon damals fundierte Einblicke, so z.B. in die Pathophysiologie des M. Perthes und des M. Sudeck¹³⁵, die auch heute noch Gültigkeit haben.¹³⁶

Bedeutsam ist das Ergebnis der Zusammenfassung von Gütz' Habilitation: Seine Schlussfolgerung lautet, dass der Arzt gerade im Bereich der Wirbelsäule nicht den Fehler machen dürfe, von den radiologisch und klinisch zu erhebenden Befunden auf die Beschwerden des Patienten zu schließen. Diese unterlägen extremen individuellen Ausprägungen und einem komplizierten Wechselspiel aus Leistungsreserve und Belastungsgrad, was sich nur schwer fassen lasse.¹³⁷ Bereits zu einer Zeit, in welcher die ganzheitliche Medizin noch kein Thema in wissenschaftlichen Fachkreisen darstellte, hat Prof. Gütz bereits auf die wichtigen Zusammenhänge zwischen Psyche und Soma hingewiesen. Der Begriff des sekundären Krankheitsgewinnes war noch nicht etabliert, als Gütz bereits über dessen Bedeutung schrieb.

Besonders hervorzuheben sind seine analytischen Erkenntnisse von morphologischen Veränderungen an der Wirbelsäule, jedoch auch die klare Abgrenzung zum krankhaften Befund. Es müsse stets kritisch die Frage gestellt werden, was dem Alterungsprozess unterliegt und

¹³⁵ Gütz E. , Die Bedeutung der lokalen Kreislaufstörungen für die Erkrankungen des Knochens, 1950, S. 21-31

¹³⁶ Vgl. Hefti, 2006, S. 207

¹³⁷ Gütz E. , Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule [Habilitation], 1937, S. 153ff.

somit nicht zwingend zu behandeln ist und was über dieses Maß hinausgeht und einer Therapie zugeführt werden muss.

Zu einer Zeit, als noch keine Schnittbildgebung zur Verfügung stand, versuchte Güntz mit den vorhandenen Techniken (konventionelle Röntgendiagnostik inklusive der Funktionsdiagnostik und der Myelographie) tiefgreifende Erkenntnisse zu gewinnen, ohne die auf diese Weise erhaltenden Befunde überzuinterpretieren. So wies er explizit darauf hin, dass nicht alles, was im Röntgenbild diagnostiziert wird, auch krankhaft sein muss und somit behandlungsbedürftig.

Die dargestellten Ergebnisse rechtfertigen die Aussage, dass Güntz als Wegbereiter für verschiedene Bereiche im Spektrum der heutigen Orthopädie gelten darf.

Eine Besonderheit war Güntz' Umgang mit der konservativen Therapie. Hier sah er schon sehr früh, dass passive Maßnahmen nur in der frühen akuten Schmerzphase zum Einsatz kommen sollten. Sobald es möglich sei, solle nach der Philosophie von Güntz auf aktive Therapieformen übergegangen werden.

Somit war er zum damaligen Zeitpunkt ein Vorreiter der modernen multimodalen Schmerztherapie, die ihren Fokus in den aktiven Therapiemethoden sieht. Dieses Erkenntnis ist mit Sicherheit auch durch Güntz' persönliche Erfahrungen mit dem Krankheitsbild der Poliomyelitis geprägt worden. „Güntz erscheint gezeichnet durch seine schwere Erkrankung und die daraus resultierenden körperlichen Einschränkungen. So belastend die lange Rehabilitation und immer wiederkehrende Rückschläge für ihn gewesen sein müssen, so

führten diese Erfahrungen doch zu tiefgreifenden Einblicken in die Rolle des Patienten.“¹³⁸

Güntz' ganzheitliches Herangehen an die Behandlung von chronischen Rückenschmerzen unter Einbeziehung mehrerer Fachrichtungen und mit einem speziellen Augenmerk auf die Motivation des Patienten, ohne die jede Bemühung zum Scheitern verurteilt scheint, zeichnet das Bild unserer modernen Auffassung von multimodaler Schmerztherapie und Therapiemotivation, wie sie auch zum Beispiel von Schiltewolf und Casser publiziert wurde.¹³⁹ Güntz fordert zur Rehabilitation chronisch Kranker das interdisziplinäre Zusammenspiel wie von Schiltewolf 2009 ausgeführt: „Als „interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ wird die ... umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren ... mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind.“¹⁴⁰

Güntz nutzte seine persönlichen Erfahrungen, um ein tiefgreifendes Verständnis von Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung zu entwickeln; er begriff die Bedeutung der rehabilitativen Maßnahmen wie Physiotherapie und Orthopädietechnik, erfuhr am eigenen Leib, wie wichtig die Psyche des Patienten für den Genesungsprozess ist und wie hilfreich der Arzt als Motivator und Unterstützer für die Eigeninitiative des Patienten, sodass er zu einem ganzheitlichen Medizinverständnis im Sinne der modernen Psychosomatik gelangte.

¹³⁸ Güntz E. , Die Behandlung der Poliomyelitis - ein Erlebnisbericht, 1950

¹³⁹ Schiltewolf, 2009, S. 117

¹⁴⁰ Schiltewolf, 2009, S. 112

Auf seinen persönlichen Erfahrungen als Patient fußt seine Erkenntnis über die sekundären Krankheitsfaktoren, die von ihm bereits so bezeichneten psychogenen Faktoren¹⁴¹, die sich heute in der modernen Auffassung der Psychosomatik, zum Beispiel dargelegt von Gordon Waddell in seinem 1998 veröffentlichtem Buch „The Back Pain Revolution“, widerspiegeln.¹⁴² Es finden sich Grundzüge dessen, was später von Waddell als das „biopsychosoziale Modell“ beschrieben wird. Güntz benutzt bei seiner Beurteilung von chronischen Wirbelsäulenbeschwerden bereits Begriffe wie „Belastungen in Beruf und Familie, Flucht in die Krankheit und Versorgungswünsche“. (Vergl. Güntz 1958¹⁴³ und Waddell 1998: „The clinical elements of the biopsychosocial model physical dysfunction, deliefs and coping, distress, illness behaviour and social interactions lead to pain and disability.¹⁴⁴“)

Sein Verständnis der komplexen Mechanismen der degenerativen Schädigungen der Wirbelsäule und sein Wissen über ihren phasenhaften Verlauf findet man heute in der aktuellen Literatur wieder. Er beschreibt bereits damals die drei verschiedenen Stadien von Dysfunktion, Instabilität und schließlich die Phase der (Re)-Stabilisation, der so genannten heilsamen Steife nach Güntz,¹⁴⁵ wie sie zum Beispiel umfassend 1983 von Kirkaldy-Willis als „degenerative cascade of the spine“ dargestellt wird.¹⁴⁶

¹⁴¹ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 611

¹⁴² Waddell, 1998, S. 92-110

¹⁴³ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 611

¹⁴⁴ Waddell, 1998, S. 267

¹⁴⁵ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 595-598

¹⁴⁶ Kirkaldy-Willis, 1983, S. 491-507

Interessant erscheint allerdings, dass die heute so wichtige lumbale Spinalkanalstenose, wie auch die recessalen und neuroforaminalen Stenosen in seinen Überlegungen kaum eine Bedeutung hatten. Dies lässt sich möglicherweise damit erklären, dass die Schnittbildgebung mit der Darstellung dieser pathomorphologischen Veränderungen zum damaligen Zeitpunkt noch nicht möglich war.

Der Schwerpunkt seines klinischen und wissenschaftlichen Handelns ist geprägt von seiner Poliomyelitis-Erkrankung und den daraus resultierenden Einflüssen auf seine ärztliche Tätigkeit. Hier findet sich die Erklärung für seine intensive Beschäftigung mit den konservativen Aspekten der orthopädischen Behandlung, wie den Bereichen Massage und Physiotherapie sowie den orthopädiotechnischen Versorgungen mit dynamischen und starren Schienen sowie Lagerungshilfen.

Güntz hat mit seinem Engagement für die Berufsstände der Physiotherapie, Massage und Orthopädiotechnik gezeigt, dass er deren hohen Stellenwert in der Behandlung erkannt hatte.

Güntz unterscheidet 1935 zwischen Berufskrankheiten, bei denen die Ursache im Arbeitsvorgang selbst liegt und solchen, bei denen die Schäden durch das Missverhältnis zwischen Arbeitsbelastung und Leistungsvermögen des Einzelnen entstehen.¹⁴⁷ Er plädiert für eine verantwortungsvolle auch ärztliche Beratung vor der Berufswahl mit orthopädischen Reihenuntersuchungen und entsprechende Umschulungsmaßnahmen bei Missverhältnissen.

¹⁴⁷ Güntz E. , Schäden der Arbeit, 1935, S. 245-257

Güntz beschäftigte sich auch mit der Schwierigkeit, das Unfallereignis und vorbestehende Beschwerden und Schäden und die nachfolgenden Beschwerden in einen kausalen Zusammenhang zu bringen.

Dass ein Bandscheibenvorfall an einer Wirbelsäule durch ein Trauma niemals ohne vorbestehende Schädigungen hervorgerufen werden kann, es sich somit um eine vorübergehende Verschlechterung eines vorbestehenden Leidens handelt, nach deren Ausheilen weitere Beschwerden in der Zukunft nicht mehr mit dem Unfall in Zusammenhang zu bringen sind, ist auch heute noch gültige Lehrmeinung.

Güntz` Erkenntnisse auf diesem Gebiet waren nicht neu; die Diskussion darüber wurde bereits seit der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung mit Einführung der Unfallversicherung 1884 geführt.¹⁴⁸ Die Frage, ob Güntz mit seiner Lehrmeinung und seinen Darstellungen zum Thema „Begutachtungsfragen der Wirbelsäule“ von 1958¹⁴⁹ tatsächlich Einfluss nehmen konnte auf das 1963 erschienene Gesetz zur Neuregelung der gesetzlichen Unfallversicherung¹⁵⁰, lässt sich nicht abschließend beantworten.

Güntz betrachtet die Rekonvaleszenz des Patienten nicht mit dem Verlassen des Krankenhauses als beendet, sondern sieht den Arzt weiter in der Pflicht. Durch ganzheitliches Erfassen des Patienten mit all seinen Möglichkeiten und Interessen, mit Unterstützung durch Hilfsmittel und nicht zuletzt durch Unterstützung bei den Ämtern kann der Arzt maßgeblich zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung ins Arbeitsleben beitragen.¹⁵¹ Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte fließen hier deutlich mit ein.

¹⁴⁸ Ayaß, 1995

¹⁴⁹ Güntz E. , Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung, 1958, S. 899-913

¹⁵⁰ Bundeszentrale für politische Bildung, 1963

¹⁵¹ Güntz E. , Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte, 1958, S. 14-20

Welche Bedeutung Güntz diesen Aspekten beimaß, zeigt sich auch in der Angliederung eines modernen Rehabilitationszentrums im neuen Anbau der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt, welches das Berufslehrwerk mit Internat und Gehschule mit 130 Umschulungsplätzen, die Orthopädische Werkstatt Habermann und eine große Forschungswerkstätte für Prothesen beheimatete und 1963 unter Güntz erbaut worden ist.¹⁵²

Die Schule für Krankengymnastik und Massage wurde unter seiner Führung neugestaltet und erhielt als Folge 1957 die staatliche Anerkennung.¹⁵³ Durch seine persönlichen Erfahrungen als Patient in der langen Rehabilitationsphase nach seiner Poliomyelitiserkrankung maß Güntz den Heilberufen des Physiotherapeuten und Masseurs große Bedeutung bei und wurde nicht müde, in vielen seiner Veröffentlichungen die positive Wirkung der balneo-physikalischen Maßnahmen für die Unterstützung insbesondere chronisch kranker Patienten zu betonen.

Eine Frage, die durch diese Arbeit nicht abschließend geklärt werden konnte, ist, in welchem Umfang Eduard Güntz im Nationalsozialismus aktiv und wie eng seine Verflechtungen in diesem totalitären System waren. Auf der einen Seite sprechen für seinen Leumund und gegen eine nationalsozialistische Gesinnung diverse, im Anhang dieser Arbeit aufgeführte, Zeugnisse von Mitarbeitern und Mitbürgern aus der damaligen Zeit sowie seine eigenen Auslassungen im Rahmen der Entnazifizierungs-Untersuchungen.

Auf der anderen Seite befand er sich mehrfach zu Rehabilitationsmaßnahmen in der Klinik Hohenlychen bei Professor Karl Franz Gebhardt, der in den Nürnberger rzteprozessen 1946-47

¹⁵² Schembs, 1989, S. 61

¹⁵³ Schembs, 1989, S. 56

wegen tödlicher Sulfonamid-Experimente an weiblichen KZ-Insassen und verbrecherischer chirurgischer Eingriffe angeklagt und schlussendlich zum Tode verurteilt wurde, was am 2. Juni 1948 vollzogen wurde. Die Klinik Hohenlychen galt unter hohen Funktionären der NSDAP als „mondänes Sanatorium“¹⁵⁴ zur Erholung. Dauergäste waren etwa Heinrich Himmler und Rudolf Heß¹⁵⁵. Es scheint zumindest fraglich, dass Güntz hier völlig ohne Berührungspunkte war.

Auch die Darstellung von Professor Anschütz, dass Güntz aufgrund seiner Behinderung nicht in der Lage gewesen sein könne, sich aktiv am Nationalsozialismus zu beteiligen, muss mit dem Wissen um die Behinderung von Joseph Goebbels, der nach einer Knochenhautentzündung am Unterschenkel im Alter von vier Jahren einen Klumpfuß entwickelte und später als für den Wehrdienst dauerhaft ungeeignet eingestuft wurde¹⁵⁶, kritisch betrachtet werden.

Abschließend lässt sich sagen, dass diese Arbeit das Gesamtbild eines Arztes zeigt, dessen persönliches Schicksal ihn zu einem besonders einfühlsamen und auf den Patienten fokussierten Orthopäden hat werden lassen. Er war in vielen Auffassungen und Erkenntnissen führend in seiner Zeit. Die Aktualität seiner wissenschaftlichen Arbeiten zeigt sich nicht zuletzt auch im Vergleich mit dem heutigen Wissensstand.

¹⁵⁴ Hahn, 2018, S. 20

¹⁵⁵ Hahn, 2018, S. 21

¹⁵⁶ Diehl, 2005, S. 124ff

6. Zusammenfassungen

6.1. Zusammenfassung

Der Arzt Eduard Güntz (1903-1973) begann nach dem Studium der Medizin in Marburg, Würzburg und München seine medizinische Laufbahn 1929 am Pathologisch-anatomischen Institut in Dresden unter dem Pathologen Georg Schmorl. Ab 1932 arbeitet er unter Prof. Georg Hohmann an der Orthopädischen Universitätsklinik in Frankfurt, wo er sich 1937 über das Thema „Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule“ habilitierte. Es folgte seine Berufung an die Universität Kiel, wo er ab 1938 als Leiter der orthopädischen Abteilung der Poliklinik der Universität tätig war. 1939 infizierte er sich im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit mit Poliomyelitis. Davon erholte er sich nie vollständig, nahm aber bereits Ende 1940 seinen Dienst am Patienten wieder auf.

Während der NS-Zeit war Güntz Mitglied der NSDAP und der SA, was 1946 zur Entlassung aus seinem Dienstverhältnis in Kiel und schließlich sogar zum Entzug der Berufserlaubnis führte. Der Entnazifizierungsausschuss stellte letztendlich nach Sichtung vieler Gutachten und Bescheinigungen früherer Mitarbeiter und Patienten die Unbedenklichkeitsbescheinigung aus, sodass Güntz im November 1946 als Facharzt und Professor in Kiel wiedereingestellt wurde.

1951 erfolgte seine Berufung auf den Lehrstuhl für Orthopädie in Frankfurt am Main, den er bis 1969 innehatte. In sein Ordinariat und Tätigkeit als ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main (Friedrichsheim) fällt der größte Teil des Wiederaufbaus der durch eine Brandbombe zerstörten Einrichtung nach dem 2. Weltkrieg, mit Gründung eines modernen

Rehabilitationszentrums, Orthopädischer Werkstatt und staatlich anerkannter Lehranstalt für Krankengymnastik und Massage. Güntz' Arbeitsschwerpunkt lag in der konservativen Orthopädie. Er verfasste 88 wissenschaftliche Arbeiten.

Das Güntz-Zeichen, die von ihm beschriebene abnorme Geradhaltung des Wirbelsäulenabschnitts über einer Bandscheibenschädigung als radiologisches Frühsymptom, wurde nach ihm benannt.

Eduard Güntz verstarb 1973 an den Folgen seiner Poliomyelitis-Erkrankung.

6.2. Summary

After studying medicine in Marburg, Würzburg and Munich, the physician Eduard Güntz (1903-1973) began his medical career in 1929 at the Institute of Pathology and Anatomy in Dresden under the pathologist Schmorl. From 1932 he worked under Georg Hohmann at the Orthopedic University Hospital in Frankfurt, where he habilitated in 1937 on the subject of "Pain and Performance Disorders in Diseases of the Spine". This was followed by his appointment to the University of Kiel, where he worked as head of the orthopedic department of the university polyclinic from 1938. In 1939 he was infected with poliomyelitis in the line of duty. He never fully recovered from this but resumed his service at the end of 1940.

During the Nazi era Güntz was a member of the NSDAP and the SA, which led to his dismissal from his employment in Kiel in 1946 and finally even to the withdrawal of his professional permit. The denazification committee finally issued the clearance certificate after reviewing many expert reports and certificates of former employees and patients, so that Güntz was reinstated as a specialist and professor in Kiel in November 1946.

In 1951 he was appointed to the Chair of Orthopedics in Frankfurt am Main, which he held until 1969. During his time as Medical Director of the Orthopedic University Hospital Frankfurt am Main (Friedrichsheim), the major part of the reconstruction after the Second World War took place, with a modern rehabilitation center, orthopedic workshop and state-approved training institute for physiotherapy and massage.

Güntz' work focused on conservative orthopedics. He wrote 88 scientific papers.

The Güntz sign, the abnormal straight posture of the spinal segment cranial an intervertebral disc damage as an early radiological symptom described by him, is named after him.

Prof. Dr. Eduard Güntz died in 1973 as a result of his poliomyelitis disease.

