

---

Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf  
Abteilung für Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Nordwestdeutsche Kieferklinik)  
Direktor: Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzle

# **Karl Schuchardt – Leben und Werk**

## **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von  
Silke Katharine Riemer aus Annaberg-Buchholz  
Hamburg 2001

---

angenommen von dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg am: 28.10.2002

gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg

Datum des Rigorosums: 06.03.2003

Dekan:

Prof. Dr. C. Wagener

Referent:

Prof. Dr. Dr. G. Gehrke

Korreferent:

Prof. Dr. Dr. R. Schmelzle  
Prof. Dr. U. Weisser

---

Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf  
Abteilung für Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Nordwestdeutsche Kieferklinik)  
Direktor: Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzle

# **Karl Schuchardt – Leben und Werk**

## **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von  
Silke Katharine Riemer aus Annaberg-Buchholz  
Hamburg 2001



Abb. 1. Fotografie Karl Schuchardts um 1950.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>8</b>
1.1	<i>Themenstellung</i>	8
1.2	<i>Forschungsstand</i>	9
1.3	<i>Material und Methode</i>	9
<b>2.</b>	<b>Lebensstationen, Werdegang und wissenschaftliche Karriere von Karl Schuchardt</b>	<b>12</b>
2.1	<i>Tabellarische Übersicht</i>	12
2.2	<i>Persönlicher Werdegang</i>	13
2.2.1	Zur Geschichte zahnheilkundlicher Berufsgruppen in Deutschland 1869 - 1952	13
2.2.2	Elternhaus und Schulzeit	17
2.2.3	Ehe und Familie	24
2.2.4	Künstlerische Interessen, Hobbys und Freundschaften	36
2.3	<i>Studium der Zahnheilkunde und der Medizin</i>	46
2.3.1	Zur Geschichte des Studiums der Zahnheilkunde in Deutschland	46
2.3.2	Studienzeit und medizinische Dissertation	49
2.4	<i>Weiterbildung zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten</i>	61
2.4.1	Zur Geschichte der Facharztausbildung für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Deutschland während der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts	61
2.4.2	Martin Waßmund - Pionier der Kiefer-Gesichtschirurgie in Berlin in den 1920er und 1930er Jahren	62
2.4.3	Weiterbildungszeit und zahnmedizinische Dissertation	67
2.5	<i>Niederlassung als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Berlin und Leitung der Kieferabteilung am St.-Norbert-Krankenhaus</i>	74
2.6	<i>Spezialisierung zum Kiefer-Gesichtschirurgen während des zweiten Weltkrieges</i>	80
2.6.1	Hugo Ganzer - Pionier der Kiefer-Gesichtschirurgie in Berlin während des ersten Weltkrieges	80
2.6.2	Organisation der Versorgung von Kiefer-Gesichtsverletzten während des zweiten Weltkrieges	84
2.6.3	Leitung der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Reservelazarets 122 und Habilitation	85
2.7	<i>Tätigkeit als Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Hamburger Universität 1945 - 1970</i>	95
2.7.1	Zur Geschichte des Hamburger Zahnärztlichen Instituts und der Nordwestdeutschen Kieferklinik	95
2.7.2	Integration und Neubau der Nordwestdeutschen Kieferklinik	109
2.7.3	Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses	122
2.7.4	Beiträge zur Gestaltung der zahnmedizinischen und medizinischen Ausbildung sowie zur berufsständischen Entwicklung der Zahnärzte	127
2.7.4.1	Stärkung der Selbständigkeit von Fachabteilungen und Vorlesungstätigkeit	127
2.7.4.2	Zum Handbuch „Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ 1957 und 1959	131
2.7.4.3	Bemühungen Schuchardts um die Integration der Dentisten	132

2.8	<b><i>Beiträge zur wissenschaftlichen Entwicklung des Fachgebietes Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</i></b>	134
2.8.1	Zu den Beiträgen Schuchardts in „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“ 1954 und 1981	134
2.8.2	Jahrbuchreihe „Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie“	135
2.8.3	Der „Schuchardt - Club“ in Japan	136
2.9	<b><i>Ehrungen und Auszeichnungen, Mitgliedschaften Schuchardts in wissenschaftlichen Gesellschaften und Standesorganisationen</i></b>	139
2.9.1	Ehrendoktorwürde	139
2.9.2	Ehrenzeichen	139
2.9.3	Ehrenvorsitz	139
2.9.4	Senatorenwürde	139
2.9.5	Ehrenmitgliedschaften	139
2.9.6	Vorsitz in wissenschaftlichen Gesellschaften, Vereinigungen und Beiräten	140
2.9.7	Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften, Vereinigungen und Beiräten	140
2.9.8	Korrespondenzmitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften	140
2.9.9	Mitgliedschaften in Standesorganisationen	140
<b>3.</b>	<b>Wissenschaftliche Schwerpunkte Schuchardts und Einordnung seiner Leistungen als Operateur und Wissenschaftler</b>	141
3.1	<b><i>Schwerpunkt 1: Plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich</i></b>	141
3.1.1	Schuchardts Publikationen über plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich	141
3.1.1.2	Zur Habilitationsschrift	145
3.1.1.3	Von Schuchardt entwickelte Hilfsmittel und Geräte für plastische Operationen	150
3.1.1.3.1	Dental befestigte Hilfsmittel zur Stützung und Formgebung	150
3.1.1.3.2	Dermatom und Präparationskugel nach Schuchardt	153
3.1.1.4	Schuchardts Beiträge zur plastischen Chirurgie erworbener Kieferdefekte	154
3.1.1.4.1	Schuchardts Modifikationen der plastischen Deckung von Mund-Antrum-Verbindungen nach Rehrmann und Kazanjian	154
3.1.1.4.2	Schuchardts Kombination und Verbesserung der Mundvorhofplastiken nach Ganzer und Pichler	156
3.1.1.5	Schuchardts Beiträge zur periorbitalen plastischen Chirurgie	157
3.1.1.5.1	Schuchardts Modifikation der „Total-Orbital-Ersatzplastik“ nach Ganzer	158
3.1.1.6	Schuchardts Beiträge zu plastischen Chirurgie am äußeren Ohr	161
3.1.1.6.1	Schuchardts Modifikation der totalen Ohrmuschelplastik nach Pierce	161
3.1.1.6.2	Schuchardts Modifikation der Hautschlaufenbildung zur Befestigung von Ohrmuschelprothesen nach Rang	162
3.1.1.6.3	Verfahren zur operativen Korrektur abstehender Ohrmuscheln nach Schuchardt und Schwenzer	163
3.1.1.7	Schuchardts Beiträge zu plastischen Wiederherstellung der Nase, der Lippen, des Kinns und der Wangen	163
3.1.1.7.1	Schuchardts Modifikation der Nasenplastik mittels Rundstiellappen nach Ganzer	164
3.1.1.7.2	Unterlippenplastik nach Schuchardt	166
3.1.1.7.3	Kinnplastiken nach Schuchardt	167
3.1.1.7.4	Schuchardts Modifikation der Wangenrotation nach Esser	169
3.1.1.8	Zusammenfassende Würdigung der Leistungen Schuchardts auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich	170

---

3.2	<b>Schwerpunkt 2: Chirurgie der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten</b>	171
3.2.1	Zur Häufigkeit, Ätiologie und Symptomatik der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten	171
3.2.2	Zur Geschichte der Brückenlappenplastik	172
3.2.3	Schuchardts Publikationen über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten	178
3.2.4	Schuchardts unveröffentlichte Vorträge über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten	181
3.2.5	Wissenschaftliche Veranstaltungen über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten unter Schuchardts Leitung und Mitwirkung	182
3.2.5.1	Die Internationalen Hamburger Symposien über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten 1954 und 1964	182
3.2.5.2	Die Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie 1954, 1957 und 1958	184
3.2.5.3	Die Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1960 und 1961	185
3.2.6	Dissertationen über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten an der Nordwestdeutschen Kieferklinik im Zeitraum 1945 bis 1971	186
3.2.7	Operationstermine und -methoden bei durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten an der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter Schuchardt	186
3.2.7.1	Quarantänestation der Nordwestdeutschen Kieferklinik	187
3.2.7.2	Götzsche Modifikation der Nasenbodenbildung nach Veau	187
3.2.7.3	Primäre Osteoplastik nach Schuchardt und Pfeifer	191
3.2.7.4	Brückenlappenplastik einschließlich der Velumverlängerung nach Schuchardt	192
3.2.8	Zusammenfassende Würdigung der Leistungen Schuchardts auf dem Gebiet der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten	195
3.3	<b>Schwerpunkt 3: Frakturen des Gesichtsschädels</b>	196
3.3.1	Zur Geschichte der intraoralen dentalen Schienen seit Mitte des 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts	196
3.3.2	Schuchardts Publikationen über Frakturen des Gesichtsschädels	202
3.3.2.1	Zur zahnmedizinischen Dissertation	204
3.3.2.2	Modellgewinnung nach Schuchardt	205
3.3.2.3	Drahtbogenkunststoffschiene nach Schuchardt	206
3.3.2.4	Therapie von Gelenkfortsatzfrakturen an der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter Schuchardt	209
3.3.2.5	Frakturstatistiken an der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter Schuchardt	212
3.4	<b>Schwerpunkt 4: Orthopädische Chirurgie des Gesichtsschädels</b>	217
3.4.1	Zur Geschichte der orthopädischen Chirurgie des Gesichtsschädels	217
3.4.2	Schuchardts Publikationen über orthopädische Chirurgie des Gesichtsschädels	218
3.4.2.1	Schuchardts Modifikation der totalen Mobilisation des Oberkiefers in der Le-Fort-I-Ebene	220
3.4.2.2	Schuchardts Modifikation der Frontzahnblockosteotomie am Oberkiefer	221
3.4.2.3	Seitenzahnblockosteotomie nach Schuchardt	223
3.4.2.4	Schräge Osteotomie am aufsteigenden Ast des Unterkiefers nach Schuchardt-Perthes	224
3.4.2.4.1	Entwicklung der Grundlagen für diese Methode durch Schloessmann und Ernst	224
3.4.2.4.2	Schuchardts Modifikationen der Osteotomie nach Lindemann	226
3.4.2.4.3	Schuchardts Verknüpfung der Verfahren Ernsts und Schloessmanns	227
3.4.2.5	Schuchardts Modifikation der bogenförmigen (stufenförmigen) Osteotomie des Unterkiefers nach Waßmund	230
3.4.2.6	Zusammenfassende Würdigung der Leistungen Schuchardts auf dem Gebiet der orthopädischen Chirurgie des Gesichtsschädels	230
3.5	<b>Schwerpunkt 5: Klinik und Therapie von Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich</b>	231

<b>4.</b>	<b>Abschließende Würdigung</b>	238
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	243
<b>6.</b>	<b>Ergografie Schuchardts</b>	244
6.1	<i>Chronologische Bibliografie der Veröffentlichungen Schuchardts</i>	244
6.1.1	Monografien	244
6.1.2	Beiträge zu Sammelwerken	244
6.1.3	Aufsätze in Periodika	246
6.1.4	Herausgeberschaften	252
6.1.4.1	Herausgeberschaften von Sammelwerken	252
6.1.4.2	Herausgeberschaften von Periodika	253
6.2	<i>Thematische Bibliografie der Veröffentlichungen Schuchardts</i>	253
6.2.1	Grundsatzdarstellungen zu Operationen im Kiefer- und Gesichtsbereich	253
6.2.2	Operationsbetrieb und Anästhesiologie im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	253
6.2.3	Plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer- und Gesichtsbereich	254
6.2.3.1	Grundsatz- und Überblicksdarstellungen	254
6.2.3.2	Hautplastik und Transplantationen von Fettgewebe, Knorpel, Knochen und alloplastischem Material im Kiefer- und Gesichtsbereich	254
6.2.3.2.1	Hautplastik nach Verbrennungsunfällen	255
6.2.3.2.2	Hautplastik des Gesichts nach Strahlenschäden und als Ergänzung der Strahlentherapie	255
6.2.3.3	Plastische Chirurgie erworbener Kieferdefekte (Vestibulum, Alveolarfortsatz und Gaumen)	255
6.2.3.4	Plastische Chirurgie der Lider, der Augenhöhle und der angrenzenden Teile des Gesichts	256
6.2.3.5	Plastische Chirurgie am äußeren Ohr	256
6.2.3.6	Plastische Wiederherstellung der Nase	257
6.2.3.7	Plastische Wiederherstellung der Lippen	257
6.2.3.8	Plastische Wiederherstellung des Kinns	257
6.2.3.9	Plastische Wiederherstellung der Wangen	257
6.2.4	Chirurgie der Lippen-, Kiefer-, und Gaumenspalten sowie der queren Gesichtsspalte	258
6.2.5	Epidemiologie und Therapie von Frakturen des Gesichtsschädels	259
6.2.6	Orthopädische Chirurgie des Gesichtsschädels	260
6.2.7	Klinik und Therapie von Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	261
6.2.8	Diagnose und Therapie von Infektionen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	262
6.2.9	Konservative und chirurgische Therapie von Kiefergelenkerkrankungen	262
6.2.10	Extremitätenchirurgie	262
6.2.11	Berufspolitische Beiträge	262
6.2.12	Gratulationen und Nekrologe	263
6.2.13	Varia	263
<b>7.</b>	<b>Verzeichnis der unter Schuchardts Direktorat an der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten angefertigten Dissertationen</b>	264
<b>8.</b>	<b>Verzeichnis von Jubiläumsartikeln und Nekrologen für Karl Schuchardt</b>	276
<b>9.</b>	<b>Quellen- und Literaturverzeichnis</b>	278
9.1	<i>Unveröffentlichte Quellen</i>	278
9.1.1	Archivalien	278
9.1.1.1	Bundesarchiv (Barch)	278

9.1.1.2	Staatsarchiv der Freien und Hansestadt Hamburg (StAH)	278
9.1.1.3	Universitäts-Krankenhaus Eppendorf (UKE)	278
9.1.1.3.1	Personalabteilung (UKE-Personalakte Karl Schuchardt)	278
9.1.1.3.2	Promotions- und Habilitationsabteilung (UKE-Promotionskartei, UKE-Habilitationsakten)	278
9.1.1.3.3	Historisches Archiv des UKE im Institut für Geschichte der Medizin der Universität Hamburg (UKE-Historisches Archiv)	278
9.1.1.4	Hamburgisches Architekturarchiv Hamburg	279
9.1.1.5	Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin	279
9.1.1.6	Universitätsarchiv Freiburg i. Br.	279
9.1.1.7	Kirchenbucharchiv Itzehoe	279
9.1.1.8	Schularchiv der Kaiser-Karl-Schule Itzehoe	279
9.1.2	Briefe	279
9.1.3	Nachlässe von Karl Schuchardt	279
9.1.3.1	Nachlaß bei seiner Tochter Carola Gouse, geb. Schuchardt, in Sunapee USA und in Hamburg (Nachlaß Schuchardts bei Gouse)	279
9.1.3.2	Nachlaß bei seinem Neffen Dr. Max Krohn in Itzehoe (Nachlaß Schuchardts bei Krohn)	280
9.1.3.3	Nachlaß bei A. Schröder, Luisenstr. 7, 24534 Neumünster (Nachlaß Schuchardts bei Schröder)	280
9.1.4	Andere Nachlässe	280
9.1.4.1	Nachlaß von Eva Schuchardt bei Carola Gouse, geb. Schuchardt, in Sunapee USA und in Hamburg (Nachlaß Eva Schuchardts bei Gouse)	280
9.1.4.2	Nachlaß von Albert Schuchardt und Margarete Schuchardt, geb. Tang bei Max Krohn in Itzehoe (Nachlaß von Albert Schuchardt und Margarete Schuchardt bei Krohn)	280
9.1.4.3	Nachlaß von Wenzel Hablik und Elisabeth Hablik-Lindemann bei Susanne Klingeberg in Itzehoe (Nachlaß von Wenzel und Elisabeth Hablik bei Klingeberg)	280
9.1.4.4	Nachlaß von Karl Bröker bei Reschke in Itzehoe (Nachlaß Brökers bei Reschke)	280
9.2	<b><i>Gedruckte Quellen und Literatur</i></b>	281
9.3	<b><i>Mündliche Quellen</i></b>	294
9.3.1	Interviews mit Zeitzeugen	294
9.3.1.1	Zeitzeuge Max Krohn	294
9.3.1.2	Zeitzeugin Carola Gouse, geb. Schuchardt	294
9.3.1.3	Zeitzeuge Walter Hoffmann-Axthelm	294
9.3.1.4	Zeitzeugin Hedwig Schlawinski	294
9.3.1.5	Zeitzeuge Andrew Schuchardt	294
9.3.2	Telefonische Auskünfte	294
<b>10.</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	295
<b>11.</b>	<b>Danksagung</b>	298
<b>12.</b>	<b>Lebenslauf</b>	299
<b>13.</b>	<b>Erklärung</b>	300
<b>14.</b>	<b>Anhang</b>	
	<i>Tabellen 9-13,</i> Lehrbeauftragte und Lehrveranstaltungen an der Hamburger Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Zeitraum 1946-1970	

# 1. Einleitung

## 1.1 Themenstellung

Das Thema dieser medizinhistorischen Arbeit ist die Biografie des Hamburger Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. Karl Schuchardt (1901-1985). Schuchardt war eine der führenden Persönlichkeiten der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg. Eng verknüpft mit seiner Karriere ist die Geschichte der Hamburger Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (ZMK) und der Nordwestdeutschen Kieferklinik (NWDKK), die er von 1945 bis 1970 leitete. Angeregt wurde die Arbeit im Hinblick auf den 100. Geburtstag Schuchardts durch Privatdozent Dr. Dr. Gerd Gehrke, der an der ZMK als Oberarzt tätig war. Sein Hauptinteresse galt der Darstellung von Schuchardts wissenschaftlichen Leistungen. Frau Prof. Dr. Ursula Weisser, Direktorin am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Hamburg, die als weitere Betreuerin gewonnen werden konnte, lenkte die Aufmerksamkeit auf Schuchardts Lebensweg. Beiden Anforderungen gerecht zu werden, ist das Ziel der Arbeit. Weil eine solche umfassende historische Würdigung unter Einbeziehung des allgemein- und medizinhistorischen Kontextes die Aufdeckung von Zusammenhängen ermöglicht, die bei isolierter Betrachtung nicht erkennbar sind, erschien sie mir besonders interessant und erstrebenswert. Dadurch und infolge des reichlichen Materials geht die Arbeit über den herkömmlichen Umfang einer zahnmedizinischen Dissertation hinaus und entspricht dem Standard anderer historischer Disziplinen. Triebfeder war das eigene Interesse an der medizinhistorischen Forschung.

Die Untersuchungen zum biografischen Teil nehmen aus Raumgründen vorrangig auf die 1920er bis 1950er Jahre Bezug. Schuchardts Werdegang wird u. a. in Zusammenhang gestellt mit der zahnärztlichen Professionalisierung und der Entwicklung des Fachgebietes Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Daneben nimmt die institutionelle Zusammenführung der Nordwestdeutschen Kieferklinik (NWDKK) mit der Hamburger Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten unter Schuchardt einen breiten Raum ein. Im werkorientierten Teil, dem im wesentlichen Veröffentlichungen Schuchardts der 1930er bis 1970er Jahre zugrundeliegen, werden wissenschaftliche Schwerpunkte herausgestellt und Schuchardts Leistungen eingeordnet. Die Einordnung wird durch Darstellungen zur Geschichte der Brückenlappenplastik bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, der intraoralen dentalen Schienenverbände und der orthopädischen Chirurgie des Gesichtschädels untermauert. Im Anschluß an die abschließende Würdigung Schuchardts und die Zusammenfassung liefert die Arbeit eine chronologische und eine thematisch geordnete Bibliografie seiner Veröffentlichungen sowie ein Verzeichnis der unter seinem Direktorat an der ZMK angefertigten Dissertationen und ein Verzeichnis von Jubiläumsartikeln und Nekrologen, die zu seiner Ehrung erschienen.

Abschließend muß ich darauf aufmerksam machen, daß die vorliegende Arbeit nicht den Anspruch erhebt, alle Aspekte in Schuchardts Leben und Werk zusammengetragen zu haben. Nicht näher eingegangen wird aus Raumgründen auf Schuchardts Niederlassung als Arzt und Zahnarzt in Itzehoe und als Mund-Kiefer-Gesichtschirurg in Hamburg sowie auf seine Beiträge zum Bau des Gästehauses der Hamburger Universität und des Schwesternwohnheimes des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf (UKE) in der Schottmüllerstraße. Angaben zu unveröffentlichten wissenschaftlichen Beiträgen Schuchardts im Rahmen internationaler Tagungen werden nur für die Schwerpunkte „1: Plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich“ und „2: Chirurgie der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten“ gemacht.

## **1.2      *Forschungsstand***

Die Forschungslage zum gestellten Thema ist unzureichend, weil bisher weder eine medizinhistorische Arbeit zu Schuchardts wissenschaftlichem Werk noch zu seinem Lebensweg vorliegt. Kurzbiografien Schuchardts und Würdigungen seiner wissenschaftlichen Karriere wurden in Form von Jubiläumsartikeln und Nekrologen (siehe 8.) sowie durch das von Gerhard Pfeifer 1982 anlässlich des 80. Geburtstags von Karl Schuchardt herausgegebene Sammelwerk „Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ veröffentlicht. Die ausführlichste Darstellung lieferte Erwin Reichenbach in seinem Artikel „Karl Schuchardt und die Entwicklung der Kiefer- und Gesichtschirurgie“ aus dem Jahr 1971. Eine Kurzbiografie in Stichworten stellte auch Wilhelm Schweppe in seiner zahnmedizinischen Dissertation „Die Geschichte der ‚Arbeitsgemeinschaft Kieferchirurgie‘ als Bindeglied zwischen Medizin und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ aus dem Jahr 1993 zusammen. Auf Schuchardts Tätigkeit als Sanitätsoffizier der Deutschen Wehrmacht ging Walter Hoffmann-Axthelm in seiner Autobiografie „Chronik zwischen Ost und West“ ein, deren Manuskript mir als Leihgabe des Autors vorlag. Erich Hausser und Bernhard Rottke berichteten kurz über Schuchardts Tätigkeit als Ordinarius der Hamburger Universität in ihrem Beitrag „Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ in Ursula Weissors Sammelwerk „100 Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 1889-1989“. Zwei umfangreichere medizinhistorische Arbeiten behandeln neben anderen auch Operationsmethoden Schuchardts: „Die Geschichte der Rundstiellmethode“ von Edelgard Kemmler aus dem Jahr 1963 und „Die historische Entwicklung der kieferorthopädischen Chirurgie“ von Birgitta Engel aus dem Jahr 1993. Arbeiten, die Operationsverfahren Schuchardts unter naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten auswerteten, lieferten u. a. Gehrke, Anka Dymke, Norbert Schwenzer, Berthold Josef Liebig und Mathias Wohlschon.

## **1.3      *Material und Methode***

Das Material für die Dissertation setzt sich zusammen aus: gedruckten Quellen und Literatur, darunter auch graue Literatur, unveröffentlichten Quellen in Art von Archivalien, Briefen und Nachlässen, mündlichen Quellen unterteilt in Interviews mit Zeitzeugen und telefonische Auskünfte. Eine vollständige Auflistung des Materials findet sich im Quellen- und Literaturverzeichnis (siehe 9.). Die angewandte Methodik ist hermeneutisch. Durch forschendes Verstehen soll auf der Grundlage der gefundenen Quellen Schuchardts persönlicher und beruflicher Werdegang sowie das Wesentliche seines wissenschaftlichen Werks rekonstruiert und für den Leser verständlich gemacht werden. Die Auffindung des Materials begann 1995 mit der Zusammentragung aller Veröffentlichungen Schuchardts und der Erstellung seiner chronologischen Bibliografie unter Heranziehung der Chirurgenverzeichnisse, des Index Medicus und des Zentralblatts für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dem folgte die Aufstellung einer thematisch gegliederten Bibliografie mit dem Ziel, die Schwerpunkte in Schuchardts wissenschaftlichem Werk zu bestimmen. Die Veröffentlichungen der Schwerpunktgebiete wurden inhaltlich analysiert, um nach der Auffindung und Dokumentation von Zeiträumen, Reihenfolgen und Modalitäten wesentliche Forschungsergebnisse und Behandlungsmethoden herauszustellen, deren medizinhistorische Einordnung entweder im Zusammenhang mit der Erläuterung des wissenschaftlichen Inhalts, durch eine Beschreibung des Entwicklungsstandes des entsprechenden Fachgebietes oder durch ausführliche Erläuterungen zu deren Entwicklung erfolgte, letzteres aus Raumgründen nur für einige von mir ausgewählte Behandlungsverfahren Schuchardts (siehe oben). Als Material dazu dienten gedruckte Quellen und Literatur, u. a. auch medizinische und zahnmedizinische Dissertationen, die während des Direktorats Schuchardts an der Hamburger Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zu diesen Themenbereichen angefertigt wurden. Zur Ermittlung der Dissertationen wurde ein alphabetisches Verzeichnis der Autoren unter Zuhilfenahme

der deutschen Hochschulschriftenverzeichnisse der Jahre 1945-1971, der Dissertationskartei der Promotions- und Habilitationabteilung des UKE (UKE- Promotionskartei) und einer Doktorandenliste der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (erhältlich in der Klinikbibliothek der ZMK) erstellt.

