

Über Lehren und Lernen der Sozial- und Präventivmedizin an der Medizinischen Fakultät¹

Heinrich Buess

Zusammenfassung

Ausgehend von einer historisch-vergleichenden Übersicht, welche die Elimination pathogenetischer Faktoren im Verlauf der abendländischen Zivilisation zeigt, wird eine Gegenüberstellung der modernen Begriffe Gruppen-, Präventiv- und Sozialmedizin sowie Sozialhygiene versucht.

Der Ausgangspunkt für eine grundlegende Besserung der heutigen Beziehungen zwischen Arzt und Patient liegt im Methodischen begründet. Es soll angestrebt werden, den Kranken in allen Bereichen und in den verschiedenen zeitlichen Phasen seiner Existenz bzw. seiner Krankheit ärztlich zu begleiten bzw. medizinisch zu betreuen.

Der Unterricht hat von den nationalen Verhältnissen auszugehen. Es soll, was die theoretische Seite betrifft, weniger in magistraler Form als in kollegialer Aussprache (Seminar) vermittelt werden, wobei das «situation-teaching» besonders attraktiv sein dürfte. In praktischer Hinsicht sollte dem System des Hospitierens auf verschiedenen Stationen der Sozialdienste (z.B. Schularztamt, fabrikärztliche Abteilung u. v. a.) der Vorzug gegeben werden.

Résumé

Après avoir brossé un tableau comparatif et historique et relaté l'élimination progressive des facteurs pathogéniques dans la civilisation occidentale, l'auteur tente de définir les notions modernes de médecine collective, préventive et sociale, ainsi que celle d'hygiène sociale.

Améliorer substantiellement la relation qui existe actuellement entre le médecin et son malade est une question de méthode. On doit s'efforcer de suivre et d'assister médicalement le malade dans tous les domaines et à chaque stade de son existence et de sa maladie.

Il faut que l'enseignement de la médecine sociale et préventive tienne compte des différentes conditions nationales. L'enseignement théorique doit se dérouler moins sous la forme de leçons magistrales que sous celle de colloques (séminaires), parmi lesquels le «situation-teaching» constitue un mode particulièrement attractif. Quant à l'enseignement pratique, la préférence devrait être donnée au système des stages dans les divers services de médecine et d'hygiène sociales, ainsi auprès du médecin scolaire, du médecin d'usine, etc.

Der Einladung, über die Aufgabe eines neuen Faches der Medizin im Unterricht zu sprechen, kann man auf zwei verschiedene Arten Folge leisten. Entweder auf induktivem Wege, indem von bestimmten praktischen Beispielen ausgegangen wird, oder dann so, daß man zuerst die allgemeinen Vorstellungen entwickelt

¹ Nach einem Referat anlässlich eines Staff-Meetings in der Medizinischen Poliklinik der Universität Zürich.

und dazu aus der Praxis dieses Gebietes die entsprechenden Beobachtungen als Illustration bringt. Gestatten Sie mir, meinen Auftrag so zu erfüllen, daß zuerst anhand einer Auswahl von Beispielen aus der Vergangenheit einige allgemeine Überlegungen formuliert werden.

1. Herausbildung der modernen Präventiv- und Sozialmedizin, Terminologisches

Zuerst seien in einer genetischen Tabelle die wichtigsten Gebiete der prophylaktischen Medizin vor Augen geführt. Es wurde in dieser Übersicht davon abgesehen, die Zeittafel weiterzuführen, da es mir nur darum geht, die empirischen Anfänge der einzelnen Zweige des heutigen Gesundheitsschutzes in ihrer ungefähren zeitlichen Staffelung zu veranschaulichen. Gleichzeitig sind damit auch einige wichtige Gebiete der Präventivmedizin in ihrer historischen Stellung gekennzeichnet. Denn überall, wo es sich darum handelt, über das Wesen eines Teilaspekts der heutigen Kultur Klarheit zu gewinnen, wird man gut tun, nach seinen geschichtlichen Hintergründen zu fragen.