7. Quellen

7.1. Spezielle Internetquellen

<http://www.orthopaedische-uniklinik.de> (28.11.16)

<http://www.gelehrtenverzeichnis.de/person> (28.11.16)

7.2. Literaturverzeichnis

- Ayaß, W. (1995). *Von der Unfallversicherungsvorlage bis zum Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884*. In: Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914, II. Abteilung (1881-1890), 2. Band, 1. Teil. Darmstadt: WBG
- Bechtoldt, W. (1973). *In Memoriam Prof. E. Güntz*. In: Sonderdruck aus "Hessisches Ärzteblatt", Heft 8. Köln: Deutsche Ärzteverlag
- Bernbeck, R. (1949). *Pathogenese und Heilungsvorgang der Luxationshüfte*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, München, 33. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 44-54
- Bruckschen, E. (1955). *Erfahrungen mit dem Konservierungsmaterial Cialit*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Hamburg, 43. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 54-59
- Camp, PD. (1969). *Chirurgenverzeichnis, 5. Auflage* (Eintrag Güntz). Berlin: Springer, S. 289-291
- Diehl, P. (2005). *Macht, Mythos, Utopie: die Körperbilder der SS-Männer*. Berlin: Akademie-Verlag
- EB (1969). *Gestorben (E. Güntz)*. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 37, S. A-2344
- Freitag, W. (2005). *Contergan: Eine genealogische Studie des Zusammenhangs wissenschaftlicher Diskurse und biographischer Erfahrungen*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann
- Hoffmann, A. (1999). *Beseitigung des jüdischen Einflusses - antisemitische Forschung, Eliten und Karrieren im Nationalsozialismus*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Güntz, E. (1928). *Beiträge zur operativen Behandlung frischer Herzverletzungen*, Medizinische Dissertation, München
- Güntz, E. (1933). *Die Frühdiagnose der Spondylarthritis ankylopoetica (Bechterew)*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Leipzig, 28. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 118-127
- Güntz, E. (1934). *Die Erkrankungen der Zwischenwirbelgelenke*. In: Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie, Band 34, Heft 3. Berlin: Springer, S. 333-355

- Güntz, E. (1934). *Eine seltene Missbildung des Lenden-Kreuzbein-Überganges*. In: Röntgenpraxis – Diagnostik, Röntgen-, Radium-, Lichttherapie. Heft 4, S. 224-228
- Güntz, E. (1935). *Schäden der Arbeit*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Köln, 30. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 205-220
- Güntz, E. (1936). *Rückenschmerzen in ihren Beziehungen zu Haltungsveränderungen der Wirbelsäule*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Königsberg, 31. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 245-257
- Güntz, E. (1937). *Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule* [Habilitation]. In: Beilageheft zur Zeitschrift für Orthopädie Bd. 67. Stuttgart: Enke
- Güntz, E. (1938). *Arbeitsschäden am Haltungs- und Bewegungsapparat*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Gießen, 33. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 46-55
- Güntz, E. (1949). *Hüftluxationen bei angeborenem Defekt im Darmbein*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, München, 33. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 55-57
- Güntz, E. (1950). *Die Bedeutung der lokalen Kreislaufstörungen für die Erkrankungen des Knochens*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Hannover, 38. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 21-31
- Güntz, E. (1950). *Die Behandlung der Poliomyelitis - ein Erlebnisbericht. (Herrn Prof. Dr. Georg Hohmann zum 70. Geburtstag gewidmet)*. In: Sonderabdruck aus "Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete", 79. Bd., 2. Heft. Stuttgart: Enke, S. 335-365
- Güntz, E. (1952). *Die Entwicklung der Orthopädie zu einem eigenen Lehr- und Forschungsfach der Medizin*. (Antrittsvorlesung am 13.01.1952, maschinengeschrieben). In: Frankfurt am Main: Universitätsarchiv, Abt. 4, Nr. II/479, Bl. 8-29
- Güntz, E. (1952). *Die orthopädische Frühbehandlung der poliomyelitischen Lähmung*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Wiesbaden, 40. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 18-29
- Güntz, E. (1955). *Erfahrungen mit der Knochenbank*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Hamburg, 43. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 53-57

- Güntz, E. (1956). *Aussprache zu "die konservative Therapie der Arthrosis deformans des Hüftgelenks"*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Köln, 44. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 135-136
- Güntz, E. (1957). *Die Kyphose im Jugendalter*. In: Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis, Band 2. Stuttgart: Hippokrates-Verlag
- Güntz, E. (1958). *Die speziellen Aufgaben der Orthopädie in der Eingliederung der Kindergelähmten*. In: Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte. Heidelberg: Selbstverlag der Deutschen Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge e.V., S. 14-19
- Güntz, E. (1958). *Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung*. In: Handbuch für Orthopädie in vier Bänden, Band II. Stuttgart: Thieme, S. 1-50, S. 538-913
- Güntz, E. (1964). *Festsprache*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Frankfurt, 51. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 8-16
- Hackethal, K. (1955). *Aussprache zu „Erfahrungen mit dem Konservierungsmaterial Cialit“*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Hamburg, 43. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 59-66
- Hahn, J. (2018). *Leibesübungen und Leistungsmedizin - Der Sportarzt Karl Gebhardt und die Heilanstalten Hohenlychen in der NS-Zeit*. In: Hefte zur Geschichte der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Heft 4. Berlin: be.bra wissenschaft verlag
- Hohmann, G. (1936). *Orthopädische Bandagen und Apparate*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Königsberg, 31. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 257-258
- Hohmann, G. (1969). *Professor Eduard Güntz zum 65. Geburtstag*. In: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 106. Band, 1. Heft. Stuttgart: Enke, S. 1-2
- Imhäuser, G. (1955). *Aussprache zu „Erfahrungen mit dem Konservierungsmaterial Cialit“*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Hamburg, 43. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 93
- Imhäuser, G. (1957). *Zur Ätiologie und Pathogenese der Skoliose*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Köln, 45. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 164-174

- Kirk, B. (1999). *Der Contergan-Fall: eine unvermeidbare Arzneimittelkatastrophe? Zur Geschichte des Arzneistoffs Thalidomid*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart
- Kirkaldy-Willis, WH. (1983). *The Pathophysiology of Degenerative Disease of The Lumbar Spine*. In: "The orthopedic clinics of North America", 14(3) : 491-504
- Klee, E. (2007). *Das Personallexikon zum Dritten Reich*. Frankfurt am Main: Fischer, S. 334f.
- Krömer, K. (1950). *Aussprache zu „Die Bedeutung der lokalen Kreislaufstörungen“*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Hannover, 38. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 34
- Lange, M. (1936). *Aussprache zu „Rückenschmerzen in Beziehung zu Haltungsveränderungen der Wirbelsäule“*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Königsberg, 31. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 258
- Lindemann, K. (1932). *Die Kyphose im Adoleszentenalter*. In: Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, 58. Bd. Stuttgart: Enke, S. 55-56
- Lindemann, K. (1936). *Aussprache zu „Rückenschmerzen in ihren Beziehungen zu Haltungsveränderungen der Wirbelsäule“*. In: Verhandlungen der deutschen orthopädischen Gesellschaft. Stuttgart: Enke, S. 258
- Lindemann, K. (1957). *Ätiologie und Pathogenese der Skoliose*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Köln, 45. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 144-164
- Rabl, K. (1950). *Aussprache zu „Die Bedeutung der lokalen Kreislaufstörungen“*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Hannover, 38. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 31
- Rütt, A. (1993). *Geschichte der Orthopädie im deutschen Sprachraum*. Stuttgart: Enke
- Schembs, HO. (1989). *75 Jahre Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt am Main*. Frankfurt am Main: Stiftung Friedrichsheim
- Schiltenswolf, C. (2009). *Multimodale Schmerztherapie*. In: Der Schmerz II. München: Springer Medizin Verlag, 23:112-120
- Schrück, v. J. (1933). *Aussprache zu Güntz*. In: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, Leipzig, 28. Kongress. Stuttgart: Enke, S. 165

- Waddell, G. (1998). *Risk Factors for Back Pain*. In: The Back Pain Revolution, Chapter 6, 2nd ed. Edinburgh, London: Churchill Livingstone, 91-113
- Wirth, CJ. (2001). *Pseudoradikuläres Syndrom*. In: Praxis der Orthopädie, Band I. Stuttgart, New York: Thieme, S. 172

7.3. Archivalische Quellen

Archiv der Universitätsklinik Kiel

- Personalakte Eduard Güntz
- Entnazifizierungsakte Eduard Güntz

Bundesarchiv, Berlin

- NSDAP-Gaukartei

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin Frankfurt am Main

- Kasten 59

Institut für Pathologie „Georg Schmorl“, Städtisches Klinikum Dresden

- Pathologische Sammlung

Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main (Friedrichsheim)

Archiv des Deutschen Orthopädischen Geschichts- und Forschungsmuseums:

- Fotoalben (ohne Signatur)
- Karteikästen (Karteikarten mit Patientenversorgungen)

Bibliothek:

- Dissertationen, die von Eduard Güntz betreut wurden

Universitätsarchiv Frankfurt am Main

- Personalhauptakte Güntz (UAF Abt. 4 / 14)

7.4. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prof. Dr. Eduard Güntz (1903-1973)	3
Abbildung 2: „Friedrichsheim“ um 1957 (Quelle: Fotoalbum, Archiv der orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)	18
Abbildung 3: Schmorl´sches Institut in Dresden (Quelle: Foto, 09.03.2018, Dresden).....	23
Abbildung 4: Knochen-Dünnschichtpräparat (Quelle: Foto, 09.03.2018, Dresden, Schmorl´sches Institut).....	24
Abbildung 5: NSDAP-Gaukartei BArch_R_9361-IX_KARTEI_12500527_Eduard_Güntz	29
Abbildung 6: Nationalsozialistischer Lehrerbund (NSLB) BArch (Slg. BDC) NSLB	30
Abbildung 7: Einspruch Güntz (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	32
Abbildung 8: Liste Zeugen (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	33
Abbildung 9: Entnazifizierungsbescheinigung, 1948 (Ordner 2 zu Güntz, Institut für Geschichte der Medizin, Frankfurt am Main)	36
Abbildung 10: Skoliosebehandlung (Quelle: Karteikasten, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)	42
Abbildung 11: Behandlung bei Poliomyelitis (Quelle: Karteikasten, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main) ...	42
Abbildung 12: Schienenbehandlung bei Poliomyelitis (Quelle: Karteikasten, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main).....	43
Abbildung 13: Güntz und Kollegen zum Zeitpunkt seiner Emeritierung, 1969 (Quelle: Fotoalbum, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)	46
Abbildung 14: Abschied "Friedrichsheim" (Quelle: Fotoalbum, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main).....	47

Abbildung 15: Elektrische Lunge, 1952 (Quelle: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 40. Kongress, Wiesbaden, S. 22)	75
Abbildung 16: Eiserne Lunge, 1952 (Quelle: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 40. Kongress, Wiesbaden, S. 22)	75
Abbildung 17: Schienenbehandlung nach Poliomyelitis, 1952 (Quelle: Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, 40. Kongress, Wiesbaden, S. 28)	76
Abbildung 18: Lagerung in Bauchliegeschale bei juveniler Kyphose, 1957 (Quelle: Die Kyphose im Jugendalter, Güntz, Frankfurt am Main, S. 120)	85
Abbildung 19: Lebenslauf Güntz Seite 1 (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Frankfurt am Main, 1945).....	136
Abbildung 20: Lebenslauf Güntz Seite 2 (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Frankfurt am Main, 1945).....	137
Abbildung 21: Liste Sektionsprotokolle Güntz 1 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	138
Abbildung 22: Liste Sektionsprotokolle 2 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	139
Abbildung 23: Liste Sektionsprotokolle 3 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	140
Abbildung 24: Liste Sektionsprotokolle 4 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	141
Abbildung 25: Liste Sektionsprotokolle 5 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	142

Abbildung 26: Sektionsprotokoll Bsp. 1 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	143
Abbildung 27: Sektionsprotokoll Bsp. 2 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	144
Abbildung 28: Sektionsprotokoll Bsp. 3 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	145
Abbildung 29: Titelblatt: Habilitation (Quelle: Bibliothek des Museums für Geschichte der Orthopädie, Frankfurt am Main)	146
Abbildung 30: Entnazifizierungsfragebogen (S. 1) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	147
Abbildung 31: Entnazifizierungsfragebogen (S. 2-3) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	148
Abbildung 32: Entnazifizierungsfragebogen (S. 4) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	149
Abbildung 33: Entnazifizierungsfragebogen (S. 5) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	150
Abbildung 34: Entnazifizierungsfragebogen (S. 6-7) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	151
Abbildung 35: Entnazifizierungsfragebogen (S. 8-9) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	152
Abbildung 36: Entnazifizierungsfragebogen (S. 10-11) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	153
Abbildung 37: Entnazifizierungsfragebogen (S. 12) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	154
Abbildung 38: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Dekan Kiel) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	155

Abbildung 39: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Georg Schmorl) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)	156
Abbildung 40: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)	157
Abbildung 41: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)	158
Abbildung 42: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren, unterschrieben von Prof. Robert Wanke (1896-1962) (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main) .	159
Abbildung 43: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)	160
Abbildung 44: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)	161
Abbildung 45: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)	162
Abbildung 46: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)	163
Abbildung 47: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)	164
Abbildung 48: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)	165

Abbildung 49: Berufung zum Professor für Orthopädie (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)	166
Abbildung 50: Titelblatt: Antrittsvorlesung (Quelle: Universitätsarchiv Frankfurt am Main, Personalhauptakte Güntz).....	167
Abbildung 51: Festschrift Hohmann (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, Bd. 106).....	168
Abbildung 52: Todesanzeige (Quelle: Fotoalbum, Archiv der Orthopädischen Universitätsklinik, Frankfurt am Main)	169
Abbildung 53: Nachruf, verfasst von Wolfgang Bechthold (1922-1986)(Quelle: Hessisches Ärzteblatt, Heft 8, 8/1973).....	170
Abbildung 54: Titelblatt: Nitrobenzolvergiftung (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	171
Abbildung 55: Titelblatt: Schrumpfnieren (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl´schen Institut in Dresden, 2016)	172
Abbildung 56: Titelblatt: Abnorme Geradhaltung der Brustwirbelsäule bei Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben, 1932(Quelle: Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie, 58. Band)...	173
Abbildung 57: Polio Muskelgruppen Tabelle 1, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)	174
Abbildung 58: Polio Muskelgruppen Tabelle 2, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)	174
Abbildung 59: Polio Muskelgruppen Tabelle 3, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)	175
Abbildung 60: Polio Muskelgruppen Tabelle 4, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)	175
Abbildung 61: Polio Muskelgruppen Tabelle 5, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)	176
Abbildung 62: Eiserne Lunge (Quelle: Deutsches Orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum)	177

Abbildung 63: Gebrauchsanweisung Eiserne Lunge (Quelle: Deutsches Orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum) .	178
Abbildung 64: Publikationen von E. Güntz (Quelle: Chirurgenverzeichnis)	179
Abbildung 65: Publikationen von E. Güntz (Quelle: Chirurgenverzeichnis)	180
Abbildung 66: Publikationen von E. Güntz (Quelle: Chirurgenverzeichnis)	181

8. Anhang

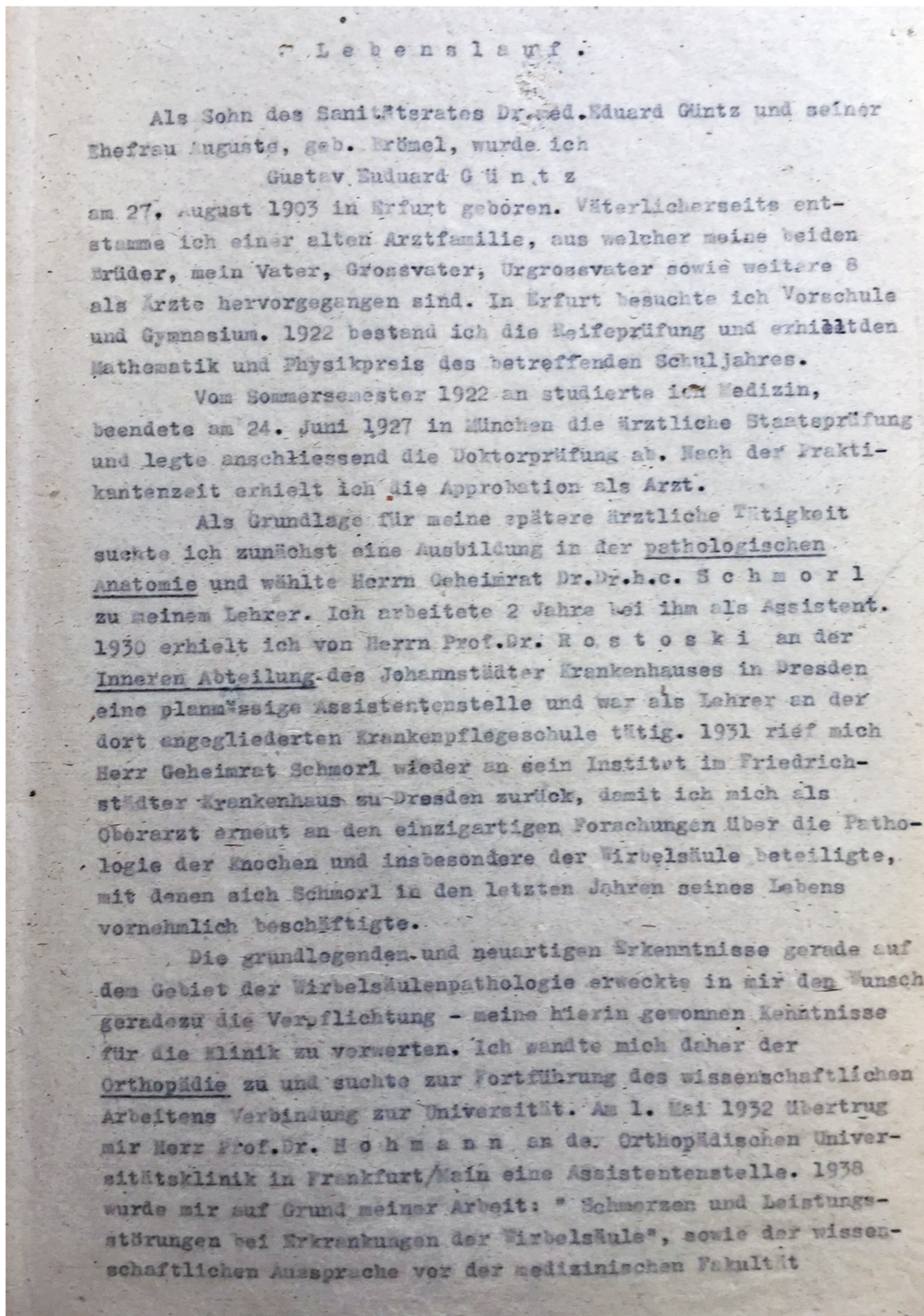


Abbildung 19: Lebenslauf Güntz Seite 1 (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Frankfurt am Main, 1945)

Frankfurt/Main über: "Inkontinente Skelettelemente und ihre Bedeutung für die Pathologie des Fußes" die Habilitation ausgesprochen. Auf der 33. Tagung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft in Giessen im Oktober 1938 wurde mir der Preis für die jeweils beste von einem Assistenten im vergangenen Jahr verfasste wissenschaftliche Arbeit zugesprochen:

Eine Aufforderung von Herrn Prof. Dr. A. W. F i s c h e r, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Kiel, die Leitung der Orthopädischen Poliklinik und Abteilung an dieser Klinik zu übernehmen, habe ich angenommen (1938). Am 23. Dezember 1938 wurde mir die Dozentur für Orthopädie an der Kieler Universität übertragen. 1942 wurde meine bisherige Stellung als Assistent in eine planmäßige Oberarztstelle umgewandelt und am 15. Februar 1945 wurde ich zum ausserplanmäßigen Professor ernannt. Die Umwandlung in ein planmäßiges Extraordinat für Orthopädie ist von der Fakultät beschlossen und zur Genehmigung an das Ministerium eingereicht.

Ich bin Mitglied der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft (seit 1932), der Frankfurter Medizinischen Gesellschaft (1933), der Deutschen Öttingengesellschaft (1935), der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin (1937), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1942) und der Medizinischen Gesellschaft Kiel.

Seit dem 25. September 1934 bin ich mit Annelie Walfriede Helge Hagen verheiratet, am 20. Juli 1936 wurde uns eine Tochter Ute geschenkt. Mit meiner Familie gehöre ich der evangelischen Kirche an.

Güntz

Abbildung 20: Lebenslauf Güntz Seite 2 (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Frankfurt am Main, 1945)

Dr. G. Güntz - Sektionsprotokolle, H. I.