Parallel zur Untersuchung von Schuchardts wissenschaftlichem Werk wurde seiner Lebensgeschichte nachgegangen. Zu einer ersten groben Orientierung dienten neben den genannten Kurzbiografien (siehe oben) auch die Lebensläufe in seinen Dissertationen. Da die darin enthaltenen Informationen über sein Elternhaus, seine Schul- und Studienzeit, seine Familie, seine persönlichen Interessen und den Beginn seiner wissenschaftlichen Laufbahn nur bruchstückhaft und wenig nachvollziehbar waren, bedurfte es der Suche nach unveröffentlichten Quellen, die, chronologisch vorgehend, in seiner Geburtsstadt Itzehoe ihren Anfang nahmen, wo im Zusammenhang mit der Einsicht ins Kirchenbucharchiv ein Kontakt zu seinem Neffen Dr. Max Krohn geknüpft werden konnte. Krohn stellte Briefe, Fotografien, Sachquellen aus dem Nachlaß Schuchardts und dem Nachlaß von Schuchardts Eltern, Margarete Schuchardt, geb. Tang und Albert Schuchardt sowie Kopien aus dem Itzehoer Katasteramt und dem Schularchiv der Itzehoer Kaiser-Karl-Schule zur Verfügung. Außerdem vermittelte er den Kontakt zu der damals in den USA, jetzt in Hamburg lebenden Tochter Schuchardts, Carola Gouse, geb. Schuchardt, die den Nachlaß Karl Schuchardts und seiner Frau Eva, geb. Ries, verwaltet, der persönliche Dokumente, Briefe, Fotografien und Sachquellen enthält. Ebenfalls von Krohn wurde ich über die Familiengeschichte Schuchardts, besonders den beruflichen Werdegang des Vaters, in Kenntnis gesetzt, was eine intensive Beschäftigung mit Arbeiten über den in Deutschland erloschenen Berufsstand der Dentisten nach sich zog. Darüberhinaus informierte mich Krohn über Freundschaften Schuchardts mit den Itzehoer Künstlern Wenzel Hablik und Karl Böker sowie mit dem damals in Berlin lebenden Bildhauer Ivo Beuker, deren Rolle in Schuchardts Leben ich zu erkunden suchte, was jedoch nur für Hablik in befriedigender Weise glückte, da das Wenzel-Hablik-Museum in Itzehoe dessen Nachlaß der Öffentlichkeit zugänglich macht und dessen Töchter bereit waren, schriftliche Informationen zu liefern. Weil Schuchardt in Freiburg i. Br., Kiel und München studierte, wurde die Quellensuche in den dortigen Universitätsarchiven fortgesetzt, von denen sich das Freiburger als besonders ergiebig herausstellte. Außerdem erschien es interessant, sich über den Stand der Zahnmedizinischen Ausbildung an den von Schuchardt besuchten Lehrinrichtungen anhand der vorhandenen Literatur zu informieren, insbesondere um sich ein Bild von den Erfahrungen zu machen, die Schuchardt an seinen späteren Wirkort Hamburg mitbrachte. Schuchardts Tochter lieferte Informationen über die Ehe ihrer Eltern, wobei besonders das Schicksal von Eva Schuchardt in der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland, einer ambitionierten Ärztin, deren Eltern jüdischer Konfession waren, eine nähere Beleuchtung der Sachverhalte erforderlich machte. Auf die Auffindung von schriftlichen Quellen über Schuchardts Tätigkeit als frei praktizierender Zahnarzt und Arzt in Itzehoe wurde verzichtet und stattdessen seiner wissenschaftlichen Karriere, die in Berlin begann, besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Als Quellen aus dieser Zeit wurden die Habilitationsakte Schuchardts im Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin und Akten des ehemaligen Berlin Document Centers im Bundesarchiv (BArch) in Berlin-Lichterfelde ausfindig gemacht. Weitere Quellen, z. B. Briefe Schuchardts, stellte Hoffmann-Axthelm zur Verfügung. Neben Krohn und Gouse wurde er von mir als Zeitzeuge befragt. Weitere Interviews fanden mit der langjährigen Mitarbeiterin Schuchardts, Hedwig Schlawinski und mit seinem Sohn, Andrew Schuchardt, statt, wobei Frau Gouse den Kontakt herstellte. Die Facharztausbildung Schuchardts betreffend erwies es sich als notwendig, kurz auf die Wirkorte und wissenschaftlichen Schwerpunkte seiner Lehrer, Martin Waßmund, Georg Axhausen und Gustav Dencks, einzugehen, was mit Hilfe gedruckter Literatur gelang. Im Zusammenhang mit Schuchardts Zeit als Sanitätsoffizier, in der seine Habilitationsschrift entstand, sah ich es als wichtig an, über den beruflichen Werdegang Hugo Ganzers zu informieren, weil dessen Hauptwerk eine wesentliche

---

Grundlage für Schuchardts Arbeit lieferte. Auch hier konnte auf Vorarbeiten zurückgegriffen werden. Die Quellsuche über die Hamburger Zeit Schuchardts verlief mit der Auffindung seiner Personalakte in der Personalabteilung des Universitäts-Krankenhaus Eppendorf (UKE-Personalakte Karl Schuchardt) und den Habilitationsakten (UKE-Habilitationsakten) einiger seiner Schüler in der Promotions- und Habilitationsabteilung des Krankenhauses erfolgreich. Das Historische Archiv des UKE im Institut für Geschichte der Medizin der Universität Hamburg (UKE-Historisches Archiv) verfügt über Jubiläumsartikel und Nekrologe; interessant ist eine Einladung zu einer Jubiläumsveranstaltung. Zur Untersuchung der Geschichte des Hamburger Zahnärztlichen Instituts und der Nordwestdeutschen Kieferklinik vor und während der Amtsperiode Schuchardts bedurfte es der Einsicht in Akten aus dem Staatsarchiv der Freien und Hansestadt Hamburg (StAH) (Bereiche Hochschulwesen II, III und Gesundheitsbehörde I). Zusätzlich konnten im Hamburgischen Architekturarchiv Baupläne und schriftliche Quellen des Hamburger Baudirektors, Paul Seits, aufgefunden werden. Als Grundlage für die Darlegung der Vorlesungstätigkeit Schuchardts als Hochschullehrer wurden Tabellen über die im jeweiligen Semester an der ZMK stattfindenden Lehrveranstaltungen, anhand der Vorlesungsverzeichnisse der Universität Hamburg vom Sommersemester 1946 bis Sommersemester 1970, zusammengestellt, welche die Namen der Lehrbeauftragten enthalten. Umfangreiche Kapitel schließen mit einer Zusammenfassung ab. Diese fließen in die abschließende Würdigung Schuchardts ein. Die Diskussion erfolgt, wie bei historischen Arbeiten üblich, im Text. Für Titel von Veröffentlichungen Schuchardts, die in Periodika erschienen, wird mit Ausnahme seiner Bibliografien eine kursive Schrift verwendet.

## 2. Lebensstationen, Werdegang und wissenschaftliche Karriere von Karl Schuchardt

### 2.1 Tabellarische Übersicht

1901	geboren am 24.12. in Itzehoe (Holstein) als Sohn der Hausfrau Margarethe Elisabeth Schuchardt, geb. Tang und des Dentisten Johannes Albert Samuel Karl Schuchardt
1921	Abitur am Realgymnasium in Itzehoe
1921-1922	Wintersemester: Studium der Zahnheilkunde in Freiburg
1922-1925	Studium der Medizin und der Zahnheilkunde in Kiel
1925	Approbation als Zahnarzt in Kiel
1925-1926	Wintersemester: Studium der Medizin in München
1926-1928	Studium der Medizin in Kiel
1928	Approbation als Arzt in Kiel
1928	Promotion zum Dr. med. in Kiel
1928	Volontariat auf der Kieferstation des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin bei Martin Waßmund
1929	Heirat mit Dr. med. Eva Charlotte Maria Ries in Berlin
1929-1930	Niederlassung als Zahnarzt in Itzehoe
1930	Promotion zum Dr. med. dent. in Kiel
1930	Geburt der Tochter Carola Elisabeth Schuchardt
1930-1931	Assistentenstelle an der Kieferklinik des Berliner Zahnärztlichen Universitätsinstituts bei Georg Axhausen
1931-1932	Assistent an der 1. Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Berlin-Neukölln bei Gustav Dencks
1932-1934	Tätigkeit als Oberarzt an der Kieferstation des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin bei Martin Waßmund
1933	Ehescheidung
1933	Geburt des Sohnes Andreas Johannes Schuchardt
1934-1943	Niederlassung als Kieferchirurg in Berlin bis zur Zerstörung des Praxisgebäudes
1936-1943	Leitung der Kieferabteilung des St.-Norbert-Krankenhauses in Berlin bis zu dessen Zerstörung
1939	Emigration seiner geschiedenen Frau und der Kinder nach den USA
1939	Einberufung zum Leiter der Kieferabteilung des Reservelazarets 122 in Berlin
1943	Verlegung der Lazarettabteilung nach Görden (Brandenburg)
1944	Habilitation für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Friedrich-Wilhelm-Universität Berlin unter Karl Hofer, Erteilung der Venia legendi
1945	Im April; Überführung aller transportfähigen Lazarettinsassen nach Itzehoe
1945	Direktor der Nordwestdeutschen Kieferklinik
1945	Ernennung zum kommissarischen Leiter der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik
1946	Berufung zum Ordinarius für Zahnheilkunde und Ernennung zum Direktor der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik
1948-1952	Vorsitzender der Vereinigung der Dozenten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
1949	erneute Heirat mit Dr. med. Eva Maria Schuchardt in Smithtown, USA
1951-1952	Dekan der Medizinischen Fakultät Hamburg
1952	Rückkehr der Ehefrau nach Hamburg
1954-1964	Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
1963	Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
1965	Wahl in den wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer
1966	Ehrendoktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Helsinki
1969-1970	Erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
1970	Emeritierung
1970-1975	Niederlassung als Mund-Kiefer-Gesichtschirurg in Hamburg
1985	gestorben am 15.4. in Hamburg

## 2.2 *Persönlicher Werdegang*

### 2.2.1 Zur Geschichte der verschiedenen zahnheilkundlichen Berufsgruppen in Deutschland 1869 – 1952

Die zahnheilkundliche Tätigkeit verschiedener Berufsgruppen in Deutschland nach 1869 ist von Interesse, erstens weil der Vater Karl Schuchardts in der heute nicht mehr existierenden Berufsgruppe der Dentisten tätig war<sup>1</sup>, und zweitens weil sich Karl Schuchardt als Hochschullehrer für die Vereinheitlichung der Ausbildung von Dentisten und Zahnärzten mit dem Ziel der Bildung eines ausschließlich akademischen Berufsstandes einsetzte<sup>2</sup> (siehe 2.7.4.3).

Von 1825 bis 1869 war in Preußen die Ausübung heilkundlicher Tätigkeit im Munde durch nichtapprobierte Personen mit nur zahnhandwerklichen Qualifikationen durch das Reglement für die Staatsprüfung der Medizinalpersonen vom 1.12.1825, die Allgemeine Gewerbeordnung vom 17.1.1845 und das am 14.4.1845 erlassene königlich preußische Strafgesetzbuch<sup>3</sup> verboten. Die anderen deutschen Staaten erließen zum größten Teil erst in den 1850er Jahren vergleichbare Bestimmungen<sup>4</sup>. Es gab aber auch Staaten, die neben den approbierten Zahnbehandlern Zahntechnikern die Möglichkeit zur Ausübung der zahnheilkundlichen Tätigkeit boten<sup>5</sup>.

Die Gruppe der approbierten Zahnbehandler stellten in Preußen sowohl Zahnärzte als auch Ärzte<sup>6</sup>. Da die Zahnbehandler aus den Reihen der Ärzte bis zum Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts infolge der zunehmenden Spezialisierung der Zahnheilkunde an Bedeutung verloren, wird auf sie nicht weiter eingegangen<sup>7</sup>. Für Zahnärzte wurde durch das Reglement von 1825 auch die erste Prüfungsordnung Deutschlands erlassen<sup>8</sup> (siehe 2.3.1). Trotz dieser staatlichen Verordnungen gab es besonders in den ärztlich unterversorgten ländlichen Gegenden Zahnbehandler, die ohne Legitimation arbeiteten. So führten z. B. Bader und Barbieri Zahnbehandlungen (meist Extraktionen) durch<sup>9</sup>.

1869 wurde für den Norddeutschen Bund<sup>10</sup> eine neue Gewerbeordnung erlassen, die erstmalig auch für den Berufsstand der Ärzte und Zahnärzte Gültigkeit besaß und darüber hinaus die Freigabe der Heiltätigkeit für jedermann, die sog. Kurierfreiheit, beinhaltete. Diese Änderung entstand auf Initiative eines Teils der deutschen Ärzteschaft (Berliner Medizinische Gesellschaft), die sich von der Einstufung des Arztberufes als Gewerbe

1 Anzeige von Albert Schuchardt in den Itzehoer Nachrichten, 3.1.1902. Bei der Erarbeitung dieses Kapitels wurde im wesentlichen auf die zahnmedizinischen Dissertationen von Uta Althoff „Die Geschichte der deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ aus dem Jahr 1970, von Ulrich Franken „Ausbildungsmethoden für Zahnärzte und Dentisten in Deutschland und Österreich (1800-1925)“ aus dem Jahr 1977 und von Heinz Märker „Die Berufsausbildung der Dentisten“ aus dem Jahr 1959 sowie auf die Dissertation von Dominik Groß „Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft“ aus dem Jahr 1994 zurückgegriffen.

2 Kuhn 1952, S. 25.

3 Das Verbot stand unter dem § 199 des Strafgesetzbuches, siehe Mair 1987, S. 6.

4 Dazu zählte auch Holstein, wo der Vater Schuchardts tätig war, siehe Althoff 1970, S. 6-8; Mair 1987, S. 6-7.

5 Dabei handelte es sich um Sachsen, Württemberg und Hannover, siehe Althoff 1970, S. 8.

6 Beim Nachweis entsprechender Kenntnisse waren zur Zahnbehandlung auch promovierte Ärzte und Wundärzte zugelassen, siehe Groß 1994, S. 39. Das preußische Medizinalreglement von 1825 unterschied die an der Universität ausgebildeten Ärzte von den Wundärzten. Die Ärzte waren entweder als Mediker oder mit zusätzlicher chirurgischer Ausbildung als Mediko-Chirurgen tätig. Die Wundärzte erhielten ihre Ausbildung an medizinisch-chirurgischen Lehranstalten. Sie wurden entsprechend ihrer schulischen Vorbildung und der Art und Weise ihrer Ausbildung in Wundärzte I. Ordnung und II. Ordnung unterteilt, siehe ebd., S. 31 und Kracke 1966, S. 12. Im Reglement vom 1.12.1825 fungierten Zahnärzte als 6. Klasse der Heilpersonen.

7 Groß 1994, S. 379.

8 Franken 1977, S. 31-32; Groß 1994, S. 40-41.

9 Ebd., S. 163-164.

10 Der Norddeutschen Bund wurde 1866 zwischen Preußen und 17 norddeutschen Mittel- und Kleinstaaten geschlossen und 1870 zum Deutschen Reich erweitert.

eine Verringerung der staatlichen Reglementierung versprach und die zusätzlich die Kurierfreiheit vorschlug<sup>11</sup>. Die Gewerbeordnung von 1869 gestattete damit auch zahnheilkundliche Behandlungen ohne Qualifikationsnachweis<sup>12</sup>.

Als Folge davon etablierte sich die Gruppe der nichtapprobierten Zahnbehandler. Sie war sehr heterogen zusammengesetzt, da der Berufszugang nicht gesetzlich beschränkt war<sup>13</sup>. Zu ihnen zählten die handwerklich geschulten Zahntechniker oder Zahnkünstler<sup>14</sup>, die ursprünglich nur auf die Herstellung von Zahnersatz spezialisiert waren, von denen ein großer Teil nach der Einführung der Kurierfreiheit auch Zahnbehandlungen durchführte. Diese Gruppe lieferte auch die beiden ersten Berufsbezeichnungen für den gesamten Berufsstand der nichtapprobierten Zahnbehandler. Nach einem Reichsgerichtsentscheid vom 10.12.1879 wurden beide Bezeichnungen als zulässig erachtet. Erst nach der Jahrhundertwende setzte sich die Bezeichnung „Dentist“ durch<sup>15</sup>.

Die Ausbildung der gelernten Zahntechniker war sehr unterschiedlich. Ein Teil hatte eine reguläre Lehrzeit von drei Jahren mit anschließender mehrjähriger Gehilfenzeit bei einem Zahntechniker absolviert. Ein anderer Teil hatte sich nur einem verkürzten Lehrgang unterzogen. Zu den nichtapprobierten Zahnbehandlern gehörten ebenfalls spezialisierte Bader und Barbieri, die zunächst nur „operative“ Maßnahmen wie Zahnreinigungen und Zahnentfernungen vornahmen, sich aber später auch Kenntnisse der Zahntechnik aneigneten<sup>16</sup>. Aber auch Personen, die weder eine handwerkliche noch eine „operative“ Vorbildung besaßen, traten als Zahnbehandler auf. Diese Gruppe machte die nichtapprobierten Zahnbehandler als Kollektiv sehr stark anfechtbar<sup>17</sup>.

Um ihre Anteile am Markt der Zahnpatienten zu sichern, suchten die Zahnärzte und Zahnkünstler ihre Arbeitsfelder gegeneinander abzugrenzen. Die Zahnärzte hatten sich schon vor der Einführung der Gewerbefreiheit um eine Verbesserung ihrer Ausbildung zwecks Aufwertung ihres Standes sowie um die Förderung einer eigenen wissenschaftlichen Forschung bemüht. Ausdruck dieser Bestrebungen war die Gründung des „Central-Vereins deutscher Zahnärzte“ 1859<sup>18</sup>. Nach 1869 fühlten sie sich von der wachsenden Zahl nichtapprobierter

11 Groß 1994, S. 58-59, 64-65, 375; Die Kurierfreiheit war im Entwurf nicht vorgesehen. Sie wurde von den ärztlichen Abgeordneten vorgeschlagen, siehe Märker 1959, S. 1. Vgl. Mair 1987, S. 21-26.

12 Strübig 1989, S. 142.

13 Groß 1994, S. 164.

14 Schon im 18. Jahrhundert beschäftigten Zahnärzte Gebißarbeiter, die aus dem Stand der Goldschmiede, Feinmechaniker und Instrumentenmacher hervorgegangen waren. Zum Teil stellten sie selbständig im Auftrag des Zahnarztes Zahnersatz (Gebisse) her, der diesen dann eingliederte. Während die Instrumentenmacher, wenn sie selbständig am Patienten arbeiteten, eher operativ tätig wurden, war das Haupttätigkeitsfeld der beiden anderen die technische Zahnheilkunde (Gebisse). Sie nannten sie sich oft mechanische Zahnoperateure, bildeten etwa ab 1840 selbst Lehrlinge aus und stellen die Hauptwurzel des Zahnkünstlerberufes dar, siehe Franken 1977, S. 45. Diejenigen, die nach 1869 selbständig am Patienten arbeiteten, nannten sich Zahnkünstler, diejenigen, die weiter nur den Zahnersatz herstellten, Zahntechniker, siehe Märker 1959, S. 1.

15 Groß 1994, S. 211-212, 378. Die Bezeichnung Dentist entspricht in England und Frankreich dem deutschen Wort Zahnarzt, siehe Mair 1987, S. 109; Zahntechniker trugen in England den Namen „Mechanical Dentist“, Groß 1994, S. 212. Zahnkünstler nannten sich Dentisten, um sich von den Zahntechnikern zu unterscheiden, die weiterhin nur Zahnersatz herstellten. Gesetzlich anerkannt wurde die Berufsbezeichnung erst 1933, siehe Märker 1959, S. 3.

16 Groß 1994, S. 164-165. 1779 vereinigten sich die Bader und Barbieri zu einer Innung. Neben der Körperpflege übten sie auch die „kleine Chirurgie“ darunter das Zahnziehen aus. Die Lehrzeit betrug zwei später drei Jahre. Nach acht Jahren Wanderschaft und der Meisterprüfung vor dem Stadtphysikus konnte sich der Geselle selbständig machen. Einige Bader lernten die technische Zahnheilkunde dazu, spezialisierten sich auf Zahnbehandlungen und nannten sich Zahnoperateur oder Zahnkünstler, siehe Franken 1977, S. 44.

17 Groß 1994, S. 168. Z. B. arbeiteten auch Angehörige des medizinischen Hilfspersonal (z. B. Heildiener) und Kaufleute als Zahnbehandler, siehe Franken 1977, S. 46-47.

18 Althoff, S. 191. Zuvor hatten sich 1847 in Berlin, 1857 in Leipzig und Hamburg und 1858 in Dresden Zahnärzte zu örtlichen Vereinen zusammengeschlossen, siehe ebd. Die erste überörtliche Standesvereinigung der Zahnärzte, der Zentralverein, formulierte in seinen ersten Statuten die „Hebung des Standes der Zahnärzte in wissenschaftlicher und sozialer Beziehung sowie Förderung der Forschung auf dem Gebiete der zahnärztlichen Wissenschaft und Verwerthung derselben in der Praxis“ als seine Hauptaufgaben, ebd., S. 21.

Zahnbehandler wirtschaftlich und in ihrem gesellschaftlichen Ansehen bedroht<sup>19</sup>. Sie belegten die Nichtapprobierten immer wieder mit dem Attribut „Kurpfuscher“<sup>20</sup> und forderten die Abschaffung der Kurierfreiheit. Um dieses Ziel durchzusetzen, gründeten die Zahnärzte ab 1874 regionale Vereine mit berufspolitischer Ausrichtung. Aus ihnen schloß sich 1891 der „Vereinsbund Deutscher Zahnärzte“ zusammen<sup>21</sup>. Ab 1869 wurde nach und nach der Zugang zum Beruf des approbierten Zahnarztes durch Erhöhung der Anforderungen an die schulische Vorbildung, Verlängerung der Studiendauer und hohe Studienkosten erschwert, was den Nachwuchs in Grenzen hielt<sup>22</sup> (siehe 2.3.1).

Bei der Organisation der Nichtapprobierten spielten die fortgesetzten Angriffe von seiten der Zahnärzte eine wesentliche Rolle<sup>23</sup>. Sie gründeten Innungen<sup>24</sup> und schlossen sich 1880 zum „Verein Deutscher Zahnkünstler“<sup>25</sup> zusammen, der 1908 in „Verein der Dentisten im Deutschen Reich“ umbenannt wurde<sup>26</sup>. Ihr Ziel war die Wahrung und Hebung ihres Berufes. Diese organisierten Zahnkünstler waren bestrebt, die Berufsausbildung ihres Standes zu verbessern und zu vereinheitlichen<sup>27</sup>, um sich ihrerseits von den minderqualifizierten Laienzahnbehndlern zu distanzieren. Dazu gründeten sie zunächst Fachschulen<sup>28</sup> und später dentistische Lehrinstitute<sup>29</sup>. Die technische Ausstattung der Lehranstalten war im Gegensatz zu den meisten zahnärztlichen Instituten modern und der Anzahl der Auszubildenden angepaßt (siehe 2.3.1 u. 2.3.2). Der Ausbildungsschwerpunkt war die Zahntechnik<sup>30</sup>. Ein Vergleich ihrer Ausbildungsbedingungen mit denen der Zahnärzte legt den Schluß nahe, daß die vollausgebildeten Zahntechniker besonders in der Zahnersatzkunde manchem damaligen Zahnarzt überlegen waren. 1903 verabschiedete der Verein eine eigene Prüfungsordnung<sup>31</sup>. 1920 wurde auf Erlaß des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 14.10.1920 eine Zulassungsprüfung zur Krankenkassenbehandlung eingeführt<sup>32</sup>.

19 Ebd., S. 8-9.

20 Groß 1994, S. 168.

21 Ebd., S. 793-794.

22 Ebd., S. 47, 174, 226, 231, 47, 237, 478.

23 Ebd., S. 168.

24 Sie gründeten sie, weil sie die Eintragung in der Liste der Gewerbeammer unter der „niederen Heilkunde“ ablehnten. Ihr Statut wurde nach § 98b der Gewerbeordnung vom 30.8.1884 genehmigt. Nach § 5 des Statuts hatte die Innung das Recht, Zahnkünstlerprüfungen (Leistungsnachweis) vorzunehmen, siehe Märker 1959, S. 1-2.

25 Groß 1994, S. 169. Aufnahmebedingungen waren ein Mindestalter von 21 Jahren, die Selbständigkeit als Zahnkünstler im Hauptberuf und ein Leistungsnachweis, siehe Märker 1959, S. 2.