Die ersten beiden Felder unserer Aufstellung stellen dasjenige Gebiet dar, das man üblicherweise bisher als «Hygiene» oder verdeutscht als «öffentliche Gesundheitspflege» bezeichnet hat. Greifen wir etwa aus ihrer Entwicklung in der Schweiz die berühmten «Vorposten der Gesundheitspflege» heraus, die der St. Galler Arzt Jak. Laurenz Sonderegger (1825–1896) verfaßt hat¹. Er stellt sich in diesem heute noch lesenswerten Buch ganz auf den Boden der von Pettenkofer systematisch erarbeiteten Wissenschaft.

Bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten liegen die Etappen am klarsten zutage. Auf die in ihrer Art wirksame Quarantäne folgt später im 18. Jahrhundert die Impfung gegen die Pocken (Inokulation, Vakzination), dann die persönliche Desinfektion bei Semmelweis, die chirurgische Antiseptik und schließlich die auf den Grundlagen der Bakteriologie aufgebaute Aseptik und die Desinfektionslehre, die vor allem Koch und seine ersten Schüler methodisch ausgearbeitet haben.

Es erübrigt sich, auf die spätere Entwicklung der Lehre von den Berufskrankheiten, der Ernährungsstörungen usw. einzugehen. Hingegen erlaubt die Aufstellung ohne weiteres das Verhältnis der Präventivmedizin zur Sozialmedizin wenigstens an einem Punkte aufzuzeigen. Um die Mitte des 19. Jahrhunderts, als die industrielle Revolution auch auf dem Kontinent ihre Früchte gezeitigt hatte, wies der französische Arzt Louis-René Villermé (1782–1863) als einer der ersten auf die düstere Schattenseite dieses technischen Triumphes hin. Die sozialen Zustände unter den Fabrikarbeitern waren vor allem durch die traurigen privaten Verhältnisse bedingt, zu denen auch der Alkoholismus gehörte. Es ist nicht von ungefähr, daß um jene Zeit von Jules René Guérin (1801–1886) der

¹ Vgl. dazu P. Popp, Diss. med. dent., Basel 1960.

Name «médecine sociale» (1848) geprägt wurde, ein Begriff, der sich gegen manche Widerstände durchgesetzt hat.

Aus dieser Orientierung wäre der Schluß zu ziehen, daß die Sozialmedizin in ihrer heutigen Ausbildung einen Teil der Präventivmedizin darstellt. Den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend stellen beide Namen je eine Seite der modernsten Betrachtungsweise dar, für die bisher kein gemeinsamer Begriff

Krankheit bedingt durch:						
Jahrh.	Umwelt	Infektion	Beruf	Nahrung	Soziale Faktoren	Psychische Faktoren
Antike 5. Jh. v. Chr.	Hippokrates: «Über Luft, Wasser und Ortslage».					
Mittelalter 14 Jh.		Ragusa (Dalmatien): Einführung der Quarantäne gegen die Pest (27. 7. 1377).				
Neuzeit 16. Jh.			Paracelsus: Bergsucht (ca. 1535).			
18. Jh.				Ergotismus durch Roggenkrankheit: K.N. Lang, 1717; u. a.		
19. Jh.					In der Textilindustrie L. R. Villermé, 1840. Bei Seuchen: R. Virchow, 1848.	
20. Jh.						Psychohygiene (Mental hygiene): C.W. Beers, 1908.

Die Herausbildung der modernen Präventivmedizin Empirische Anfänge

existiert. Es ist dies das auf bestimmte Gruppen der menschlichen Gesellschaft ausgerichtete Denken und Handeln des Arztes. Man könnte das eine im Namen Sozialmedizin enthaltene begriffliche Element also auch gleichsetzen mit Kollektiv- oder Gruppenmedizin. Abgesehen von der dieser Disziplin anhaftenden vorbeugenden Tendenz kommt etwas zweites, wie mir scheint, sehr wesentliches im Namen prophylaktische Medizin ebenfalls nicht zum Ausdruck. Und dies ist das soziale Moment.