- 1429 4/29 ¹¹ ~~hinter~~ ¹¹ ~~trabeculatus~~ **+k** = Knochenblättern
WS-Prap.
- 17129 ¹¹ ~~Absterben~~ ¹¹ ~~septum~~
- 22129 ¹¹ ~~Embolie~~ ¹¹ ~~der Arteria~~ ¹¹ ~~paucis~~ ¹¹ ~~Sylvestri~~
- 24129 ¹¹ ~~Schädel~~ ¹¹ ~~prothitus~~
- 28129 ¹¹ ~~Infarctus~~ ¹¹ ~~pulmonalis~~
- 48129 ¹¹ ~~infarctus~~ ¹¹ ~~hepaticus~~
- 68129 ¹¹ ~~Pneumonie~~ ¹¹ **+k** ; Hüftgelenk + LWS pol. v. unten oben
- 73129 ¹¹ ~~Pneumonie~~ ¹¹ **+k** 10-7 BWS bis 12. Brust, LWS 7, 6, 4
höchst
- 75129 ¹¹ ~~Lungen~~ ¹¹ ~~frakturatae~~
- 83129 ¹¹ ~~Knorpel~~ ¹¹ ~~degenerationem~~
- ¹¹ 91129 ¹¹ ~~Endocarditis~~
- 102129 ¹¹ ~~Pneumonie~~ ¹¹ **+k** Hüftgelenk verändert?
- 165129 ¹¹ ~~Potilcarditis~~ ¹¹ ~~adhesiva~~ ¹¹ **+k** 18. Brustwirbelsäule...
- ¹¹ 183129 ¹¹ ~~Erweichung~~ ¹¹ ~~des~~ ¹¹ ~~mittleren~~ ¹¹ ~~Brust~~ ¹¹ ~~knorpel~~ ¹¹ ~~u.~~ ¹¹ ~~Brüste~~ ¹¹ **+k**
- ¹¹ 263129 ¹¹ ~~Lungen~~ ¹¹ ~~frakturatae~~ ¹¹ **+k** 18. Brustwirbelsäule,
- 295129 ¹¹ ~~Halb~~ ¹¹ ~~knorpel~~ ¹¹ **+k** Rippe 12, 9, 7 klobig verändert
ca. 18. Brustwirbelsäule...
- 307129 ¹¹ ~~Dialactes~~ ¹¹ ~~Pylorus~~ ¹¹ ~~stercor~~
- 313129 ¹¹ ~~Endocarditis~~ ¹¹ ~~hypostomatia~~ ¹¹ **+k** Thaxos...
11 BWS - 7. BWS
- 355129 ¹¹ ~~Milch~~ ¹¹ ~~drüsen~~ ¹¹ ~~hypostomatia~~ ¹¹ **+k** Abwärts der os coccygea
direkt thorax mit 12. Brustwirbelsäule
- 383129 ¹¹ ~~Pneumonie~~ ¹¹ **+k** Hals-Kyphose, RW des 12. BWS u. 10-6. BWS
- 387129 ¹¹ ~~Pneumonie~~ ¹¹ **+k** Skind-9 Mus. - Rachiitis
- 393129 ¹¹ ~~Pneumonie~~ ¹¹ **+k** skodice 1. Hals, LWS-Lordose,
- 412129 ¹¹ ~~Pneumonie~~ ¹¹ ~~hepaticus~~ ¹¹ **+k** Kyphoscholare des WS + RW
Halswirbelsäule,
- 415129 ¹¹ ~~Bone~~ ¹¹ ~~fracturae~~ ¹¹ ~~hypostomatia~~ ¹¹ **+k**
- 421129 ¹¹ ~~Endocarditis~~ ¹¹ **+k** OS-fracturae, RW 8, 7, 6 BWS
- 433129 ¹¹ ~~Lungen~~ ¹¹ ~~fracturae~~ ¹¹ **+k** RW 12, 11, 10, 9 u. 5 WK
- 437129 ¹¹ ~~Pneumonie~~ ¹¹ **+k** RW im BWS-Gebiet →

Abbildung 21: Liste Sektionsprotokolle Güntz 1 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

- 439/29 Lungenabszesse +K Läsion des LWS, 10 BWS-Verwundung,
 590/29 Septis, atypische Anfrans +K HWS-Kyphose, LWS-Verwundung stark,
 625/29 Lungenfrakturabszesse +K Thoraxplastik mit Stumpfung d. Thoraxspitze
 631/29 Septis-histologisch, pleuropneumonie +K HWS-Schädel
 635/29 Peritonitis +K ges. unvollständige Osteo?
 710/29 Osteoporose +K HWS-Kyphose, BWS-Verwundung,
 730/29 Osteoporose +K Arthritis Hüfte, Ca-Metast., 1. Femurdiaphyse oben
 731/29 Peritonitis +K Famr. Epiphyse oben femur
 736/29 diffuse Osteoporose +K Kyphose BWS, Brust, BWS-Schädel 6-1 BWS
 739/29 Verwundung +K schwere Arthritis d. Hüfte, Kyph. BWS + LWS
 769/29 Osteoporose, Herzerkrankung +K Arthrose Hüfte
 778/29 Osteoporose +K BWS 3 LWS, 10 BWS, geringe HWS-Verwundung, mit H.
 783/29 Lungenabszesse +K BWS-Kyphose 8-1, Osteoporose d. Hüfte
 801/29 Para-nephritische Abszesse +K frange BWS-Kyphose
 804/29 Anorexia nervosa bei Osteoporose +K normale LWS
 820/29 Verwundung nur Tenonien
 821/29 Lungenabszesse +K BWS 5. LWS stark,
 822/29 Lungenabszesse +K
 831/29 Schädelfraktur +K WS leicht verknürrt, BWS 5-10, +BWS-Verwundung
 852/29 Lungenabszesse +K frange Kyph. BWS, LWS-Verwundung +
 858/29 Schädelfraktur +K W.L. φ, Tibia # Plattverletzung,
 889/29 WS-Verwundung +K
 902/29 Lungenabszesse +K frange BWS-Kyphose, BWS frange 12,
 916/29 Thromboembolie
 929/29 Osteoporose +K leichte BWS-Kyphose, LWS-Verwundung,
 931/29 Osteoporose +K starke BWS-Kyphose
 941/29 Osteoporose +K BWS-Kyphose,
 starke LWS-Verwundung

Abbildung 22: Liste Sektionsprotokolle 2 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

1929 - Jo. J. J. - Sektionen I

- 946/29 Essenzung des O. Schädelkappens +K BWS-Kyphose
Paraplegie RW des BWS, LWS-Lordose
- 967/29 Schädelbruch, Rippen Brüche +K Spindelbrüche Def. BWS
- 969/29 multiple Knochenbrüche +K Spindelbrüche LWS, RW,
- 979/29 Selbsterhängen +K WJ normal,
- 981/29 Uteruskarzinom, Sarkom?
- 982/29 Lungenfibrose +K Metastase BWS
- 993/29 Dünge Lepto. u. Proliferation +K LWS-Lordose
Spindelbrüche Def. BWS
- 1004/29 Schenkelbrüche +K LWS 4, 5 RW paralyt.
- 1015/29 Schädelproliferation +K LWS starke Lordose + RW 4, 3, 2, 1
- 1021/29 Kyphose, Metakarpalfraktur +K BWS-Lordose
WJ Mittelschwerphase LWS-Lordose
- 1031/29 Pyramide +K BWS-Lordose mittelschwer
- 1041/29 Diffuse Osteoporose d. Ganzkörpers +K WJ-normal
- 1081/29 multiple Knochenproliferation
- 1095/29 Lungenembolie

1929 → 69 Sektionen

WS / Knochenbrüche 4K → 52 Fälle

Abbildung 23: Liste Sektionsprotokolle 3 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

1930 Sektionsprotokolle von
nicht vorhanden.. *Stove Schrank*
anfragen
 für Knochenblätter

- 1931
- 730/31 Totplast.
 - 539/31 Oesophagus carcinoma +K
 - 736/31 Lungenkrebs +K LWS metast. RW
BWS "
 - 753/31 Endocarditis perniciosa +K RW 5-1 LWS
HWS 5,4 in, 12-10 BWS
 - 826/31 Jiff. Peritonitis +K starke Leukocyte im LWS
 - 830/31 Jiff. Peritonitis

UMF 4 Knochenbl.-blätter 6 fest.
4 Knochenblät.

- 1932
Haus
- 29/32 Abstraktseß +K Diabetes d. BWS
 - 61/32 Lebersteine +K Knochen nicht fixiert!
 - 82/32 Lungenfibrosen +K Wassersteinbildung
 - 97/32 Lungenempyem +K RW-Steinose, BWS 3. LWS
12. BWS
 - 104/32 Ca. Bronchia +K RW: 4 LWS, 12-10 BWS
 - 117/32 Verblutung aus Pulcis Vampilemitis +K
LWS 4, 3, 2, 1, 12-10 BWS
 - 115/32 Diabet. Pancreas +K WS ohne Diabetes. Jejun
 - 129/32 Appendix +K BWS-lyphat, LWS Leukose
 - 145/32 Schilddrüse +K BWS-lyphat stark vergrößert
 - 163/32 Diphtherie parotiditis +K WS d
 - 187/32 Verblutung +K abnorme Geruchsstoffe
 - 211/32 Fixus duodenalis +K
 - 214/32 Phlegmone +K schwere Abstraktseß 14 fest.
 - 297/32 Obstruktive Leber +K
RW BWS 4-7, 5 und vergrößert
BWS-Karzinom 14 fest.

Abbildung 24: Liste Sektionsprotokolle 4 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

1932

1932 - H+P Sektionsprotokolle

32/32	Leberparenchym
39/32	Leberarteriosklerose, Coronararteriosklerose ...
53/32	Frische multiple Uterus-Myometrium-Tumoren Gonadotropin ...?
70/32	Uterus. Uterusparenchym
79/32	Pneumonie
119/32	Pankreas ca
120/32	Uterusmyometrium, Pankreas, Leberparenchym, adip. Fettsäuren,
126/32	Lebermetastasen, Fettsäuren, adipo. Al.
165/32	Endocarditis des Aortenklappen, ...

9 Sect.

jes. 23 Kst

Abbildung 25: Liste Sektionsprotokolle 5 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

Sekt.-Nr. <i>208</i>	Datum <i>16/4.30.</i>	Name <i>Zoller angr. H. Dahl. B.</i>	Alter, Geschlecht <i>69 1/2 ♀</i>	Sektionsdiagnose <i>Wirbelkrankh.</i>
Friedrichstadt				
H. u. Pfl.-A.				
Schädeldach:	<i>Delirioscop. mittelgradig in Kopf stark bräunlich, Rüste vorliegen mittelsch. auf Kopf.</i>			<i>v. v.:</i> Bemerkungen
Normal				
Hyperostose des Stirnbeins				
Rippen:				
Normal				
Osteoporose				
Knochenmark				
Sternum:				
Knochenkerne	<i>2</i>	<i>st. gebildet</i>		
arthritisch				
Osteoporose				
Knochenmark	<i>st. blau rot füll</i>			
Femur:				
Arthritis def. i. Hüftgelenk	<i>st. Kniegelenk in Kopf oben R. W.</i>			
" " " Kniegelenk	<i>+</i>			
Osteoporose				
Knochenmark				
Wirbelsäule:	<i>kurze Kurve</i>			
Normal	<i>Kypho-Skoliose</i>	<i>v. 4. T. W. - 6. H. T. W.</i>		
Kyphose i. Hals-				
Brust-				
Lendenwirbelsäule				
Skoliose i. Hals-				
Brust-				
Lendenwirbelsäule				
Versteifung d. Hals-				
Brust-				
Lendenwirbelsäule				
Spondylitis def. i. Hals-				
Brust-				
Lendenwirbelsäule				
	<i>R-W.</i>	<i>3 / angedehnt.</i>		
		<i>4 / fast vollst.</i>		
		<i>2 / fast vollst.</i>		
	<i>12-9 m</i>			
	<i>7 / 5 j.</i>			
			<i>stark Kopf. still.</i>	

Vordr. 2970.
30. 10. 28. 2000. Deppert.

Abbildung 26: Sektionsprotokoll Bsp. 1 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

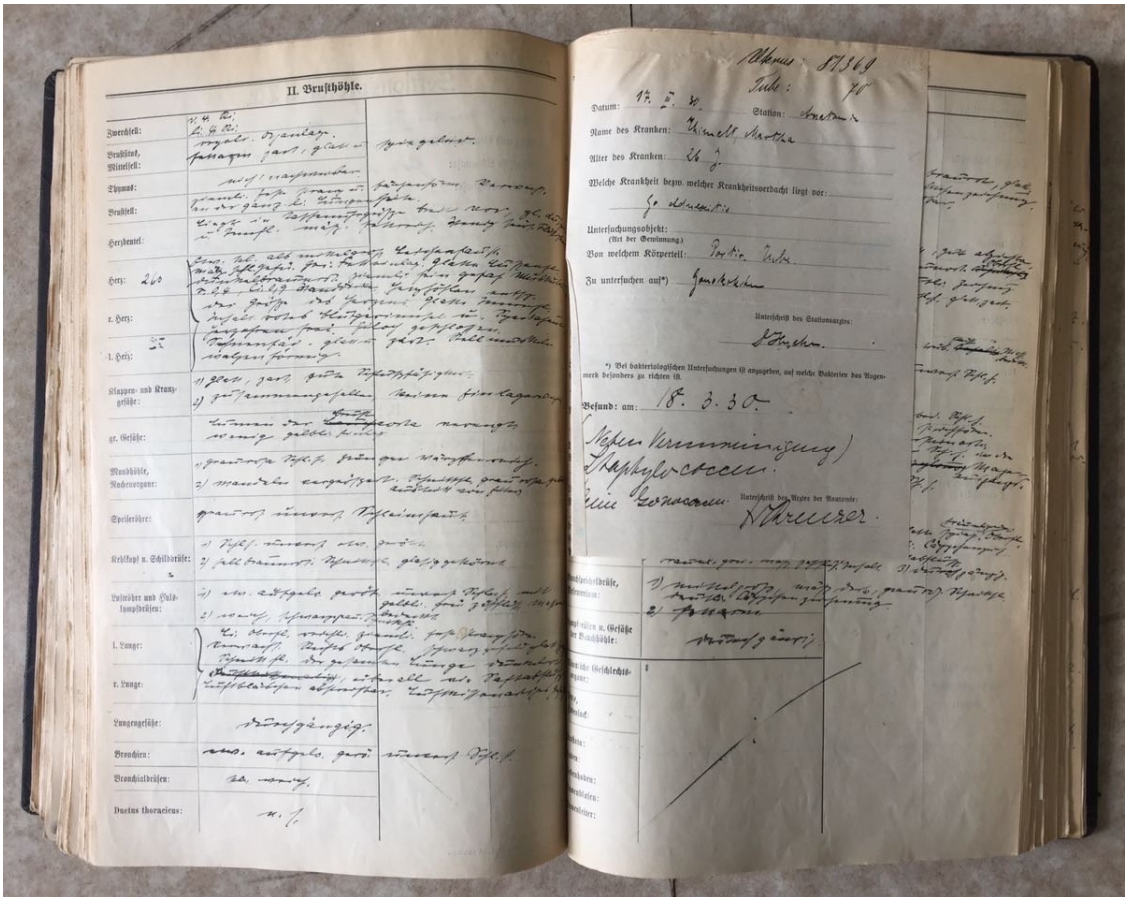


Abbildung 27: Sektionsprotokoll Bsp. 2 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

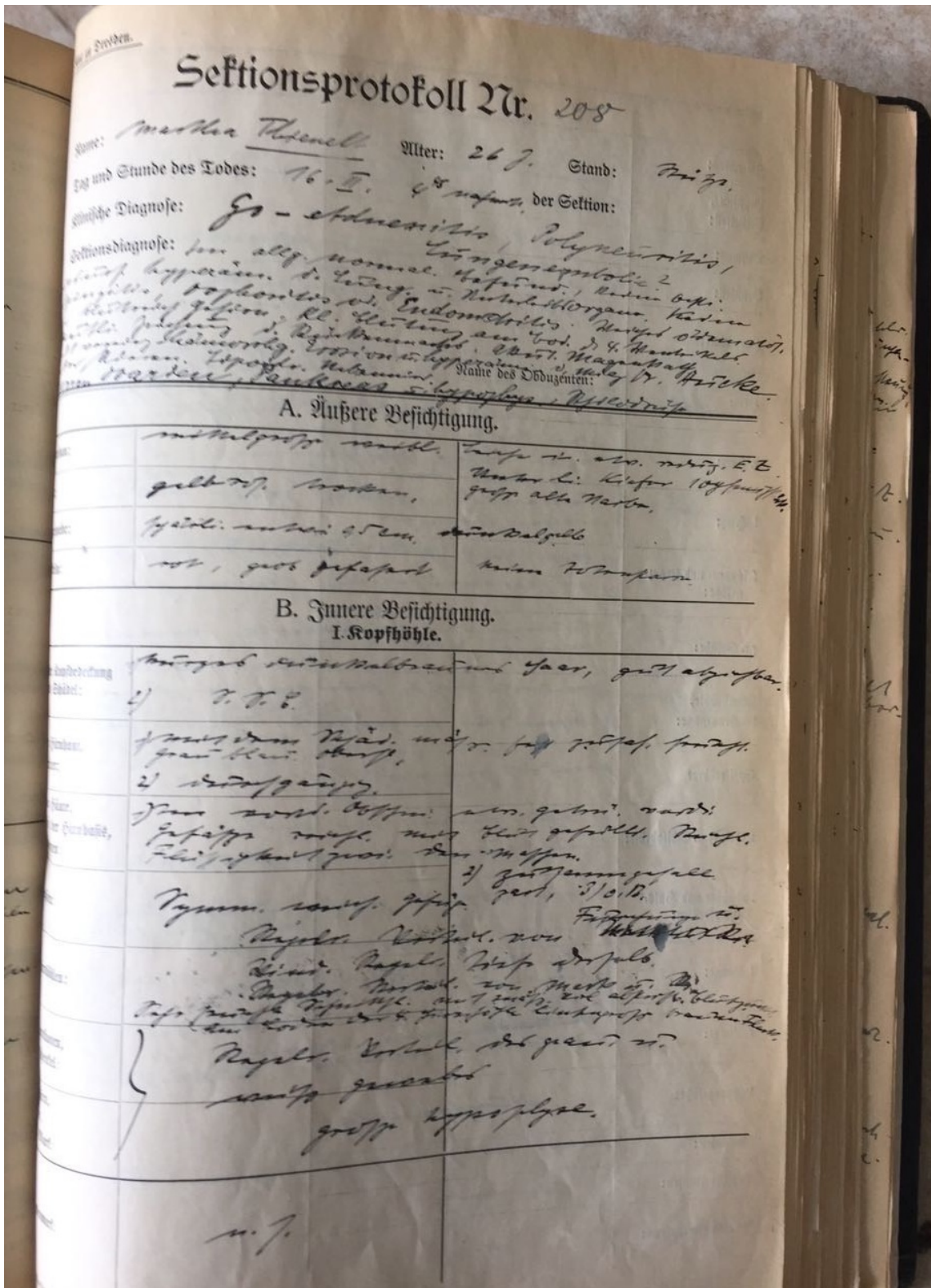


Abbildung 28: Sektionsprotokoll Bsp. 3 (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule

Von

Dr. med. Eduard Güntz

Beilageheft zur Zeitschrift für Orthopädie Bd. 67

Mit 88 Abbildungen



Deutsches Orthopädisches
Museum Würzburg
König-Ludwig-Haus
2306

1 · 9 · 3 · 7

Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

Abbildung 29: Titelblatt: Habilitation (Quelle: Bibliothek des Museums für Geschichte der Orthopädie, Frankfurt am Main)

Revised 1 January, 1946

C.C.G. (B.E.) PUBLIC SAFETY (Special Branch)

MILITARY GOVERNMENT OF GERMANY.

Fragebogen

ACHTUNG: Der Fragebogen muss in zweifacher Ausfertigung eingereicht werden

WARNING: Read through the Fragebogen carefully before filling it in. The English text will prevail if discrepancies exist between it and the German translation. Answers must be typewritten or written clearly in block letters. Every question must be answered precisely and conscientiously and no space is to be left blank. If a question is to be answered by either "yes" or "no," write the word "yes" or "no" in the appropriate space. If the question is inapplicable, indicate this by some appropriate word or phrase such as "none" or "not applicable." Add supplementary sheets if there is not enough space in the questionnaire. Persons making false or incomplete statements are liable to prosecution by Military Government.

Warnung! SORGFÄLTIG DURCHLESEN! In Zweifelsfällen ist die englische Fassung maßgebend. Mit Schreibmaschine oder deutlich in Druckschrift schreiben! Jede Frage genau beantworten! Fragen mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten! Falls die Frage nicht mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden kann, müssen eindeutige Angaben gemacht werden, z. B. „keine“ oder „unzutreffend“. Im Falle von Platzmangel Bogen anheften! Falsche, oder unvollständige Angaben sind gemäß der Verordnungen der Militärregierung strafbar.

A. PERSONAL = A. PERSÖNLICHE ANGABEN

1. Name position you hold, or for which you are being considered (including agency or firm). 2. Name (Surname) (Christian Name/s). 3. Other names which you have used or by which you have been known. 4. Date of birth. 5. Place of birth. 6. Height. 7. Weight. 8. Colour of hair. 9. Colour of eyes. 10. Scars, marks or deformities. 11. Present address (City, street and house number). 12. Permanent residence (City, street and house number). 13. Identity card, type and number. 14. Wehrpass No. 15. Passport No. 16. Citizenship. 17. If a naturalised citizen, give date and place of naturalization. 18. Name any titles of nobility which have been held by you or your wife or your respective parents and grand parents. 19. Religion. 20. With what church are you affiliated? 21. Have you ever severed your connection with any church, officially or unofficially. 22. If so, give particulars & reason. 23. What religions preference did you give in the census of 1939? 24. Name any crimes of which you have been convicted, stating dates, place and nature of the crimes.