26 Groß 1994, S. 172.

27 Die Voraussetzung war der Volksschulabschluß (acht Jahre). Die Berufsausbildung dauerte sieben Jahre. Diese waren aufgeteilt in drei Lehrjahre bei einem Zahntechniker in Verbindung mit dreijährigem Unterricht an einer Fachschule, zwei Jahre Zahntechnikertätigkeit bei einem staatlich anerkannten Dentisten, ein Institutsjahr (siehe Anm. 53) und ein Assistentenjahr bei einem Dentisten. Wenn man drei Jahre als Zahntechniker tätig war, entfiel die Assistentenzeit, siehe Märker 1959, S. 16, 23. Vgl. Franken 1977, S. 107-109.

28 1882 wurde die Reichsfachschule in Berlin (Akademie für die zahntechnische Kunst, Innungsschule) gegründet. Dort erwarben Gehilfen und selbständige Zahnkünstler eine Vervollkommnung ihrer Kenntnisse. Diese Schule war der Vorläufer der späteren Lehrinstitute, siehe Märker 1959, S. 2. Nach 1900 entstanden in 48 Städten Fachschulen oder Fachklassen parallel zur Lehrlingsausbildung in Handwerksbetrieben der Zahntechnik für die erste dreijährige Lehrzeit, siehe ebd., S. 17. Vgl. Franken 1977, S. 51.

29 Am 14.10.1900 wurde die erste Fachhochschule (Lehr- und Fortbildungsinstitut des Verbandes der Dentisten) in Berlin gegründet. Sieben weitere in anderen Städten folgten. Dort erfolgte die Aufnahme zunächst nach drei Lehrjahren mit Abschlußprüfung und einem Mindestalter von 18 Jahre, später dann erst nach fünf Jahren Ausbildungszeit. Die Ausbildungszeit am Institut betrug zwei Halbjahre. Lehrinhalte waren medizinische Grundlagenfächer, hauptsächlich bezogen auf Kopf, Mund und Zähne, naturwissenschaftliche und ökonomische Fächer sowie Zahnheilkunde (Zahnerhaltung, Prothetik, Orthodontie, Chirurgie). Lehrziel war das Erlernen der selbständigen Zahnbehandlung, siehe Märker 1959, S. 3-4. Vgl. Franken 1977, S. 111-115.

30 Märker 1959, S. 13.

31 Groß 1994, S. 172.

32 Kuhn 1954, S. 18. Vgl. Groß 1997, S. 2524.

Ein wesentlicher Faktor für die Etablierung der Nichtapprobierten war die unterschiedliche Verteilung der verschiedenen Zahnbehandler. Zahnärzte praktizierten in der Regel nur in Groß- und Mittelstädten. Als Beispiel für das Deutsche Reich sollen hier die Zahlen aus dem Jahr 1898 genannt werden. Bei einer Einwohnerzahl von 54,5 Millionen waren insgesamt 1299 Zahnärzte tätig, von denen 1046 ihren Beruf in Städten mit mehr als 20.000 Einwohnern ausübten (80, 5%). Im Gegensatz dazu arbeiteten von den insgesamt 3753 Zahnkünstlern 1881 in Kleinstädten oder Landgemeinden (50,1)<sup>33</sup>. In Itzehoe waren 1910 für 19889 Einwohner nur zwei Zahnärzte und drei selbständige Zahntechniker tätig, das ergibt ein Verhältnis von fast 4000 Patienten pro Zahnbehandler<sup>34</sup>. Daneben spielte auch der Kostenfaktor eine Rolle. Nichtapprobierte Zahnbehandler führten ihre Behandlungen zu niedrigeren Preisen durch als approbierte. Daher, und auch oft in Unkenntnis des Unterschieds zwischen den zwei Berufsständen, gaben einkommensschwächere Bevölkerungsschichten den Nichtapprobierten den Vorzug. Auch viele Krankenkassen bevorzugten u. a. aus Kostengründen Dentisten gegenüber Zahnärzten<sup>35</sup>.

In diesem Zusammenhang ist es jedoch wichtig, darauf hinzuweisen, daß es unter den oft angefochtenen nichtapprobierten Zahnbehandlern viele qualifizierte Vertreter gab, die dieser Berufsgruppe zu breiter Anerkennung verhalfen<sup>36</sup>. Sie gewährleisteten bis in die 1950er Jahre einen Großteil der zahnmedizinischen Versorgung<sup>37</sup>. Die hier nur kurz angedeutete Rivalität beider Berufsstände gab viele Jahrzehnte hindurch Anlaß zu Auseinandersetzungen, die erst durch die Vereinigung des dentistischen mit dem zahnärztlichen Berufsstand mit dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 beendet wurden<sup>38</sup>. Mit dieser Thematik setzten sich Helmuth Fries und Eberhard Kuhn in ihren medizinischen bzw. zahnmedizinischen Dissertationen auseinander. Die Arbeit von Fries stand unter dem Titel „Das ‘Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde’ in der Bundesrepublik Deutschland vom 31. März 1952“, und Kuhns Dissertation lautete „Die Geschichte der Vereinigung der Berufsgruppen der Zahnärzte und Dentisten“. Beide Arbeiten erschienen 1954. Auf die Anstrengungen Schuchardts wird im Kapitel 2.7.4.3 eingegangen. Ein wesentlicher Motor für die Schaffung eines einheitlichen akademischen Berufsstandes war der wissenschaftlich-technische Fortschritt der modernen Medizin, welcher auch die Zahnheilkunde revolutionierte<sup>39</sup>.

---

33 Groß 1994, S. 212-215.

34 Adreß-Buch Itzehoe-Sude 1912, S. 119, 135.

35 Groß 1994, S. 215-216.

36 Ebd., 1994, S. 217.

37 1953 gab es in der Bundesrepublik Deutschland 15400 Zahnärzte und 16611 Dentisten, siehe StAH, Hochschulwesen III, 31.04-17/1, Bd. 1, Bl. 4, Karl Schuchardt: „Zur augenblicklichen Situation der Zahnärzte und Dentisten im Bundesgebiet und in West-Berlin“, 19.1.1953.

38 Althoff 1970, S. 21; Strübig 1989, S. 142-143.

39 Groß, S. 257-258, 271.

## 2.2.2 Elternhaus und Schulzeit

Der biografische Teil über Schuchardts Eltern steht unter dem Blickwinkel einer für seinen Werdegang zentralen Frage: Welche Faktoren unterstützten den wirtschaftlichen Aufstieg des Vaters, der es ihm erlaubte, seinem Sohn Karl eine gehobene Schulbildung und zwei Universitätsstudien zu finanzieren? Im Anschluß an die Darstellung von Kindheit und Schulzeit wird diskutiert, welche Rolle die Profession des Vaters bei der Berufswahl des Sohnes spielte<sup>40</sup>.



Abb. 2. Elternhaus von Margaretha Schuchardt, geb. Tang, in Volksdorf bei Hamburg um 1900.

Karl Albert Max Schuchardt wurde am 24.12.1901 als zweites Kind der Eheleute Margarete Elisabeth Schuchardt, geb. Tang (1876-1953) und Johannes Albert Samuel Karl Schuchardt (1873-1951) in Itzehoe (Holstein) geboren<sup>41</sup>. Albert Schuchardt war der Sohn eines Schneidermeisters aus Buttstedt<sup>42</sup> in Thüringen, der aber mit seiner Familie eine zeitlang in Hamburg lebte, wo Albert auch geboren wurde. Die Eltern und ein Bruder kehrten später nach Buttstedt zurück. Albert Schuchardt erlernte das Frisör- und Baderhandwerk. Einen Teil seiner Gesellenzeit absolvierte er in England. Seine zukünftige Frau, Margarethe Tang, lernte er in Hamburg kennen, wo sie als Dienstmädchen bei einer Familie in Pöseldorf arbeitete. Sie stammte aus einer Volksdorfer Landarbeiterfamilie (Abb. 2).

40 Die Angaben über die Eltern Karl Schuchardts sind teils aus den Erinnerungen seines Neffen Max Krohn (\*1924) rekonstruiert worden, (siehe 9.3.1.1), teils gelang es mit dessen freundlicher Unterstützung, schriftliche Nachweise zu erbringen. Angaben, die anderen Quellen entstammen, werden in den Fußnoten im einzelnen nachgewiesen.

41 Kirchenbucharchiv Itzehoe, Duplikat des Taufregisters für den St. Laurentii-Pfarrbezirk 1901/02; Nachlaß Schuchardts bei Gouse, Personalausweis von Karl Schuchardt.

42 Heute veränderte Schreibweise „Buttstädt“.

Das Paar heiratete am 23.12.1897 in Bergstedt bei Hamburg. Bereits einen Tag nach der Hochzeit führen sie per Eisenbahn nach Itzehoe und bezogen das Haus Sandberg Nr. 1, das im Zentrum der Altstadt gelegen ist, wo Albert Schuchardt zum 1.1.1898 ein Frisör- und Badergeschäft eröffnete (Abb. 3). Krohn vermutet, daß er sich für Itzehoe entschied, weil er in dieser nahe bei Hamburg gelegenen Kleinstadt ein Frisörgeschäft gerade günstig mieten konnte. Einen Frisörladen gibt es dort übrigens noch heute.



Abb. 3. Frisörgeschäft A. Schuchardts um 1900, erstes Gebäude links im Bild.

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein kurzer Rückblick auf die damaligen politischen und wirtschaftlichen Veränderungen in dieser holsteinischen Kleinstadt. Das Herzogtum Holstein war 1867 zusammen mit dem Herzogtum Schleswig von Preußen annektiert worden. Davor stand es vierhundert Jahre unter dänischer Herrschaft<sup>43</sup>. Durch die mit dem Herrschaftswechsel verbundene Angliederung der Region an den Deutschen Zollverein (1867), der im wesentlichen dem damaligen deutschen Wirtschaftsraum entsprach, entwickelten sich Industrie, Gewerbe und Handel sprunghaft. Das Handwerk profitierte besonders von der Einführung der allgemeinen Gewerbefreiheit im Norddeutschen Bund 1869<sup>44</sup>.

Die Stadtstruktur Itzehoes, die bereits seit den 1840er Jahren Fabrikansiedlungen aufwies, veränderte sich nun entscheidend<sup>45</sup>. Von 1867 bis 1925 vollzog sich der Wandel von einer Handels- und Dienstleistungstadt zu einer Industriestadt<sup>46</sup>. Wie in anderen Städten Deutschlands war das Aufblühen der ortsansässigen Industrie mit einem erhöhten Arbeiterbedarf verbunden, was im Verein mit dem generellen Bevölkerungswachstum in Deutschland eine Welle der Urbanisierung und Zunahme der städtischen Bevölkerung verursachte. Die Einwohnerzahl von Itzehoe stieg von 8336 im Jahr 1867 auf 13903 im Jahr 1895 an<sup>47</sup>. Der Industriebereich Steine und Erden beschäftigte 1900 den größten Teil aller Industriearbeiter (43%), gefolgt von der Textilindustrie

43 Itzehoe 1991, S. 69, 165.

44 Im Deutschen Zollverein hatten sich 1834 die meisten deutschen Bundesstaaten zusammengeschlossen und damit einen gemeinsamen Wirtschaftsraum geschaffen (Festlegung der Verhältnisse, Abschaffung der Binnenzölle), siehe ebd., S. 114.

45 Ebd., S. 115.

46 Ebd., S. 116.

47 Ebd., S. 143; Adreß-Buch Itzehoe-Sude 1912, S. I-II.

(23%) und der Nahrungsmittelindustrie (17%). Einer der bedeutendsten Arbeitgeber der Stadt war der Zementfabrikant Alsen<sup>48</sup> (siehe 2.7.2). Die Region war nach dem Anschluß an den deutschen Wirtschaftsraum aber auch stärker als zuvor den dort herrschenden konjunkturellen Wechsellagen ausgesetzt. Von 1894/95 bis 1913 verzeichnete Itzehoe eine zweite industrielle Ausbauphase, in der besonders die Zahl der Kleinbetriebe anstieg<sup>49</sup>. Dadurch entwickelte sich Itzehoe von einer Kleinstadt zu einer Mittelstadt. 1914 lebten dort 20091 Menschen. Zum Anstieg der Einwohnerzahlen trugen auch Eingemeindungen im Nordwesten und Südosten sowie der Ausbau der Itzehoer Garnison im Nordosten der Stadt bei<sup>50</sup>. Insgesamt lief der ökonomische Aufwärtstrend parallel mit dem wirtschaftlichen Geschehen im Deutschen Reich als Ganzem<sup>51</sup>.

Der Bau der Elbbrücken bei Hamburg 1878 brachte Itzehoe den Anschluß an das Eisenbahnnetz südlich der Elbe und versetzte den vorher dominierenden Warentransport per Schiff über Stör und Elbe an die zweite Stelle<sup>52</sup>. Im Zusammenhang mit dem Bau des Itzehoer Bahnhofs 1879 wurde die zum Bahnhof führende Viktoriastraße ausgebaut. Eine der in den 1880er Jahren dort entstandenen Villen konnte Albert Schuchardt später im Jahre 1926 erwerben<sup>53</sup>.

Zurück zu Albert Schuchardt, der sich bereits im vierten Jahr seiner selbständigen Tätigkeit als Bader und Barbier entschied, sich auf Zahnbehandlungen und Herstellung von Zahnersatz zu spezialisieren. Deshalb absolvierte er im Jahr 1901 eine Ausbildung zum Zahntechniker. Für die Ausführung von Extraktionen und anderer kleinerer operativer Behandlungen hatte er vermutlich schon in seinem ersten Beruf Kenntnisse erworben.



Abb. 4. Anzeige von A. Schuchardt in den Itzehoer Nachrichten vom 31.1.1902.



Abb. 5. Anzeige von A. Schuchardt im Norddeutschen Kurier vom 31.1.1902.

Seit 1892 bestand für die Provinz Schleswig-Holstein eine Innung der „Zahnkünstler“, deren Sitz Altona war (siehe 2.2.1). Dort hatte die Innung auch eine eigene Fachschule<sup>54</sup>. Möglicherweise erhielt Albert Schuchardt dort oder bei einem Zahntechniker in Itzehoe seine Ausbildung. Schon am 31. Januar 1902 eröffnete er ein „Atelier für künstl. Zähne, Plombieren, etc.“ in der Mittelstraße 4 in Itzehoe<sup>55</sup> (Abb. 4-7).

48 Itzehoe 1991, S. 116-117.

49 Ebd., S. 123.

50 Ebd., S. 143-144.

51 Der Hochkonjunktur in den Gründerjahren nach 1870/71 folgte die Gründerkrise 1873 und die wirtschaftlich instabilen Jahren bis 1880 mit anschließendem langsamen Aufwärtstrend, siehe ebd., S. 115, 123.

52 Ebd., S. 115.

53 Heimatverband für den Kreis Steinburg e. V. 1988, S. 4, 19.

54 Prion 1951, S. 15.

55 In der Anzeige von 1904 wird statt Mittelstraße 4 „Breitstraße 4 Kirchenstrasse Ecke“ als Adresse genannt. Es ist nicht klar, ob dem ein Wohnungswechsel oder nur eine Numerierungsänderung bzw. Änderung der Straßenzuordnung zugrunde liegt, siehe Abb. 4 und 6 (Ausschnitte aus den Zeitungen Norddeutscher Kurier 3.1.1902, Itzehoer Nachrichten 28.6.1904, siehe Nachlaß Schuchardt bei Krohn; die Mittelstraße, heute Berliner Platz, entstand 1893 als Verbindung zwischen Breitstraße und Große Paschburg, die Häuser Breitestaße 1, 3, 5 wurden dafür abgerissen, siehe Thomsen 1981, S. 66.



Abb. 6. Schadensmitteilung von A. Schuchardt im Norddeutschen Kurier vom 2.9.1902.



Abb. 7. Anzeige von A. Schuchardt in den Itzehoer Nachrichten vom 28.6.1904.



Abb. 8. Breitestraße 11 um 1912, Atelier und Wohnung von Albert Schuchardt, siehe Pfeil.

Die Familie wohnte in der Breitestraße 11<sup>56</sup>. Eine zeitgenössischen Fotografie läßt auch im ersten Stock dieses Hauses, über dem Laden des Herrenausstatters Hingst, ein Schild „Atelier für künstl. Zähne - A. Schuchardt“ erkennen<sup>57</sup> (Abb. 8). Im Adreßbuch der Stadt Itzehoe war er 1912 unter den Gewerbetreibenden nur mit dieser Adresse verzeichnet<sup>58</sup>.

Während des 1. Weltkrieges war er eingezogen und wurde bei der Truppe als Zahnbehandler eingesetzt<sup>59</sup>. Am 1.1.1917 bezog die Familie die erste Etage des 1915 erbauten und heute denkmalgeschützten Wohn- und Geschäftshauses Sandberg Nr. 12, wo Albert Schuchardt nach der Rückkehr aus dem Kriegsdienst auch seine dentistische Praxis wieder eröffnete (Abb. 9).

56 „ Breitestraße 11. Besitzer Wilhelm Stettisch, Bahrt, Rasmus, Zahntechniker, Behrens, Ferdinand, Anwalt, Hingst, Hans, Kaufmann, Ruhstert, Anna, Stütze, Schuchardt, Albert, Zahntechniker.“, siehe Adreß-Buch Itzehoe-Sude 1912, S. 62.

57 Thomsen 1981, S. 62, S. 71.

58 Adreß-Buch Itzehoe-Sude 1912, S. 94, 135.

59 Persönliche Mitteilung von Carola Gouse, geb. Schuchardt, 1996



Abb. 9. 1. Etage des Hauses Sandberg 12, Aufnahme 1996.



Abb. 10. Haus Viktoriastraße 19, die Praxis lag im Hochparterre links mit Anbau, Aufnahme 1996.

1926 konnte er dann die Villa des Zahnarztes August Mencke in der Viktoriastraße 19 erwerben und seine Wohn- und Praxisräume dorthin verlegen (Abb. 10)<sup>60</sup>. Die Praxis befand sich im Hochparterre links. In diesen Räumen arbeitete kurzzeitig (von Januar 1929 bis Juni 1930) auch sein Sohn als niedergelassener Zahnarzt<sup>61</sup>. Zuvor hatte Albert Schuchardt die Praxis durch einen Anbau vergrößern lassen, was darauf hinweist, daß ursprünglich eine längere Zusammenarbeit bzw. eine Übernahme der väterlichen Praxis durch Karl Schuchardt geplant war.

Albert Schuchardt war noch nach dem zweiten Weltkrieg als Dentist tätig. Er starb 1951. Ein Jahr nach seinem Tod vollzog sich die auch von ihm ersehnte Vereinigung des dentistischen mit dem zahnärztlichen Berufsstand, an deren Zustandekommen sein Sohn mitgewirkt hatte.

Der Grabstein der Familienruhestätte trägt als Ausdruck für das Leben Alberts, das durch seine Schaffenskraft geprägt wurde, als Inschrift einen Teil des Verses 10 aus dem 90. Psalm<sup>62</sup> des Alten Testaments: „UND WENN ES KÖSTLICH GEWESEN IST, SO IST ES MÜHE UND ARBEIT GEWESEN“<sup>63</sup>.

Nach dem biografischen Teil über Schuchardts Eltern wird im folgenden über seine Kindheit und Schulzeit berichtet. Die beiden Kinder der Eheleute Schuchardt erblickten im Haus Sandberg Nr. 1 das Licht der Welt. 1899 wurde Theresa (1899-1965) und zwei Jahre später Karl geboren. Am 24. Januar 1902 erhielt er in der evangelischen Hauptkirche St. Laurentius die Taufe<sup>64</sup> und am 25.3.1917 ebenfalls dort die Konfirmation (Abb. 11, 12)<sup>65</sup>.

60 Nachlaß Albert und Margarete Schuchardts bei Krohn, Auszug vom Katasteramt Itzehoe. Die Lebensdaten Menckes konnten nicht ermittelt werden.

61 Schuchardt 1930, Lebenslauf im Anhang; Krohn gibt an, daß die Praxis von Albert Schuchardt rechts vom Eingang und die Praxiszimmer von Karl Schuchardt links davon gelegen haben.

62 Der vollständige Vers lautet: „Unser Leben währet siebzig Jahre und wenn's hoch kommt, so sind's achtzig Jahre, und wenn es köstlich gewesen ist, so ist es Mühe und Arbeit gewesen; denn es fährt schnell dahin, als flögen wir davon“.

63 Friedhof Itzehoe, Grabposition Br. XI 22/23.

64 Duplikat des Taufregisters ..., siehe Anm. 41.

65 Nachlaß Schuchardts bei Gouse, Kirchenpaß von Karl Schuchardt.



Abb. 11. Karl Schuchardt im Jahre 1902.



Abb. 12. Konfirmationszeugnis Karl Schuchardts.



Abb. 13. Fotografie der Familie Schuchardt um 1912, in der Mitte die Kinder Karl und Theresa.

Ein strenger Vater und eine liebevolle Mutter bestimmten seine „Kinderstube“ (Abb. 13). Mit fünfeinhalb Jahren begann für Karl Ostern 1906 mit dem Eintritt in die Vorschule des Itzehoer Realgymnasiums die Schulzeit. Sie endete im September 1921, als er mit dem Zeugnis der Reife die Schule verließ, um Zahnheilkunde zu

studieren<sup>66</sup>. An der Lehranstalt, die ab 1909 Kaiser-Karl-Schule<sup>67</sup> hieß, wurden ausschließlich Jungen unterrichtet. Im Unterschied zu den klassisch-philologischen Bildungsinhalten der älteren humanistischen Lehranstalten lag der Schwerpunkt in den Realgymnasien auf den Naturwissenschaften und den neuen Sprachen<sup>68</sup>. Die Figuren, die den Giebel der Kaiser-Karl-Schule schmücken (Abb. 14), stellen Allegorien der Kunst und der Wissenschaft dar, deren Ineinandergreifen Schuchardts späteren beruflichen Werdegang bestimmen sollte.

Als der Vater während des 1. Weltkrieges 1914-1918 eingezogen war, trug Karl zum Familienunterhalt bei. Er fotografierte ins Feld ziehende Soldaten und reparierte im väterlichen Labor Zahnprothesen<sup>69</sup>. Die durch frühe Übung erlangte Geschicklichkeit in zahntechnischen Arbeiten und die Erfahrung beim Fotografieren waren ihm später noch von großem Nutzen. In der Schule jedoch machte sich die Abwesenheit des Vaters



Abb. 14. Kaiser-Karl-Schule 1996.

*„Ein Schüler von guten Anlagen, besonders auch im Zeichnen, der aber zu Weihnachten noch große Lücken in seinem Wissen zeigte, die größtenteils auf Unfleiß in den Mittelklassen zurück geführt wurden. Seine Reife wurde dafür als zweifelhaft bezeichnet; er bestand die Prüfung im Februar auch nicht. Er hat sich seitdem ernstlich bemüht, diese Lücken aufzufüllen; bis auf die Chemie ist ihm das auch gelungen. Dem Nichtgenügend hier steht ein Gut in der Mathematik und Physik und ein Sehr Gut im Zeichnen gegenüber. Seine Reife ist daher jetzt zweifellos zumal auch die Neigung zur Selbstüberschätzung, die zu Weihnachten an ihm getadelt wurde, nicht mehr zutage getreten ist. Betragen und Fleiß: Gut“<sup>70</sup>.*

An dieser Stelle sei auf eine Parallelität in der künstlerischen Begabung mit dem bekannten plastischen Chirurgen Erich Lexer (1867-1937) hingewiesen, der schon als Kind von neun Jahren bei einem Bildhauer Zeichnen und Modellieren lernte. Er wollte ursprünglich Maler werden, entschloß sich dann aber, durch anatomische Zeichenstudien angeregt, Medizin zu studieren<sup>71</sup>. Bei Karl Schuchardt war allerdings der Studienwunsch Zahnmedizin anfänglich stark durch den Beruf des Vaters beeinflusst. Jedoch seine spätere Meisterschaft in der plastischen Gesichtschirurgie resultierte auch aus seiner künstlerischen Begabung, welche in Karl außerdem ein ganz anderes Berufsinteresse weckte (siehe 2.2.4).

66 Nachlaß Schuchardts bei Krohn, Reifezeugnis von Karl Schuchardt, Kopie; „Reform=Realgymnasium und Realschule mit Vorschule in Itzehoe Hinterm Sandberg 3. Direktor: Dr. Halfmann; Oberlehrer: Prof. Dr. Behrmann, Prof. Dr. Westerwick, Prof. Dr. Otte, Staede, Jansen, Koeiz, Dr. Kern, Kummer, Preusker, Jehns, Dr. Pfau, Dr. Voß, Zeichenlehrer Kaufmann; Lehrer am Realgymnasium: Sander, Stendörft, Turnlehrer Schröder, Vorschullehrer: Doppe, Asmussen; Schulwärter Jansen“, siehe Adreß-Buch Itzehoe-Sude 1912, S. XIX. Mädchen konnten ihre höhere Schulbildung an der Städtischen höheren Mädchenschule, Große Paaschburg, erlangen, siehe ebd., S. XXI.