Wenn man auf dieses Attribut verzichtet, gibt man terminologisch gesehen die eine Seite mitmenschlichen Verhaltens preis, die zu den ältesten der menschlichen Kultur gehört. Ich meine die helfende Einstellung gegenüber dem Schwachen und Kranken, von der die schönen Untersuchungen des Utrechter Altertumsforschers Hendrik Bolkestein (1939) gezeigt haben, daß sie bis in die vorchristlichen Perioden zurückreicht. Und durch die Arbeiten einer Reihe französischer Forscher (Sérullaz, Lallemand u. a.) wurden wir aufmerksam auf einen Grundzug des griechischen Menschen, nämlich die auf dem Gegenseitigkeitsprinzip beruhenden Beziehungen zwischen einzelnen Gruppen der Gesellschaft. Sowohl die charitative Haltung als auch die im griechischen Denken verwurzelte Bereitschaft, aus dem Streben nach Gerechtigkeit «einem jeden zu geben was ihm zukommt»¹, machen doch das Wesen dessen aus, was in der heutigen Sozialversicherung das gemeinsame Tragen von finanziellen Lasten bedeutet. Aber erst recht der durch das Christentum bewirkte tiefgreifende Wandel im Verhalten zum Kranken, so wie er etwa in der frühchristlichen Diakonie und dann in der Gründung des Hospitals zum Ausdruck kommt, verbietet es uns, auf den Begriff des «sozial» im Zusammenhang mit der Medizin zu verzichten.

Im deutschen Sprachgebiet ist seit dem verdienten Berliner Arzt Alfred Grotjahn (1869–1931) die Bezeichnung «soziale Hygiene» eingebürgert. Doch scheint uns dieser Ausdruck zu eng gefaßt insofern, als er nur das präventive Bestreben einschließt, während gerade das dem Terminus «mederi» innewohnende heilende Moment nicht berücksichtigt ist. Und solange es Ärzte geben wird, ist auch das Bedürfnis, heilend zu helfen, erste Triebfeder ihres Handelns.

2. Wesen und Aufgabe der Sozialmedizin

Den bekenntnishaften Charakter unserer «Demonstration» möchten wir einen Schritt weiterführen und versuchen, die Bedeutung der Sozialmedizin etwas näher zu umreißen. Wir basieren dabei im wesentlichen auf zwei Monographien die wir als das «Alte» und das «Neue Testament» dieser Wissenschaft bezeichnen möchten. Es ist dies erstens das Lebenswerk von Prof. René Sand (1877 bis 1953), dem verdienten Brüsseler Gelehrten, das er unter dem Titel «Vers la médecine sociale» (Paris-Lüttich 1948) hinterlassen hat. Und zweitens haben vor kurzem F. Grundy und J. M. Mackintosh im Auftrag der Weltgesundheits-

¹ Bolkestein, S. 458.

organisation einen Bericht und ein Programm «L'enseignement de l'Hygiène et de la Santé Publique en Europe» (Genf, O.M.S., 1958) zusammengestellt. Beide grundlegenden und in die Zukunft weisenden Bücher gehören zum eisernen Bestand unserer Abteilungs-Bibliothek.

Versuchen wir nun, im Anschluß an diese Autoren und auf Grund eigener Vorarbeiten zu Vorlesungszwecken, zunächst eine Definition der Sozialmedizin zu geben, nach der wir bisher in der Literatur vergebens gesucht haben. Vielleicht darf man ihre Bedeutung folgendermaßen umschreiben: Die Sozialmedizin ist die auf medizinischen Erkenntnissen und Erfahrungen begründete, von ärztlicher Verantwortung getragene Lehre von der menschlichen Gesellschaft.

Aus dieser Umschreibung dürfte folgendes deutlich werden: Einmal der grundsätzlich pragmatische, d. h. auf das Handeln gegenüber dem Mitmenschen ausgerichtete Charakter dieses Zweiges der Medizin. Wesentliches Imponderabile ist damit auch das ihr innewohnende, stark ethische Moment. So erscheint es uns verständlich, daß etwa in Utrecht die ärztliche Ethik eines der Themata der Hauptvorlesung über Sozialmedizin in den höheren klinischen Semestern ausmacht¹.