1. Augenblickliche oder angestrebte Stellung Facharzt und 2. Name G ü n t z, Eduard
Professor der Orthopädie Zu(Familien)name

3. Andere von Ihnen benutzte Namen oder solche, unter welchen Sie bekannt waren oder sind keine
Vor(Tauf)name(n)

4. Geburtsdatum 27. August 1903 5. Geburtsort Erfurt

6. Größe 176 cm 7. Gewicht 65 kg 8. Haarfarbe grau - meliert

9. Farbe der Augen braun

10. Besondere Merkmale (Narben, Schmissc, Geburtsmerkmale, Verstümmelungen, Tätowierungen) oder Entstellungen
Lähmungen in einzelnen Muskeln.

11. Gegenwärtige Anschrift Kiel, Düvelsbekergweg 11
(Stadt, Straße und Hausnummer)

12. Ständiger Wohnsitz Kiel, Düvels bekerweg 11
(Stadt, Straße und Hausnummer)

Abbildung 30: Entnazifizierungsfragebogen (S. 1) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

- 2 -

13. Art der Ausweiskarte Kennkarte Nr. B 07044 14. Wehrpaß Nr. 1/05/4/3 Frankfurt/

15. Reisepaß Nr. keinen mehr 16. Staatsangehörigkeit deutsch

17. Falls naturalisierter Bürger, geben Sie Ort und Datum der Einbürgerung an unzutreffend

18. Angabe aller von Ihnen, Ihrer Gattin (Gatten), Ihrer beiden Eltern und sämtlichen Großeltern innewohnenden Adelstitel:
keine

19. Religion evangelisch 20. Welcher Kirche gehören Sie an? evangelische

21. Haben Sie je offiziell oder inoffiziell Ihre Verbindung mit einer Kirche aufgelöst? nein 21. Falls ja, geben Sie Einzelheiten und Gründe an unzutreffend

22. Welche Religionsangehörigkeit haben Sie bei der Volkszählung 1939 angegeben? evangelisch

24. Führen Sie alle Vergehen, Übertretungen oder Verbrechen an, für welche Sie je verurteilt worden sind, mit Angabe des Datums, des Ortes und der Art keine

- 3 -

23. Name any German University Student Corps to which you have belonged. 26. Name (giving place and dates) any Napola, Adolf Hitler School, Nazi Leaders' College or military academy in which you have been a teacher. 27. Has any child of yours ever attended any of such schools? Which ones, where and when? 28. Name (giving place & dates) any school in which you have been a Vertrauenslehrer (formerly Jugendwarter).

25. Welchen deutschen Universitäts-Studentenburschenschaften haben Sie je angehört? Landsmannschaft
"Ghettia" in Marburg /Lehn 1922 an

26. An welchen Napola, Adolf-Hitler-Ordensburgen, Schulungsburgen (Lagern), NS-Führerschulen oder Militärakademien haben Sie unterrichtet? Geben Sie an, wo und wann an keinen

27. Hat eines Ihrer Kinder eine der obengenannten Schulen besucht? nein Welche, wo und wann -

28. Führen Sie alle Schulen an, in welchen Sie je Vertrauenslehrer (vormalig Jugendwarter) waren, wann und wo an keinen

B. SECONDARY AND HIGHER EDUCATION = B. (VOLKS) GRUNDSCHUL- UND HÖHERE BILDUNG

Name & Type of school (if a special Nazi School or military academy, specify this)	Location	Dates of Attendance	Certificate, Diploma or Degree	Did Abitur permit University matriculation?	Date
Name und Art der Schule Im Falle einer besonderen NS- oder Militärakademie geben Sie diese an	Ort	Wann besucht? (von-bis)	Zeugnis, Diplom oder akademischer Grad	Berechtigt Abitur oder Reifezeugnis zum Universitätseintritt?	Datum
Vorschule	Erfurt	1909 - 12	Überführung ins Gymnasium	Oster	
Gymnasium	Erfurt	1912 - 22	Abitur	ja	7.3.19

C. PROFESSIONAL OR TRADE EXAMINATIONS = C. BERUFS- ODER HANDWERKSPRÜFUNGEN

Name of Examination	Place Taken	Result	Date
Name und Art der Prüfung	Ort der Prüfung	Ergebnis	Datum
Arztl Vorprüf Physikum	Marburg/Lehn	mit sehr gut bestanden	5. August 1924
Arztliche Staatsprüfung	München	mit gut bestanden	24. Juni 1927
Doktorprüfung	München	cum laude bestanden	1. September 1928
Habilitation	Frankfurt/Main	ausgesprochen am bestanden	11. Mai 1938

Abbildung 31: Entnazifizierungsfragebogen (S. 2-3) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

D. RECORD OF EMPLOYMENT AND MILITARY SERVICE

29. Give particulars, with dates, of your employment and military service, as from 1 January 1931, accounting for promotions or demotions, transfers, periods of unemployment, attendance at educational institutions (other than those covered in Section B) or at training schools and full-time service with para-military organisations. (Part-time employment is to be recorded in Section F.) Use a separate line for each change in your position or rank or to indicate periods of unemployment or attendance at training schools or transfers from one military or para-military organisation to another.

D. NENNUNG, IN ZEITLICHER REIHENFOLGE, ALLER BESCHÄFTIGUNGEN UND ANSTELLUNGEN, EBENSOWIE ALLER MILITÄRDIENSTLEISTUNGEN, SEIT DEM 1. JANUAR 1931.

29. Unter Erwähnung aller Einzelheiten und Daten, Beförderungen und Rangherabsetzungen, Versetzungen, Arbeitslosigkeit, Besuch von Bildungsinstituten (mit Ausnahme solcher, die unter B vorkommen), ebenso aller Ausbildungsschulen und Lehranstalten und Voldienst in militärähnlichen Organisationen (Nebenbeschäftigungen) sind in Abschnitt F anzugeben. Benutzen Sie eine besondere Zeile für jeden Wechsel in Stellung oder Rang, oder zur Angabe von Arbeitslosigkeits-Zeitraumabschnitten, oder für den Besuch von Ausbildungsschulen, oder für Versetzungen von einer militärischen, oder militärähnlichen Organisation zu einer anderen.

From	To	Employer & Address or Military Unit	Name & Title of Immediate Superior or C.O.	Position or Rank	Duties and Responsibilities	Reasons for change of Status or Cessation of Service
von	bis	Arbeitgeber und Anschrift oder Militäranrschrift	Name und Titel (Rang) des unmittelbaren Dienstvorgesetzten oder höheren Offiziers	Stellung oder Dienstgrad	Art der Tätigkeit und Verantwortungsbereich	Grund für Wechsel in Position oder Beendigung des Dienstverhältnisses
1928	30	Dresden Pathol. Inst.	Geh. Rat Prof. Schmorl	Assistent	als Ass.-Arzt	Weitere Ausbildung
	30	Dresden Innere Klinik	Prof. Rostoski	Assistent	als Ass.-Arzt	Rückberufung a. Path. Inst.
	31	Dresden Pathol. Institut	Geh. Prof. Schmorl	Oberarzt	als Oberarzt	Wechsel an Universität
	32	Frankfurt/M Orthop. Univ. Klinik	Prof. Hohmann	Assistent	als Ass. Arzt	Berufung nach Kiel
	38	Kiel Orthop. Abt. Chir. Klinik (Prof. Fischer)	wissenschaftl. Assistent u. Dozent	Assistent	als Leiter der orthop. Abt. d. Univ.	Entlassung d. Milit. Reg.
	46		ab 1.4.42. Oberarzt	Oberarzt		
7.3.36 -		Erg. Batl. 53, 1. Komp.	Militärdienst	Schütze	keine	Beendigung des Dienstzeit
2.5.36						

Abbildung 32: Entnazifizierungsfragebogen (S. 4) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

30. Were you deferred from Military Service? 31. If so, explain circumstances completely. 32. Have you ever been a General Staff Officer (Navy, Army, Air Force)? 33. When? 34. Have you ever been a Nazi Leadership Officer? 35. When and in what unit? 36. Did you serve as part of the Military Government or Wehrkreis administration in any country occupied by Germany including Austria and Sudetenland? 37. If so, give particulars of offices held, duties performed, location and period of service. 38. Have you received any military honours, orders or decorations? 39. If so, state what was awarded you, the date, reasons and occasion for its bestowal.

30. Waren Sie vom Militärdienst zurückgestellt? ab 1938 31. Falls ja, geben Sie die genauen Umstände an Krank-
heit 32. Waren Sie Mitglied des Generalstabs einer der drei Wehrmachtteile? nein
33. Wann — 34. Waren Sie NS.-Führungsoffizier? nein 35. Wann und in welchem Truppenverband?
— 36. Waren Sie in der Militärregierung oder Wehrkreisverwaltung irgend eines der von
Deutschland besetzten Länder, einschließlich Österreich und Sudetenland beschäftigt? nein 37. Falls ja, geben Sie
Einzelheiten über Ihre Ämter und Pflichten, sowie Ort und Zeitdauer des Dienstes an — 38. Zum Tragen
welcher militärischen Orden waren Sie berechtigt oder welche anderen militärischen Würden oder Ehrenauszeichnungen
haben Sie besessen? (vor dem 7. Mai 1945) nein 39. Falls ja, was wurde Ihnen verliehen, wann und aus welchen
Gründen und Anlässen? —

E. MEMBERSHIP IN ORGANISATIONS = E. MITGLIEDSCHAFTEN.

40. Indicate on the following chart whether you were a member, or a candidate for membership, in the organisations listed below, and state what rank or office you held in these organisations. Use lines 96 to 98 to specify any other association, society, fraternity, union, syndicate, chamber, institute, group, corporation, club or other organisation of any kind, whether social, political, professional, educational, cultural, industrial or commercial, with which you have ever been connected or associated even in an honorary capacity. Column 1. Insert either "yes" or "no" on each line to indicate whether or not you have ever been a member of the organisation listed. If you were a candidate, disregard the columns and write in the word "candidate," followed by the date of your application for membership. Column 2. Insert date on which you joined. Column 3. Insert date your membership ceased. Column 4. Insert your membership number in the organisation. Column 5. Insert the highest office, rank or other post of authority which you have held at any time. If you have never held an office, rank or post of authority insert the word "none" in Columns 5 and 6. Column 6. Insert date of your appointment to the office, rank or post of authority listed in Column 5.

40. In der folgenden Liste ist anzugeben, ob Sie Mitglied einer der angeführten Organisationen waren und welchen Rang oder welches Amt (Ämter) Sie in dieser (diesen) innehatten. Andere Vereinigungen, Handelsgesellschaften, Burschenschaften, Verbindungen, Gewerkschaften, Genossenschaften, Kammern, Institute, Gruppen, Körperschaften, Vereine, Verbände, Klubs, Logen oder andere Organisationen beliebiger Art, seien sie gesellschaftlicher, politischer, beruflicher, sportlicher, bildender, kultureller, industrieller oder kommerzieller Art mit welchen Sie je, selbst auch nur ehrenamtlich, in Verbindung standen, oder welchen Sie angeschlossen waren, sind auf Zeile 96—98 anzugeben.

1. Spalte: „Ja“ oder „nein“ sind hier einzusetzen zwecks Angabe ihrer ehemaligen Mitgliedschaft in der angeführten Organisation. Falls Sie Anwärter auf Mitgliedschaft oder förderndes Mitglied oder im „Opfering“ waren, ist unter Nichtberücksichtigung der Spalten das Wort „Anwärter“ oder „unterstützendes Mitglied“ oder „Opfering“, sowie das Datum Ihrer Anmeldung oder die Dauer Ihrer Mitgliedschaft als förderndes Mitglied oder im Opfering einzusetzen.
2. Spalte: Eintrittsdatum.
3. Spalte: Austrittsdatum.
4. Spalte: Mitgliedsnummer.
5. Spalte: Höchstes Amt, höchster Rang oder eine anderweitig einflussreiche, von Ihnen bekleidete Stellung. Falls nicht zutreffend, ist das Wort „keine“ in Spalte 5 und 6 einzusetzen.
6. Spalte: Antrittsdatum für Amt, Rang oder einflussreiche Stellung laut Spalte 5.

Abbildung 33: Entnazifizierungsfragebogen (S. 5) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

- 6 -

	1. Yes or No	2 From	3 To	4 Number	5 Highest Office or rank held	6 Date Appointed
	Ja oder nein	Von	Bis	Nummer	Höchstes Amt oder höchster Rang	Antrittsdatum
41. NSDAP.	ja	1.5.33	-	2536769	keines	-
42. Allgemeine SS.	nein	-	-	-	-	-
43. Waffen-SS.	nein	-	-	-	-	-
44. Sicherheitsdienst der SS.	nein	-	-	-	-	-
45. SA.	ja	1.6.33	-	unbek.	Sanitäts- trupps.	Januar + 45
46. HJ. einschließlich BdM.	nein	-	-	-	-	-
47. NSDStB.	nein	-	-	-	-	-
48. NSDob.	ja	1934	-	unbek.	keines	-
49. NS-Frauenenschaft	nein	-	-	-	-	-
50. NSKK.	nein	-	-	-	-	-
51. NSFK.	nein	-	-	-	-	-
52. Reichsb. der deutschen Beamten	nein	-	-	-	-	-
53. DAF. einschließlich NSBO.	nein	-	-	-	-	-
54. KdF.	nein	-	-	-	-	-
55. NSV.	nein	-	-	-	-	-
56. NS-Reichsb. deutsch. Schwestern	nein	-	-	-	-	-
57. NSKOV.	nein	-	-	-	-	-
58. NS-Bund Deutscher Technik	nein	-	-	-	-	-
59. NS-Ärztebund	ja	1933	od. 34	14934	keines	-
60. NS-Lehrerbund	nein	-	-	-	-	-
61. NS-Rechtswahrerbund	nein	-	-	-	-	-
62. Deutsches Frauenwerk	nein	-	-	-	-	-
63. Reichsbund Deutsche Familie	nein	-	-	-	-	-
64. NS-Reichsbund f. Leibübungen	nein	-	-	-	-	-
65. NS-Athletenbund	ja	1937	-	unbek.	keines	-
66. Deutsche Studentenschaft	nein	-	-	-	-	-

+) meine vollständige Beförderung zum SA-Truppf. erfolgte im Rahmen der automatisierten und im Vorhinein zu den anderen SA-Angehörigen schnelleren Einstufung der Ärzte!

- 7 -

67. Deutscher Gemeindegast	nein	-	-	-	-	-
68. NS-Reichskriegerbund	nein	-	-	-	-	-
69. Reichsdozentenschaft	nein	-	-	-	-	-
70. Reichskulturkammer	nein	-	-	-	-	-
71. Reichsschrifttumskammer	nein	-	-	-	-	-
72. Reichspressekammer	nein	-	-	-	-	-
73. Reichsrundfunkkammer	nein	-	-	-	-	-
74. Reichstheaterkammer	nein	-	-	-	-	-
75. Reichsmusikkammer	nein	-	-	-	-	-
76. Reichskammer der bildenden Künste	nein	-	-	-	-	-
77. Reichsfilmkammer	nein	-	-	-	-	-
78. Amerika-Institut	nein	-	-	-	-	-
79. Deutsche Akademie München	nein	-	-	-	-	-
80. Deutsches Auslandsinstitut	nein	-	-	-	-	-
81. Deutsche Christen-Bewegung	nein	-	-	-	-	-
82. Deutsche Glaubensbewegung	nein	-	-	-	-	-
83. Deutscher Fichte-Bund	nein	-	-	-	-	-
84. Deutsche Jägerschaft	nein	-	-	-	-	-
85. Deutsches Rotes Kreuz	nein	-	-	-	-	-
86. Ibero-Amerikanisches Institut	nein	-	-	-	-	-
87. Institut zur Erforschung der Judenfrage	nein	-	-	-	-	-
88. Kameradschaft USA.	nein	-	-	-	-	-
89. Osteuropäisches Institut	nein	-	-	-	-	-
90. Reichsarbeitsdienst (RAD)	nein	-	-	-	-	-
91. Reichskolonialbund	nein	-	-	-	-	-
92. Reichsluftschutzband	ja	unbek.	(Hausbesitzer)	-	-	-
93. Staatsakademie für Rassen- und Gesundheitspflege	nein	-	-	-	-	-
94. Volksbund für das Deutschtum im Ausland (VDA)	nein	-	-	-	-	-

Abbildung 34: Entnazifizierungsfragebogen (S. 6-7) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

95. Werber der Deutschen Wirtschaft (Name, Straße, Adresse)	nein	—	—	—	—	95
D. Orthopädische Gesellschaft	ja	1942	—	—	kein	96
Frankfurter Medizin. Ges.	ja	1933	—	—	kein	96
Röntzengesellschaft	ja	1935	—	—	kein	97
Ges. f. Unfallheilk.	ja	1937	—	—	kein	97
Ges. f. Chirurgie	ja	1942	—	—	kein	98

99. Have you ever sworn an oath of secrecy to any organization? 100. If so, list the organizations and give particulars. 101. Have you any relatives who have held office, rank or post of authority in any of the organizations listed from 41 to 85 above? 102. If so, give their names and addresses, their relationship to you and a description of the position and organization. 103. With the exception of minor contributions to the Winterhilfe and regular membership dues, list and give details of any contributions of money or property which you have made, directly or indirectly, to the NSDAP or any of the other organizations listed above, including any contributions made by any natural or juridical person or legal entity through your solicitation or influence. 104. Have you ever been the recipient of any titles, ranks, medals, testimonials or other honours from any of the above organizations? 105. If so, state the nature of the honour the date conferred, and the reason and occasion for its bestowal. 106. Were you a member of a political party before 1933? 107. If so, which one? 108. For what political party did you vote in the election of November 1932? 109. In March 1933? 110. Have you ever been a member of any anti-Nazi underground party or group since 1933? 111. Which one? 112. Since when? 113. Have you ever been a member of any trade union or professional or business organization which was dissolved or forbidden since 1933? 114. Have you ever been dismissed from the civil service, the teaching profession or ecclesiastical positions or any other employment for active or passive resistance to the Nazis or their ideology? 115. Have you ever been imprisoned, or have restrictions of movement, residence or freedom to practice your trade or profession been imposed on you for racial or religious reasons or because of active or passive resistance to the Nazis? 116. If you have answered "yes" to any of the questions from 110 to 115, give particulars and the names and addresses of two persons who can confirm the truth of your statements.

99. Sind Sie jemals zu einem Schweigebot für irgendeine Organisation verpflichtet worden? nein

102. Falls ja, geben Sie die Organisation und Einzelheiten an unzutreffend

101. Sind Sie mit Personen verwandt oder verschwägert, die jemals Amt, Rang oder maßgebende Stellungen in einer der unter Nr. 41-85 angeführten Organisationen innehatten? nein

102. Falls ja, geben Sie deren Namen und Anschriften jedenfalls mir nicht bekannt an, den Grad Ihrer Verwandtschaft sowie eine Beschreibung der Organisation und Stellung (Posten) —

105. Mit Ausnahme von kleineren Beträgen zur Winterhilfe und gewöhnlichen Mitgliedsbeiträgen geben Sie nachfolgend im einzelnen alle von Ihnen direkt oder indirekt an die NSDAP, oder irgend eine andere der oben angeführten Organisationen geleistete Beiträge in Form von Geld, Sachwerten oder Besten an, einschließlich aller auf Ihr Ersuchen oder auf Grund Ihres Einflusses seitens einer natürlichen oder juristischen Person —

oder einer anderen rechtlichen Einheit geleistete Beiträge keine

104. Sind Ihnen von einer der oben angeführten Organisationen irgendwelche Titel, Orden, Zeugnisse, Dienstgrade verliehen oder andere Ehren erwiesen worden? nein

105. Falls ja, geben Sie an, was Ihnen verliehen wurde, das Datum, den (wissenschaftl. Preis d. D. Orthop. Gesellschaft) Grund und Anlaß für die Verleihung beste wissenschaftl. Leistung d. betr. Jahres 1938

106. Waren Sie Mitglied einer politischen Partei vor 1933? nein 107. Falls ja, welcher? unzutreffend

108. Für welche politische Partei haben Sie in der Novemberwahl 1932 gestimmt? D. Volkspartei

109. Und im März 1933? NSDAP 110. Waren Sie seit 1933 Mitglied einer verbotenen Oppositions-

partei oder -gruppe? nein 111. Welcher? — 112. Seit wann? —

113. Waren Sie jemals Mitglied einer nach 1933 aufgelösten oder verbotenen Gewerkschaft oder eines Berufs- oder

Wirtschaftsverbandes? ja 114. Sind Sie jemals aus dem Damentstand, dem Lehrberuf, einer kirchlichen oder irgendeiner anderen Stellung auf Grund aktiver oder passiver Widerstandes gegen die Nazis oder ihre Weltanschauung

entlassen worden? nein 115. Wurden Sie jemals aus rassistischen oder religiösen Gründen oder weil Sie aktiv oder passiv den Nationalsozialistischen Widerstand leisteten, in Haft genommen oder in Ihrer Bewegungs- oder Niederlassungsfreiheit

oder sonstwie in Ihrer gewerblichen oder beruflichen Freiheit beschränkt? nein 116. Ist die Antwort auf eine der Fragen von 110 bis 115 bejahend, so sind Einzelheiten sowie Namen und Anschriften von zwei Personen, welche dies

wahrheitsgemäß bezuagen können, anzuführen Zu 113: Assistentenbund, Verband angestellter

Ärzte.