67 Benannt nach Karl I., dem Großen, König der Franken und römischer Kaiser (742 ? -814).

68 Humanistische Gymnasien gab es damals nur in Glückstadt und in Meldorf, siehe Itzehoe 1991, S. 157-158.

69 Krohn 1985.

70 Nachlaß Schuchardts bei Krohn, Kopie der Beurteilung für die Zulassung zur Reifeprüfung.

71 Winau, Vaubel 1983, S. 68.

### 2.2.3 Ehe und Familie

Da die Familie Karl Schuchardts infolge der Machtergreifung durch die Nationalsozialisten in Deutschland ein besonderes Schicksal erfuhr, soll in diesem Abschnitt neben den biographischen Angaben auch auf die besondere Situation von Ehefrau Dr. med. Eva Schuchardt (1900-1995) und der gemeinsamen Kinder eingegangen werden<sup>72</sup>.

Karl Schuchardt lernte seine zukünftige Frau Eva Charlotte Ries 1928 während seiner Volontärassistentenzeit an der kieferchirurgischen Abteilung am Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin kennen (siehe 2.4.3). Sie arbeitete damals als Assistenzärztin an der pathologischen Abteilung des Krankenhauses<sup>73</sup>. Eva Ries, verheiratete Schuchardt, wurde am 15. Dezember 1900 als zweites von fünf Kindern<sup>74</sup> deutschstämmiger Eltern jüdischer Konfession in Hull (England) geboren. Die Mutter Agnes hieß mit Mädchennamen Silbermann. Der Vater trug den Vornamen Gustav und war Kaufmann<sup>75</sup>. Dem Wunsch der Mutter entsprechend kehrte die Familie Ries vor dem ersten Weltkrieg nach Deutschland zurück und siedelte sich in Charlottenburg<sup>76</sup> bei Berlin<sup>77</sup> an. Bei Ausbruch des Krieges (1914-1918) wurde der Vater in einem Pferdestall auf dem Gelände der Berliner Rennbahn interniert, da er noch im Besitz der britischen Staatsbürgerschaft war. Eva Ries war staatenlos<sup>78</sup>.

Unter den Angehörigen der Familie Ries gab es viele künstlerische Talente. Evas jüngere Schwester Julia, verheiratete Eble-Ries, war Malerin und arbeitete als Professorin an der Kunsthochschule in Basel. Ludwig Ries<sup>79</sup>, ein Bruder des Vaters, entwarf als Architekt u. a. auch ein Gebäude in Itzehoe. Auch bei Eva zeigte sich schon früh eine zeichnerische Begabung. Daraus entspann sich neben der Medizin auch auf dem Gebiet der Kunst eine Gemeinsamkeit zwischen Eva Ries und Karl Schuchardt (2.2.4).

72 Den größten Teil der Informationen verdanke ich einem persönlichen Gespräch mit der Tochter Carola Gouse, geb. Schuchardt (\*1930), (siehe 9.3.1.2) und dem Neffen Max Krohn am 27. Juli 1996 in Hamburg. Die Angaben von Frau Gouse beruhen auf persönlichen Kindheitserinnerungen und auf Berichten einer Tante, da ihre Mutter ungern über diese Zeit sprach. Angaben aus anderen Quellen werden jeweils im einzelnen mit Fußnoten belegt.

73 Hoffmann-Axthelm, 1990, S. 38; Shimizu 1982, S. 12.

74 Geburtsfolge der Kinder und deren Tätigkeiten sowie Aufenthaltsstaaten in Stichworten: Gerta, verheiratete Wieners, geboren 1898, Bildhauerin, Ehemann auch Bildhauer, ging in die USA, erhielt 1988 dort einen Kunstpreis für Marionetten; Eva; Erich, Geschäftsmann, ging nach Großbritannien, war während des zweiten Weltkrieges Bomberpilot der Royal Airforce; Julia, verheiratete Eble-Ries in erster Ehe, in zweiter Ehe Heid-Ris, Ehemann Bildhauer Friedrich (Fritz) Heid, Malerin, ging in die USA; Viktor, Silber- und Goldschmied, ging nach Israel und später in die USA.

75 Universitätsarchiv Freiburg, A 66, Nr. 15, Ordnungszahl 321.

76 Universitätsarchiv Freiburg, A 66, Nr. 15, Familie Ries lebte in der Dernburgstraße 24 in Charlottenburg.

77 Durch das „Gesetz über die Bildung einer neuen Stadtgemeinde Berlin“ vom 27.4.1920 wurden 8 Städte (Berlin, Charlottenburg, Köpenick, Lichtenberg, Neukölln, Schöneberg, Spandau, Wilmersdorf), 59 Landgemeinden und 27 Gutsbezirke zu Groß-Berlin zusammengeschlossen, davor gab es den Zweckverband von 1911, der nur das Verkehrs- und das Bauwesen des Verbandes regelte, siehe Ribbe 1987, S. 814-824.

78 Universitätsarchiv Freiburg, B 44, Nr. 109, S. 257, Abgangszeugnis Eva Ries, 2.9.1924.

79 Die Lebensdaten von Julia Eble-Ries und Ludwig Ries konnten nicht ermittelt werden.



Abb. 15. Oberprima Fürstin-Bismarck-Schule, Charlottenburg, 1919, Eva Ries in der Mitte oben.

Eva Charlotte besuchte vom 19.7.1910 bis 1.10.1920 das Fürstin-Bismarck-Lyzeum, heute Sophie-Charlotten-Oberschule<sup>80</sup>, in Berlin-Charlottenburg, das sie mit dem Zeugnis der Reife verließ. Diese Schule war vermutlich eines der ersten vom Preußischen Staat nach der Mädchenschulreform von 1908 anerkannten Mädchenlyzeen, an denen die Schülerinnen ihr Abitur ablegen konnten<sup>81</sup>. 1913 bis 1918 wurde für diese Schule ein neues Gebäude errichtet, das 1280 Schülerinnen aufnehmen konnte und das heute noch existiert<sup>82</sup>. Schon damals in der Schulzeit entwickelte sich Evas Interesse für die Wissenschaft (Abb. 15). Im 18. Lebensjahr entschloß sie sich, zum katholischen Glauben zu konvertieren und Nonne zu werden mit der Absicht, später als Missionsärztin zu arbeiten. Diese Entscheidung veranlaßte ihren Vater, sich viele Jahre von ihr abzuwenden. Erst nach ihrer

ärztlichen Promotion nahm er den Kontakt wieder auf und schenkte ihr als Anerkennung ihrer Leistungen einen wertvollen Schreibtisch, der heute noch im Besitz des Enkelsohnes Charles Frederick Gouse (\*1966) ist. Eva Charlotte begann zunächst in Berlin an der Friedrich-Wilhelm-Universität mit dem Medizinstudium. Zum Wintersemester 1923/24 wechselte sie nach Freiburg<sup>83</sup>. Wahrscheinlich zur gleichen Zeit wurde sie dort Postulantin im 1920 gegründete Benediktinerinnenkloster St. Lioba in Günterstal<sup>84</sup> und änderte ihren Namen in Eva Maria. Die Dauer ihrer Probezeit ist nicht bekannt. Die Ungewißheit, ob sie je in einer Missionsstation als Ärztin eingesetzt würde, bewegte sie dazu, schließlich nicht in den Orden einzutreten. Mit der damaligen Priorin und Gründerin des Klosters, Maria Benedikta Föhrenbach, blieb sie aber freundschaftlich verbunden.

80 Laut Brief des Schulleiters Krause der Sophie-Charlotten-Oberschule (Gymnasium), 5.3.1998, sind Karteikarte und Reifezeugnisduplikat von Eva Ries in den Schulakten vorhanden.

81 1908 wurde zuerst in Preußen das in allen deutschen Ländern vorwiegend privat organisierte höhere Mädchenschulwesen durch die „Bestimmungen über die Neuordnung des höheren Mädchenschulwesens“ vom 18.8.1908 reformiert (Mädchenschulreform). Davor konnten Mädchen ihr Abitur nur extern an einem Knabengymnasium ablegen. Die Anerkennung einer höheren Mädchenschule als Mädchenlyzeum erfolgte nach der Reform nur, wenn akademisch gebildete Lehrer die Hälfte der Stunden in den wissenschaftlichen Fächern der Mittel- und Oberschule erteilten und wenn sowohl das gesamte wie das akademische Kollegium zu einem Drittel aus männlichen bzw. weiblichen Lehrkräften bestand. Von den insgesamt 945 höheren Mädchenschulen in Preußen im Jahr 1906 erhielten bis 1922 nur 496 die Anerkennung als Lyzeum. Wenn Mädchen das Abitur ablegen wollten, wechselten sie entweder nach der Klasse IV des Lyzeums (entspricht heute Klasse 7, da die Zählung mit Klasse X absteigend nach I erfolgte) in die sechsjährige Studienanstalt (realgymnasiale oder gymnasiale Form) oder nach der Klasse III in die fünfjährige Studienanstalt (oberreale Form). Das sollte aber die Ausnahme bleiben. Die Schulzeit bis zum Abitur betrug für Mädchen „in Würdigung der durch die weibliche Natur gebotenen Rücksichten“ 13, für Knaben zwölf Jahre. Ohne den Wunsch nach einem Abitur führte der sogenannte normale Weg über das zehnjährige Lyzeum in das Oberlyzeum, in welchem die Mädchen entweder die ein- bis zweijährige haus- und volkswirtschaftlich orientierte Frauenschule besuchen oder das vierjährige Lehrerinnenseminar absolvieren konnten, das für die Lehrtätigkeit an Unter- und Mittelstufen höherer Mädchenschulen qualifizierte, siehe Ehrich 1996, S. 129-135. Ob die Studienanstalten in das jeweilige Lyzeum direkt integriert waren, geht aus dieser Literatur nicht hervor. Am Fürstin-Bismarck-Lyzeum muß es jedoch so gewesen sein, da Eva Ries die Oberprima in dieser Schule absolvierte.

82 Architekten- und Ingenieurverein Berlin (Hrsg.) 1991, S. 405.

83 Universitätsarchiv Freiburg, A 66, Nr. 15.

84 Laut Brief der Priorin Eoliba Greinemann, 5.3.1998, erhielten die Benediktinerinnen des Klosters 1927 die kirchliche Approbation, im Namensverzeichnis der Frauen, die sich dem Kloster anschlossen, ist Eva Ries nicht verzeichnet, siehe ebd.



Abb. 16. Eva Ries (rechts), Krankenhaus Westend, Berlin, März 1927.

Vom Wintersemester 1923/24 bis zum Sommersemester 1924 studierte sie an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg Medizin im klinischen Studienabschnitt<sup>85</sup>. Vermutlich handelte es sich um die letzten zwei klinischen Semester. Daran müßte sich das einjährige Medizinalpraktikum angeschlossen haben<sup>86</sup>. 1925 legte sie ihr ärztliches Examen in Freiburg ab<sup>87</sup>. Karl Schuchardt war vom Wintersemester 1921/22 bis zum Wintersemester 1922/23 ebenfalls an der Freiburger Fakultät eingeschrieben, um dort Zahnheilkunde und Medizin zu studieren. Im Frühjahr 1923 wechselte er nach Kiel (siehe 2.3.2), so daß die beiden sich in Freiburg nicht begegnen konnten<sup>88</sup>. Frau Ries erhielt 1926 ihre ärztliche Approbation<sup>89</sup> und arbeitete danach auf der internistischen Station des St.-Norbert-Krankenhauses in Berlin, in welchem ihr

Mann später als Kieferchirurg wirkte (siehe 2.5). Ein Foto, das sich im Besitz der Tochter befindet, zeigt sie im März 1927 als Ärztin im Westendkrankenhaus in Berlin<sup>90</sup> (Abb. 16). 1928 war sie als Assistenzärztin am Heiligen-Geist-Hospital in Frankfurt a. M. tätig<sup>91</sup>. Möglicherweise wechselte sie nach Frankfurt, weil dort ihr Studienfreund, der Zoologe Rudolf Lehmensick, arbeitete<sup>92</sup>.

Im selben Jahr promovierte Ries in Freiburg mit einer Dissertation „Über Kloakenmissbildungen“ zum Dr. med. Sie veröffentlichte ihre Arbeit in der „Frankfurter Zeitung für Pathologie“. Die der Dissertation zugrunde liegende Untersuchung führte sie am Pathologischen Institut der Universität Freiburg durch<sup>93</sup>. Ihr Doktorvater war Hans Anders (1886-1953), Privatdozent und I. Assistent des Pathologischen Instituts der Freiburger Universität<sup>94</sup> (Abb. 17, 18). Er schrieb ihr folgendes Referat zu ihrer Dissertation:

*„ Der vorliegenden Dissertation liegt ein im pathologischen Institut Freiburg beobachteter Fall von einer Duplicitas inferior zu Grunde, der von Fräulein Ries unter meiner Leitung untersucht worden ist. Hierbei wurde besonderes Gewicht auf die in beiden Individualteilen festzustellenden Kloaken gelegt. Bei der Präparation der sehr komplizierten Verhältnisse sowie bei ihrer Deutung hat Fräulein Ries grosses Geschick und Verständnis gezeigt. Besonders möchte ich auf die von ihr angefertigten Zeichnungen hinweisen, die in ihrer Klarheit und Übersichtlichkeit das Verständnis ausserordentlich erleichtern. Die vorliegende Dissertation hat insofern eine gewisse principielle Bedeutung, als es sich um eine bisher noch nicht beschriebene Form der Duplicitas inferior [inferior] handelt. Die Arbeit verdient das Prädikat gut“<sup>95</sup>.*

85 Universitätsarchiv Freiburg, B 44, Nr. 109, S. 257, Abgangszeugnis für Fräulein Eva Ries, 8.9.1924.

86 Universitätsarchiv Freiburg, Inventar-Nr. 1960/15, Verzeichnisse der Studierenden der Universität Freiburg, Eva Ries studierte vom Wintersemester 1923/24 (S. 55) bis zum Sommersemester 1925 (S. 82).

87 Universitätsarchiv Freiburg, B 54, Nr. 71, Promotionsakten.

88 Universitätsarchiv Freiburg, B 44, Nr. 108, S. 452, Abgangszeugnis von Karl Schuchardt.

89 Reichs-Medizinal-Kalender 1929, S. 248, „Ries o, Eva 26, AssÄ a. Heil.Geist Hosp, Langestr. 19“, (Zahl hinter dem Vornamen bedeutet das Approbationsjahr).

90 Datum und Ort stehen in Handschrift auf der Rückseite des Fotos.

91 Reichsmedizinalkalender 1929, S. 248.

92 Universitätsarchiv Freiburg, B 44, Nr. 162, S. 130, Abgangszeugnis Rudolf Lehmensick, 23.4.1924. Er stammte aus Jena und studierte im Wintersemester 1923/24 Naturwissenschaften in Freiburg, siehe ebd. Seine Lebendaten konnten nicht ermittelt werden.

93 Ries 1928.

94 „Anders, Hans, 11, I. Ass. d. Path. Inst., Priv. D.“, siehe Reichs-Medizinal-Kalender 1928, S. 419. „Pathologisches Institut, Direktor Prof. Aschoff, Karl Ludwig, 90, 1. Prosektor Anders“ siehe ebd., S. 8.

95 Universitätsarchiv Freiburg, B 54, Nr. 71, Promotionsakten Wintersemester 1927/28, Privatdozent Dr. Anders: „Referat über die Inaugural-Dissertation von Fräulein Eva Ries aus Hull über Kloakenmissbildungen“, 5.11.1927.



Abb. 17. Der Pathologe Hans Anders, um 1930.



Abb. 18. Karikatur des Pathologen Hans Anders, Zeichner unbekannt.

Bevor Frau Ries die Doktorprüfung an der Freiburger Universität absolvieren konnte, wurde sie nach der Anordnung des Dekans in den Fächern Innere Medizin, Pathologische Anatomie und Pharmakologie an verschiedenen Tagen Ende des Jahres 1927 geprüft. Für ihre Kenntnisse in den ersten beiden Fächern erhielt sie die Note Sehr gut, in Pharmakologie die Note Gut<sup>96</sup>.

Anders wurde 1928 außerordentlicher Professor an der Freiburger Universität und gab für Kürschners Deutschen Gelehrten-Kalender die Teratologie als sein Spezialgebiet an<sup>97</sup>. Er ging im Mai 1929 als neuer Direktor der pathologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses nach Berlin<sup>98</sup>. Vermutlich in diesem Zusammenhang nahm auch Ries dort ihre Tätigkeit als Assistentin auf<sup>99</sup> (Abb. 19). Der genaue Zeitpunkt ihres Arbeitsbeginns konnte nicht ermittelt werden.

An ihrer neuen Arbeitsstätte wurde sie mit Karl Schuchardt bekannt. Am 7.12.1929 heirateten sie standesamtlich in Berlin<sup>100</sup>. Zwei Einzelheiten blieben in den Erinnerungen der Familie erhalten. Eva Maria trug ein Brautkleid aus lindenblütenfarbener Spitze, und die Hochzeitsreise unternahm das Paar nach Paris. Am 30. Oktober 1930 kam das erste Kind, Carola Agnes Elisabeth Schuchardt, in Berlin zur Welt. Vor und nach der Entbindung lebte Frau Schuchardt eine Zeitlang bei dem Ehepaar Emmi und Hans Anders in der Luitpoldstraße 18. Die Gründe dafür sind ungewiß. Es liegt die Vermutung nahe, daß die Wohnverhältnisse für die junge Familie in Berlin noch nicht geklärt waren, da Karl Schuchardt erst am 1. September 1930 seine kieferchirurgische Ausbildung am zahnärztlichen Universitätsinstitut in Berlin begonnen hatte und zuvor in Itzehoe als Zahnarzt tätig

96 Universitätsarchiv Freiburg, B 54, Nr. 71, Promotionsakten Wintersemester 1927/28.

97 Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1931, S. 31. Anders veröffentlichte auch Arbeiten über die Pathogenese der Tuberkulose, über die Bedeutung des endogenen lymphogranulären Reinfektes, über die Altersphthise und über die tuberkulöse Meningitis, siehe Semler, Tauschwitz 1966, S. 765.

98 „Anders O, Hans, 11, Prof. Dir. d. pathol. Abt. d. Rudolf-Virchow-Kh., W 30 Luitpoldstr. 18“, (O bedeutet keine Privatpraxis), siehe Reichs-Medizinal-Kalender 1931, S. 62. Anders leitete die Abteilung von 1929 bis 1933. Von 1935 bis 1950 stand er dem pathologischen Institut der Krankenanstalten Buch vor. 1950 bis 1953 wirkte er als Ordinarius für Pathologie an der Alexander-von-Humboldt-Universität zu Berlin und leitete das pathologische Institut der Charité, siehe Semler, Tauschwitz 1966, S. 765.

99 Auf dem Foto wurde handschriftlich von Frau Schuchardt vermerkt: „Im patholog. Institut Virchow-Krankenhaus Okt. 1929“.

100 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. [1], Personalbogen.



Abb. 19. Eva Ries (Mitte) während einer Demonstration in der pathologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses im Oktober 1929.

gewesen war<sup>101</sup>, wo das Ehepaar eine gemeinsame Wohnung hatte. Vermutlich hatte Frau Schuchardt während ihrer vorangegangenen Tätigkeit in der pathologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses im Krankenhaus gewohnt, wie das für unverheiratete Assistenten üblich war. Die erste gemeinsame Wohnung der Schuchardts in Berlin lag im Stadtteil Buckow Ost. Danach zogen sie nach Wilmersdorf.

Den Wunsch nach zukünftiger gemeinsamer Arbeit mit ihrem Ehemann im Blick, studierte Frau Schuchardt von 1931 bis 1933 in Kiel zwei bis drei Semester Zahnheilkunde. Tochter Carola wurde während dieser Zeit bei heute nicht mehr bekannten Personen in Itzehoe betreut. Von 1922 bis 1925 hatte Karl Schuchardt an der Christian-Albrechts-Universität in Kiel den Studiengang Zahnheilkunde absolviert<sup>102</sup>. Die sehr unterschiedlichen Temperamente der Eheleute sowie der starke berufliche Ehrgeiz beider führte am 12.9.1933<sup>103</sup>, kurz nach der Geburt

des zweiten Kindes, zur Ehescheidung. Karl Schuchardt war ein sehr temperamentvoller und impulsiver Mensch, der rasch erzürnte, aber ebenso schnell wieder versöhnt war. Seine Frau dagegen war von ruhiger Wesensart und pflegte Verärgerung durch langanhaltendes Schweigen zum Ausdruck zu bringen.

Am 12. August 1933 kam Sohn Johannes Andreas Schuchardt zur Welt. Trotz der Trennung besuchte der Vater jeden Sonntag und an allen Feiertagen die Familie, die nach der Trennung in Charlottenburg, Kaiserallee 38, und ab 1937 in einem Doppelhaus in Berlin-Westend Eichenallee 30 lebte. Tochter Carola erinnerte sich besonders an die gemeinsamen Auto-„Renn“-Fahrten im Auto des Vaters mit 100 km/h auf der Berliner Rennstrecke Avus, die ihr großes Vergnügen bereitet hatten.

Nach Abschluß des Zahnheilkundestudiums 1934 arbeitete Frau Schuchardt ein Jahr in eigener zahnärztlicher Praxis in der Mainzer Straße 9 und 10 in Berlin<sup>104</sup>. Bei dem Entschluß, ihre Praxis so schnell wieder aufzugeben, hatte zwar die erhebliche Inanspruchnahme durch die Pflege und Erziehung ihrer Kinder eine entscheidende Rolle gespielt, aber die endgültige Aufgabe ihrer zahnärztlichen oder auch ärztlichen Tätigkeit in Deutschland wurde durch die bereits 1933 begonnenen Repressalien gegen Deutsche „nichtarischer“ Abstammung besiegelt.

Zwei „gesetzliche“ Maßnahmen der Nationalsozialisten zur Verdrängung der niedergelassenen Zahnärzte aus ihrem Beruf waren von herausragender Bedeutung, erstens die „Verordnung über die Tätigkeit von Zahnärzten und Zahntechnikern bei den Krankenkassen vom 2.6.1933“ und zweitens die „8. Verordnung zum

101 Reichenbach 1971, S. 266.

102 Schuchardt, 1930, Anhang, Lebenslauf.

103 Barch., REM, Schuchardt, Karl, Fragebogen, ca. 1943.

104 Das Kieler zahnärztliche Institut wurde am 1. Oktober 1934 geschlossen, siehe 2.3.2.

Reichsbürgergesetz vom 17.1.1939“<sup>105</sup>. Durch die erste wurden, in Analogie zu der Verordnung für Ärzte vom 22. April 1933 (siehe unten), Vertreter dieser zwei Berufsgruppen ab dem 1. Juli 1933 von der zahnheilkundlichen Tätigkeit im Rahmen der Krankenkassen ausgeschlossen, „wenn sie nichtarischer Abstammung sind oder sich im kommunistischen Sinne betätigt haben“<sup>106</sup>. Nach der 8. Verordnung zum Reichsbürgergesetz vom 17.1.1939 erlosch die Approbation jüdischer Zahnärzte am 31.1.1939. Danach waren in Berlin noch 115 jüdische Zahnärzte als „Zahnbehandler“ zugelassen<sup>107</sup>.

Die wichtigsten „gesetzlichen“ Bestimmungen gegen die Berufsausübung von Ärzten jüdischer Herkunft waren die „Verordnung des Reichsarbeitsministeriums vom 22. April 1933“, welche die „Tätigkeit von Kassenärzten nichtarischer Abstammung sowie von Kassenärzten, die sich im kommunistischem Sinne betätigt haben“ beendete, und die „Vierte Verordnung zum Reichsbürgergesetz“ vom 25. Juli 1938, nach der die Approbation aller jüdischen Ärzte aufgehoben wurde und nur noch 709 jüdische Ärzte als „Krankenbehandler“ für jüdische Patienten praktizieren durften. Von diesen Verordnungen waren etwa 8000-9000 deutsche Ärzte und Ärztinnen betroffen, bei einer Gesamtärztezahl von 52500<sup>108</sup>. Neben der „gesetzlich“ bedingten Kündigung der Kassenzulassung entzog man den betroffenen Zahnärzten und Ärzten auch die Privatpatienten, indem deren Honorarzahungen an sie von den Privatversicherungen ab dem 1.1. 1934 nicht mehr erstattet wurden<sup>109</sup>.

Waren Frau Schuchardts Arbeitsmöglichkeiten bereits durch ihre Hauptverantwortung für die Betreuung der Kinder eingeschränkt, hatten ihr die nationalsozialistischen Machthaber „gesetzlich“ bereits vor ihrer Praxisgründung die Grundlage für eine zahnärztliche wie auch ärztliche Tätigkeit entzogen. Daß sie dennoch die Arbeit in der Praxis aufnehmen und für ein Jahr fortsetzen konnte, lag vermutlich an Verzögerungen bei der Durchsetzung der Verordnungen.