Dann möchte die Definition zum Ausdruck bringen, daß wir zwischen einem theoretischen oder beschreibenden und einem von der medizinischen Erfahrung ausgehenden angewandten oder praktischen Teil der Sozialmedizin unterscheiden können. Die erste Seite könnte man gleichsetzen mit der sogenannten medizinischen Soziologie, einer in den Vereinigten Staaten schon breit entfaltenen Wissenschaft («medical sociology»), die im deutschen Sprachkreis durch Prof. René König (Köln) unter der etwas unglücklichen Bezeichnung «Medizin-Soziologie» jüngst ebenfalls Eingang gefunden hat.

Die soziologische Medizin, wie sie besser heißt, also der theoretische Teil der Sozialmedizin, würde vor allem die mit den Methoden der Soziologie arbeitende Demographie, die von der Anthropologie abgeleitete Anthropometrie, die von der Krankheitslehre abgeleitete Sozialpathologie und Sozialpsychiatrie umfassen. Unter dem Begriff der praktischen Sozialmedizin lassen sich die ärztlichen Maßnahmen zur Bekämpfung und zur Verhütung von Krankheiten zusammenfassen, wobei sowohl kollektive wie individuelle Ziele anvisiert werden. Damit wäre der zur Präventivmedizin zurückführende Kreis wieder geschlossen. Die Berechtigung einer gesonderten Bezeichnung für diese Disziplin leitet sich auch davon ab, daß der einzelne Mensch zum Objekt des vorbeugenden Handelns gemacht wird.

Es bleibt schließlich noch der Begriff der «sozialmedizinischen Klinik» kurz zu erörtern («médecine clinique sociale»). Im weitesten Sinn zählen dazu sämtliche Möglichkeiten der Berücksichtigung sozialmedizinischer oder, wenn das Schwergewicht auf der Theorie liegt, soziologischer Methoden in der Klinik.

¹ Grundy-Mackintosh, S. 235.

Von einzelnen ausländischen Autoren wird sehr viel Wert gelegt auf die verschiedensten Formen der Zusammenarbeit zwischen den Vertretern der klinischen Disziplinen und der Sozialmedizinischen Abteilung. Doch scheint mir, daß man sich in dieser Hinsicht mit einem Übereinkommen in bezug auf eine Arbeitsteilung zwischen beiden Seiten begnügen kann.

3. Methoden der Sozialmedizin

Die Forschung im Bereich der Sozialmedizin bedient sich, wie bereits angedeutet, sowohl der medizinischen wie der soziologischen Methoden. Ganz allgemein gesprochen sind es die Beobachtung und das Experiment auf der einen und das statistische Verfahren auf der andern Seite. Aus den am Anfang demonstrierten Beispielen dürfte der Wert der klinischen oder poliklinischen Untersuchung hervorgehen, wobei dazu je länger um so mehr auch die psychologisch-psychiatrische Exploration zu rechnen ist. Mancherorts ist ja das auf dem Experiment basierende Vorgehen bei der Bearbeitung etwa gewerbemedizinischer Probleme bereits gut ausgebaut. Heutzutage, wo die Reform des Medizinstudiums auf die Ausbildung des Allgemeinpraktikers hinzielen soll, dürfte daher die gründliche Abklärung des einzelnen Falles mittels der klinischen Untersuchungsmethoden im Vordergrund stehen.

In dieser Hinsicht kommt möglichst der lückenlosen Verfolgung des Schicksal seines Patienten durch die verschiedenen Stationen seines Curriculums größte Bedeutung zu. Die Amerikanerin Harriet M. Bartlett¹ hat auf das Bruchstückhafte der ärztlichen Betreuung im heutigen System der Sozialmedizin besonders hingewiesen. Es gilt, den Kranken auch nach der klinischen Vorstellung und nach der Entlassung aus dem Spital zu verfolgen, ein Ziel, das zu erreichen vielleicht die Mitarbeit des Sozialmediziners ermöglicht.

Bei diesem Vorgehen wird das Augenmerk vor allem auch auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Kranken zu richten sein. Damit sei angedeutet, welche große Rolle die Sozialversicherung, d. h. die Anwendung der administrativen Prüfung des einzelnen Falles im Denken der sozialen Medizin heute spielt.