F. PART TIME SERVICE WITH OTHER ORGANISATIONS =
F. MITGLIEDSCHAFT ODER NEBENDIENST
(MITARBEIT) IN ANDEREN ORGANISATIONEN

117. With the exception of those you have specifically mentioned in Sections D and E above, list: (a) Any part time, unpaid or honorary position of authority or trust you have held as a representative of any Reich Ministry or the Office of the Four Year Plan or similar central control agency; (b) Any office, rank or post of authority you have held with any economic self-administration organization such as the Reich Food Estate, the Bauernschaften, the Central Marketing Association, the Reichswirtschaftskammer, the Gauwirtschaftskammern, the Reichsgruppen, the Wirtschaftsgruppen, the Verkehrsgruppen, the Reichsvereinigungen, the Hauptverbände und similar organizations, as well as their subordinate or affiliated organizations and field offices; (c) Any service of any kind you have rendered in any military, paramilitary, police, law enforcement, protection, intelligence or civil defence organization such as Organisation Todt, Technische Nothilfe, Stolltruppen, Werksscharen, Bahnschutz, Postschutz, Wertschutz, Land- und Stadtwacht, Abwehr, SD, Gestapo and similar organizations.

117. Unter Auslassung der bereits in den Abschnitten D und E beantworteten Punkte führen Sie an:
a) Jedwedes Nebenamt, einflussreiches, unbezahltes oder Ehrenamt, oder Vertrauensstellung, welche Sie als Vertreter eines Reichsministeriums oder der Leitstelle für den Vierjahresplan oder ähnlichen Wirtschaftsverwaltungsstellen innehatten.
b) Amt, Rang oder einflussreiche Stellung jedweder Art, welche Sie bei öffentlichen-rechtlichen Selbstverwaltungsorganen innehatten, wie z. B. dem Reichsährstand, den Bauernschaften, den Hauptvereinigungen, den Reichswirtschaftskammern, den Gauwirtschaftskammern, Reichsgruppen, Wirtschaftsgruppen, Industrieverbände oder ähnlichen Körperschaften, sowie bei deren untergeordneten und angeschlossenen Körperschaften und Gebietsstellen.
c) Jeglicher Dienst in militärischen, militärähnlichen, politischen, Gesetzverlänger-, Schutz-, Aufklärungs- oder Luftschutzdiensten, wie z. B. Organisation Todt, der Technischen Nothilfe, des Stolltrupps, Werksscharen, dem Bahnschutz, Postschutz, Wertschutz, der Land- und Stadtwacht, Abwehr, des SD, der Gestapo und ähnlichen Organisationen.

From	To	Name & type of organization	Highest office or rank you held	Date of your appointment	Duties
Von	Bis	Name und Art der Organisation	Höchstes Amt oder Rang erreicht	Datum der Ernennung	Pflichten und Aufgaben
		<u>unzutreffend</u>			

Abbildung 35: Entnazifizierungsfragebogen (S. 8-9) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

- 10 -

G. WRITINGS AND SPEECHES = G. VERÖFFENTLICHUNGEN ALLER ART UND REDEN

118. List on a separate sheet the titles and publishers of all publications from 1933 to the present, which were written in whole or in part or compiled or edited by you, and all public addresses made by you, giving subject, date and circulation or audience. If they were sponsored by any organization, give its name. If no speeches or publications write "none" in this space.

118. Geben Sie auf einem Extrablatt die Titel und Verleger aller von Ihnen seit 1933 bis zur Gegenwart ganz oder teilweise geschriebenen, zusammengestellten oder herausgegebenen Veröffentlichungen und alle von Ihnen gehaltenen öffentlichen Ansprachen und Vorlesungen, mit Angabe des Themas, Datums, der Auflage oder Zuhörerschaft an. Falls Sie im Auftrag einer Organisation geschrieben oder sprachen, geben Sie deren Namen an. Falls keine Reden, Ansprachen oder Veröffentlichungen, setzen Sie das Wort "keine" ein *Ex. Beilage*.

H. INCOME AND ASSETS = H. EINKOMMEN, VERMÖGEN UND BESITZ

119. Show the sources and amount of your annual income from January 1, 1931 to 1945. If records are not available, give approximate amounts.

119. Merkmal und Höhe des jährlichen Einkommens vom 1. Januar 1931 bis zur Gegenwart. In Ermangelung von Belegen sind ungefähre Beträge anzugeben.

Year	Sources of Income	Amount
Jahr	Einkommensquelle	Betrag
1931	Assistentengehalt bzw. Oberarztgeh. n. Tarif	monatl. etwa 350,- R
1932	Assistentengehalt nach Tarif	" " 350,-
1933	" "	" " 350,-
1934	" "	" " 350,-
1935	" "	" " 400,-
1936	" "	" " 400,-
1937	" "	" " 400,-
1938	" " Massagechule	" " 500,-
1939	" " & Beginn Privatpraxis	" " 600,-
1940	" " " " " "	" " 700,-
1941	" " " " " "	" " 700,-
1942	" " " " " "	" " 700,-
1943	Oberarztgehalt und Privatpraxis	" " 900,-
1944	" " " " " "	" " 900,-
1945	" " " " " "	" " 1000,-

- 11 -

120. List any land or buildings owned by you or any immediate members of your family, giving locations, dates of acquisition, from whom acquired, nature and description of buildings, the number of hectares and the use to which the property is commonly put. 121. Have you or any immediate members of your family ever acquired property which had been seized from others for political, religious or racial reasons or expropriated from others in the course of occupation of foreign countries or in furtherance of the settling of Germans or Volksdeutsche in countries occupied by Germany. 122. If so, give particulars, including dates and locations, and the names and whereabouts of the original title holders. 123. Have you ever acted as an administrator or trustee of Jewish property in furtherance of organization decrees or ordinances? 124. If so, give particulars.

120. Ihnen oder unmittelbaren Angehörigen Ihrer Familie gehörige Grundstücke oder Hausbesitz. Erwerbdatum, von wem erworben, Art der Gebäude, Grundstücksgrößen in Hektar und die gewöhnliche Verwendung des Besitzes sind anzugeben *Ein Familienhaus, Grundst. 272qm 1. Okt. 1938 gekauft von Peter Brumm in Freytag/H.*

121. Haben Sie oder ein unmittelbares Mitglied Ihrer Familie jemals Besitz erworben, welcher anderen Personen aus politischen, rassistischen oder religiösen Gründen entzogen oder anderen Personen entzogen wurde im Verlauf der Besetzung fremder Länder oder zwecks Förderung der Ansiedlung von Deutschen oder Volksdeutschen in von Deutschland besetzten Gebieten? *nein* 122. Falls ja, geben Sie Einzelheiten an, einschließlich Zeit- und Ortsangaben, sowie Namen und gegenwärtigen Aufenthaltsort der ursprünglichen Besitzer.

123. Waren Sie jemals als Verwalter oder Treuhänder für jüdischen Besitz zwecks Förderung von Ariererlassenen oder -verordnungen tätig? *nein* 124. Falls ja, geben Sie Einzelheiten an.

I. TRAVEL OR RESIDENCE ABROAD = I. REISEN ODER WOHNSTÄTTE IM AUSLAND

125. List all journeys or residence outside Germany, including military campaigns.

125. Zählen Sie alle Reisen oder Wohnstätten außerhalb Deutschlands auf (Feldzüge einbezogen).

Countries Visited	Dates (from-to)	Purpose of Journey
Land	Daten (von - bis)	Zweck der Reise
Italien	September 1931	Erholungsurlaub
Großbritannien	15.7.1939 - 23.7.1939	Besuch des 4. Weltkongresses für Krüppelhilfe in London (The Fourth World Conference of Workers for Cripples)

126. Was the journey made at your own expense? 127. If not, at whose expense was the journey made? 128. Person or organizations visited. 129. Did you ever serve in any capacity as part of the civil administration of any territory annexed to, or occupied by the Reich? 130. If so, give particulars of office held, duties performed, location and period of service. 131. List foreign languages you speak, indicating degree of fluency. 132. Have you already at any time completed an Allied Military Government Fragebogen. If "yes," state date and place. 133. Have you at any time been dismissed or excluded from employment of any kind by order of an Allied Military Government. If "yes" state date and place.

126. Haben Sie die Reise auf eigene Kosten unternommen? *a) ja* 127. Falls nein, auf wessen Kosten? *b) zur Hilfe, andere Hilfe Universität*

128. Welche Personen oder Organisationen haben Sie besucht? *den oben genannten Kongress.*

Abbildung 36: Entnazifizierungsfragebogen (S. 10-11) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

129. Haben Sie jemals, und falls ja, in welcher Rolle in der Zivilverwaltung in einem der von Deutschland eingegliederten oder besetzten Gebiete gedient oder gearbeitet? nein 130. Falls ja, geben Sie Einzelheiten an über Ihr Amt, Ihren Pflichtenkreis sowie Ort und Zeitdauer des Dienstes keine

131. Kenntnis fremder Sprachen und Grad der Beherrschung etwas englisch

132. Haben Sie jemals einen Fragebogen der Militärregierung ausgefüllt und eingereicht? ja Falls „Ja“, Ort und Zeitpunkt angeben Universität, Ärztkammer / 1945

133. Sind Sie jemals auf Anordnung einer der Alliierten Regierungen oder der Militärbehörde irgendeines Postens enthoben oder an einer Berufsausübung oder Beschäftigung verhindert oder davon ausgeschlossen worden? ja Falls „Ja“, Ort und Zeit angeben. Kiel, 26. Januar 1945
aus meiner Stellung als Oberarzt von der Universität entlassen.

REMARKS = Bemerkungen

The statements on this form are true, and I understand that any omissions or false or incomplete statements are offences against Military Government and will render me liable to prosecution and punishment.

Die auf diesem Formular gemachten Angaben sind wahr, und ich bin mir bewußt, daß jegliche Auslassung oder falsche und unvollständige Angabe ein Vergehen gegen die Verordnungen der Militärregierung darstellt und mich der Anklage und Bestrafung aussetzt.

SIGNED = W. Jacobus Date/Datum 2.8.46
Eigenhändige Unterschrift

CERTIFICATE OF WITNESS OR, IN RELEVANT CASES, IMMEDIATE SUPERIOR

I certify that the above is the true name and signature of the individual concerned and that, with the exception noted below, the answers made on this questionnaire are true to the best of my knowledge and belief and the information available to me. Exceptions (if no exceptions, write "none").

BESCHEINIGUNG DES ZEUGEN, ODER, WENN IN BETRACHT KOMMEND, DES UNMITTELBAREN DIENSTVORGESETZTEN

Ich bescheinige hiermit die Richtigkeit obigen Namens und obiger Unterschrift. Mit Ausnahme der nachfolgenden Punkte sind die in diesem Fragebogen gegebenen Antworten meines besten Wissens und Gewissens und im Rahmen der mir zur Verfügung stehenden Auskunftsmöglichkeiten richtig. Ausnahmen: (Das Wort „keine“ ist auszufüllen, falls solche nicht gemacht werden):

keine

Signed Walter Jacobus Official Position Arzt Date 2.8.46
Eigenhändige Unterschrift Walter Jacobus Amtsstellung Arzt Datum 2.8.46

Address:

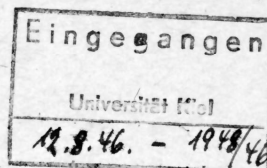
Chirurgische Universitäts-
Klinik, Kiel

Abbildung 37: Entnazifizierungsfragebogen (S. 12) (Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität

Plön den 5. August 1946
Langestr. 26

Gesch.Nr. 821/46



An
Seine Magnificenz den Rektor der Christian-Albrechts-Universität,
Herrn Prorektor Prof. Dr. phil.E. B u r c k

(24) K i e l

Neue Universität, Olshausenstr.

In der Anlage unterbreite ich den Entnazifizierungsantrag des
a.pl. Professors Dr.med.Eduard G ü n t z mit folgender Stellungnahme
der Fakultät:

Prof. G ü n t z ist am 26.1.1946 aus seiner Stellung als
Oberarzt und Leiter der Orthopädischen Abteilung der Kieler Chirurgi-
schen Universitäts-Klinik von der Militär-Regierung entlassen worden.

Prof.Dr.med. G ü n t z ist im Jahre 1938 als Oberarzt der
Orthopädischen Abteilung der Chirurgischen Klinik von Frankfurt nach
Kiel berufen worden und hat seit seinem Eintritt in die Kieler Klinik
erfolgreich das Fach der Orthopädie vertreten. Er hat eine Reihe wert-
voller wissenschaftlicher Arbeiten auf seinem Fachgebiet veröffentlicht
und ist als Arzt und Lehrer in Kiel sehr angesehen und beliebt. Die
Fakultät würde seine Wiedereinsetzung in seine Stellung auch als Uni-
versitätslehrer sehr begrüßen, da sie der Meinung ist, dass er po-
litisch nicht als aktiver Nationalsozialist hervorgetreten ist.

Prof. G ü n t z ist zwar im Mai 1933 in die NSDAP einge-
treten und zugleich in die SA, wo er 1937 Sanitätstruppführer wurde.
Er ist auch Mitglied des Dozentenbundes und des NS-Ärztebundes, sowie
des NS-Altherrenbundes, ohne aber politisch hervorgetreten zu sein.
Prof. G ü n t z hat eine Reihe von Entlastungszeugnissen vorgelegt
und hat in der Fakultät den Ruf eines einwandfreien Charakters und
vorzüglichen Facharztes.

Der Dekan:

Christian-Albrechts-
Universität
Kiel

Domingex

Abbildung 38: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Dekan Kiel)
(Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

-Beglaubigte Abschrift.-

Dresden, den 30. April 1932

Hierdurch bescheinige ich, dass Herr Dr. med. Eduard
G ü n t z vom 1. Juli 1931 bis zum 30. April 1932
als Oberarzt an der pathologisch-anatomischen Abteilung
des Friedrichstädter Krankenhauses angestellt war. Er hat
sich während dieser Zeit mit allen in das Gebiet der
pathologischen Anatomie fallenden Fragen eingehend vertraut
gemacht und ist immer bestrebt gewesen, durch Literatur-
studien seine Kenntnisse zu erweitern und zu ergänzen.

Ich gebe ihm das Zeugnis, dass er sich stets als
ideen- und kenntnisreich, geschickt und fleissig erwiesen
hat und dass er die ihm obliegenden Arbeiten mit großem
Verständnis gewissenhaft, zuverlässig und pünktlich
ausgeführt hat. Ich habe in ihm einen Kollegen kennen und
schätzen gelernt, der den ihm bei seinen Arbeiten begegnenden
wissenschaftlichen und praktischen Fragen immer das regste
Interesse entgegenbrachte. Mehrere wissenschaftliche Ar-
beiten geben Zeugnis von seinem wissenschaftlichen Eifer.

Ich wünsche ihm auch diesmal für seine Zukunft alles
Gute und werde ihm immer ein gutes Andenken bewahren.

Geh. Med. Rat Prof. Dr. Dr. h. c.

gez. Schmorl

D i r e k t o r

am pathologisch-anatomischen Institut des
Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt.

Vorstehende Abschrift stimmt mit der mir vorgelegten Ur-
schrift wörtlich überein und wird hiermit beglaubigt.

Kiel, den 14. März 1946.



Handwritten signature
N o t a r .

Abbildung 39: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Georg Schmorl)
(Quelle: Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 460, Nr. 4194)

Beglaubigte Abschrift.

Dr. med. Portwich
Facharzt für Urologie
und urologische Chirurgie
Fernruf 7775

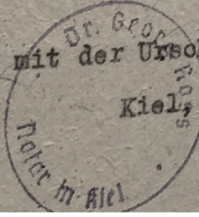
Kiel, den 30.9.46
Holtenauerstrasse 100

Beschwainigung:

Seit etwa 7 Jahren habe ich Herrn Professor Dr. Güntz als
Facharzt für Orthopädie wiederholt wegen der Fussamputation meiner
Frau konsultiert und auch persönlich näher kennen gelernt. In all
diesen Jahren habe ich keine irgendwie nazistische Äusserung von ihm
gehört, hatte auch niemals den Eindruck, daß er parteipolitisch
eingestellt war, obwohl wir öfters die allgemeine Kriegslage be-
sprachen. Als wir Anfang dieses Jahres erfuhren, daß er seiner
akademischen Stellung enthoben war, wunderten wir uns sehr über
diese unseres Erachtens völlig ungerechtfertigte Maßregelung.

gez. Portwich.

Diese Abschrift stimmt mit der Urschrift wörtlich überein und wird
hiermit beglaubigt.



Kiel, den 5.2.49

G. Großmann

Abbildung 40: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

und seine politischen Anschauungen, der stets gemäss seiner An-
 ständiger und ehrlicher Mensch, der stets gemäss seiner An-
 Überzeugung und niemals aus Konjunktur gehandelt hat. So ist es auch
 zu beurteilen, dass er anfänglich den geschickten betrügerischen Ver-
 sprechungen der NSDAP geglaubt hat und in die Partei und die SA einge-
 treten ist. Ich habe diese Phase miterlebt. Wenn ich selbst auch als
 gefestigter älterer Mensch mit einer bestimmten demokratischen poli-
 tischen Prägung die NSDAP abgelehnt habe und mich den Versuchen, mich
 für dieselbe zu gewinnen, auch entziehen konnte, so verstehe ich es,
 wenn junge Menschen damals in einem nationalen Idealismus und da sie
 keiner Partei bis dahin angehört hatten, sich von der nationalsozialis-
 tischen Bewegung haben täuschen lassen. Dazu kam der schwere Druck
 seitens der Kameraden in Assistenten- und Dozentenstellen, welchen
 sich die meisten kaum entziehen konnten, wenn sie nicht auf ihre
 Stelle oder ihre Karriere verzichten wollten. Die Organisation des
 Dozentenbundes und der Ärzteorganisation folgten zwangsläufig für
 jeden medizinischen Dozenten. Eine aktive parteipolitische Mitarbeit
 hat Güntz nicht geleistet. Ich kann im Gegenteil bestätigen, dass er
 von der NSDAP auf das genaueste angegriffen und bedroht wurde, weil
 er in einem jüdischen Geschäft gekauft haben sollte. Das Gleichzeitige
 auch mir widerfahren.
 Für Herrn Güntz bürge ich als einen tadellosen Charakter, der
 zwar anfangs der NSDAP gemäss den offiziellen Kundgebungen derselben
 Glauben geschenkt hat, der sich aber später mehr und mehr von ihr
 abgewendet hat, ohne jedoch austreten zu können, weil dadurch Beruf
 und Familie gefährdet waren. Er ist in seiner Berufsstellung als
 Orthopäde und Krüppelarzt unentbehrlich und auch unersetzlich, weil
 kein Nachwuchs vorhanden ist, und er ist schliesslich wissenschaftlich
 hochqualifiziert.

gez: Prof. Hohmann
 Prof. Hohmann
 Direktor der orthopäd.
 z. Zt. Rektor der Universität
 Univ. Klinik Friedrichsheim
 Frankfurt/a/M. Frankfurt/Main

Abbildung 41: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

Bescheinigung.

Prof. Dr. Eduard Güntz ist mir seit Oktober 1938 bekannt. Die enge persönliche und berufliche Zusammenarbeit im Rahmen der Chirurgischen Universitätsklinik Kiel während dieser langen Jahre brachte es mit sich, dass im dienstlichen und ausserdienstlichen Verkehr auch Gespräche über die politische Lage im dritten Reiche bis zu dessen Zusammenbruch geführt wurden. Herr G. hat stets seine Mitgliedschaft zur Partei und zur SA (zuletzt als Sanitätstruppführer) nur als rein formal angesehen. Es war praktisch wie bekannt, ausgeschlossen, dass ein Angehöriger einer Universität im dritten Reich nicht in irgendwelcher formaler Beziehung zur Partei oder deren Formationen stand. Persönlich ist Herr G. niemals aktiv im Sinne der von der Partei vertretenen Weltanschauung hervorgetreten, seine Verpflichtungen gegenüber der Partei oder SA beschränkten sich auf die nur unbedingt notwendigen dienstlichen Beteiligungen.