Die Dissertation von Michael Köhn „Zahnärzte 1933-1945“ enthält u. a. neben einem biografischen Verzeichnis der zwischen 1933 und 1939 ausgeschalteten „nichtarischen“ und politisch unliebsamen Zahnärzte aus Berlin auch ein Verzeichnis derjenigen Berliner Zahnärztinnen und Zahnärzte, die aus den Zahnärzteverzeichnissen zwischen 1933 und 1938 verschwanden und bei denen Köhn keinen Nachweis auf eine jüdische Herkunft fand<sup>110</sup>. Dort ist mit Doppelnamen und Geburtsjahr Frau „Schuchardt-Ries, Dr. med. Eva, geb. 1900“<sup>111</sup> eingetragen. Nach dem jetzigen Wissensstand müßten ihre biografischen Daten der ersten Liste zugeordnet werden.

Zu den genannten Maßnahmen kamen diskriminierende Geschehnisse anderer Art. Die Isolation dieser Bevölkerungsgruppe wurde durch Ausschluß von Bildung weiter vorangetrieben. So durfte Carola nach Beendigung ihres zweiten Schuljahres als „Halbjüdin“ ab 1938 die Schule nicht mehr besuchen. Die Absonderung ging wenig später in offene Gewalt über. Eines von vielen, aber mit das bekannteste Ereignis war die „Reichskristallnacht“, ein von den Nationalsozialisten organisiertes Pogrom gegen Bürger jüdischer Herkunft, bei dem in ganz Deutschland Menschen mißhandelt, getötet, ihre Geschäfte zerstört und ihre Wohnungen geplündert wurden. Tochter Carola erinnert sich noch an das viele Glas auf den Straßen nach diesem 9. November 1938<sup>112</sup>. Die Familie entschloß sich daher zur Emigration nach den USA (Abb. 20).

105 Köhn 1994, S. 17.

106 Guggenbichler 1988, S. 172-175, Zitat ebd. S. 174, Quelle dort: Zahnärztl Mitt 24 (1933) 449 f.

107 Köhn 1994, S. 22.

108 Bleker, Jachertz 1993, S. 73, 79.

109 Guggenbichler 1988, S. 135.

110 Köhn 1994, S. 192-193.

111 Ebd., S. 193.

112 Von den Nationalsozialisten organisierte Pogrome gegen die Juden, sog. „Reichskristallnacht“.



Abb. 20. Eva Schuchardt mit den Kindern Carola und Andreas kurz vor der Emigration im Mai 1939.

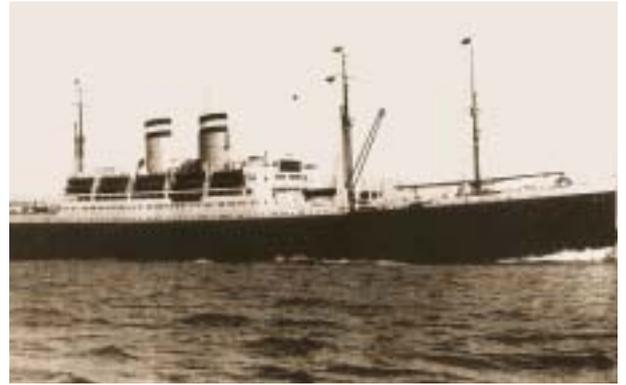


Abb. 21. Passagierschiff „Deutschland“.



Abb. 22. Karl Schuchardt als Zweiter Schiffsarzt, 1938, (rechts).

Ihre Ausreise wurde durch einen Freund Karl Schuchardts namens Alfred Ferber möglich, der auf der „Deutschland“, einem Schiff der Hamburg-Amerika-Linie als Erster Schiffsarzt arbeitete<sup>113</sup> (Abb. 21). Da er für die hohe Zahl von Passagieren einen Zweiten Schiffsarzt anfordern konnte, fuhr Karl Schuchardt in dieser Funktion von August bis September 1938 auf diesem Schiff von Hamburg nach New York und zurück<sup>114</sup> (Abb. 22).

Auf dieser Reise lernte er eine Amerikanerin kennen, deren Mutter in Hamburg lebte, und traf mit ihr folgende Abmachung: Während sie die notwendige Bürgschaft für die Einreise seiner geschiedenen Ehefrau und seiner Kinder in den USA übernahm, verpflichtete er sich, die Mutter der Amerikanerin zu versorgen. Sprichwörtlich in letzter Minute brachte die „Deutschland“ auf ihrer letzten Zivilfahrt im Mai 1939 die Familie in die USA. Zwei Monate vorher hatte Karl Schuchardt sich noch bemüht vom Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda eine Sondererlaubnis für die Mitnahme von Möbeln zu erringen<sup>115</sup>.

113 Die „Deutschland“ war eines von vier Schiffen der „Albert-Ballin“-Klasse, welche die Reederei HAPAG für den Nordatlantikdienst im Einsatz hatte. Das Schiff wurde 1923 fertiggestellt, maß nach der Verlängerung 1934 203,44 m in der Länge und 21,87 m in der Breite und fuhr 1930 nach Motorenwechsel mit 29.000 PS, 19,5 kn. Die Passagierkapazität betrug 1934 960. Nach Kriegsbeginn wurde sie als U-Boot-Battalionsunterkunft umfunktioniert. Kurz vor Kriegsende sank das Schiff in der Lübecker Bucht, siehe Beken 1995, S. 109.

114 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. [3], Personalbogen der Verwaltung der Hansestadt Hamburg, 29.7.1945.

115 Barch, RKK, Dieck, Curt Reinhardt, Schuchardt an Dieck, 15.2.1939; ebd., Dieck an Kochanowski, 11.3.1939; ebd., Dieck ca. März 1939; ebd., Schuchardt an Staatskommissar Hinkel, 12.3.1939.

Andrew Schuchardt war damals fünf Jahre alt. Für ihn, der die Konsequenzen der Ereignisse noch nicht erfassen konnte, waren die Vorbereitungen für die Emigration aus Deutschland und die Abreise selbst ein großes Erlebnis. Er erinnert sich noch an eine Gesundheitsuntersuchung im U.S. Konsulat in Berlin und an eine Fahrt mit der Mutter und der Schwester nach Cuxhaven, um den Vater an Bord der „Deutschland“ zu besuchen. Auf dem Schiff durften sie in der Offiziersmesse ein Essen einnehmen, und er erhielt sogar ein Geschenk. Zur Abreise fuhren sie später alle vier von Berlin nach Hamburg, weil von dort der Schiffszug nach Cuxhaven startete. In Hamburg besuchten sie ein Cafe, in dem es eine herrliche Torte zu essen und eine aufregende Tanzvorführung zu sehen gab. Der Abschied verlief dann aber dramatischer als erwartet. Sein Vater hatte einen besonderen Paß, der ihm erlaubte, seine Familie an Bord zu bringen. Während des Wartens vor dem Schiff jedoch wurde er durch irgend etwas herausgefordert und zeigte sich ungeduldig. Einen Augenblick später führte ihn der Sicherheitsdienst gewaltsam ab, ohne ihm die Möglichkeit zur Rechtfertigung zu geben. Die Mutter weinte. Dieses Bild war die letzte lebendige Erinnerung, die Andrew von seinem Vater mitnahm. Schuchardts Festnahme klärte sich später als Mißverständnis auf, aber den Weg an Bord mußten die drei dadurch allein nehmen. Einige Wochen später, kurz vor dem Beginn des Krieges, kam Vaters Abschiedsgeschenk dann in Amerika an, eine elektrische Eisenbahn. Die Freude war aber leider nur von kurzer Dauer, weil die Lok die amerikanische Stromspannung nicht vertrug<sup>116</sup>.

In den USA teilte Eva Maria Schuchardt das Schicksal vieler Immigranten. Ihre ökonomische Eingliederung verlief sehr schwierig, weil zu dieser Zeit die Rezession auch in den Vereinigten Staaten Ausländerfeindlichkeit und Antisemitismus aufblühen ließ. Jedoch gewährte die USA immerhin vielen Asyl<sup>117</sup>. Von 1933 bis 1942 suchten allein 6.000 Ärzte dort Zuflucht, 3.600 bis 3.900 davon waren deutscher und österreichischer Nationalität. Dieser Zustrom konzentrierte sich wegen der in den einzelnen Staaten der USA sehr unterschiedlichen Zulassungsbestimmungen auf wenige Staaten an der Atlantikküste, im besonderen auf New York, wo die Gesetzgebung für die Zulassung ausländischer Ärzte bis zum 15. Oktober 1936 am liberalsten war<sup>118</sup>. Die größte Gruppe der geflüchteten Ärzte, unter ihnen später auch Frau Schuchardt, versuchte in der Stadt New York ihre Zulassung zur ärztliche Tätigkeit zu erlangen.

Hatten die führenden amerikanischen Ärzteorganisationen, unter anderem die American Medical Association, noch 1933 gegen die diskriminierende Behandlung der jüdischen Ärzte in Deutschland protestiert, wurden sie im eigenen Land sehr schnell aktiv, die Zulassung der Ärzte mit ausländischem Examen zu beschränken und zu verhindern, und das, obwohl gerade in ländlichen Regionen der USA ein Ärztemangel herrschte<sup>119</sup>. Die Abwehr der Flüchtlingsärzte war maßgeblich ökonomisch, aber auch durch den Antisemitismus dieser Organisationen<sup>120</sup> motiviert<sup>121</sup>. Sie wurde mit Hilfe einer starken Lobby und ohne Gesetzesänderungen durchgesetzt<sup>122</sup>. Ab 1939, als Frau Schuchardt nach New York kam, wurde dort Zulassungsanträgen von in Deutschland approbierten Ärzten nur noch in Einzelfällen stattgegeben (1939 bis 1945 drei Ärzten)<sup>123</sup>.

116 Laut Brief von Andrew Schuchardt, 26.9.1998, S. 1-2.

117 Pearle 1984, S. 130-131.

118 Ebd., S. 113, 121. Im September 1936 beschloß der im Staat New York für Zulassungen von Ärzten zuständige Ausschuß Board of Regents ab dem 15.9.1936 Zulassungsanträgen von Ärzten, die ihr Examen im Ausland absolviert hatten, nicht mehr stattzugeben, siehe ebd., S. 121.

119 Ebd., S. 129-130.

120 Zum Beispiel wurde schon vor 1933 U.S.-Amerikanern jüdischer Konfession der Zugang zum Medizinstudium an nationalen Universitäten kaum gewährt, siehe ebd., S. 114.

121 Ebd., S. 114, 120, 131.

122 Ebd., S. 120, 126.

123 Ebd., S. 117, Tabelle 2, S. 125.

Wem die amerikanische Approbation aufgrund seiner ausländischen Zeugnisse nicht zugestanden wurde, dem blieb nur die Möglichkeit, sich dem rein schriftlichen amerikanischen Staatsexamen, dem „State Board Exam“, zu unterziehen, was den Betroffenen breite Prüfungsvorbereitungen in der Regel zusätzlich zu den Arbeitsleistungen für den Lebensunterhalt abverlangte. Die Teilnahme am Examen war jedoch auch an eine Zulassung geknüpft. Erhielten die Immigranten auch diese Zulassung nicht, mußten sie ihre Einbürgerung in die USA abwarten, um das Examen anzutreten<sup>124</sup>. Angesichts dieser gewaltigen Eingliederungsprobleme versuchten nationale Hilfsorganisationen die ausländischen Ärzte zu unterstützen. Ihre Möglichkeiten blieben aber auf die Stellenvermittlung für bereits zugelassene Ärzte und auf die Unterstützung bei der Examensvorbereitung beschränkt. Später, zwei Jahre nach dem Kriegseintritt der USA 1941, wurde die Situation wohl geringfügig besser, weil viele amerikanische Ärzte in den Streitkräften Dienst leisteten und es daher zu einem Ärztemangel kam. Deshalb bearbeitete die Einwanderungsbehörde die Anträge auf Bewilligung der amerikanischen Staatsbürgerschaft für Immigrantenärzte nun schneller<sup>125</sup>.

Frau Schuchardt gehörte zu den Ärzten, die ihre Einbürgerung abwarten mußten. Bei ihrer Einreise galt sie als Britin, weil sie in England zur Welt gekommen war. Die beiden Kinder dagegen waren deutscher Nationalität, was das Einbürgerungsverfahren erschwerte. Es zog sich über fünf Jahre hin. Die Folge war eine Übergangszeit in mäßig bezahlten Dienstleistungsberufen. Zeichentalent und Fachwissen in der Pathologie verhalfen ihr zu ihrer ersten Verdienstmöglichkeit. Sie bekam eine Stelle als Zeichnerin für pathologische Präparate bei dem amerikanischen Arzt und Illustrator F. N. Netter in New York, da ihr Zeichenstil dem seinen sehr ähnlich war. Damit gelang es ihr zunächst, den Lebensunterhalt der Familie in den ersten Übergangsjahren sicherzustellen und eine kleine Wohnung zu mieten. Oft arbeitete sie noch in der Nacht daheim an Zeichnungen von zu diesem Zweck mitgebrachten Präparaten. Nach 1943 indes mußte sie sich erneut auf die Arbeitssuche begeben, da, bedingt durch den Krieg, kein Druckpapier mehr für die Veröffentlichung pathologischer Werke zur Verfügung stand. Sie erhielt eine Anstellung als Lehrerin in der katholischen Mädchenschule Holy Angels Academy. Diese Arbeitsstelle endete Anfang 1944. Danach unterrichtete sie kurzzeitig in einem Ausbildungs-Camp für Health Officers. Als auch diese Arbeit zu Ende ging, war sie bis zu ihrer Einbürgerung gezwungen, in der Cafeteria des New Yorker Hunter College auszuhelfen, um ihre Familie zu ernähren. Im August 1944 wurden Eva Schuchardt und die beiden Kinder Staatsbürger der USA. In der Folgezeit legte Frau Schuchardt das geforderte Examen ab und fand Arbeit als Psychiaterin in einem Krankenhaus in Kings Park auf Long Island. Dort arbeitete sie bis 1952, zuletzt als Supervising Psychiatrist. Diese Anstellung ermöglichte der Familie den Umzug in eine Ärzteswohnung des Krankenhauses im Kings Park.

In der Kriegszeit gelang es Karl Schuchardt dreimal, Kontakt zu seiner Familie aufzunehmen. 1942 war es ihm während einer Vortragsreise in Madrid möglich, einen Brief in die USA zu senden<sup>126</sup>. Danach half ihm ein finnischer Freund bei einer Geschenksendung<sup>127</sup>. Frau und Tochter bekamen Ledertaschen, und Sohn Andreas erhielt ein Taschenmesser. Ein Brief, geschrieben 1944 von einem amerikanischen Kriegsheimkehrer aus Texas-Matthews, war das letzte Lebenszeichen vom Vater vor Kriegsende. Die Familie erfuhr darin, daß der Fliegersoldat infolge einer schweren Gesichtsverletzung nach Abschluß seines Flugzeuges über Berlin von Schuchardt im Lazarett operiert und später ausgetauscht worden war. Als Schuchardt in den 1960er Jahren in Galvestone (Texas) zu einem Vortrag geladen war, stand dieser unter den Hörern anwesende Veteran auf und brachte noch

---

124 Ebd., S. 121, 124, 129-130; Bleker, Jachertz 1993, S. 74-75, S. 81.

125 Pearle 1984, S. 128-130.

126 Schuchardt, 1942 [c], S. 435, Besuch des zahnärztlichen Universitäts-Instituts in Madrid.

127 Der finnische Freund war vermutlich Januso Kiwimäki, der 1938 Abteilungsleiter an der zahnärztlichen Universitätsklinik in Helsinki war, siehe Deutsches Zahnärzte-Buch 1938, S. 248.



Abb. 23. Eva Schuchardt um 1952.



Abb. 24. Eva und Karl Schuchardt 1983.

einmal seine Dankbarkeit zum Ausdruck. Er berichtete, daß Schuchardt entgegen den Forderungen der deutschen Lazarettinsassen nie eine Extraabteilung für Kriegsgefangene eingerichtet habe. Daraufhin erhoben sich alle Anwesenden im Vortragssaal, um Schuchardt ihren Respekt zu bezeugen.

Am 25.12.1949 heirateten Eva Maria und Karl Schuchardt erneut in Smithtown, USA<sup>128</sup> (Abb. 23). Mit ihrer Rückkehr nach Deutschland 1952 gab Frau Schuchardt den Arztberuf auf. Sie half danach noch ehrenamtlich bei der Betreuung von Flüchtlingskindern in einem Jugendheim in Reinbek bei Hamburg, indem sie den Mitarbeitern beratend zur Seite stand. Für Karl Schuchardt fertigte sie Anfang der 1950er Jahre zahlreiche Zeichnungen seiner Operationsmethoden an, die in Fachzeitschriften und später auch in einem Sammelwerk veröffentlicht wurden (siehe 3.4.2). Im Sommer 1980 unterstützte sie Walter Hoffmann-Axthelm (\*1908) mit ihrem hervorragenden Sprach- und Sachverstand bei der Korrektur der schwierigen englischen Übersetzung seines Buches „Die Geschichte der Zahnheilkunde“<sup>129</sup>. Noch im Alter von 85 Jahren malte und zeichnete sie.

Die persönliche Beziehung zwischen den Eheleuten war weitgehend von der Gegensätzlichkeit beider Charaktere geprägt. Der gegenseitigen Achtung und Anerkennung ihres medizinischen Könnens, aus der beide Inspirationen zogen, stand eine große seelische Verschiedenheit gegenüber. Tochter Carola erinnerte sich in diesem Zusammenhang an einen Ausspruch ihres Vaters: „Sie (Eva Maria) war die eigentliche Akademikerin von uns beiden.“ Die seelische Unnahbarkeit Eva Marias bedingte bei Karl Schuchardt eine lebenslange Sehnsucht nach mehr Vertrautheit und Offenheit. Das letzte gemeinsame Foto, das Enkelin Andrea 1983 in Hamburg aufnahm, läßt etwas davon erahnen (Abb. 24).

128 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Hochschulwesen, Personal-Fragebogen, 24.10.1945 (Nachtrag).

129 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 341. Lebenslauf von Walter Hoffmann-Axthelm in Stichworten: geboren am 29.4.1908 in Berlin Friedenau, 1927 Abitur, 1927-1931 Studium der Zahnheilkunde in Berlin und Freiburg i. Br., 1931 Promotion zum Dr. med. dent., 1931-1933 zahnärztliche Tätigkeit, 1933 Niederlassung als Zahnarzt in Perleberg, 1939 Einberufung zum Wehrdienst, 1940-1945 Kriegszahnarzt in der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Reservelazarets 122 in Berlin, Görden, Itzehoe und Hamburg unter Karl Schuchardt, 1943-1944 Studium der Medizin, 1945-1948 Assistenzarzt in der ehemaligen Lazarettabteilung in Hamburg und Lübeck, 1948 Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik, 1950 zahnärztliche Tätigkeit in Perleberg, 1951 Oberarzt der chirurgischen Abteilung der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Charité, 1951-1952 Studium der Medizin, 1952 Approbation als Arzt, 1953 Promotion zum Dr. med., 1954 Habilitation für das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter Wolfgang Rosenthal, 1956 Ernennung zum Professor, 1958 Leiter der chirurgischen Abteilung der Zahnklinik, 1961 Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland, 1962-1963 Tätigkeit an der Westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf, 1964 Assistent am Institut für Geschichte der Medizin an der Freien Universität in Berlin, 1970 Habilitation für das Fach Geschichte der Medizin, 1971 Ernennung zum Professor, geschäftsführender Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin, 1973 Emeritierung, Fortführung seiner Tätigkeit als Direktor bis 1977, siehe Büttner 1990, S. 11-20.

Die letzten Monate seines Lebens verbrachte Karl Schuchardt im Seniorenheim Albertinen-Haus in Hamburg, wo er am 5. 4. 1985 starb. Die Einweisung und der Aufenthalt erfolgten gegen seinen Willen. Bereits Mitte der siebziger Jahre erkrankte er an einer langsam fortschreitenden Maculadegeneration beider Augen. Zunächst war es ihm noch möglich, im lateralen Gesichtsfeld zu sehen, wobei die zentrale Sehfähigkeit nach und nach erlosch. Diese Erkrankung zwang ihn bereits 1978, seine Privatpraxis als Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg in der St.-Benedikt Straße aufzugeben. Da er schon bald nicht mehr lesen konnte und es ihm deshalb auch nicht mehr möglich war, am wissenschaftlichen Leben teilzunehmen, wurde er zunehmend deprimierter. Die spätere Tragik war, daß er seiner Frau gegenüber die Sehschwäche nicht zugeben und seine Hilflosigkeit nicht offenbaren wollte, einerseits weil auch sie schon seit langer Zeit nur noch sehr eingeschränkt sehen konnte und er „ihre Augen sein“ mußte, andererseits aus Eitelkeit. Er konnte es nicht ertragen, schwach und „nutzlos“ zu sein. So hörte er z. B. früh am Morgen Nachrichten, um die gesammelten Informationen später seiner Frau aus der Tageszeitung „vorzulesen“. Sie deutete diese und andere Merkwürdigkeiten und die zunehmende Hilfebedürftigkeit ihres Mannes als Senilität. Außerdem war sie selbst über achtzig Jahre alt und deshalb mit seiner Pflege überfordert. Sie veranlaßte als ehemalige Psychiaterin etwa Ende 1984 seine Einweisung in das Albertinen-Haus unter der Diagnose Alterssenilität. Wütend und verzweifelt versuchte Karl Schuchardt das Seniorenheim wieder zu verlassen, aber dazu war er aufgrund seiner Sehschwäche selbst nicht in der Lage. Mehrmals ließ er sich von Freunden nach Hause fahren, aber diese Fluchtversuche blieben erfolglos. Er mußte wieder ins Heim zurückkehren. Immer wieder verlief er sich dort und wurde zunehmend aggressiver. Da man die durch die Sehschwäche entstandene Desorientiertheit und Aggressivität als Ausdruck einer altersbedingten Verwirrtheit interpretierte, behandelte man ihn mit Psychopharmaka u. a. mit Haloperidol. Wenige Monate nach seiner Einweisung starb er auf einer gerontopsychiatrischen Station im Alter von 85 Jahren<sup>130</sup>. Eva Schuchardt verbrachte ihren Lebensabend in einem anderen Seniorenheim in Hamburg. Sie starb am 13.1.1995 im Alter von 95 Jahren.

Die Kinder Carola und Andreas haben sich entgegen den Wünschen der Eltern nicht für das Studium der Medizin entschieden und eigene Wege gesucht. Carola Gouse, geb. Schuchardt hatte trotz der Trennung eine sehr liebevolle und innige Beziehung zu ihrem Vater. Sie studierte nach der High School Literatur und Psychologie und legte in beiden Fächern ein Vordiplom ab. 1950 kam sie für ein Jahr nach Hamburg und schrieb sich für das Wintersemester 1950/51 und für das folgende Semester als Studentin der Universität Hamburg ein. Sie belegte Vorlesungen des Psychologen Curt Bondy (1894-1972) und wurde später auch zu Vorlesungen des Psychiaters Hans Bürger-Prinz (1897-1976) zugelassen. Unter der Leitung von Bondys Assistentin Anne Hardesty<sup>131</sup> wirkte sie in einer von mehreren Arbeitsgruppen mit, die an der inhaltlichen Angleichung des von David Wechsler (1896- ?) im Bellevue Hospital in New York entwickelten Intelligenztests (Wechsler Bellevue Adult Intelligence Scale, WAIS) an deutsche Verhältnisse arbeiteten. Das Ergebnis dieser wissenschaftlichen Arbeiten ist der von Bondy 1956 veröffentlichte Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE)<sup>132</sup>. Frau Gouse testete in ihrer Arbeitsgruppe gemeinsam mit vier anderen Studenten 200 ehemalige Soldaten der U-Bootmannschaft der Wehrmacht. Den Zugang zu diesen Probanden ermöglichte ihnen Karl Schuchardt über einen Freund in Bremerhaven. Aus finanziellen Gründen setzte sie ihr Studium nach ihrer Rückkehr in die USA zunächst nicht weiter fort. Sie arbeitete als Lehrerin an einer Volksschule. Diesen Beruf übte sie 18 Jahre aus. Danach studierte sie wieder Literatur und erwarb das Literaturdiplom. Im Anschluß wurde sie Studienrätin und lehrte an einer High

130 Laut Brief von Gouse an Hoffmann-Axthelm, 7.3.1998.

131 Die Lebensdaten von Anne Hardesty konnten nicht ermittelt werden.

132 Zimbardo, Ruch 1978, S. 561, Peters, U. 1990, S. 221.

---

School für weitere 14 Jahre. Mit 55 Jahren entschloß sie sich, auch ihr Psychologiestudium wieder aufzunehmen. Nach dem Diplom arbeitete sie bis Juli 1996 als Familientherapeutin in einem U.S. Bundes-Veteranenkrankenhaus in Vermont. Seit Januar 1999 lebt sie in Hamburg und arbeitet ehrenamtlich in der Psychosozialen Betreuungs- und Beratungsstelle der Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e. V. Aus ihrer Ehe mit Charles Gouse gingen drei Kinder hervor, die Töchter Andrea (\*1955) und Stephanie (\*1965) und Sohn Charles Frederick<sup>133</sup>.