Aus diesen Hinweisen ergeben sich bestimmte Schlüsse für die Punkte, denen im Programm der sozialmedizinischen Forschung besondere Beachtung zu schenken ist. Doch würde ein Eingehen auf diese Fragen zu weit führen. Im Bereich der Forschung wird eine enge Zusammenarbeit mit den Vertretern der klinischen Disziplinen besonders wichtig sein.

4. Der Unterricht in der Sozial- und Präventivmedizin

Auf internationaler Ebene, vor allem in den angelsächsischen Ländern, ist die Gestaltung der Lehrmethoden im Bereich der neuen Disziplinen während der

¹ R. Sand, *Médecine sociale*, S. 590 f.

letzten Jahrzehnte eingehend erörtert worden. An dieser Stelle interessieren vor allem die Schlußfolgerungen, zu denen die im Dezember 1952 in Nancy abgehaltene Konferenz gelangt ist. Die von der Weltgesundheitsorganisation zusammengerufenen 29 Vertreter aus 18 westlichen Ländern (inkl. Jugoslawien) diskutierten eingehend die Wege, auf welchen das Wissensgut der Sozial- und Präventivmedizin an die Studierenden herangetragen werden kann.

Hier darf der Teil der Diskussion übergangen werden, der sich mit dem Einbau dieser Fächer in die einzelnen Abschnitte des Medizinstudiums befaßt. Denn über diese Frage haben in der Schweiz die Kommissionen für die Studienreform beraten. Es scheint übrigens, daß die Änderungs-Vorschläge unserer Experten mit den in Nancy geforderten Neuerungen weitgehend übereinstimmen. Sicher ist, daß jedes Land seine eigenen Wege zu gehen hat, und diese hängen stark von der jeweiligen Struktur des gesamten Gesundheitswesens ab.

Viel wichtiger erscheint uns das praktische Prozedere für die Vermittlung der sozialmedizinischen Kenntnisse. Denn es dürfte kein Zweifel bestehen darüber, daß die Vorlesung als einzige Möglichkeit des Unterrichts an Bedeutung eingebüßt hat.

Fragen wir uns daher erstens, welche Mittel für die theoretische Schulung des angehenden Arztes neben der Vorlesung eingesetzt werden können, und zweitens, wie die praktische Einführung des Studenten in das vielschichtige Gebiet der Sozialmedizin zu gestalten ist. So viel Raum der Ausbildung nach dem Staatsexamen auch hier beizumessen ist, so dürfte es doch verfehlt sein, im Bereich der Sozialmedizin alles der Assistentenzeit aufzubürden.

Die nachstehenden Ausführungen gehen von den Anforderungen aus, die man an einen allgemein ausgebildeten Arzt stellt. Jegliche Art von Spezialisierung soll also der « postgraduate » Ausbildung überlassen bleiben.

Der an erster Stelle zu skizzierende *theoretische Unterricht* wird neben der Vorlesung weit mehr als bisher vom Gespräch unter den Studenten ausgehen müssen. Zu den schönsten Aufgaben des Dozenten wird es gehören, seine Schüler zur freien Meinungsäußerung zu veranlassen. Dies kann geschehen in Form eines Exposés, an das sich eine offene Aussprache anschließt, oder als gelenkte Unterhaltung, wobei den einzelnen Partnern bestimmte Rollen zugeteilt werden (Beispiel: Der Arzt im englischen « National Health Service » verglichen mit unserem freien Ärztestand).

Besonders reizvoll erscheint die nach Art der klinischen Besprechungen für Vorgerückte gestaltete fingierte Vorführung einzelner interessanter Fälle (Beispiel: Arbeiter einer Akkumulatoren-Fabrik mit Darmspasmen). Die Angelsachsen nennen diese Methode « Situation-teaching »¹. In diese Form lassen sich auch Beispiele der klassischen öffentlichen und privaten Hygiene kleiden, wobei man sich allerdings hüten muß, spezielle technische Fragen miteinzubeziehen.