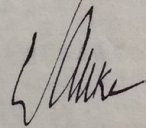


Abbildung 42: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren, unterschrieben von Prof. Robert Wanke (1896-1962) (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

A b s c h r i f t

Herr Prof. Dr. Eduard Güntz ist mir seit Jahren bekannt.
In dem Zeitraum 1935/46 habe ich des öfteren mit ihm über die von ihm ärztlich betreute Thea-Diederichsen-Stiftung, deren Fortbestehen durch die Entwicklung der Zeitverhältnisse sehr in Frage gestellt war, verhandelt. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass es nur dem selbstlosen Einsatz und der Fürsorge des Herrn Prof. Güntz zu verdanken ist, wenn die Thea-Diederichsen-Stiftung als Wohlfahrtseinrichtung erhalten geblieben ist.

Dass Herr Prof. Güntz sich für die Naziartei eingesetzt hat oder irgendwie für diese geworben hat, habe ich nie bemerkt. Nach meinem Eindruck lebte er nur für seine Forschungen, seine ihm in der Thea-Diederichsen-Stiftung anvertrauten Kinder und seine Patienten.

Ich habe der N.S.D.A.P. nicht angehört.

Kiel, den 30. Juni 1946.

Gez. Johs. Sebelin
Bankprokurist.

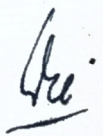


Abbildung 43: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

Beglaubigte Abschrift.

Anfang 1941 kam ich als Hilfsärztin an die Chirurg. Univ. Klinik nach Kiel u. habe von 1943 bis Anfang 1945 an der Orthopädischen Abteilung unter Herrn Prof. Dr. Güntz als alleinige Assistentin gearbeitet. Durch das tägliche Zusammensein in der Klinik habe ich Herrn Prof. Dr. Güntz nicht nur dienstlich, sondern, glaube auch, seine persönliche Einstellung u. Meinung in allgemeiner u. vor allem auch politische Hinsicht genügend kennengelernt, um mir ein Urteil erlauben zu dürfen. Ich war daher, wie auch die anderen Mitarbeiter in der Orthopädie aufs höchste erstaunt, als ich erfuhr, daß ausgerechnet Herr Prof. Dr. Güntz wegen seiner Zugehörigkeit zur NSDAP entlassen worden ist. Denn ich habe niemals erlebt, daß Herrn Prof. Dr. Güntz sich irgendwie aktiv betätigt hat, er war den ganzen Tag in der Klinik in so reichlicher Masse beschäftigt, daß wir eine solche Tätigkeit hätten bemerkt haben müssen. Auch in seinen Gesprächen u. in seinem Handeln war er alles andere als aktivistisch. Ich habe nichts erlebt, auch nicht in seinen Vorlesungen, die ich regelmäßig mitbesucht habe, was auch nur im entferntesten dazu berechtigen könnte in ihm einen Überzeugten und aktivistischen Nationalsozialisten zu erblicken. Er stand sachlich und/kritisch u. daher in sehr vielen Dingen ablehnend den parteipolitischen Verhältnissen gegenüber, ohne daß er dies mit vielen Worten bekundete, wie man es sonst vielfach bei anderen nach der einen oder anderen Seite hin erleben konnte. Er ging völlig in seinem Beruf auf.

Da ich es für unverständlich halte, daß Herr Prof. Dr. Güntz als ein aktiver Nationalsozialist angesehen wird, sodaß er entlassen wurde, habe ich mich ihm als Zeuge angeboten. Ich selbst habe weder der Partei noch einer Gliederung angehört, da ich sie ablehnte u. in meiner bisherigen beruflichen Tätigkeit eine Teilnahme für mich nicht erforderlich war. Ich versichere die Richtigkeit der Angaben an Eidesstatt.

Unterschrift
gez. Marga Dietrich

Die Richtigkeit der Unterschrift
wird von mir bezeugt.
gez. Schw. Heide Ludwig

Vorstehende Abschrift stimmt mit der Urschrift wörtlich überein
und wird hiermit beglaubigt.-

Kiel, den 5.2.49



Handwritten signature: G. Hess

Abbildung 44: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

Beglaubigte Abschrift.

Kiel, den 8. März 1946

Als wir erfuhren, daß Herr Prof. Güntz wegen Parteizugehörigkeit aus seiner Stellung entlassen worden sei, waren wir höchst überrascht. Die Unterzeichneten, die selbst niemals der NSDAP angehört haben, möchten von sich aus folgendes bezeugen:

Wir haben niemals irgend etwas bemerkt, was darauf schließen ließe, daß Herr Prof. Dr. Güntz ein aktiver Nationalsozialist gewesen ist. Im Gegenteil, manche von uns haben gänzlich gewußt, daß er in der Partei gewesen ist. Er ist äußerlich niemals als Nationalsozialist in Erscheinung getreten, wir bemerkten weder bei ihm eine Parteiuniform, noch irgendeine Teilnahme am SA-Dienst oder anderen Parteiorganisationen. Aber auch in seinem ganzen Wesen und Gesprächen mit ihm ist es uns niemals aufgefallen, daß er ein Überzeugter oder parteimäßig eingestellter Nationalsozialist gewesen sein könnte. Er lebte eigentlich nur der Tätigkeit in seinem Beruf, für den er gänzlich aufging. Wir haben stets gern mit ihm zusammengearbeitet und seine offene, immer freundliche und hilfsbereite Art geschätzt. Das gleiche bemerkten wir bei ihm im Verkehr mit den Kranken, bei denen er sich eines besonderen Vertrauens erfreuen durfte.

Die Richtigkeit dieser Angaben wird an Eidesstatt bekundet:

gez. Rönfeldt, August	gez. Willy Suhr
gez. Anni Philippsen	gez. G. Hagemann
gez. Heinrich Fjßdem	gez. M. Förster
gez. Schwester Elisabeth Brandt	gez. Hefriede Böttel
gez. Schwester Martha Kühn	gez. Else Steen
gez. Ludw. Farstle	gez. Frieda Frey
gez. R. Sternert	gez. Paula Schlüssel
gez. Schwester Margarete Pahl	gez. Margarete Koch
gez. Schwester Erna Burmeister	gez. H. Heese
gez. Schwester Margarete Laudanski	gez. H. Holz
gez. Erika Stübgen	gez. W. Schlüter
gez. Schwester Ella	gez. M. Stobbe
gez. Charlotte Borchers.	gez. E. Witt
gez. Gisela Kloetzel	gez. Else Dose
	gez. Gerda Frey
	gez. Ursula Heßig

Vorstehende Abschrift stimmt mit der Urschrift wörtlich überein und wird hiermit beglaubigt.

Kiel, den 5.2.49



Handwritten signature

Abbildung 45: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

Prof. Dr. med. E. Güntz
Leiter der Orthop. Univ. Abtlg.
an der Chirurgischen Klinik.

Kiel, 2. Mai 1949

An
Seine Spektabilität
den Herrn Dekan
der Medizinischen Fakultät der Universität Frankfurt/Main
Herrn Prof. Dr. Wetzler.

Als Ergänzung zu den von mir eingereichten Fragebogen und entlastenden Zeugnissen erlaube ich mir, im Folgenden die schwerwiegenden Gründe aufzuzeichnen, die mich gezwungen haben, bereits im Mai 1933 in die NSDAP einzutreten.

Vom 1.9.28 bis 30.4.32 war ich mit einer dreivierteljährlichen Unterbrechung, in welcher ich internistisch gearbeitet habe, als Assistent und zuletzt als Oberarzt unter Herrn Geheimrat S c h m o r l am Pathologischen-anatomischen Institut Dresden-Friedrichstadt tätig. Während dieser Zeit habe ich mich an den einzigartigen Forschungsarbeiten Schmorls über die pathologische Anatomie der Wirbelsäule beteiligen können und als sein letzter Oberarzt eine besondere Erfahrung in diesem bis dahin noch kaum erforschten Gebiet des menschlichen Körpers sammeln können. Die Folgen dieser neuerkannten Wirbelsäulenveränderungen für den lebenden Menschen waren bis dahin noch kaum bekannt, ihre klinischen Erscheinungen waren noch nicht geklärt, so dass ich es mir zur besonderen Aufgabe gestellt hatte und mich geradezu verpflichtet fühlte, nunmehr von klinischer Seite die wissenschaftlichen Forschungen auf dem Gebiet der Wirbelsäule fortzusetzen. Dies war der Grund warum ich als klinisches Fachgebiet die Orthopädie gewählt habe. In Herrn Prof. H o h m a n n fand ich einen Lehrer und Chef, der für die Durchführung meiner Aufgaben weitgehendes Verständnis zeigte und mir jede Förderung zu teil werden liess. Am 1.5.1932 wurde ich an der unter seiner Leitung stehenden Orthopädischen Universitätsklinik in Frankfurt/Main Assistent. Dass mit dieser Forschungstätigkeit an einer Universitätsklinik die Habilitation erstrebt werden musste um die neuen Erkenntnisse selbst in Vorlesungen vertreten zu können, war selbstverständlich und daher sowohl mein eigenes Ziel als auch der Wunsch meines damaligen Chefs.

Abbildung 46: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

Mitten in meine Arbeit hinein, die mir als jungem orthopädischen Assistenten mit eigener wissenschaftlicher Vorbildung und besonderer Zielstrebigkeit durch die Missgunst älterer Kollegen nicht immer leicht gemacht wurde, fielen die politischen Ereignisse vom Januar 1933.

Da nach meiner Meinung ein Arzt unvoreingenommen allen seinen Patienten gegenüberstehen muss und deshalb frei von politischen Bindungen sein sollte, habe ich bis dahin niemals einer politischen Partei angehört, war auch noch zu jung und von meiner beruflichen und wissenschaftlichen Tätigkeit so eingenommen und beansprucht, dass ich noch keine aus Erfahrung heraus geformte politische Ansicht vertrat. Ich kam daher auch gar nicht auf den Gedanken, dass die politischen Ereignisse einen Einfluss auf meine Arbeiten und meine Universitätslaufbahn haben könnten, bis bekannt wurde, dass die Tätigkeit an der Universität, insbesondere die Erlangung einer Dozentur nur bei Zugehörigkeit zur NSDAP möglich sein würde. Von einem Kollegen in der Medizinischen Klinik wurde und damals (April 33) nahegelegt, auf jeden Fall noch vor der bevorstehenden Aufnahmesperre der Partei beizutreten. Ein Fernbleiben wurde für Gegnerschaft angesehen, drohend wurden entsprechende nachteilige Folgen für die weitere berufliche Laufbahn in Aussicht gestellt.

Ich war neben meiner Assistententätigkeit in der Klinik, die mir zunächst meine Ausbildung in der Orthopädie verschaffen musste, vollauf mit meinen wissenschaftlichen Arbeiten, der bevorstehenden Habilitation und der Fertigstellung meines Wirbelsäulenbuches beschäftigt und war völlig auf diese Ziele eingestellt, die nicht durch irgendwelche zeitbedingten Ereignisse gefährdet bzw. unmöglich gemacht werden durften. Es blieb mir daher nichts anderes übrig, als zwischen Aufgabe meiner wissenschaftlichen Laufbahn, schneller Facharztausbildung und rechtzeitiger Umschwenkung in die Praxis einerseits und dem Eintritt in die Partei andererseits zu wählen. Da unterdessen Herr Geheimrat Schmorl gestorben war und ich als sein letzter Schüler mich nun erst recht verpflichtet fühlte, die angefangenen und erfolgsversprechenden Arbeiten weiterzuführen, so blieb mir keine andere Wahl, als dem Druck der Verhältnisse nachzugeben. Ich trat daher am 1.5.33 in die NSDAP ein und glaubte mit diesem formalen Schritt den Verhältnissen Rechnung getragen zu haben, um in Ruhe und Sicherheit weiterarbeiten zu können.

Abbildung 47: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

Die Partei verlangte jedoch sogleich aktive Mitarbeit und Übernahme eines Amtes, welcher Forderung man sich nur entziehen konnte, wenn man nachweisen konnte, dass man einer Gliederung der NSDAP angehörte. Da in keiner Weise parteipolitisch gebunden oder in eine Tätigkeit eingespannt zu werden, deren Inhalt ich völlig ablehnte, trat ich mit einigen anderen Kollegen, die in der gleichen Situation waren, in die SA ein. Diese war am wenigsten politisch, die verlangte Tätigkeit rein ärztlich. Es gelang mir, den Dienst in der SA nur unregelmässig und schliesslich jahrelang überhaupt nicht mehr mitzumachen und mir so den Weg für die eigenen Arbeiten offen zu halten. Trotz wiederholter Aufforderung weigerte ich mich konsequent, aus der Kirche auszutreten. Die später wiederholt an mich ergangene Aufforderung zur SS Überzutreten lehnte ich entschieden ab, obwohl mir gesagt wurde, dass die SS den massgeblichen Einfluss auf die Berufung an den Hochschulen ausübe. Trotz meiner Zugehörigkeit zur Partei habe ich weder in wissenschaftlichen Arbeiten, noch im Verkehr mit den Kranken, noch im Privatleben die antijüdischen Anordnungen befolgt. Ich habe jüdische Autoren genannt und berücksichtigt, wie die Literaturverzeichnisse meiner Arbeiten zeigen, habe jüdische Patienten, solange sie noch in die Klinik kamen, genauso wie jeden anderen Patienten behandelt (vielleicht gibt es in Frankfurt noch solche Patienten, die dies bezeugen können) und habe auch keinen Unterschied zwischen jüdischen und nicht-jüdischen Geschäften bei Einkäufen privater Natur gemacht, welches zur Folge hatte, dass ich 1934 ein Parteiverfahren angehängt bekam, mit dem Ziel, mich aus meiner Universitätslaufbahn auszuschliessen, was nur mit grossen Schwierigkeiten verhindert wurde. Seitdem waren wir in gemeinster Weise Schikanen und Bespitzelungen durch im Hause wohnende Parteigenossen ausgesetzt. Ähnliche Bespitzelungen widerfuhren uns auch später in Kiel durch Hausangestellte. Trotzdem habe ich mich dadurch nicht beeinflussen lassen, ich besitze noch zufällig einen Briefwechsel mit einer jüdischen Antiquitätenhändlerin in Frankfurt aus dem Jahre 1942/43 und einer notariellen Bestätigung dieser Angelegenheit anlässlich ihrer Nachlassregelung.

Zum Schluss möchte ich auf meine wissenschaftlichen Arbeiten und die Zeugnisse meiner beruflichen Beurteilung hinweisen. Sie dürften hinreichend zeigen, wie ich meinen Beruf als Arzt und Hochschullehrer aufgefasst und erfüllt habe.

Abbildung 48: Stellungnahme zum Entnazifizierungsverfahren (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

Frankfurt a.M., den 27.2.1951

Der Prüfungsausschuss der Universität Frankfurt a.M. für die politische Haltung von Hochschullehrern, bestehend aus den Dekanen der fünf Fakultäten, hat in seiner Sitzung vom 26.2.1951 den Antrag der Medizinischen Fakultät auf Berufung des

Herrn Professor Dr. Eduard Güntz

auf den Lehrstuhl für Orthopädie beraten. Der Ausschuss stimmt der Berufung von Herrn Prof. Güntz zu.

Professor Güntz ist zwar Mitglied der NSDAP und der SA gewesen, hat sich aber, wie aus der Erklärung des ersten Rektors der Frankfurter Universität seit dem Kriege, Professor Dr. Hohmann, München, hervorgeht, niemals Handlungen zuschulden kommen lassen, die als eine unentschuld bare Betätigung im Sinne des Nationalsozialismus aufzufassen wären. Die Erklärung Professor Hohmanns lässt erkennen, dass Professor Güntz durch die nationalsozialistische Propaganda zunächst getäuscht worden ist; aus ihr geht aber zugleich hervor, dass er sich, sobald er die Minderwertigkeit der damaligen politischen Grundsätze erkannte, vom Nationalsozialismus innerlich und soweit das anging auch äußerlich zurückgezogen hat. Der Ausschuss hat unter diesen Umständen keine Bedenken gegen die Berufung von Herrn Professor Güntz.

Coing
(Prof. Dr. Coing)

Dekan d. Rechtswissenschaftl. Fakultät

Gans
(Prof. Dr. Gans)

Dekan d. Medizinischen Fakultät

Horkheimer
(Prof. Dr. Horkheimer)

Dekan d. Philosophischen Fakultät

Franz
(Prof. Dr. Franz)

Dekan d. Naturwissenschaftl. Fakultät

Sauermann
(Prof. Dr. Sauermann)

in Vertretung d. Dekans der Wirtschafts- u. Sozialwissenschaftlichen Fakultät

Abbildung 49: Berufung zum Professor für Orthopädie (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin, Ordner E. Güntz, Frankfurt am Main)

8

Antrittsvorlesung am 23.1.1952, 16.00 h , in der Aula der
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/M, des
Prof.Dr.med.Eduard G ü n t z , Ordinarius für Orthopädie
und Direktor der Orthopädischen Universitäts-Klinik, Ffm.

Diese Kopie wurde im Universitätsarchiv der Entwicklung der Orthopädie zu einem eigenen
Frankfurt am Main (UAF) hergestellt. Lehr- und Forschungsfach der Medizin."

Weitergabe und Veröffentlichung sind
nur mit schriftlicher Genehmigung des
UAF gestattet.

Signatur: UAF, Abt. 4., Nr. 1/47 Bl. 8

Wenn ich heute für meine Antrittsvorlesung das Thema ge-
wählt habe: "Die Entwicklung der Orthopädie zu einem eigenen
Lehr- und Forschungsfach der Medizin", so hat dieses seinen
besonderen Grund. Die Deutsche Orthopädische Gesellschaft
blickt am 1. April auf ein 50 - jähriges Bestehen zurück. Die-
ser Tag des Jahres 1902 bedeutet gleichzeitig die Geburts-
stunde einer Deutschen Orthopädie überhaupt.