Andreas Schuchardt änderte seinen Vornamen in Andrew. Gefragt nach seiner Beziehung zu seinem Vater, antwortete er, sie sei ein Opfer des Krieges geworden. Bei der ersten Begegnung mit dem Vater nach dem Krieg 1947 auf dem La Guardia Airport in New York war er vierzehn. Er versuchte verzweifelt in dem gealterten und veränderten Mann seinen kraftvollen und lebensfrohen Vater wiederzuerkennen, wie er ihn von einer Fotografie aus dem Jahr 1939 kannte. Später bei seinem Besuch in Hamburg 1954 wurde ihm augenscheinlich, welche Vielzahl von Talenten in seinem Vater steckten, und ihm kam es vor wie eine Bürde, neben ihm zu bestehen. Karl Schuchardt war auch bestrebt, seinen Sohn noch etwas zu erziehen, was damals bei diesem nicht auf große Sympathie stieß. Heute ist Andrew Schuchardt dankbar, daß der Vater die Mühe nicht gescheut hatte, ihm während der wenigen Begegnungen etwas von sich auf den Lebensweg mitzugeben. Als Heranwachsender lehnte er die medizinische Laufbahn für sich ab, weil er von dem Anblick der schweren Gesichtsverletzungen, die sein Vater als Bildmaterial während seiner Vorträge 1949 in den USA zeigte, abgeschreckt worden war. Ironischer Weise wurde er ein Jahr später im Alter von 17 Jahren als Soldat in der U.S. Navy zum Sanitäter ausgebildet und in dieser Funktion den U.S. Marines unterstellt. Während des dreijährigen Militärdienstes konnte er seinen Vater nur einmal bei einem Landgang im Mittelmeer sehen. Nach der Beendigung seines Militärdienstes kam er 1954 nach Deutschland, um ein Jahr gemeinsam mit beiden Eltern zu verbringen, bevor er sein Studium in den USA aufnahm. Damit er diese Zeit auch für seine Ausbildung nutzen konnte, organisierte sein Vater einen einjährigen Studienbesuch an der Bauschule der Freien und Hansestadt Hamburg<sup>134</sup>. Aus dieser Zeit hat er heute noch Freundschaften mit ehemaligen Mitschülern. Nach den USA zurückgekehrt, studierte er an der Hofstra University Liberal Arts und an der Columbia University Civil Engineering. 1960 beendete er sein Studium mit zwei Abschlüssen und begann eine Laufbahn als Ingenieur für Tiefbau (Civil Engineer). Sein Vater pflegte spaßhaft zu sagen, die Gemeinsamkeit ihrer Berufe bestehe im Brückenbau. 1961 heiratete Andrew Schuchardt eine Deutschamerikanerin. Neben seinem Beruf als Ingenieur betätigt er sich als Schriftsteller<sup>135</sup>.

---

133 Persönliche Mitteilung von Gouse.

134 Laut Brief von Andrew Schuchardt, 26.9.1998, S. 2-5.

135 Persönliche Mitteilung von Andrew Schuchardt.

## 2.2.4 Künstlerische Interessen, Hobbys und Freundschaften

In diesem Kapitel sollen einige künstlerische Betätigungen, freundschaftliche Beziehungen und Hobbys von Karl Schuchardt Erwähnung finden, die ihn inspirierten, faszinierten und förderten. Neben einem kurzen Einblick in Leben und Werk von Schuchardts Freund und Förderer in Sachen Kunst, Wenzel Hablik (1881-1934), wird u. a. besonders auf Schuchardts Ideenentwicklung für den Bau der Kieferklinik in Hamburg eingegangen<sup>136</sup>.



Abb. 25. Aquarell, Blick von Morsum (Sylt) nach Mordea, gemalt von Karl Schuchardt 1946.

Schon früh zeigte Schuchardt künstlerische Ambitionen. In der Schule wurde vor allem sein Zeichentalent gelobt. Ein späteres Werk, ein Aquarell aus dem Jahr 1946, belegt, daß er es auch verstand, mit Pinsel und Farbe umzugehen<sup>137</sup>. Es zeigt in zarten Blau- und Gelbtönen die Weite des Wolkenhimmels über still liegendem Meer (Abb. 25). Während seiner Studienzeit in Freiburg im Breisgau besuchte er ein Semester lang an der Philosophischen Fakultät im Bereich Künste den Kurs Figuren- und Aktzeichnen bei dem akademischen Zeichenlehrer Lehmknecht<sup>138</sup>. Auch fotografisch versuchte er sich bereits als Zwölfjähriger (siehe oben).

In der Jugend wurde er über seinen Vater mit dem Itzehoer Künstlerehepaar Elisabeth Hablik-Lindemann (1879-1960) und Wenzel Hablik bekannt (Abb. 26)<sup>139</sup>. Sie war Webmeisterin und Leiterin der Meldorfer Museumsweberei. Nach ihrer Heirat gründete und führte sie gemeinsam mit ihrem Ehemann die Handweberei Hablik-Lindemann in Itzehoe. Die Webkunst Elisabeth Lindemanns und die abstrakten farborientierten Gestaltungsideen Habliks ließen die Handweberei in den zwanziger Jahren zu einer angesehenen textilen Kunstwerkstatt in Deutschland avancieren<sup>140</sup>. Wenzel Hablik war ein bildender Künstler mit ungewöhnlich vielfältigen Interessen und Kreativität. Malerei, Grafik, Kunsthandwerk, Innenarchitektur, utopische Architektur waren seine

136 Die Informationen erhielt ich von Schuchardts Neffen Max Krohn in persönlichen Gesprächen und von der Tochter Habliks, Susanne Klingeberg, in Briefform. Im Wenzel-Hablik-Museum in Itzehoe ist der Nachlaß Habliks für die Öffentlichkeit zugänglich. Es wird von Elisabeth Fuchs-Belhamri geleitet.

137 Nachlaß Schuchardts bei Gouse. Den Entstehungsort erfuhr ich von Krohn.

138 Universitätsarchiv Freiburg, B 44/108, S. 452, Rückseite, Ankündigung der Vorlesungen der Badischen Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau für das Sommerhalbjahr 1922, S. 18, 26.

139 Shama-Hablik 1994, S. 107; laut Brief von Susanne Klingeberg, 17.3.1998.

140 Fanelli et al. 1989, S. 107-117.



Abb. 26. Elisabeth Lindemann und Wenzel Hablik in den 1920er Jahren.



Abb. 27. EBzimmer im Hause Hablik, um 1922.

wichtigsten Arbeitsfelder<sup>141</sup>. Seine besondere Liebe galt der Malerei<sup>142</sup>. Hablik stammte aus dem westböhmischem Brůx (heute Most, Tschechische Republik). Er begann seine Ausbildung als Tischler, erlernte die Porzellanmalerei, besuchte die Fachschule für Tonindustrie und verwandte Gewerbe in Teplitz-Schönau (heute Teplice), studierte an der Kunstgewerbeschule des k. u. k. österreichischen Museums für Kunst

und Industrie in Wien und an der Prager Akademie der Künste. Angeregt durch seinen Freund und Mäzen, den Itzehoer Holzhändler Richard Biel, ließ er sich 1907 in dessen Wohnort nieder<sup>143</sup>. Für Biel und andere Vertreter des Itzehoer Großbürgertums entwarf er Möbelstücke sowie Inneneinrichtungen für Villen und Geschäftshäuser<sup>144</sup>.

In seinem eigenen Haus in Itzehoe konnte er die Idee eines Gesamtkunstwerks, das ihn, wie viele andere Künstler seiner Zeit, beschäftigte, am freizügigsten umsetzen. So ergaben zum Beispiel im EBzimmer farbige geometrische Decken- und Wanddekorationen, selbstgefertigte Möbel, Lampe und handgewebter Teppich, Plastiken und eigene futuristische Gemälde eine im Detail aufeinander abgestimmte Atmosphäre<sup>145</sup> (Abb. 27). Das Haus Hablik in der Itzehoer Talstraße war auch ein Ort gesellschaftlich-kultureller Ereignisse. Hier fanden seit Anfang der zwanziger Jahre regelmäßig Hauskonzerte und Ausdruckstanzaufführungen statt<sup>146</sup>. Schuchardts Tochter Carola Gouse konnte sich noch an ein interessantes Hausfest erinnern, an dem sie in den 1950er Jahren teilnahm<sup>147</sup>.

Hablik wurde 1919 Mitglied im „Arbeitsrat für Kunst“<sup>148</sup> und Angehöriger der Gläsernen Kette<sup>149</sup>. Beide Organisationen wurden von dem Architekten Bruno Taut (1880-1938) ins Leben berufen. Die erste entstand im November 1918 nach dem Vorbild der Arbeiter- und Soldatenräte und des 1918 im Reichstag konstituierten „Politischen Rats geistiger Arbeiter“. Die Grundidee war die Errichtung einer neuen Gesellschaftsordnung,

141 Fuchs-Belhamri: Utopie und Design, undatiert.

142 Lichtwark Stiftung Hamburg 1947, S. 9-13.

143 Fanelli et al. 1989, S. 15-19, 27. Die Lebensdaten von Richard Biel konnten nicht ermittelt werden.

144 Ebd., S. 89.

145 Ebd., S. 92-94; Fuchs-Belhamri: Utopie und Design, undatiert.

146 Fanelli et al. 1989, S. 100.

147 Persönliche Mitteilung von Gouse.

148 Vorläufer war der im Sommer 1917 gegründete „Bund zum Ziel“, der dann wenig später im November 1917 in „Aktivistenbund“ umbenannt wurde, siehe Fanelli et al. 1989, S. 32.

149 Fanelli et al. 1989, S. 18. Mitglieder waren u. a. Wassili Luckhardt, Hans Scharoun, Carl Krayl, Max Taut, Paul Gösch, siehe ebd., S. 32, 59-60, 62. Weitere Mitglieder waren H. Finsterlin und Walter Gropius. Bei der Gläsernen Kette handelte es sich um einen geheimen Briefwechsel, der wegen Meinungsverschiedenheiten später eingestellt wurde, siehe Grammont Verlag (Hrsg.) 1979, S. 22.



Abb. 28. Zyklus Utopien 1907-1914, fliegende Siedlung, 1914.



Abb. 29. Vielfamilienwohnhaus im Gebirge 1912-1919.

verknüpft mit einer utopischen Baukunst. In der zweiten schlossen sich im Dezember 1919 zwölf Künstler nach dem Vorbild früherer Geheimsekte zusammen, um gemeinsam Vorstellungen für eine utopische Architektur zu erarbeiten. Hablik hatte aber bereits vor seiner Mitgliedschaft dort und früher als seine berühmteren Zeitgenossen Taut und Walter Gropius (1883-1969) ein eigenes Konzept einer visionären Architektur erstellt<sup>150</sup>, dessen Realisierung er unter dem damaligen Stand der Technik durchaus für möglich hielt, für dessen Umsetzung er aber noch Zeiträume von 50 bis 500 Jahren ansetzte. Er sah diese neue Architektur nicht allein als funktionelle Kunst, sondern in Verbindung mit Technik und Industrie als Basis einer neuen Weltanschauung, einer Religion der Menschen für die Menschen<sup>151</sup>. Damit scheint er dem Ziel des Arbeitsrats für Kunst sehr nahe gestanden zu haben. Die Errichtung einer Luftkolonie (Abb. 28) und Gipfelbauten im Hochgebirge (Abb. 29) sind Beispiele für Habliks architektonische Zukunftsvisionen<sup>152</sup>. In seinem Manifest zum Cyclus „Architektur“, das zwischen 1907 und 1925 entstand, kommen diese Visionen schriftlich zum Ausdruck:

*„Uebergangsbauten, Glas aus der Erde, Bauführung aus dem Luftschiff. Bauten über und unter der Erde; im Gebirge, in der Wüste, im Meere, in der Luft. Sieg der Technik und Industrie über die Hast des Alltags und das 'Geschäft'. Neue Ideale, große Aufgaben für Alle. Bindung der zerstörenden Kräfte zum Kampf gegen den Widerstand der Elemente ... Jeder gute Techniker wird Euch bestätigen können, daß wir heute schon ähnlich bauen könnten. Häuser aus Glas. Häuser aus Eisenbeton, Glasguß, Stahl, Kupfer, Aluminium, Keramik, Porzellan. ... Nur die verfluchte Verfangenheit in dem 'was kostet das' verhindert sie, sich freien Aufgaben zu widmen. Und – der Krieg! ... Solange es 'Nationalitäten' und 'politische Parteien' gibt ..... diese Utopien von gestern – solange sind die Utopien von heute fürs morgen der Wirklichkeit entrückt. Aber über eine kleine Weile... Denn die allgütige erfinderische Natur offenbart ihm [dem Menschen] täglich mehr von ihren kosmischen Gesetzen, und es kommt der Tag – da er seinen Sinn im Dasein begreifen wird. ... An diesem Tag werden alle Menschen auf der ganzen Erdoberfläche einander von Angesicht schauen und hören ihre Stimme – und einer wird den anderen verstehen“<sup>153</sup>.*

150 Fuchs-Belhamri: Das neue Paradies, undatiert.

151 Fanelli et al. 1989, S.190-191.

152 Ebd., S. 75-76.

153 Das Zitat ist eine Zusammenstellung der wichtigsten Elemente aus Habliks Manifest „Völker der Erde! Nationen! Stämme! Geschlechter!“, siehe ebd., S. 190 u. 191.

Zu Lebzeiten wurden seine zukunftssträchtigen Wohn- und Bauideen jedoch verkannt, und er erlangte nur als Kunsthandwerker überregionale Aufmerksamkeit. Heute gilt er als Schlüsselfigur in der Architektur des frühen Expressionismus<sup>154</sup>.

Wie groß der Einfluß der Hablikschen Zukunfts-ideen auf den jungen Schuchardt war, muß offen bleiben. Mit Sicherheit kann gesagt werden, daß Schuchardts Kunstinteresse durch Hablik gefördert, wenn nicht sogar erst richtig geweckt wurde. So motivierte dieser den jungen Mann zum Beispiel zu kunsthandwerklichen Arbeiten. Gemeinsam mit Hablik gestaltete Schuchardt 1926 eine dekorative Heizungsverkleidung<sup>155</sup> für sein Zimmer im elterlichen Haus in der Viktoriastraße 19. Da das Zimmer unter dem Dach lag, baute er die Schrägen mit zwei Alkoven<sup>156</sup> aus, aus denen die Betten auf Schienen herausgezogen werden konnten. Die Anregung dafür erhielt er vielleicht von Hablik, der mehrfach für seine Auftraggeber multifunktionale Einbauschränke entwarf<sup>157</sup>. Auch an einem Tisch, den Schuchardt ebenfalls in dieser Zeit eigenständig entwarf und vermutlich in der Tischlerei Biels fertigen ließ<sup>158</sup> (Abb. 30), sind die von Hablik bevorzugten Stilelemente zu erkennen. Das klare geometrische Rund der Tischplatte steht im spannungsreichen Kontrast zu dem funktionalen mehrfachgekreuzten Unterbau mit gerader Linienführung. Neben diesen kunsthandwerklichen Betätigungen fand die Architektur Schuchardts besonderes Interesse. Er soll als junger Mensch sogar den Wunsch gehegt haben, Architekt zu werden<sup>159</sup>. Allem Anschein nach hat sein Vater der Architektenlaufbahn entgegengestanden (siehe 2.3.2). Dennoch kann sich Schuchardt auch von sich aus für den medizinischen Berufsweg entschieden haben. Die freundschaftliche Beziehung zur Familie Hablik blieb über den Tod von Wenzel Hablik hinaus erhalten. Er starb bereits 1934 im Alter von 53 Jahren. Welche Wertschätzung die Habliks Schuchardts Leistungen als Arzt entgegenbrachten, wird aus folgendem Bericht der Tochter Habliks, Sibylle Sharma-Hablik, deutlich.



Abb. 30. Tisch entworfen von Karl Schuchardt 1926, im Besitz von Max Krohn.

154 Fuchs-Belhamri: Das neue Paradies.

155 Nachlaß Schuchardts bei Schröder.

156 Ein Alkoven ist eine fensterlose Bettnische oder ein kleines Nebengelaß, siehe Neues Fischer Lexikon in Farbe 1979, S. 147.

157 Fanelli et al. 1989, S. 88, Abb. 4 und S. 206, Abb. 106.

158 Persönliche Mitteilung von Krohn 1996.

159 Persönliche Mitteilung von Krohn 1996.

*„ Der Sohn unseres tüchtigen Itzehoer Zahnarztes, Dr. Schuchardt, machte als Mediziner eine damals ungewöhnliche Karriere. Sein Vater hatte schon unsere Milchzähne gezogen, auch der Sohn war als Zahnarzt tätig, wurde dann ein gesuchter Kieferspezialist, und später gewann er große Anerkennung in den Fachkreisen durch seine Plastikchirurgie. Damals konnte er so manchem Soldat, der im Felde schwere Gesichtsverletzungen davongetragen hatte, wieder zu einem menschlichen Aussehen verhelfen. Seine besondere Methode war das Übertragen von Hautpartien durch den sogenannten Rundstiel-Lappen. Der Patient mußte viel Geduld aufbringen, wenn er zu warten hatte, bis ein Ende Haut, etwa vom Bein oder Arm, an der zu operierenden Stelle angewachsen war, bevor man dieses Hautstück ganz abtrennen und als Flecken, etwa für eine neue Nase, aufsetzen konnte. Klinische Fälle hatte Onkel Karl, wie wir ihn unter uns nannten, in einem Fachbuch mit vielen Fotos veröffentlicht. Wir Laien konnten nur staunen über seine chirurgischen Leistungen, die in Bildern „vor“ und „nach“ drastisch veranschaulicht waren. Unsere Mutter, meine Schwester und auch ich hatten das Glück, in Hamburg von diesem Arzt in der Kieferklinik behandelt zu werden. Eines Tages machte unsere Mutter sich wieder auf nach Hamburg für eine Behandlung. Sie war nach gut drei Wochen wieder bei uns; wie staunten wir über ihr Ausehen! Onkel Karl hatte ohne unser Wissen eine Schönheitsoperation, ein facelifting, vorgenommen! Wir Schwestern erschrakten sehr, ließen uns aber nicht anmerken, daß wir die Sachlage erkannt hatten. Unsere Mutter war in ihrer Ungeduld zu früh aus der Klinik heimgekehrt, Schwellungen und Rötungen waren noch nicht ganz abgeklungen. Nun war es an uns, mit Takt und Einfühlung über die erste Zeit hinwegzuhelfen. Es gab hin und wieder schwierige Augenblicke, und doch wußten wir Onkel Karl nur großen Dank und Anerkennung, als alles überstanden war! Und für den Mut unserer Mutter hatten wir alle Hochachtung. Das Werk war vollkommen gelungen. Der Chirurg, ein Künstler auf seinem Gebiet, hatte ermüdete Hautpartien behutsam gestrafft, ohne des Guten zuviel zu tun oder das Typische seiner Patientin zu beeinträchtigen“<sup>160</sup>.*

Später als Direktor der Hamburger Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde konnte Schuchardt neben der Ausübung chirurgischer Kunst auch seinen Traum von der Architektur ein gutes Stück Wirklichkeit werden lassen. Beim Neubau der Nordwestdeutschen Kieferklinik auf dem Gelände des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf in den fünfziger Jahren stellte er in großartiger Weise seine architektonische Leidenschaft unter Beweis. Der Klinikbau entstand im wesentlichen nach seinen Grundentwürfen<sup>161</sup>. Die Ideen Schuchardts wurden von dem Architekten Paul Seitz (1911-1989) in den Bauplänen umgesetzt<sup>162</sup>. Seitz war von 1952 bis 1963 Erster Baudirektor und Leiter der Hochbauabteilung der Hansestadt Hamburg<sup>163</sup>. Er schuf in Hamburg zahlreiche Gebäude für die öffentliche Nutzung, so zum Beispiel das Bezirksamt Nord in Eppendorf, die Bauten der Philosophischen und der Theologischen Fakultät und Schulbauten<sup>164</sup>. Im UKE entstanden unter seiner Leitung neben der Chirurgischen Abteilung der Zahn-, Mund- und Kieferklinik (Nordwestdeutsche Kieferklinik) die MRC-Klinik, die Kinderklinik, das Anatomische und das Physiologische Institut<sup>165</sup>. Eine Übersicht über das Werk von Seitz erstellte Boris Meyn mit der Monographie „Der Architekt und Städteplaner Paul Seitz“, die 1996 erschien. Die darin enthaltenen Angaben zur Zahn-, Mund- und Kieferklinik gehen jedoch nicht über die Chronologie der Bauabschnitte hinaus<sup>166</sup>.

Im folgenden unternehme ich den Versuch, die Kieferklinik in ihrer äußeren Formgebung architektonisch, das heißt als Einzelbauwerk, und städtebaulich, also im Zusammenspiel mit den Nachbargebäuden, zu charakterisieren und zu bewerten. Genauere Angaben zum Bauverlauf, zur Finanzierung und zu den Gebäudefunktionen werden im Kapitel 2.7.2 gemacht. Vier Gestaltungskomponenten in der äußeren Formgebung der Baukörper sind dabei besonders hervorzuheben.

160 Shama-Hablik 1994, S. 107.

161 Reichenbach 1971, S. 269.

162 StAH, Hochschulwesen III, 31.04-17/1, Bd. 1, Bl. 38-39, Neubau Zahnklinik, 26.2.1953, Bl. 39.

163 Meyn, 1996, S. 9, 34.

164 Ebd., S. 9.

165 Ebd., S. 68, 104, 107-109.

166 Ebd., S. 107, 119.

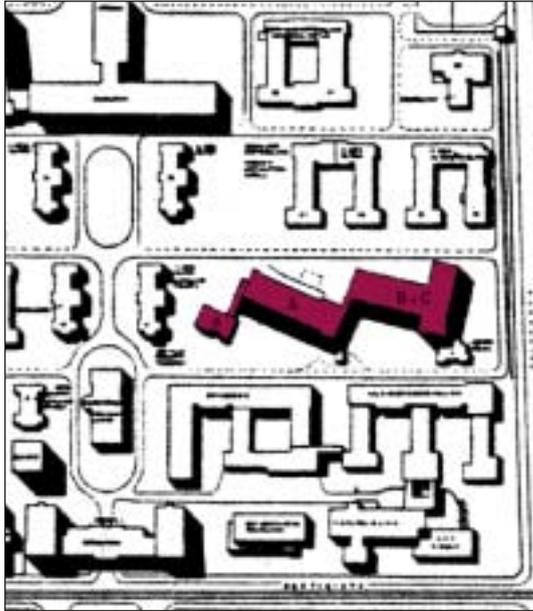


Abb. 31. Ausschnitt des Lageplans des UKE von 1960, Nordwestdeutsche Kieferklinik, (grau).

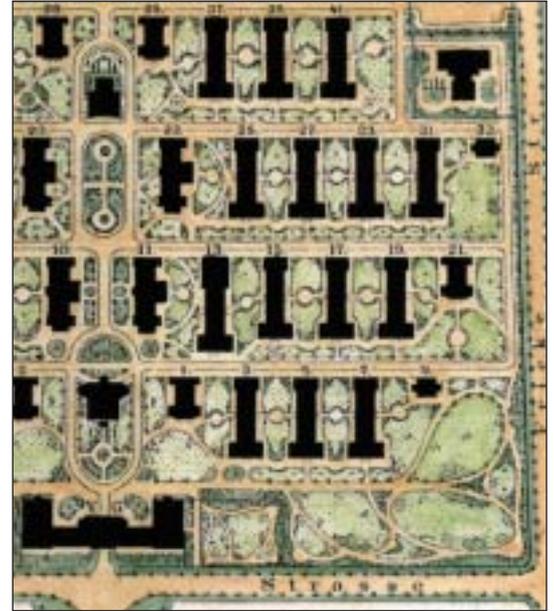


Abb. 32. Ausschnitt des Situationsplans des neuen Allgemeinen Krankenhauses in Eppendorf von 1888, Martinstraße Ecke Frickestraße, Bereich der späteren Kieferklinik.



Abb. 33. Luftaufnahme der Nordwestdeutschen Kieferklinik in den 70er Jahren, (untere Bildhälfte), ohne Bauteil a, der sich links anschließt.



Abb. 34. Ansicht der Südseite der Nordwestdeutschen Kieferklinik.

Das Gebäude (Abb. 31) besteht aus zwei großen vier- und fünfgeschossigen Baukörpern A,B+C<sup>167</sup> und einem kleinen eingeschossigen Bauteil „a“<sup>168</sup>, die durch Gänge verbunden sind. Bauteil A ist das Bettenhaus, Bauteil B+C bildet den Funktionstrakt, und Bauteil a war als Quarantänebettenstation konzipiert. In der Maßstäblichkeit ihrer Grundrisse kommen die einzelnen Baukörper denen der alten Pavillons nahe, die damals, wenn auch umgebaut und erweitert, noch in größerer Zahl erhalten geblieben waren (Abb. 32). Ob dadurch eine Anpassung des Klinikneubaus an die ursprüngliche Eppendorfer Anlage erreicht werden sollte, ist zweifelhaft, da langfristig geplant war, alle Pavillons abzureißen<sup>169</sup>. Im Gegensatz zur vorherrschenden Gebäudestruktur wurde die Ausrichtung und die Höhe der Baukörper jedoch verändert. Die Baukörper wurden nach der Nord-Süd-

167 Der Funktionstrakt wurde in zwei Bauabschnitten fertig gestellt, weshalb er nach „B“ und „C“ unterschieden wurde, siehe 2.7.2.