Die oberste Stufe erreicht der theoretische Unterricht, wie mir scheint, in

¹ Grundy-Mackintosh, S. 126 f.

der Seminarübung, die ja aus den Geisteswissenschaften bekannt ist. Als Musterbeispiel diene die hygienische Exkursion, wie wir sie als Aspiranten der Sanität absolviert haben. Je nach der Zahl der Teilnehmer wird man einen einzelnen oder mehrere Studenten mit einer Aufgabe betrauen, wobei auch die Zusammenarbeit mit einem Dozenten der Soziologie denkbar wäre. Diese schriftlichen Arbeiten, die übrigens den Grad einer Dissertation erreichen können (wie dies in Amsterdam geschieht), vermögen eine bis dahin bestehende Lücke in der Ausbildung des Mediziners auszufüllen, indem die darstellerischen Fähigkeiten im literarischen Bereich gefördert werden.

Einem didaktisch und organisatorisch begabten Pädagogen werden die vielen *Möglichkeiten des praktischen Unterrichts* besonders am Herzen liegen. Als ideale Lösung muß hier die enge Zusammenarbeit mit einer Fürsorgestelle oder mit einem Amt der personell orientierten sozialen Dienste angestrebt werden. Der Unterricht soll, auf die Interessen der Studierenden zugeschnitten, möglichst packend gestaltet werden und allen unnötigen technischen Ballast vermeiden. Für die technischen Probleme sind ja in erster Linie die Ingenieure zuständig.

Die Teilnehmer an der europäischen Konferenz in Nancy haben die verschiedensten Varianten ausgearbeitet. Der jüngst verstorbene Basler Hygieniker Josef Tomcsik, der übrigens in seinen Vorlesungen die Sozialhygiene weitgehend berücksichtigt hat, weist in seinem Exposé auf den besonderen Wert der gastweisen Mitarbeit der Studenten im Schularztamt, in der Mütter- und in der Tuberkuloseberatung hin, wobei ja im letzteren Fall gerade jetzt die Problematik der ambulanten und stationären Behandlung ein wichtiges Gesprächsthema abgeben dürfte. Als Vertreter der Arbeitsmedizin liegt mir der Besuch eines Betriebes mit einer Führung zum Beispiel durch den Sicherheitsingenieur oder den zuständigen Arzt besonders nahe.

In allen diesen Fällen, die im einzelnen nach den lokalen Verhältnissen stark variieren, ist die Einführung des Studenten in die Obliegenheiten der Sozialassistentin besonderes Gewicht zu legen. Mit ihr zusammen oder im «Schlepptau» des zuständigen praktischen Arztes oder Amtsarztes sind auch Einblicke in die häusliche Welt des Schutzbefohlenen möglich, ganz im Sinne der früher etwa von der Basler Poliklinik ausgeschickten «Armen-Ärzte», die sicher eine wertvolle Weitung des Verständnisses mit sich gebracht haben. In ähnlicher Weise könnte auch das Hospitieren in Rehabilitationszentren oder an bestimmten Arbeitsplätzen der Industrie von hohem Nutzen sein. Vor allem ist dies der Fall, wenn die Teilnehmer über derartige «Exkursionen» kurze Berichte abfassen, die dann gemeinsam, z. B. im Seminar, diskutiert werden.

Stellen wir abschließend die wichtigsten Empfehlungen für den Unterricht in der Präventiv- und Sozialmedizin ihrem Sinn nach zusammen, so wie sie von der Konferenz in Nancy formuliert worden sind¹. Punkt 2: Der Unterrichtsstoff

¹ Grundy-Mackintosh, Annexe 1.

kann im Verlauf mehrerer Jahre behandelt werden, wobei die Statistik mit Vorteil während der vorklinischen Periode und die Prinzipien der Prävention zu Beginn der klinischen Studien behandelt werden.

Die Verantwortung für die allgemeine Koordination des Unterrichts kommt dem Professor der Sozialmedizin zu. Entsprechend der Größe seiner Aufgabe soll sich dieser mit einer Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern umgeben. Es ist wichtig, daß die Medizinische Fakultät und besonders der Inhaber des Lehrstuhls für Präventivmedizin im Unterricht mit den Gesundheitsbehörden zusammenarbeitet. Das Institut kann auch die Rolle des technischen Beraters für die lokale Administration bilden.