Es ist naheliegend und besonders reizvoll, die Ent-
wicklung zu verfolgen, durch die es zu einer solchen Gründung kam
und zu sehen, welche Früchte daraus hervorgegangen sind. Für
den Hochschullehrer, der die Ehre hat, dieses Fach zu vertre-
ten, gibt es noch einen weiteren Grund, vor seinen Studenten
eine solche Entwicklung vorzutragen. Der Unterricht des me-
dizinischen Hochschullehrers ist mehr als nur ein Übermitteln
von Fachkenntnissen. Nur der wird ein guter Arzt werden, der
den beschwerlichen Weg kennt, welcher begangen werden musste,
bis der heutige Stand unseres Wissens erreicht wurde und auf
dem auch weiterhin nicht haltgemacht werden darf. Denn es ist
uns Ärzten nicht vergönnt, unser Handeln mit so sicherem Voraus-
blick zum Wohle der sich uns anvertrauenden Kranken anzubringen,
wie es der nüchterne, mit dem 1 x 1 rechnende Mensch zu tun
gewohnt ist und es auch von uns Ärzten erwartet. Aber so ver-

-2-

Abbildung 50: Titelblatt: Antrittsvorlesung (Quelle: Universitätsarchiv Frankfurt am Main, Personalhauptakte Güntz)

Professor Eduard Güntz zum 65. Geburtstag

Wie gern bin ich der Aufforderung, diese Laudatio zu schreiben, gefolgt. Wie viele schöne Erinnerungen steigen dabei auf. Liebe Schüler, die längst schon Meister geworden sind, als Nachfolger zu erleben, zeigen, daß das Leben uns noch immer wieder schöne Seiten beschere kann. Und so habe ich der Aufforderung entsprochen. Ich will erzählen:

Eines Tages besuchte mich in der Orthopädischen Klinik Friedrichsheim in Frankfurt a. M. der Privatdozent Dr. Herbert Junghanns, in der dortigen Chirurgischen Universitätsklinik bei Schmieden tätig, und empfahl mir einen Kollegen, der mit ihm beim Pathologen Geheimrat Schmorl in Dresden tätig war, dort Oberarzt wurde, und der sich jetzt der Orthopädie widmen wolle. Da die Empfehlung gut war und die Pathologie für spätere Orthopädie eine wichtige Grundlage bildet, nahm ich die Bewerbung an. Mai 1932 trat Eduard Güntz in unsere Klinik ein. Kurz vorher hatte er in Dresden auch noch auf der Inneren Abteilung gearbeitet, die von Prof. Rostowski geleitet wurde, den ich früher schon in Würzburg bei Herrn Prof. Dr. von Leube kennengelernt hatte. Schon wenige Monate später sollte Güntz den Nachruf für seinen früheren Lehrer Geheimrat Schmorl schreiben, der im August 1932 gestorben war. Da lernte ich seinen Stil kennen und die feine menschlich warme Betrachtung, das Erleben der großen Persönlichkeit, welche Schmorl gewesen sein mußte. Der Wirbelsäule und ihren Erkrankungen hatte er sein besonderes Interesse gewidmet. Ich verweise nur auf das bekannte, in vielen Auflagen erschienene Buch „Schmorl-Junghanns, Die gesunde und kranke Wirbelsäule“. Und so hat auch Güntz sich oft und immer wieder mit der Wirbelsäule beschäftigt, mit der Kyphose, mit dem Bechterew, mit den Zwischenwirbelscheiben. Besonders hervorzuheben sind die Beiträge in unserem orthopädischen Handbuch, 6 große wichtige Kapitel habe ich gezählt. Wiederholt hat er über den Fuß und seine Pathologie gearbeitet, den angeborenen Plattfuß, die inkonstanten Skelettelemente, die Metatarsalköpfchenerkrankung, das Grundsätzliche und die Behandlung des angeborenen Klumpfußes usw. bearbeitet. Prof. Hauberg hat uns in seinem schönen Geburtstagsartikel zum 60. Geburtstag eine vollständige Aufzählung der vielen vielen Arbeiten von Güntz gegeben, wofür wir ihm sehr danken müssen. Eine Arbeit aber möchte ich noch besonders erwähnen, die von ihm und mir zusammen gearbeitet ist. Sie heißt: „Einseitige entzündliche Knochenveränderungen an einzelnen Gelenkfortsätzen der Lendenwirbelsäule als Ursache schwerer Bewegungsstörungen“, in Z. f. Orthop., Bd. 66, 1937, eine Untersuchung und Behandlung von 2 verhältnismäßig seltenen Befunden an der Lendenwirbelsäule mit gleicher Bewegungsstörung. So könnte ich aus dem Schatz von Titeln noch manches herausgreifen.

1 Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 106. Bd.

Abbildung 51: Festschrift Hohmann (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, Bd. 106)

Nach langem schwerem, mit großer Geduld ertragenem Leiden
entschlief am 28. Juni 1973 mein lieber Mann, unser gütiger Vater

Prof. Dr. med. EDUARD GÜNTZ

im 70. Lebensjahr.

Wir trauern um ihn.

Gretel Güntz, geb. Seifert
Ute Harms, geb. Güntz
Fritz H. Harms
Kirsten, Britta und Fritzi
Familie Dr. med. Hans Güntz

6071 Götzenhain, Eichendorffstraße 2

Die Beerdigung findet am Mittwoch, dem 4. Juli 1973, um 14.00 Uhr
auf dem Friedhof in Götzenhain statt.

Anstelle zugedachter Blumen bitten wir um eine Spende für das DRK - Körper-
behindertenheim, Schloß Wolfsgarten, Patenschafts - Kto. Nr. 1543 - 8 bei der
Berliner Handelsgesellschaft, Frankfurter Bank, Frankfurt, Neue Mainzer Straße.

Von Beileidsbesuchen bitten wir absehen zu wollen.

**Abbildung 52: Todesanzeige (Quelle: Fotoalbum, Archiv der Orthopädischen
Universitätsklinik, Frankfurt am Main)**

**Sonderdruck
aus „Hessisches Ärzteblatt“**

Heft 8 August 1973

**In memoriam
Professor Dr. med. Eduard Güntz**

Herr Professor Dr. med. Eduard Güntz ist tot. Der emeritierte ordentliche Professor der Orthopädie verstarb am 28. Juni 1973 einige Wochen vor seinem 70. Geburtstag.

An dieser Stelle sollte ein Glückwunsch den Dank der Schüler an ihren Lehrer ausdrücken. Nun kann dies nur noch ein Nachruf tun.

Für den am 27. August 1903 geborenen Arztsohn stand es außer Frage, daß er der Tradition der Familie folgend ebenfalls den ärztlichen Beruf ergreifen würde. Nach Studienjahren in Marburg, Würzburg und München begann er in Dresden seine ärztliche Laufbahn. Sie wurde entscheidend geprägt durch seine Tätigkeit am Pathologischen Institut des Krankenhauses Dresden-Friedrichsstadt und hier durch seinen Lehrer Professor Dr. Schmorl. Die systematische pathologisch-anatomische Erforschung von Wirbelsäulenerkrankungen prägte den weiteren wissenschaftlichen Lebensweg des jungen Arztes.

Den Nachfolger von Junghans in der Oberarztfunktion am Schmorl'schen Institut drängte es jedoch, die erworbenen Kenntnisse aus der pathologischen Anatomie in den klinischen Bereich zu übertragen, um durch verbesserte Diagnostik therapeutischen Nutzen für die Patienten erzielen zu können. So bewarb er sich um eine Stelle an der Orthopädischen Universitätsklinik „Friedrichsheim“ in Frankfurt/Main und wurde Schüler von Professor Dr. med. Georg Hohmann. Nach zahlreichen Arbeiten aus dem gesamten Fachgebiet der Orthopädie habilitierte sich der 1. Assistent der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt/Main dann mit der wissenschaftlichen Arbeit über „Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule“. Damit fand das zielstrebige Wollen, die pathologisch-anatomischen Erfahrungen in klinische Erkenntnisse umzusetzen, seinen sichtbaren Ausdruck. Bereits 1938 wurde der Hohmann-Schüler nach Kiel berufen und dort zum Leiter der Orthopädischen Abteilung ernannt. Den tatendurstigen jungen Wissenschaftler und Abteilungsleiter traf dann 1939 ein schweres Schicksal. Er erkrankte an einer Poliomyelitis, die ihn lange Zeit ans Krankenbett fesselte und ihn nach länger, mit großer Geduld ertragener



Krankheitsdauer in seiner physischen Leistungsfähigkeit beeinträchtigte.

Mit großer, bewundernswerter Energie gelang es Eduard Güntz, die Folgen der Erkrankung so weit zu überwinden, daß er wieder seine Tätigkeit in Kiel aufnehmen konnte. In Anerkennung seiner Leistung und seines unermüdbaren Schaffens für sein Fachgebiet wurde er 1939 zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

1951 erfolgte dann die Berufung von Professor Dr. Güntz auf den Lehrstuhl für Orthopädie in Frankfurt/Main, wo er Nachfolger seines Lehrers Hohmann und gleichzeitig Direktor der großen Orthopädischen Universitätsklinik „Friedrichsheim“ wurde. Hier an seiner früheren Wirkungsstätte begann für Professor Dr. Güntz eine erfolgreiche und glückliche Zeit. Mit ungeheurem Einsatz, der oft weit über seine physische Belastbarkeit hinausging, packte er die Aufgaben des Wiederaufbaus der Klinik und ihrer Erweiterung, die Fortführung ihres wissenschaftlichen Rufes, die Schaffung eines Rehabilitationszentrums und den Neubau der Lehranstalt für Krankengymnastik an. Sein unermüdbares Wirken hat ihm die Anerkennung seiner Fachkollegen in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie verschafft, deren Präsident er 1963 und 1964 war; es hat ihm die Achtung und Anerkennung seiner Kollegen in der Fakultät gebracht und den Respekt des Vorstandes des Vereins „Friedrichsheim“ als Träger der Orthopädischen Universitätsklinik.

Dies alles wäre es wert, ein erfolgreiches Leben genannt zu werden, selbst wenn das nicht gewesen wäre, was den Klinikchef und Lehrer, was den Arzt und Menschen Güntz ausmachte und auszeichnete: es war dies die von menschlichem Verständnis, Güte und Herzenswärme geprägte Art, Schüler zu führen und zu lehren, Patienten zu helfen und zu heilen, Menschen zu lieben und zu verstehen, in ihnen immer wieder nur das Gute zu suchen und zu sehen; als Forscher, als Lehrer, als Arzt, als Mensch stets ein Vorbild!

W. Bechtoldt

Abbildung 53: Nachruf, verfasst von Wolfgang Bechtold (1922-1986)(Quelle: Hessisches Ärzteblatt, Heft 8, 8/1973)

Arztl. Bibliothek
Stadtkrankenhaus
Dresden.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT

A. 16.

FÜR DIE

GESAMTE GERICHTLICHE MEDIZIN

FORTSETZUNG DER VIERTELJAHRSSCHRIFT FÜR GERICHTLICHE
MEDIZIN UND ÖFFENTLICHES SANITÄTSWESSEN

ORGAN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GERICHTLICHE UND
SOZIALE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

P. FRAENCKEL
BERLIN

E. SCHULTZE
GÖTTINGEN

F. STRASSMANN
BERLIN

E. ZIEMKE
KIEL

Sonderabdruck aus 15. Band. 5. Heft

Eduard Güntz:

**Nitrobenzolvergiftung mit allgemeiner Blutgerinnung
und hämorrhagischer Encephalitis**



BERLIN

VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1930

Dtsch. Z.
gerichtl. Med.

Abbildung 54: Titelblatt: Nitrobenzolvergiftung (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

A-6

Sonderabdruck aus der „Frankfurter Zeitschrift für Pathologie“.

40. Band. 1930.

Verlag von J. F. Bergmann in München.

Aus dem Path.-anatomischen Institut des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt.
(Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. G. Schmorl.)

Schrumpfnebnieren mit Hodenatrophie.

Zugleich ein Beitrag zu Wesen und Bedeutung der Zwischenzellen.

Von

Dr. med. Eduard Güntz, Assistenzarzt.

Abbildung 55: Titelblatt: Schrumpfnebnieren (Quelle: Recherche durch Herrn Lichtenberger am Schmorl'schen Institut in Dresden, 2016)

Nicht einzeln im Buchhandel käuflich.

Aus dem Pathologisch-Anatomischen Institut des Stadtkrankenhauses
Dresden-Friedrichstadt

(Direktor: Geheimrat Professor Dr. Dr. G. S c h m o r l).

**Abnorme Geradehaltung der Brustwirbelsäule
bei Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben.**

Von Dr. med. **Eduard Güntz**, Oberarzt am Institut.

Mit 7 Abbildungen.

Sonderabdruck aus „Zeitschrift für orthopädische Chirurgie“ 58. Bd. 1932.

Herausgegeben von Prof. Dr. G. A. WOLLENBERG, Berlin.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Abbildung 56: Titelblatt: Abnorme Geradehaltung der Brustwirbelsäule bei Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben, 1932 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie, 58. Band)

Tabelle 1

Musculus	10. 8. 39	20. 8. 39	8. 9. 39	15.10.39	1.12.39	Jan. 40	März 40	Mai 40	Juli 40	Okt. 40	April 42	Okt. 49	Bemerkungen
Kopf- u. Halsmuskeln rechts													
Gesichtsmuskeln	+	++	++	++	++*	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Augenm. (Abducens)	+	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Sternocleidomastoideus	0	(+)	+	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Scaleni	0	0	0	0	0	(+)	(+)	+	++	+++	+++	+++	
Kaumuskeln	+	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Schluckmuskeln	0	(+)	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Kopf- u. Halsmuskeln links													
Gesichtsmuskeln	+	0	+	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Augenm. (Abducens)	0	(+)	(+)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Sternocleidomastoideus	0	(+)	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Scaleni	0	0	0	0	0	(+)	(+)	+	++	+++	+++	+++	
Kaumuskeln	+	+	++	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Schluckmuskeln	0	(+)	++	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Intercostales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Zwerchfell	+	+	+	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Rumpfmuskeln rechts													
Lange Rückenstrecker	0	0	(+)	+	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Transversus abdominis	0	0	0	(+)	(+)	(+)	+	+	+	+	+	+	
Obliquus int. abd.	0	0	0	0	0	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	
Obliquus ext. abd.	0	0	0	0	0	((+++))	((+++))	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	vorderer Teil lateral „ oberer „ unterer „
Rectus abdominis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rumpfmuskeln links													
Lange Rückenstrecker	0	0	(+)	(+)	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Transversus abdominis	0	0	((+++))	+	+	+	+	+	++	++	++	++	

Abbildung 57: Polio Muskelgruppen Tabelle 1, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)

Obliquus int. abd.	0	0	((+++))	+	+	+	+	+	++	++	++	++	
Obliquus ext. abd.	0	0	((+++))	+	+	+	+	+	+	+	++	++	
Rectus abdominis	0	0	0	(+)	(+)	+	+	+	+	+	++	++	
Obere Gliedmaßen rechts													
Trapezius oberer Teil	0	0	(+)	+	+	+	+	+	++	++	++	+++	
Trapezius unterer Teil	0	0	0	0	(+)	+	+	+	++	++	++	+++	
Rhomboideus	0	0	0	(+)	(+)	+	+	+	++	++	++	+++	
Supra spinam	0	0	0	((+++))	(+)	+	+	++	++	++	+++	+++	
Infra spinam	0	0	0	(+)	+	+	+	+	++	++	++	+++	
Teres major	0	0	((+++))	++	++	++	++	+	++	+++	+++	+++	
Latissimus dorsi	0	0	((+++))	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	
Pectoralis major	0	0	0	0	((+++))	((+++))	(+)	++	+	+	++	++	einzelne Muskelbündel
Pectoralis minor	0	0	0	0	((+++))	?							
Serratus anterior	0	0	0	0	+	++	++	++	++	++	+++	+++	
Deltoides	0	0	0	((+++))	+	+	+	+	+	+	++	++	
Coracobrachialis	0	0	0	+	+	+	+	+	++	++	++	++	
Biceps	0	0	(+)	+	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Brachialis	0	0	(+)	+	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Triceps	0	0	0	((+++))	(+)	+	+	+	+	+	++	++	
Pronator teres	0	0	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	
Pronator quadratus	0	0	0	0	0	((+++))	(+)	(+)	(+)	(+)	+	+	keine Endpronation
Supinator	0	0	+	+	+	++	++	++	++	+++	+++	+++	
Brachioradialis	0	0	+	+	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Extensor carpi rad.	0	0	(+)	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Extensor carpi uln.	0	0	+	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Extensor digit. comm.	0	0	(+)	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Extensor indicis	0	0	(+)	(+)	+	+	+	+	+	+	++	++	
Extensor poll. long.	0	0	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	
Abductor poll. long.	0	0	0	(+)	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	
Abductor poll. brevis	0	0	0	0	0	0	0	((+++))	((+++))	((+++))	0	0	
Flexor carpi rad.	0	0	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	
Flexor carpi uln.	0	0	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	

Abbildung 58: Polio Muskelgruppen Tabelle 2, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)

Fortsetzung der Tabelle 1

Musculus	10. 8. 39	20. 8. 39	8. 9. 39	15.10.39	1.12.39	Jan. 40	März 40	Mai 40	Juli 40	Okt. 40	April 42	Okt. 49	Bemerkungen
Flexor digit. superf.	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 (+)	(+)	(+)	(+)	+	+	+	+++	+++	+++	+++	
Flexor digit. prof.	4. 5. 0 ((+))	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 +	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 (+)	4. 5. 0 (+)	Zeigefinger et- was schwächer
Opponens u. adductor	0	0	0, +	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Interossei u. lumbr.	0	0	0	((+))	(+)	(+)	+	+	+	+	+	+	
Obere Gliedmaßen links													
Trapecius ob. Teil	0	0	0	0	(+)	(+)	+	+	+	+	+	+++	erst ein Strang jetzt vollständig
Trapecius unt. Teil	0	0	0	0	(+)	(+)	+	+	+	+	+	+++	
Rhomboideus	0	0	0	0	((+))	+	+	+	+	+	+	+++	
Supra spinam	0	0	0	0	((+))	(+)	(+)	(+)	(+)	+	+	+	von Delta- wirkung nicht sicher abzu- grenzen
Infra spinam	0	0	0	0	(+)	+	?						
Teres major	0	0	((+))	+	+	+	+	+	+	+	+	+++	
Latissimus dorsi	0	0	((+))	+	+	+	+	+	+	+	+	+++	
Pectoralis major	0	0	0	0	((+))	((+))	(+)	+	+	+	+	+++	einzelne Muskelbündel
Pectoralis minor	0	0	0	0	((+))	(+)	?					+	
Serratus anterior	0	0	0	0	((+))	+	+	+	+	+	+	+++	
Deltoideus	0	0	0	0	0	((+))	(+)	(+)	(+)	(+)	+	+	einzelne Bündel
Coracobrachialis	0	0	0	0	?	+	(+)	+	+	+	+	+	
Biceps	0	0	(+)	(+)	(+)	+	+	+	+	+	+	+++	
Brachialis	0	0	0	0	0	((+))	+	(+)	(+)	+	+	+	
Triceps	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+++	
Pronator teres	0	(+)	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	
Pronator quadratus	0	(+)	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	
Supinator	0	(+)	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	
Brachioradialis	0	(+)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+++	
Extensor carpi rad.	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	

Abbildung 59: Polio Muskelgruppen Tabelle 3, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)

Extensor carpi uln.	+	+	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Extensor digit. comm.	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Extensor indicis	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Extensor poll. long.	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Abductor poll. long.	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Abductor poll. brevis	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Flexor carpi rad.	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Flexor carpi uln.	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Flexor digit. superf.	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Flexor digit. prof.	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Opponens und Adduct.	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Inteross. u. lumbr.	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	
Untere Gliedmaßen rechts														
Iliopsoas	0	0	0	0	((+))	+	+	+	+	+	++	++	++	
Glutaeus maximus	0	0	0	((+))	(+)	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	
Glutaeus medius	0	0	0	((+))	(+)	(+)	+	+	+	+	++	++	++	
Tensor fasciae	0	0	0	((+))	(+)	+	+	+	+	+	++	++	++	
Quadriceps rectus	0	0	0	0	0	((+))	((+))	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Teilwirkung z. T. Tensorwir- kung einzelne Bündel
Quadriceps vastus lat.	0	0	0	0	0	((+))	((+))	(+)	+	+	+	+	+	
Quadriceps vastus med.	0	0	0	0	0	((+))	((+))	(+)	+	+	+	+	+	
Sartorius	0	0	0	0	0	((+))	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	
Biceps femoris	0	0	0	(+)	(+)	+	+	+	+	+	++	++	++	
Semimembr. u. gracilis	0	0	((+))	(+)	+	+	+	+	+	+	++	++	++	
Adductores breves	0	0	0	(+)	+	+	+	+	+	+	++	++	++	
Adductor magnus	0	0	0	(+)	(+)	+	+	+	+	+	++	++	++	
Tensor digit. long.	0	(+)	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Extensor hall. long.	0	(+)	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Tibialis ant.	0	(+)	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Fibulares	0	(+)	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Tibialis post.	0	(+)	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Flexor digit. long.	0	(+)	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	

Abbildung 60: Polio Muskelgruppen Tabelle 4, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)

Fortsetzung der Tabelle 1

Musculus	10. 8. 39	20. 8. 39	8. 9. 39	15. 10. 39	1. 12. 39	Jan. 40	März 40	Mai 40	Juli 40	Okt. 40	April 42	Okt. 49	Bemerkungen
Flexor hall. long.	0	0	((+))	+	+	+	+	++	++	+++	+++	++++	
Triceps surae	0	+	++	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	++++	
Kurze Fußmuskeln	+	+	++	++	++	++	++	++	++	+++	+++	++++	
Untere Gliedmaßen links													
Iliopsoas	0	0	0	((+))	((+))	+	+	+	+	++	++	++	
Glutaeus maximus	0	0	(+)	+	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	
Glutaeus medius	0	0	((+))	+	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	
Tensor fasciae	0	0	0	0	0	((+))	((+))	(+)	+	+	+	++	
Quadriceps rectus	0	0	((+++))	((+))	+	+	+	+	+	+	++	++	
Quadriceps vastus lat.	0	0	0	0	((+++))	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	+	+	
Quadriceps vastus med.	0	0	0	0	((+++))	((+++))	((+))	(+)	(+)	(+)	+	+	
Sartorius	0	0	0	((+))	(+)	+	+	+	+	++	++	++	
Biceps	0	0	((+))	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	
Semimembr. u. gracilis	0	0	((+))	(+)	+	+	++	++	+++	+++	+++	+++	
Adductores breves	0	0	0	((+))	(+)	+	+	+	+	++	++	++	
Adductor magnus	0	0	0	((+))	(+)	+	+	+	+	++	++	++	
Extensor digit. long.	(+)?	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Extensor hall. long.	(+)?	+	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Tibialis ant.	0	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Fibulares	0	(+)	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Tibialis post.	0	(+)	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Flexor digit. long.	0	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Flexor hall. long.	0	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Triceps surae	0	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Kurze Fußmuskeln	0 ?	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	

hebt U.-Schenkel trägt nicht d. Körperlast in einzelnen Strängen Tensor?