168 Die Bezeichnung „a“ wurde von mir gewählt, da er als Quarantänebettenstation dem Bettenhaus „A“ zugeordnet war.

169 Meyn 1996, S. 104.

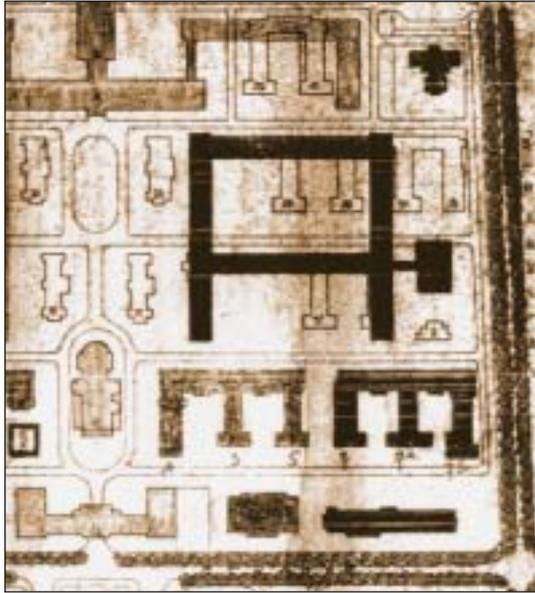


Abb. 35. Ausschnitt des Gesamtaufbauplans des UKE von 1946 mit dem Bauplan für die Zahn- und Kieferklinik (Gebäude oben).

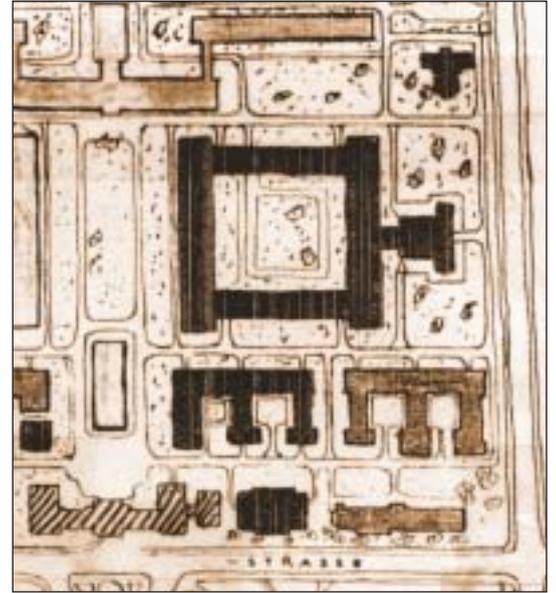


Abb. 36. Ausschnitt des Lageplans des UKE von 1950 mit dem Bauplan für die Zahn- und Kieferklinik, (Gebäude oben).

Achse ausgerichtet, so, wie es ursprünglich auch für die Pavillons geplant gewesen war<sup>170</sup>. Dadurch liegen die Patientenzimmer, Balkone und Terrassen in Südrichtung. Diese Ausrichtung erhielten auch die Kinderklinik und später Teile der MRC-Gebäudes (Medizinische, Radiologische, Chirurgische Kliniken) des Universitätsklinikums. Durch die parallelverschobene Anordnung der Baukörper entstand im Gesamtgrundriß der Kieferklinik eine expressive und spielerische Zickzackform, die für den Eppendorfer Klinikbau einmalig ist. In vertikaler Richtung fällt das Gebäude vor allem durch seine Höhenstaffelung auf, die sich durch die unterschiedliche Anzahl der Geschosse der einzelnen Baukörper ergibt, aber auch durch gestalterische Feinheiten wie die unbebaute Fläche auf der Südseite des dritten Obergeschosses, die als Terrasse dient (Abb. 33, 34). Im Vergleich mit dem Entwurf für ein Vielfamilienhaus im Hochgebirge von Wenzel Hablik sind Parallelen erkennbar. Bedeutsam für den Entwurf dürfte gewesen sein, daß Schuchardt in seiner Weiterbildungszeit hauptsächlich in Krankenhäusern mit Pavillonbauweise tätig war. So kannte er zum Beispiel vom Städtischen Krankenhaus Berlin-Neukölln Balkone und Patientenzimmer, die nach Süden gerichtet waren. Schuchardt selbst führt schwedische Kliniken als Vorbild für seinen Krankenhausentwurf an<sup>171</sup>.

Als Weiterentwicklung der expressionistischen Anordnung der Baukörper griffen Seitz und Schuchardt bei der Gliederung des Gebäudes in drei Baukörper auch den Gedanken der Funktionalität<sup>172</sup> in der Architektur auf. Wie bereits erwähnt, ist das Gebäude nach medizinischen Funktionen gegliedert, was zum größten Teil bis heute beibehalten wurde. Diese Funktionalität ist z. B. auch in der Fassadengestaltung an den verschiedenen Fenstertypen ablesbar.

Für die Kieferklinik waren bis Anfang der 1950er Jahre blockartige Flachbauten vorgesehen<sup>173</sup> (Abb. 35, 36), die aber Schuchardts eigenen Bauvorstellungen nicht entsprachen und deswegen verworfen wurden (siehe 2.7.2). Gegenüber diesen konventionellen Entwürfen bildet das Gebäude der Hamburger Kieferklinik eine

170 Holstein et al. 1989, S. 166.

171 StAH, Hochschulwesen III, 31.04-17/1, Bd.1, Bl. 17 (8-20), Schuchardt: Neubau der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Gelände des Universitätskrankenhauses Eppendorf, ca. 1953.

172 Der Begriff funktionale Architektur geht auf Hugo Häring (1882-1958) zurück, der Mitte der 1920er Jahre das Äußere und die Struktur eines Gebäudes von der Nutzung des Innenraumes abhängig machte, siehe Grammont Verlag AG 1979, Bd. 12, S. 24.

173 StAH, Hochschulwesen II, Gb 32, Gesamtaufbauplan des UKE, 10.11.1946; ebd., Lageplan des UKE von Januar 1950.

originelle Lösung, die ihre Aufgaben mindestens ebenso gut erfüllt. Im Vergleich mit den anderen Klinikneubauten in dieser Zeit im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf (Kinderklinik, Teile der MRC-Klinik) muß es als besonders übersichtlich und ausdrucksstark bezeichnet werden.

Auch für die Inneneinrichtung setzte Schuchardt moderne gestalterische Maßstäbe an. Als Beispiele dafür stehen das Keramikrelief im Eingangsbereich und die Stahlrohrmöbel in den Wartezonen der diagnostischen Abteilung und der chirurgischen Poliklinik<sup>174</sup>. Um auch diese Feinheiten durchzusetzen, hat Schuchardt bei der damaligen knappen Haushaltslage hart kämpfen müssen (siehe 2.7.2). Die Hamburger Klinik galt nach ihrer Fertigstellung 1957 als modernste Kieferklinik Deutschlands und fand weltweite Beachtung in Fachkreisen<sup>175</sup>.

In kleinerem Stil konnte Schuchardt sich beim Eigenheimbau in Wellingsbüttel noch einmal als Architekt verwirklichen. In einem Waldgrundstück ließ er ein reetgedecktes Haus<sup>176</sup> entstehen, das durch sein haubenartiges Dach Geborgenheit vermittelt (Abb. 37).



Abb. 37. Ansicht des Wellingsbüttler Hauses.

Karl und Eva Schuchardt hatten während ihrer Studienzeit in Freiburg im Breisgau den Schwarzwald kennen und lieben gelernt, deshalb ließen sie sich Ende der 1960er Jahre in Staufen ein Ferienhaus bauen<sup>177</sup>. Dessen Besonderheit bildeten versetzte Geschosse; ob das Haus nach Schuchardts eigenen Entwürfen entstand, ist nicht sicher.

174 StAH, Hochschulwesen III, 31.04-17/1, Bd. 1, Bl. 83, (81-84), UKE Verwaltung an Finanzbehörde, 2.11.1956, Einrichtungskosten für die Zahn- und Kieferklinik; ebd., Bl. 120 (119-121), Finanzbehörde an Schulbehörde, Einrichtung der Zahn- und Kieferklinik im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, 11.3.1957; ebd., Bl. 128-129, Verwaltung UKE an Baubehörde, Künstlerischer Schmuck für die Klinikneubauten, 11.3.1957, ebd., Bl. 163-164, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, Nr. 145, 9.4.1957.

175 Reichenbach 1971, S. 269.

176 Persönliche Mitteilung von Krohn 1996, das Haus wurde verkauft.

177 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Oberregierungsrat, Böttger, 15.3.1968.

Neben dem Künstlerehepaar Hablik war Schuchardt mit dem Itzehoer Kunstmaler Karl Bröker<sup>178</sup> (1903- ?) und dessen Brüdern befreundet. Karl Bröker war der Sohn eines Itzehoer Fabrikanten und ein Klassenkamerad Schuchardts. Bröker fand in seiner Studienzeit an der Breslauer Kunstakademie Anschluß an die expressionistische Künstlergruppe Brücke<sup>179</sup>. Später war er in Itzehoe als freier Künstler tätig und häufig in der Stadt mit Staffelei und Ölfarben beim Malen zu beobachten. Tragischerweise zerstörte er im Alter viele seiner Werke. Derzeit wird in Itzehoe an einer Ausstellung über Brökers Schaffen gearbeitet<sup>180</sup>. Mitte der zwanziger Jahre unternahm er und Schuchardt gemeinsam Segeltouren nach Holland und Dänemark. Bröker besuchte seinen Freund auch an den verschiedenen Lebenstationen, so 1925 in München und in den dreißiger Jahren häufig in Berlin. Dort erlebten beide die Unterdrückung von Kunstschaffenden durch die Nationalsozialisten. Schuchardt gelang es, manchmal Bilder Brökers an befreundete Ärzte zu verkaufen. Außerdem erwarb er selbst einige Werke, darunter eine vom Deutschen Künstlerbund 1931 in Essen ausgestellte Italienlandschaft<sup>181</sup>, die heute verschollen ist, da Eva Schuchardt nach dem Tod ihres Mannes seine umfangreiche Kunst- und Gemäldesammlung auflöste<sup>182</sup>. Später in den Hamburger Jahren Schuchardts soll der Maler mitunter als Alibi für rasante Fahrten nach Itzehoe gedient haben. „Bröker ist krank“, war das Stichwort<sup>183</sup>. Bröker berichtete in seinen Lebenserinnerungen von einem kleinen Bildhaueratelier, das Schuchardt in den dreißiger Jahren im Hof seines Praxisgebäudes in Berlin unterhielt. Es soll dem Lebensziel Schuchardts, „plastischer Gesichtschirurg“ zu werden, gedient haben, was er gegenüber Bröker schon als Student äußerte<sup>184</sup>. Möglicherweise arbeitete dort der Berliner Bildhauer Ivo Immo Beuker<sup>185</sup> (1909- ?), mit dem Schuchardt in Kontakt stand. Bei ihm ließ er Büsten seiner beiden Kinder fertigen. Tochter Carola erinnert sich noch an die anstrengenden Sitzungen und das blaue Kleid mit dem weißen Kragen, das sie dabei trug und das ihr deshalb fast verhaßt war<sup>186</sup>.

Neben der Neigung zur bildenden Kunst liebte Schuchardt seit seiner Jugend in Itzehoe den Segelsport. Zu Beginn seiner Kieler Studienzeit 1923 wurde er Mitglied des Akademischen Seglervereins (ASV) in Kiel<sup>187</sup>. Dieser Verein wurde 1910 von einem Professor und sieben Studenten der Christian-Albrechts-Universität gegründet. Sie folgten damit dem Beispiel Studierender in anderen Universitätsstädten. Ihre Vereinsräume mieteten sie in der Seeburg, einem ebenfalls 1910 fertiggestellten Lokal- und Vereinshaus mit Steganlagen, das heute noch besteht. Der Verein war keine Verbindung, aber bis Mitte der 1970er Jahre ein reiner Männerverein<sup>188</sup>, der zudem in den ersten drei Jahrzehnten nach seiner Gründung durch einen großen Mitgliederanteil an korporierten Studenten geprägt war. Schon im Gründungsjahr entwickelte sich ein enger Kontakt zu der in Kiel stationier-

178 Lebenslauf Karl Brökers in Stichworten: geboren am 12.9.1903 in Itzehoe, Vater Netz-Fabrikant Walther C. Bröcker, ab 1915 vier Jahre Klassenkamerad Schuchardts, 1920 Beendigung der Schulzeit mit der Obersekundareife, 1921 Studium an der Hamburger Kunstschule, 1922 Studium an der Breslauer Kunstakademie, dort Schüler von Otto Mueller (1874-1930) und über Mueller Anschluß an Erich Heckel (1883-1970), beide „Brückemaler“, siehe Anm. 179, später als freier Kunstmaler in Itzehoe tätig, ab 1954 auf eigenen Wunsch Hospitant an der Kaiser-Karl-Schule, 1955-1958 unterrichtete er dort aushilfsweise zehn Stunden Kunst, 1957 Heirat, siehe Schularchiv Kaiser-Karl-Schule, Personalbogen Brökers und Konferenzprotokolle.

179 Künstlergruppe des Expressionismus, 1905 in Dresden gegründet, ab 1936 von den Nationalsozialisten als „entartete Kunst“ eingestuft, siehe Jähnert 1988, S. 6-8.

180 Laut Aussage des Leiters des Schularchivs der Kaiser-Karl-Schule in Itzehoe, Ernst Otto Friese.

181 Nachlaß Brökers bei Reschke, Lebenslauf als Kunstmaler, Manuskript 1971, S. 6, 7, 9, 14.

182 Persönliche Mitteilung von Gouse.

183 Persönliche Mitteilung von Krohn 1996.

184 Nachlaß Brökers bei Reschke, Lebenslauf als Kunstmaler, Manuskript 1971, S. 9.

185 Persönliche Mitteilung von Krohn 1996. Beuker wurde am 27.6.1909 in Barmen geboren, siehe Bundesarchiv, RKK Ivo Beuker 27.06.09, Abstammungsnachweis vom 17.1.1938 und war 1938 bei der Reichskammer der bildenden Künste als Bildhauer registriert, siehe ebd., Reichskammer der bildenden Künste an Beuker, vom 4.2.1938. In Künstlerverzeichnissen konnte er nicht gefunden werden, deshalb fehlt das Sterbejahr.

186 Persönliche Mitteilung von Gouse, 1996.

187 Laut Aussage von Heino Friederichs, Akademischer Seglerverein Kiel, Mitgliederverzeichnisse 1951, 1984.

188 Laut Aussage eines Vorstandsmitgliedes des Akademischen Seglerverein Kiel.



Abb. 38. Schuchardt beim Segeln in den 1930er Jahren.

ten Marine. Im Gegensatz zu den sonst im Segelsport üblichen Vereinen von Yachtbesitzern standen vereinseigene Gemeinschaftsboote zur Verfügung, zum Beispiel die 15qm-Rennjig „Stichling“ und das Tourenboot „Tümmler“, die zum Erlernen der Segeltechnik und für größere Fahrten, u. a. Pfingsten 1924 nach Kopenhagen, genutzt wurden<sup>189</sup>. Seit 1923, als Schuchardt dem Verein beitrug, mußten die neuen Mitglieder mindestens einmal in der Woche an vierstündigen sogenannten Trimmfahrten teilnehmen. Damit qualifizierten sie sich für das Jollenführerexamen. Die nächst höhere Qualifikationsmöglichkeit im Verein war damals das Patent zum Schiffer II<sup>190</sup>. Ob Schuchardt beide Prüfungen absolvierte, ist den Mitgliederverzeichnissen des Vereins nicht zu entnehmen. 1926 wurde der Alte-Herren-Verband des Vereins gegründet<sup>191</sup>, dem Schuchardt angehörte, vermutlich bis zu seinem Tod 1985<sup>192</sup>. 1927

schrrieb der ASV seine erste Regatta aus und ließ ein Liederbuch drucken, das sich großer Beliebtheit erfreute. Zum Vereinsleben gehörten daneben die Clubabende, die Stiftungsfeste und die Winterbälle, zu denen auch Damen eingeladen wurden<sup>193</sup>.

In den 1930er Jahren hatte er ein eigenes Segelboot mit dem Namen „Elbe“ am Wannsee (Abb. 38), zu dessen „Jungfernfahrt“ neben einigen Freunden auch Schuchardts Mutter Margarethe eingeladen war. Bei dieser Fahrt soll trotz vieler mißglückter Segelmanöver eine sehr ausgelassene Stimmung geherrscht haben. Frau Schuchardt wurde im Spaß mit „Frau Medizinalrat“ tituliert, und die Mannschaft gestattete sich auf ihren Namen einen guten Schluck. Bei Kriegsausbruch wurde das Boot konfisziert<sup>194</sup>.

Auf Freundschaften Schuchardts mit seinen späteren Berufskollegen und Schülern wird in diesem Kapitel nicht eingegangen. Seine freundschaftliche Beziehung zu japanischen Berufskollegen ab den 1960er Jahren wird im Kapitel 2.8.3 besprochen. Nach den mir vorliegenden Zeugnissen muß Schuchardt ein humorvoller und außergewöhnlich begabter Mensch mit einer starken künstlerischen Ader gewesen sein, der sich in Sachen Kunsthandwerk und Architektur einiges Können zutraute und das auch unter Beweis stellte.

189 Akademischer Seglerverein in Kiel 1960, S. 7-10, 27; Akademischer Seglerverein in Kiel 1925, S. 262.

190 Ebd., S. 264.

191 Akademischer Seglerverein in Kiel 1960, S. 28.

192 Laut Aussage von Heino Friederichs, Akademischer Seglerverein Kiel, Mitgliederverzeichnisse 1984, letztes Verzeichnis, in dem Schuchardts Name enthalten ist, der Abstand zwischen den Verzeichnissen beträgt drei Jahre.

193 Akademischer Seglerverein in Kiel 1960, S. 21-29.

194 Persönliche Mitteilung von Krohn 1996.

## 2.3 *Studium der Zahnheilkunde und der Medizin*

### 2.3.1 Zur Geschichte des Studiums der Zahnheilkunde in Deutschland

In diesem Kapitel wird kurz auf die Geschichte des Studiums der Zahnheilkunde eingegangen, zum einen, um ein genaueres Bild von Schuchardts Studienbedingungen zu entwickeln, zum anderen im Hinblick auf sein Wirken als Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Hamburg. Im Rahmen dieser Arbeit können aber die maßgeblichen Entwicklungsschritte nur grob genannt werden. Für breitere Informationen kann u. a. auf die Dissertationen von Ulrich Franken „Ausbildungsmethoden für Zahnärzte und Dentisten in Deutschland und Österreich (1800-1925)“ und von Dominik Groß „Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnheilkunde (1867-1919)“ aus dem Jahr 1994 verwiesen werden.

Die Entwicklung der zahnärztlichen Ausbildung zu einem selbständigen Studiengang an der Universität nahm in Deutschland mit Vorlesungen über zahnheilkundliche Themen im Bereich der Ausbildung von Medizinstudenten Ende des 18. Jahrhunderts ihren Anfang<sup>195</sup> und wurde 1923 mit der Zugangsberechtigung von Zahnärzten zum Habilitationsverfahren abgeschlossen<sup>196</sup>. Neben der Medizinalgesetzgebung Preußens ab 1825 spielte dabei das Streben der Zahnärzte (siehe 2.2.1) nach Gleichstellung mit den Ärzten eine entscheidende Rolle<sup>197</sup>, was u. a. in der Gründung von privaten zahnärztlichen Ausbildungsinstituten und dem Streben nach einer Lehrbefugnis für Zahnheilkunde an einer medizinischen Fakultät zum Ausdruck kam<sup>198</sup>.

Wissenschaftliche Errungenschaften im Bereich der Zahnheilkunde gingen im 19. Jahrhundert vor allem von Amerika aus. Auch gegenüber England und Frankreich lag die Entwicklung in Deutschland zurück. Mit der wissenschaftlichen Ausrichtung der Zahnheilkunde vollzog sich im 19. Jahrhundert eine Auffächerung in Spezialgebiete. Neben zahnärztlicher Chirurgie und Prothetik etablierte sich die Zahnerhaltung und die Kieferorthopädie als Fachgebiet<sup>199</sup>.

Die erste Vorlesung über ein zahnheilkundliches Thema an einer deutschen Universität wurde 1797 in Tübingen gehalten<sup>200</sup>. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es dann auch an den Universitäten in Würzburg, Heidelberg, Göttingen, Berlin und Freiburg Vorlesungen über Zahnheilkunde. Die Themen dieser Vorlesungen waren so unterschiedlich wie die Intentionen ihrer Verfasser, die nach ihrer Ausbildung Ärzte oder Wundärzte waren<sup>201</sup>. Ihr Ziel bewegte sich von einer umfassenden stomatologischen Ausbildung von Ärzten und Wundärzten, wie sie der Arzt Johann Friedrich Wilhelm Hesse (1782-1832) in Berlin anstrebte<sup>202</sup>, bis hin zu weniger spezifischen Vorlesungen wie z. B. „Krankheiten der Ohren und der Zähne“, die Franz Xaver Moser (1755-1833) in Heidelberg abhielt<sup>203</sup>.

195 Groß 1994, S. 44.

196 Groß 1999, S. 1132. Vgl. Strübig 1989, S. 142.

197 Groß 1994, S. 227-228.

198 Eulner 1970, S. 402. Vgl. Strübig 1989, S. 138-139.

199 Groß 1994, S. 257-262.

200 Groß 1994, S. 44.

201 Franken 1977, S. 11, 17, 18, 33, 42. Carl Josef Ringelmann (1776-1854) in Würzburg war Chirurg. Franz Xaver Moser in Heidelberg war Feldscher und wurde 1794 in den Rang eines Professors für Anatomie und Chirurgie erhoben.

Johann Friedrich Wilhelm Hesse war Militärarzt und erwarb 1827 die *Venia legendi* für Zahnheilkunde an der Berliner Universität.

Johann Heinrich Pauli (1795-1850) in Göttingen war zunächst Chirurgengehilfe des Chirurgen J. M. Langenbeck (1776-1851).

1815 erlangte er nach einem kurzen Aufenthalt in Jena innerhalb eines halben Jahres den Doktor der Medizin und Chirurgie, siehe ebd.

202 Ebd., S. 33.

203 Ebd., S. 17.

Die Ausbildungsrichtlinien für Zahnärzte waren im 19. Jahrhundert in den einzelnen deutschen Staaten sehr unterschiedlich. In Preußen wurden sie im „Reglement für die Staatsprüfung der Medizinalpersonen“ aus dem Jahr 1825 mit Ergänzungen 1835 und 1836 definiert<sup>204</sup> (siehe 2.2.1). Danach wurden von dem Kandidaten „...Zeugnisse über die in einem zweijährigen Cursus von ihm gehörten Vorlesungen über Anatomie, theoretisch-medizinische Institutionen, allgemeine und spezielle Chirurgie, Operationslehre, chirurgische Klinik und womöglich über Zahnarzneikunde...“<sup>205</sup> gefordert, falls er nicht bereits approbierter Arzt oder Wundarzt war, bzw. beim Militär drei Jahre als Arzt oder Wundarzt gedient hatte. Außerdem mußte er einen Nachweis erbringen, bei einem approbierten Zahnarzt die technischen Fertigkeiten erlernt zu haben<sup>206</sup>. Als Schulbildung wurde für Zahnärzte nur die der Tertiareife eines Gymnasiums entsprechende vorausgesetzt, also nicht die Hochschulreife (Maturität)<sup>207</sup>. Eine Ausbildung an der Universität wurde damit als nicht notwendig angesehen, was von der Zahnärzteschaft sehr bedauert wurde, weil dadurch ihre gesellschaftliche Stellung weit hinter der der Ärzte zurückstand<sup>208</sup>. Die Kandidaten der Zahnheilkunde besuchten in der Regel Vorlesungen an medizinisch-chirurgischen Lehranstalten für Wundärzte<sup>209</sup> in Berlin, Breslau, Greifswald, Münster oder Magdeburg<sup>210</sup> (siehe 2.2.1). In den Jahren 1848 und 1849 hob man diese Lehranstalten auf<sup>211</sup>, um einen einheitlichen Ärztestand zu schaffen<sup>212</sup>. Erst 1857 wurden die Universitäten angewiesen, Anwärter des zahnärztlichen Berufes mit Tertiareife eines Gymnasiums oder Sekundareife einer höheren Bürgerschule zuzulassen<sup>213</sup>. Zwei Jahre nach der Gründung des Deutschen Reiches 1873, wurde durch einen Erlaß die Immatrikulation von Studenten der Zahnheilkunde verfügt, die ohne Abitur jedoch nicht der medizinischen Fakultät sondern als „Immaturi“ (ohne Abitur) der philosophischen angehörten.