Die künftigen Ärzte sollten Gelegenheit haben, gruppenweise mit den Funktionären der sozialen Dienste und der hygienischen Amtsstellen zusammenzuarbeiten.

Das Programm für die Ausbildung in Sozialmedizin soll von der Medizinischen Fakultät in regelmäßigen Zeitabständen den Bedürfnissen der jeweiligen Situation angepaßt werden.

Es darf zum Schluß der Hoffnung Ausdruck gegeben werden, daß auch die schweizerische Ärzteschaft in den kommenden Jahren in der sozialmedizinischen Lehre und Forschung Schritt halten wird mit ihren Standesgenossen jenseits der Grenzen unseres Landes. Für den Ausbau dieses Zweiges der Medizin in Zürich mag das Vermächtnis eines Vorkämpfers der präventiven Medizin begleitend sein. Heinrich Zangger (1874–1957) schreibt an einer Stelle seines bekannten Handbuches «Medizin und Recht» (zit. nach Hans Fischer und Fritz Schwarz): «Das Verantwortungsgefühl hat das gleiche, dauernde starke, ständige Gefühl zum Untergrund, das dem Menschen auch die Fähigkeit zum Hoffen gibt, das Gefühl, das bei allen kräftigen Naturen dieser Welt bis zum letzten Atemzug anhält – mit diesem ultimum moriens erst endet der Mensch wirklich seine Planetenexistenz als Mensch.»

Bibliographie

- Baillet, Jules*: Le Régime Pharaonique dans ses Rapports avec l'Evolution de la Morale en Egypte. Thèse de Paris 1913.
- Bolkestein, Hendrik*: Wohltätigkeit und Armenpflege im vorchristlichen Altertum. Utrecht 1939.
- Brockington, C. Fraser*: A Short History of Public Health. London 1956.
- Buess, Heinrich*: Sozialmedizinisches aus dem alten Ägypten. *Praxis* 46, 1009–1011 (1957).
- Buess, Hch.*, und *Koelsch, F.*: Geschichte der Erforschung der Berufskrankheiten. Handb. ges. Arbeitsmed. München 1961.
- Frazer, W.M.*: A History of English Public Health 1834–1939. London 1950.
- Grotjahn, Alfred*: Erlebtes und Erstrebtes. Erinnerungen eines sozialistischen Arztes. Berlin 1932.
- Grundy, F.*, und *Mackintosh, J.M.*: L'enseignement de l'Hygiène et de la Santé Publique en Europe. Genève 1958.
- König, René*, und *Tönnemann, Margret*: Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Ztschr. f. Soziol. u. Sozialpsychol. Sonderh. 3, Köln u. Opladen 1958.

- Lallemand, Léon*: Histoire de la Charité. 4 Bde. Paris 1902–1910.
- von Pöhlmann, Robert*: Geschichte der sozialen Frage und des Sozialismus in der antiken Welt. 2 Bde. 2. Aufl. München 1912.
- Popp, Paul*: Der Beitrag von Jakob Laurenz Sonderegger (1825–1896) zur Sozialmedizin und Sozialpolitik. Diss. med. dent. Basel 1960.
- Rosen, George*: a) The History of Miners Diseases. New York 1943. b) A History of Public Health. New York 1958.
- Sand, René*: Vers la Médecine sociale. Paris 1948.
- Schoeck, Helmut*: Soziologie. Geschichte ihrer Probleme. München 1952.
- Sérullaz, Georges*: Les Sociétés de secours mutuels. Thèse de Lyon 1890.
- Sigerist, H.E.*: a) The University at the Crossroads. Adresses & Essays. New York 1946.
b) (Collected papers:) The Sociology of Medicine. Ed. M.I. Roemer. New York 1960.
- Tomcsik, Joseph*: Collaboration on Teaching between the Medical Faculty and other Institutions. European Study Conference on undergraduate Training in Hygiene, Preventive Medicine and social Medicine. 8.–13. 12. 1952, Nancy. W.H.O.-Report (non publ.).

Adresse des Autors: Prof. Dr. med. *Heinrich Buess*, Fabrikarzt der CIBA Aktiengesellschaft, 4000 Basel