Abbildung 61: Polio Muskelgruppen Tabelle 5, 1950 (Quelle: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 79. Bd., 2. Heft)



Abbildung 62: Eiserne Lunge (Quelle: Deutsches Orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum)

Gebrauchsanweisung für die Dräger - Eiserne Lunge Modell E 52

Elektrischer Anschluß

Feststellen, ob die vorhandene Lichtnetzspannung und Stromart (110 oder 220 Volt, Wechsel- oder Gleichstrom) mit der Motorenspannung der E-Lunge (über deren Steckdose angegeben) übereinstimmen. Anschlußstecker der E-Lunge in die mit 10 Amp. gesicherte Lichtsteckdose stecken, die geerdet sein muß (Schuko-Dose).

Ansetzen der Hals- bzw. Schulterdichtung

Kopfstützenband soweit lockern, daß die untere Handmutter des Dichtungsflansches zugänglich wird. Die 3 Handmutter abschrauben und den Flansch abheben. Hals- bzw. Schulterdichtung (je 2 Größen!) auf die Gewindezapfen schieben, wobei die Riemen der Dichtung nach innen weisen. Flansch aufsetzen und mit den Handmuttern festziehen.

Einbringen des Patienten in die E-Lunge

a) Halsdichtung

Die nach innen weisenden Riemen der Dichtung durch die Kopfföffnung nach außen ziehen und an den 5 Haltestiften befestigen. Stecker der Kammerbeleuchtung abziehen und Sicherungshaken am rechten Gelenk des Kammerdeckels entfernen. Kammerdeckel aufklappen, an beiden Enden fassen und nach rechts abziehen. Wanne herausheben und Fußstütze nach Lösen der Handräder nach hinten ziehen - Den leicht bekleideten Patienten so auf die Matratze der Wanne legen, daß der Kopf über den Wannenrand hinausragt; dabei Kopf durch Hilfsperson abstützen. Wanne mit dem Patienten vom Fußende her in die E-Lunge einfahren, so daß der Kopf des Patienten durch die Dichtung schlüpft. Fußstütze einstellen und festschrauben. Kopf des Patienten durch Verstellen der seitlichen Hebel in die richtige Höhenlage zur Halsdichtung bringen und Kopfstützband bequem einstellen. Wappolster um den Hals des Patienten legen und die Riemen der Halsdichtung soweit nachlassen, daß die Dichtung mit leichtem Druck gleichmäßig anliegt.

b) Schulterdichtung

Passende Schulterdichtung einbauen (siehe oben), dabei auf gleichmäßige Lage des äußeren Gummiringes achten. Der Patient wird wie unter a) beschrieben in die E-Lunge gebracht. Dichtlippen der Schulterdichtung mit dem Finger umfahren, damit sie überall glatt anliegt. Riemen der Dichtung durch die seitlichen Ösen an der Kammerwand ziehen und an den oberen Ringen der Dichtung festlegen.

Einschalten der E-Lunge

a) Kammerbeatmung

Einatmung: Sog in der Kammer
Ausatmung: Druck in der Kammer
Kammerdeckel schließen und Kammeratemventile (beiderseits vom Schild »Kammer«) bis zum Anschlag auf »weniger« stellen. E-Lunge durch Umliegen des Hauptschalters am Motorengehäuse (rechts unten) in Betrieb setzen. Atemfrequenz der natürlichen Atmung des Patienten entsprechend einstellen.

Atemfrequenz

12-15 je Minute bei Erwachsenen.
15-25 je Minute bei Kindern je nach Alter.

Atemventile auf die gewünschten Atemdrücke einstellen: hierzu Knopf unter dem Meßinstrument »Atemdruck« eindrücken und etwas nach rechts drehen; dann ist das Meßinstrument eingeschaltet. Danach einstellen:

Atemdrücke

Einatmung: 10-15 cm WS
Ausatmung: 2-5 cm WS

Danach Meßinstrument wieder ausschalten.

Richtige Einstellung der Ventilation durch Messung des CO₂-Gehalts der Ausatemluft des Patienten überprüfen. - Beschreibung liegt dem CO₂-Meßgerät bei.

b) Dombeatmung

Einatmung: Druck im Dom
Ausatmung: Sog im Dom

Die beiden Atemventile - beiderseits vom Schild »Dom« - bis zum Anschlag auf »weniger« stellen. Der Dom wird über den Kopf des Patienten geschwenkt und mit 2 seitlichen Hebeln arretiert. Dann Kammer **gleich** öffnen. Atemventile (Dom!) so einstellen, daß der Einatmungsdruck im Dom gleich dem vorherigen Einatmungssog in der Kammer ist. - Bei wiederholter Umstellung von Kammer- auf Domatmung und umgekehrt bleibt beim gleichen Patienten die Einstellung der Atemventile unverändert.

Die Alarmvorrichtung

dient zur Überwachung der Kammerbeatmung; sie kontrolliert jedoch nicht die Dombeatmung. - In die Batteriegehäuse unterhalb der Alarmvorrichtung 3 Trokenelemente 1,5 V einsetzen. Wenn die E-Lunge in Betrieb ist, Warnanlage einschalten und den Verstellzeiger der Vorrichtung so einstellen, daß bei Absinken des geforderten Atemsogs um etwa 2-3 cm WS das Signal ertönt. - Beim Ertönen des Alarmsignals Atemdruck-Meßgerät einschalten und Fehler beseitigen (Hals- bzw. Schulterdichtung kontrollieren, Verschuß des Kammerdeckels überprüfen, gegebenenfalls Atemventile oder Atemfrequenz nachregulieren; bei Ausfall des Stromes Handbetrieb durchführen).

Handbetrieb

Bei Stromunterbrechung muß die E-Lunge von Hand weiterbetrieben werden. Hierzu wird der Handhebel auf den Wellenstumpf geschoben, der Kupplungsknopf gezogen und der Handhebel im Rhythmus der Atmung bewegt.

Neigen der E-Lunge

Laufrollen am Kopfende durch Niedertreten der Bremshebel arretieren. - Um das Fußende der E-Lunge zu heben, wird der Pumpenhebel seitlich unter dem Kopfende auf und ab bewegt, bis die gewünschte Lage erreicht ist (maximal etwa 20°). - Absenken der E-Lunge durch Drücken des Druckknopfes neben dem Pumpenhebel.

Entfernen von Sekret

Die Sekretpumpe befindet sich im Motorengehäuse und wird durch einen Schwenkhebel am Fußende der Kammer eingerückt. Darauf achten, daß die Sekretflasche nicht überläuft.

Wartung der E-Lunge

Die Gummidichtungen der Kammer und des Domes sind von Zeit zu Zeit mit Glycerin einzureiben (kein Öl verwenden!). Wenn die E-Lunge nicht im Gebrauch ist, Kammerdeckel und Dom nicht fest verschließen! Das Öl des Schneckengetriebes ist nach 500 Betriebsstunden zu wechseln, und zwar in warmem Zustand abzulassen, damit die in das Öl hineingeratenen Schmutzteilechen mit abfließen. Nächster Ölwechsel nach 1 Jahr.

Getriebe-Öl: Shell-Getriebeöl HDL oder Mobilöl GX 90 (Hypoid).

DRÄGERWERK · LÜBECK
HEINR. & BERNH. DRÄGER

Abbildung 63: Gebrauchsanweisung Eiserne Lunge (Quelle: Deutsches Orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum)

Güntz, Eduard, Prof., emer. Dir. d. Orthop. Univ.-Klin., 6 Frankfurt/M., Grethenweg 98. — *27. 8. 03 Erfurt. — **A:** 28. — **Prom:** 28. — **Hab:** 38 Frankfurt. — **F:** Orthop. — **V:** 27/31 inn. Abt. Johannstädter-Krhs. Dresden (Rostoski), 28 Chir. Klin. ebd. (Seidel), 28–30 Pathol. Anat. (Schmorl), 31–32 Oberarzt ebd., 32–38 Orthop. Univ.-Klin. Frankfurt/M. (Hohmann), 38–50 Leit. d. Orthop. Poliklin. u. Abt. a. d. Chir. Univ.-Klin. Kiel (A. W. Fischer), 50–51 Planm. Extraordinarius f. Orthop. a. d. Univ. Kiel. — **B:** Schmerzen u. Leistgs.störgn. b. Erkrankgn. d. WS. 1. Untersuchgn. WSkranke, 2. Erkrankg. d. Zwischenwirbelscheiben, Habil.-Schr. Stuttgart: F. Enke 1937. — Elektrotherap., Therap. Techn. f. d. ärztl. Praxis, 2. Aufl.; 3. Aufl. 1952. — Schäden d. WS. Das ärztl. Gutachten im

19 Chirurgen-Verzeichnis, 5. Aufl.

Abbildung 64: Publikationen von E. Güntz (Quelle: Chirurgenverzeichnis)

Versicherungswesen, hrsg. v. A. W. Fischer, Herget, Molineus, 2. u. 3. Aufl. Barth. — Kyphose i. Jugendalter, in: WS i. Forsch. u. Praxis, Bd. 2, hrsg. v. Junghanns, Hippokrates 1957. — WS u. Becken i. Ruhe u. Bewegung; Norm. Haltg. u. ihre Abweichgn.; Klin. Untersuchg. d. WS; Nicht entzündl. WSerkrankungen; Begutachtgs.fragen d. WS, in: Hdb. d. Orthop., i. 4 Bänden, Bd. 2, hrsg. v. Hohmann, Hackenbroch, Lindemann, Stuttgart Thieme 1958. — P: Op. Bhdlg. fr. Herzverletzgn., Diss. 1927. — Dercoumische Krankht. m. Gelenkverändergn. u. Glykosurie, Klin. Wschr. 1928. — Schrumpfnieren m. Hodenatrophie, Frankf. Z. Path. 40/1930. — Nitrobenzolvergiftg. m. allg. Blutgärung u. haemorrhag. Encephalitis, Z. gerichtl. Med. 1930. — Todesfall durch e. i. Haushalt gebräuchl. Putzpulver, ebd. — Versteifg. d. WS d. Fibrose d. Zwischenwirbelscheiben, Mitt. Grenzgeb. Med. Chir. 42/1931. — Alzheimersche Krankht. kombin. m. Simmondscher Erkrankg. (Hypophysärer Kachexie) (mit Schob), Allg. Z. Psychiatrie 97. — Abnorme Geradehaltg. d. BrustWS b. Verändergn. d. Zwischenwirbelscheiben, Z. orthop. Chir. 58/1933. — Pathol. Anat. d. Spondylarthrit. ankylopoetica, Fortschr. Röntgenstr. 59/1933. — Erkrankgn. d. Zwischenwirbelgelenke, Arch. orthop. Unfallchir. 34/1934. — Selt. Mißbildg. d. Lendenkreuzbeinüberganges, Röntgenpraxis 1934. — Klin. Beobachtgn. e. selt. akzessor. Knochenkernes am Fußskelet, e. Os sustentaculi, Zbl. Chir. 1934. — Knöch. Verändergn. a. unt. Pol d. Patella, Röntgenpraxis 1934. — Traumat. Verändergn. oder akzessor. Knochenkern a. Fußrücken zw. Cuneiforme II u. Metatarsale II, ebd. — Eigenart. Schnappbewegg. i. d. Zehengrundgelenken (Beitr. z. Frage d. Entstehg. d. Krallenzehen), Z. orthop. Chir. 63. — Haltgs.verändergn. d. WS b. Erkrankgn. d. Zwischenwirbelscheiben u. ihre Beziehg. zu Rückenschmerzen, Röntgenpraxis 8. — Bhdlg. d. Dornfortsatzbr., Münch. med. Wschr. 1936. — Einseit. entzündl. Knochenverändergn. a. einzelnen Gelenkfortsätzen d. LWS als Ursache schwerer Bewegungsstörgn. (mit Hohmann), Z. Orthop. 66/1937. — Vorgetäuschte Frakt. d. 1. Lendenwirbels, Röntgenpraxis 1938. — Gerät f. sämtl. Rö.aufnahmen d. Füße mit u. ohne Belastg. i. genauer Einstellg., ebd. — Rö. Darstellg. d. Metatarsalköpfchen u. Sesambeine, Z. Orthop. 68. — Pathol. Anat. d. angeb. Plattfußes, ebd. 69/1939. — Rö.bild d. Fußes, ebd. — Ist d. Bechterew e. Spondylarthrit.?, Dtsch. med. Wschr. 1940. — Entstehg. d. inkonstanten Skeletelemente d. Fußes, Beziehg. z. Pathol., Arch. Orthop. Unfallchir. 41/1941. — Bedeutg. d. Rückenstreckermuskulatur f. d. Entstehg. v. Wirbelkörperbr. d. Muskelzug im Starrkrampf (Tetanus-Cardiazolkrampf) einerseits u. v. Haltungskypnosen andererseits, ebd. — Gelbe u. braune Verfärbg. d. Zwischenwirbelscheiben, Dtsch. Z. Chir. 254. — Ist d. elektr. Bhdlg. Poliomyelitiskranker v. Nutzen u. wie soll sie gehandhabt werden?, Dtsch. med. Wschr. 1942. — Grundsätzl. i. d. Bhdlg. d. angeb. Klumpfußes (n. anat. Gesichtspktn.) Arch. Orthop. Unfallchir. 43. — Erfolge blut. Op. b. kontrakten Plattfuß d. Jugendl., ebd. — Anwendg. d. Marknagelg. n. Küntscher b. orthop. Knochenop., ebd. — Frühbhdlg. d. Metatarsalköpfchenerkrankg. d. Jugendl. (Köhler II), Z. 65. Geb. v. Prof. Hohmann am 28. 2. 1945, Z. Orthop. 77/1947. — Bhdlg. d. Poliomyelitis. Erlebnisbericht; „Herrn Prof. Dr. G. Hohmann z. 70. Geb. gewidmet“, ebd. 79/1950. — Seitl. Gipslieseschale z. Bhdlg. d. Skoliosen, Arch. Orthop. Unfallchir. 44/1950. — Alloplast. am Hüftgelenk (mit Maatz), Zbl. Chir. 1950. — Bhdlg. d. Hüftgelenkarthr. Metallprothesen b. Kopf-Hals-Schwund, Z. Orthop. 82/1952. — Myxomat. Herd im Calcaneus, Zbl. Chir. 1952. — Zwischenwirbelscheiben-erkrankgn., Diskuss., Verh. Dtsch. Orthop. Ges. 27. Kongr. Mannheim. — Spondylosis deformans u. Unfall (Erwiderng. z. Gaugele), Z. Orthop. Unfallchir. 1933. —

Abbildung 65: Publikationen von E. Güntz (Quelle: Chirurgenverzeichnis)

Spondylosis deformans u. Unfall, Diskuss., Unfallkongr. 1933, Arch. Orthop. Unfallchir. 34/1933. — Frühdiagn. d. Spondylarthritidis ankylopoetica, Verh. Dtsch. Orthop. Ges. 1933. — Spätfunde b. behand. Klumpfüßen u. daraus sich f. d. Bhdg. ergeb. Gesichtspunkte, ebd. 1934. — Schäden d. Arbeit, ebd. 1935. — Rö.diagn. d. WSerkrankgn., Chirurg 1935. — Traumat. Entstehg. d. Spondylosis deformans, Arch. Orthop. Unfallchir. 36/1935. — Rückenschmerzen i. ihren Beziehgn. z. Haltgs.verändergn. d. WS, Verh. Dtsch. Orthop. Ges. 1936. — Jugendl. Unf. als Ursache v. Körperbehindergn. u. ihre Verhütg., Z. Krüppelfürs. 30/1937 u. Arch. orthop. Unfallchir. 38/1937. — Inkonst. Skeletelemente u. ihre Bedeutg. f. d. Pathol. d. Fußes, Hab.votr. Frankfurt/M. 1938. — Arbeitsschäden am Haltgs.- u. Bewegungsapparat, Verh. Dtsch. Orthop. Ges. 1938. — Vordere dreieck. Wirbelabtrenng., Bemerkgn. z. E. Friedl: Ausheilg. d. Wirbelverletzgn., Fortschr. Röntgenstr. 67. — Marknagelg. i. d. Orthop., 2. Korref. 2. Kriegsarbeitsstagg. (35. Tagg.) Dtsch. Orthop. Ges. Wien 1944. — Wert d. statisch exakten Röntgebildes d. Fußes, ebd. — Pfannendachplastik, Zbl. Chir. 1949. — Einengg. d. Zwischenwirbellöcher d. HWS u. ihre klin. Bedeutg., Zbl. Chir. 1950. — Einwärtsrotierende Wirkg. d. Glutaeus maximus b. maximaler Hüftbeugg. in utero, Verh. Dtsch. Orthop. Ges. 1949. — Hüftluxat. b. angeb. Defekt i. Darmbein, ebd. — Entwicklg. d. Hüftkopfes an Hand e. Luxat.präparates u. daraus sich ergebende Gesichtspkt. f. d. Früh-Pfannendachplastik, ebd. — Bedeutg. d. lokalen Kreislaufstörgn. f. d. Erkrankgn. d. Knochens, Verh. Dtsch. Orthop. Ges. 1950. — Untersuchgn. d. gesunden u. kranken Rückens als Grundlage d. Bhdg., Therap.woche 1952. — Orthop. Frühbhdg. d. poliomyelit. Lähmgn., Verh. Dtsch. Orthop. Ges. 1952. — Einfache Meth. d. Knochenkonservierg., Chir.kongr. 1954. — Krüppeltum durch jugendl. Unf. u. seine Verhütg., Umschau 1937. — Fußschwäche im Kindesalter u. ihre Bekämpfg., Dtsch. med. Wschr. 1939. — Berufsschäden a. Bewegungsapparat, Verhütg. u. Bhdg., Therap. d. Gegenw. 1939. — Gewerbl. Beurteilg. v. Gelenkschäden, Med. Klin. 1940. — Ziel u. Erfolg b. d. Bhdg. v. Körperbehinderten unt. Berücksichtigg. ihres späteren Arbeitseinsatzes, Öff. Gesd.dienst 7/1941. — Nachbhdg. n. Knöchelbrüchen, Med. Klin. 1942. — Fußleiden, Ursache u. Beseitgg., Öff. Gesd.dienst 1940. — Mißformen d. WS, Med. Klin. 1944. — Warum Versehrten-sport?, Schriftr. Versehrten-sport 1950. — Kreuzschmerz v. orthop. Standpunkt aus, Votr. ü. Orthop., Vollversammlg. d. Kreisvereins Kiel 1951. — Entwicklg. d. Orthop. z. e. eig. Lehr- u. Forschgs.fach d. Med., Antrittsvorlesg., Medizinische 1952. — Therap. Fortschr. a. d. Geb. d. Orthop., Therap.woche 1952. — Klin. Untersuchg. d. WS m. bes. Berücksichtigg. ihrer a. d. Dauer zu erwart. Leistgs.fähigkeit, Tagg.ber. 1. Arbeitsmed. Kongr. Düsseldorf 1952. — Poliomyelitis, D. R. K. 1954. — Georg Schmorl — Nachruf, Z. orthop. Chir. 59/1933. — Georg Hohmann z. 70. Geb., Arch. Orthop. Unfallchir. 44/1950. — Krüppelfürsorge u. ihre Aufgaben, Dtsch. Parität. Wohlfahrtsverband-Nachr. 4/1954. — Gedanken z. Begutachtg. v. WSSchäden n. orthop. Gesichtspunkten, Arch. orthop. Unfallchir. 47/1955. — Erfahrgn. m. d. Knochenbank, Verh. Dtsch. Ges. Orthop. 1955. — Kyphose, Verh. d. Dtsch. Orthop. Ges. 1957. — Experiences with the use of bones preserved in cialit in over 800 operations, 8. Kongr. Soc. Int. Chir. Orthop. et Traumatol. 1960.

Abbildung 66: Publikationen von E. Güntz (Quelle: Chirurgenverzeichnis)