Im Zusammenhang mit der Gründung des Norddeutschen Bundes 1869 wurde im selben Jahr auch eine zahnärztliche Prüfungsordnung für die dazugehörigen Länder erlassen<sup>214</sup>. Sie verlangte als Schulbildung die Primareife eines Gymnasiums oder Realgymnasiums und ein zweijähriges Universitätsstudium<sup>215</sup>. Die Auswirkungen der ebenfalls 1869 erlassenen Gewerbeordnung auf den zahnärztlichen Stand wurden bereits im Kapitel 2.2.1 erläutert. Nach der Reichsgründung vollzog sich staatlicherseits die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Ausbildung nicht so rasch wie 1869. Das mag möglicherweise daran gelegen haben, daß die nicht zum Norddeutschen Bund gehörigen deutschen Länder die Prüfungsordnung von 1869 schon innerhalb kurzer Zeit übernommen hatten<sup>216</sup>. Erst 1887 wurde die zahnärztliche Approbation für das deutsche Reich eingeführt und 1889 eine einheitliche Prüfungsordnung für Zahnärzte erlassen (siehe 2.2.1). Bezüglich der Schulbildung und des Universitätsstudiums glich sie der Prüfungsordnung des Norddeutschen Bundes. Jedoch definierten die Gesetzgeber erstmalig die Dauer des praktischen Unterrichts als einjährige Ausbildung, die entweder traditionell bei einem approbierten Zahnarzt oder als Neuerung an einer zahnärztlichen höheren Lehranstalt, auf deren Entstehung noch eingegangen wird, zu absolvieren war<sup>217</sup>. Der Wunsch der Zahnärzte, das Abitur zur Voraussetzung

204 Groß 1994, S. 40-41. Nach dem Erlaß vom 29.4.1835 benötigten die „Studierenden“ die Reife der Tertia, siehe Kracke 1966, S. 14-15. Durch Gesetzeserlaß vom 15.7.1836 wurde in Preußen die zahnärztliche Approbation geschaffen, siehe Mair 1987, S. 6.

205 Althoff 1970, S. 7.

206 Ebd., S. 6-7.

207 Kracke 1966, S. 14-15.

208 Groß 1994, S. 227-228.

209 Kracke 1966, S. 12-13.

210 Franken 1977, S. 31-32.

211 Kracke 1966, S. 15.

212 Franken 1977, S. 32.

213 Kracke 1966, S. 15.

214 Groß 1994, S. 228-229.

215 Kracke 1966, S. 15.

216 Groß 1994, S. 229.

217 Kracke 1966, S. 16.

zu machen, wurde erst mit der Prüfungsordnung von 1909 erfüllt; gleichzeitig erhöhte sich die Studiendauer um ein Semester auf sieben und eine zahnärztliche Vorprüfung wurde eingeführt (siehe unten), wobei das Studium der Medizin als Vorbild diente<sup>218</sup>. Trotz der nun obligatorischen Immatrikulation an der medizinischen Fakultät war die Erlangung des Doktorgrades nach wie vor nur an der philosophischen Fakultät möglich. Diese Hürde konnte 1919 mit der Einführung des Promotionsrechtes für Zahnärzte genommen werden. Am 23. Januar 1923 erhielten sie schließlich per ministeriellem Erlaß die Zugangsberechtigung zum Habilitationverfahren<sup>219</sup>.

Parallel zur Medizinalgesetzgebung vollzog sich die institutionelle Entwicklung in der Zahnheilkunde überwiegend durch private Initiative. Anfangs erfolgte die praktische und fachspezifisch theoretische Ausbildung der einzelnen Kandidaten durch einen approbierten Zahnarzt in dessen Praxis<sup>220</sup>. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erweiterten ambitionierte Ärzte und Zahnärzte ihrer Praxen zu kleinen Ausbildungseinrichtungen, an denen mehrere Kandidaten gleichzeitig ausgebildet wurden<sup>221</sup>. Dabei griffen sie das Vorbild der USA auf<sup>222</sup>, wo seit 1839 private zahnärztliche Lehrstätten bestanden<sup>223</sup>. Ein deutscher Vorläufer dieses Prozesses war Hesse in Berlin, der schon vor 1827 bis zu seinem Tod 1832 vorwiegend stomatologisch interessierte Ärzte und Wundärzte in seiner Privatpraxis unterrichtete<sup>224</sup>. Fast zwei Jahrzehnte nach Hesse richtete 1850 der Berliner Zahnarzt Karl Ludwig Wilhelm Schmedicke (1822-1863) in seiner Privatwohnung eine Unterrichtsstätte für angehende Zahnärzte ein, die er bis zu seinem Tod betrieb. Die prothetische Ausbildung lag ihm besonders am Herzen. Im Jahr 1855 eröffnete dann der Arzt Eduard Albrecht (1823-1883), der Sohn eines Zahnarztes war, eine weitere Unterrichtsstätte in Berlin, die sich anfangs in zwei Zimmern einer Augenarztpraxis befand und die den Titel „Berliner Öffentliche Klinik für Mundkrankheiten“ trug. Dort stand die chirurgische Ausbildung im Vordergrund<sup>225</sup>. Diese sehr bescheidene Ausbildungseinrichtung<sup>226</sup> wird als erstes privates zahnärztliches Institut in Deutschland aufgefaßt<sup>227</sup>, vermutlich weil Albrecht wissenschaftlichen Anschluß an die medizinische Fakultät fand, wo er sich 1861 für Zahnheilkunde habilitierte und 1868 zum außerordentlichen Professor ernannt wurde. Ab 1861 bis 1888 bildete der Berliner Zahnarzt Carl Sauer (1835-1892), der früher als Zahntechniker und dann als Assistent bei Albrecht gearbeitet hatte, jährlich durchschnittlich vier bis fünf angehende Zahnärzte in Prothetik und Zahnerhaltungskunde in seiner Privatpraxis aus<sup>228</sup> (siehe 3.3.1). Private zahnärztliche Institute entstanden danach 1862 in Breslau, 1871 in Kiel und 1872 in Halle<sup>229</sup>. Anders als in den USA, wo die Dental Schools eine Unabhängigkeit von den Universitäten beibehielten<sup>230</sup>, suchten die Institutsgründer in Deutschland wissenschaftlichen und institutionellen Anschluß an die medizinischen Fakultäten<sup>231</sup>, u. a. weil sie eine Karriere als Hochschullehrer anstrebten und weil die finanziellen Aufwendungen für die privaten zahnärztlichen Lehr- einrichtungen erheblich waren<sup>232</sup>.

218 Franken 1977, S. 94-95.

219 Groß 1999, S. 1132, im Juni 1919 führte Baden als erstes Land den Titel „Dr. chir. dent.“ ein, der jedoch bald in „Dr. med. dent.“ umbenannt wurde, weil sich Preußen im August 1919 und nachfolgend auch alle anderen deutschen Staaten für diese Bezeichnung entschieden hatten.

220 Eulner 1970, S. 420. Der Begriff Zahnheilkunde wurde amtlich zum erstenmal im Zirkularreskript vom 29.4.1835 in Preußen dokumentiert, siehe Groß 1994, S. 41.

221 Franken 1977, S. 15, 35-39.

222 Eulner 1970, S. 402.

223 Strübig 1989, S. 139.

224 Franken, S. 31-32.

225 Ebd., S. 35-38. Siehe auch Hoffmann-Axthelm 1984, S. 2730-2731.

226 Dieck 1934, S. IX-X.

227 Groß 1994, S. 235.

228 Franken 1977, 38-41.

229 Groß 1994, S. 235.

230 Strübig 1989, S. 141.

231 Eulner 1970, S. 402.

232 Franken 1977, S. 38; Strübig 1989, S. 140-141; Padel 1974, S. 22.

Nur das Berliner<sup>233</sup> und das Hallenser Institut erhielten eine staatliche Subvention<sup>234</sup>. Im Jahr nach Albrechts Tod wurde am 20. Oktober 1884 in Berlin das erste staatliche zahnärztliche Universitätsinstitut eröffnet<sup>235</sup>. Bis 1900 wurden dann in 13 weiteren deutschen Universitätsstädten zahnärztliche Institute gegründet. Die meisten von ihnen privat<sup>236</sup>. In unterschiedlichem Tempo gliederte man sie zuerst als staatlich subventioniertes<sup>237</sup> und später als staatliches Institut den Universitäten an<sup>238</sup>. Die Zahnheilkunde wurde institutionell und didaktisch eine eigenständige Fachrichtung an der medizinischen Fakultät, die ihre Stellung gegenüber der Medizin aber erst noch behaupten mußte<sup>239</sup>.

### 2.3.2. Studienzeit und medizinische Dissertation

In diesem Kapitel werden insbesondere folgende Fragen diskutiert: Hat Schuchardt schon von Anfang an ein Doppelstudium Zahnheilkunde und Medizin angestrebt? Wie kam es zur Wahl der Studienorte Freiburg, Kiel und München? Gab es einen Hauptstudienort? Wie waren die Studienbedingungen an den zahnärztlichen Instituten in Freiburg und Kiel? Entschied er sich schon während der Studienzeit, Kieferchirurg zu werden, und geben seine beiden Dissertationen dafür Hinweise? Am Ende stehen Informationen über sein Medizinalpraktikum und seine medizinische Dissertation in Kiel<sup>240</sup>. Ausführliche Angaben zu seiner zahnmedizinischen Dissertation können den Kapiteln 2.4.3 und 3.3.2.1 entnommen werden.

Im Lebenslauf seiner medizinischen Dissertation gab Schuchardt an:

*„Ich besuchte ... das Realgymnasium, das ich 1921 mit dem Zeugnis der Reife verließ, um Medizin und Zahnheilkunde zu studieren. Meine vorklinischen Studien betrieb ich in Freiburg und Kiel, wo ich 1923 die zahnärztliche Vorprüfung und 1924 die ärztliche Vorprüfung bestand. Meinen klinischen Studien widmete ich mich in Kiel und München und machte 1925 in Kiel das zahnärztliche Staatsexamen, 1927 ebenfalls in Kiel das ärztliche Staatsexamen. Zur Zeit bin ich als Medizinalpraktikant in der Medizinischen Klinik in Kiel tätig.“<sup>241</sup>*

233 Albrecht erhielt ab 1868 eine Beihilfe für die Raummiete, siehe Franken 1977, S. 38.

234 Kracke 1966, S. 18. Das Kieler zahnärztliche Institut erhielt erst 1903 1800 Mark jährlich, siehe Padel 1974, S. 34.

235 Dieck 1934, S. X.

236 Groß 1994, S. 235-236.

237 Strübig 1989, S. 141.

238 Als Beispiel dienen hier das Kieler und das Leipziger zahnärztliche Institut. Das Institut in Kiel wurde 1871 privat gegründet und ab 1903 staatlich subventioniert und 1923 verstaatlicht, siehe Padel 1966, S. 46. Das am 16.10.1884 gegründete Leipziger Institut wurde gleich zu Beginn staatlich subventioniert und 1898 verstaatlicht, siehe Dieck 1934, S. X.

239 Eulner 1970, S. 420.

240 Ausgangspunkt für meine Nachforschungen waren die Lebensläufe in seinen Dissertationen. Das Freiburger Universitätsarchiv besitzt Immatrikulations- und Exmatrikulationsbücher, die Heimat- und Studienanschrift, Beruf des Vaters, Vorbildung, Studienfach und absolvierte Studienabschnitte der Studenten enthalten. Zusätzlich können in der akademischen Quästur die von den Studenten gezahlten Gebühren für Vorlesungen und Kurse nachgeschlagen werden. Die Universitätsbibliothek besitzt noch alle Vorlesungsverzeichnisse für den Untersuchungszeitraum, wo u. a. die lehrenden Personen aufgeführt werden. Gesonderte Personalverzeichnisse konnten nicht ausfindig gemacht werden. In der Dissertation „Geschichte des zahnärztlichen Universitätsinstituts in Freiburg“ von Bärbel Keffer aus dem Jahr 1968 werden leider kaum Angaben über das Personal und die Unterrichtsbedingungen zu Beginn der 1920er Jahre gemacht. In der Monographie von Eduard Seidler „Die Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau“ aus dem Jahr 1991 sind u. a. Informationen über die Integration der Zahnheilkunde in die Fakultät zu finden. Im Kieler Universitätsarchiv existieren für Schuchardts Studienzeit keine Studierendenverzeichnisse. Die älteren endeten bereits 1920, und erst 1940 folgt wieder ein Verzeichnis, siehe Wiegand 1964, S. 9 u. 122. Vorlesungs- und Personalverzeichnisse liegen in der Kieler Universitätsbibliothek und im dortigen Archiv IV für den Untersuchungszeitraum vor. Ihnen können zum Beispiel Angaben über die Zusammensetzung von Prüfungskommissionen entnommen werden. Ekkehard Padel berichtet in seiner Dissertation „Albin Hentze (1871-1944). Der erste Ordinarius für Zahnheilkunde an der Universität Kiel“ aus dem Jahr 1974 ausführlich über den Berufsweg und das Werk dieses Mannes, der Schuchardts Lehrer der Zahnheilkunde und Doktorvater war. In Abschnitten der Dissertationen von Hilmar Prion „Die Entwicklung der Zahnheilkunde in Schleswig-Holstein“ (1951) und von Heinz Kracke „Die Geschichte der Promotion zum Dr. med. dent. unter besonderer Berücksichtigung der Universität Kiel“ (1966) finden sich Informationen über die Studienbedingungen am Kieler Zahnärztlichen Institut in den 1920er Jahren. Für die Münchner Studienzeit gibt es in der Münchner Universitätsbibliothek für das jeweilige Semester Personenstandsverzeichnisse, die auch ein Studentenverzeichnis enthalten. Darin sind neben dem Namen kurze Angaben über Studienfach, Geburtsort, Staatsangehörigkeit, Wohnung am Studienort und Art des Reifezeugnisses enthalten. Weitere Nachforschungen habe ich für Schuchardts Münchner Zeit nicht betrieben.

241 Schuchardt 1928, Anhang Lebenslauf.



Abb. 39. Schuchardt als Student.

Nr.	Name	Geburtsort	Geburtsdatum	Matrikelnummer	Datum der Aufnahme		Gebühr	Gebühr
					in Freiburg	in Freiburg		
111	Schuchardt	Freiburg	1897	111	1921	1921		
112	Schuchardt	Freiburg	1897	112	1922	1922		
113	Schuchardt	Freiburg	1897	113	1923	1923		
114	Schuchardt	Freiburg	1897	114	1924	1924		
115	Schuchardt	Freiburg	1897	115	1925	1925		
116	Schuchardt	Freiburg	1897	116	1926	1926		
117	Schuchardt	Freiburg	1897	117	1927	1927		
118	Schuchardt	Freiburg	1897	118	1928	1928		
119	Schuchardt	Freiburg	1897	119	1929	1929		
120	Schuchardt	Freiburg	1897	120	1930	1930		

Abb. 40. Fotokopie aus dem Immatrikelbuch (Schuchardt, siehe Nr. 111).

Aus einer Notiz in seinem Reifezeugnis geht hervor, daß er die Schule mit der Absicht verließ, Zahnheilkunde zu studieren<sup>242</sup> (Abb. 39). Begonnen hat er sein Studium dann auch mit Zahnheilkunde, und zwar an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg i. Br., wo er sich am 20. Oktober 1921 in das Immatrikulationsbuch für dieses Fach einschrieb<sup>243</sup> (Abb. 40). Er studierte dort drei Halbjahre vom Wintersemester 1921/22 bis zum Wintersemester 1922/23<sup>244</sup>. Freiburg soll er als Studienort gewählt haben, weil er gern Ski fuhr<sup>245</sup>. In Freiburg studierte auch der ältere Bruder seines Schulfreundes Karl Bröker<sup>246</sup> (siehe 2.2.4).

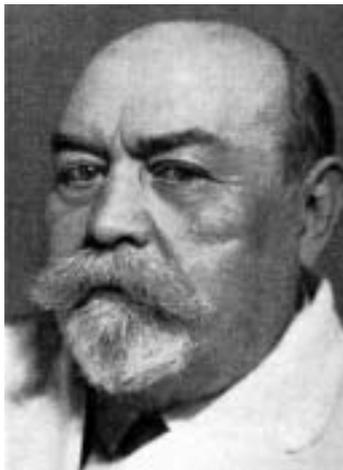


Abb. 41. Wilhelm Herrenknecht.



Abb. 42. Die Rheinstraße im sogenannten Institutsviertel in Freiburg um 1920.

Die Leitung des zahnärztlichen Instituts der Albert-Ludwigs-Universität hatte von 1904 bis 1934 der Arzt und Zahnarzt Prof. Dr. med. Wilhelm Herrenknecht (1863-1941)<sup>247</sup>. Er begann 1903 als Privatdozent, wurde 1909 zum außerordentlichen und 1922 zum persönlichen Ordinarius ernannt<sup>248</sup> (Abb. 41). Mit seinem Namen

242 Nachlaß Schuchardts bei Krohn, Kopie des Reifezeugnisses, 1921.

243 Universitätsarchiv Freiburg, A 66, Nr. 14, Immatrikelbuch der Studierenden Wintersemester 1921/22

244 Schuchardt wohnte in der Moltkestraße 28, siehe Universitätsarchiv Freiburg, Inv.-Nr. 1960/15, Verzeichnis der Studierenden (Adreßbücher) Wintersemester 1921/22- 1922/23; ebd., B44, Nr. 108, S. 452, Abgangszeugnis von Schuchardt.

245 Persönliche Mitteilung von Gouse.

246 Nachlaß Brökers bei Reschke, Lebenslauf als Kunstmaler, Manuskript 1971, S. 7.

247 Lebenslauf von Wilhelm Herrenknecht in Stichworten: geboren 1863, Abitur in Freiburg, 1886-1901 Studium der Medizin in Freiburg und München, 1899-1900 Studium der Zahnheilkunde in Straßburg, Niederlassung als Zahnarzt in Freiburg, Habilitation in Freiburg und Privatdozentur, 1904 Direktor des Zahnärztlichen Instituts, 1920 Dr. med. dent. ehrenhalber verliehen, 1909 außerordentlicher Prof., 1922 ordentlicher Prof., 1934 emeritiert, 1941 gestorben, siehe Keffer 1968, S. 69.

248 Eulner 1970, S. 409-410.

ist die Anwendung der Chloräthylnarkose in der Zahnheilkunde verknüpft<sup>249</sup>. Dieses Thema war Gegenstand seiner Habilitation<sup>250</sup>. Herrenknechts besonderes Interesse galt der zahnärztlichen Chirurgie, was auch seine Veröffentlichungen zeigen. Ein weiterer Themenbereich seiner Arbeiten war die praktische Zahnmedizin. Besonderen Wert legte er auf den Zusammenhang zwischen Medizin und Zahnheilkunde<sup>251</sup>. Im Wesen war Herrenknecht sehr gutmütig, nach außen aber knurrig und streng. Von seinen Schülern verlangte er äußerste Präzision. Er war bestrebt, mit einfachen Mitteln optimale Arbeit zu leisten, und versuchte das auch als Tugend an die Studenten weiterzugeben. Typische Aussprüche von ihm waren: „Seine Majestät der Patient“ und „In der Beschränkung zeigt sich der Meister“<sup>252</sup>. Das zahnärztliche Institut wurde 1904 eröffnet und befand sich im ersten und ab 1909 auch im zweiten Stock des Hauses Rheinstraße 18 (Abb. 42). Die Räume hatte die Universität von der Brauerei Ganter gemietet. Im zweiten Stock des Nebenhauses Nr.16 war ab 1912 Herrenknechts Privatpraxis mit einem direkten Zugang zum Institut untergebracht, die zum Teil auch für Institutszwecke genutzt wurde<sup>253</sup>. Beide Häuser sind nach ihrer Zerstörung im zweiten Weltkrieg als Wohnhäuser wieder aufgebaut worden<sup>254</sup>. Im ersten Stock befanden sich im wesentlichen zwei große Säle, davon war einer als Hörsaal für 40 Studenten und Extraktionsraum, der andere als Behandlungssaal für konservierende Zahnheilkunde mit zehn Behandlungsstühlen für Studenten und Assistenten eingerichtet. Im zweiten Stock lag ein großer Technikraum für Techniker und Studenten sowie ein Kieferorthopädie-Raum und ein Abdruckraum. Ein Röntgenzimmer und ein Zimmer für Speicheluntersuchungen mit Zentrifuge befand sich im Bereich von Herrenknechts Privatpraxis<sup>255</sup>. Nach der Emeritierung Herrenknechts wurde das Institut 1934 unter der Leitung von Friedrich Faber (1887-1961) in die frühere chirurgische Klinik in der Albertstraße verlegt und völlig neu eingerichtet<sup>256</sup> (siehe 2.7.1).

Da für die 1920er Jahre in der Literatur<sup>257</sup> nur eine einzige Angabe über das Personal gefunden wurde, werden als Vergleich die Jahre 1914 und 1930 herangezogen<sup>258</sup>. 1914 beschäftigte das Institut drei Assistenten, zwei Zahntechniker, einen Verwaltungsgehilfen, einen Diener und eine Krankenschwester. Damals studierten dort 34 angehende Zahnärzte<sup>259</sup>. Seit dem Sommersemester 1921 war Privatdozent Walter Adrion (1891- ?) bei Herrenknecht tätig. 1930 betrug die Zahl der Assistenten acht und die der Studenten 192<sup>260</sup>.

In den Jahren zwischen 1912 und 1915 ermöglichte die gute Finanzlage des Instituts die Anschaffung neuer Geräte. Danach war durch notwendig gewordene Sparmaßnahmen an einen weiteren Ausbau des Instituts nicht mehr zu denken. Nach Kriegsende wurde die finanzielle Lage des Instituts noch schlechter<sup>261</sup>. Trotzdem soll das Notwendige vorhanden gewesen und die Regeln der Hygiene strengstens befolgt worden sein<sup>262</sup>.

249 Keffer 1968, S. 71.

250 Seidler 1991, S. 184.

251 Keffer 1968, S. 56, 70.

252 Ebd., S. 6.

253 Ebd., S. 47-48.

254 Eigene Feststellung, die während eines Besuchs in Freiburg im Oktober 1997 erhoben wurde.

255 In der Privatpraxis Herrenknechts waren ein Behandlungszimmer für seinen Privatassistenten und drei für ihn selbst bestimmt. Im ersten Stock des Hauses Nr. 18 gab es ein und im zweiten drei Wartezimmer. Im ersten Stock lag auch ein Zimmer, in dem ausschließlich Studenten behandelt wurden, siehe Keffer 1968, S. 47-48.

256 Seidler 1991, S. 252, 515.

257 Keffer 1968; Seidler 1991; Eulner 1970.

258 In den Kriegsjahren 1914-1918 mußte der Institutsbetrieb auf die Versorgung von kieververletzten Soldaten umgestellt werden, was vermutlich die Erhöhung des zahnärztlichen und technischen Personals erforderlich machte, siehe Seidler 1991, S. 252. Ob die seit 1915 am Institut tätigen 5 Assistenten, 2 Zahnärzte und 6 Techniker nach 1918 weiterbeschäftigt wurden, geht nicht hervor, siehe Keffer 1968, S. 48.

259 Seidler 1991, S. 184.

260 Keffer 1968, S. 67-68. Das Sterbejahr von Walter Adrion konnte nicht ermittelt werden.

261 Ebd., S. 62, 64.

262 Ebd., S. 57.

Vorlesungen und Kurse	Gebühren in Mark
Experimentalphysik I bei Prof. Himstedt	60,00
Systematische Anatomie bei Prof. Fischer	60,00
Präparierübungen bei Prof. Fischer	85,40
Histologie bei Prof. v. Möllendorf	25,00
Zahntechnischer Kurs bei Prof. Herrenknecht	120,40
Materialkunde bei Prof. Herrenknecht	10,00
Natur und Geist bei Prof. Husserl	20,00
	<b>Σ 380,80</b>

Tab. 1

Jedoch werden die räumlichen Verhältnisse des Instituts im Zusammenhang mit der damaligen Rekordzahl von 171 Studierenden<sup>263</sup> ein Jahr nach dem ersten Weltkrieg zu großen Problemen geführt haben. In den Folgejahren sank die Zahl der Studierenden erheblich ab. Im Wintersemester 1921/22, in welchem Schuchardt dort sein Studium begann, studierten 111<sup>264</sup> und im Wintersemester 1922/23 nur noch 58 angehende Zahnärzte, so daß die Universität eine Schließung des Instituts in Erwägung zog<sup>265</sup>, was auch ein Grund für Schuchardts Wechsel nach Kiel gewesen sein könnte. Betrachtet man die Studiengebühren, die von Schuchardt im ersten Semester für die besuchten Lehrveranstaltungen entrichtet werden mußten, in Höhe von 380 Mark<sup>266</sup>, wird klar, daß ein Absinken der Studentenzahlen sich auf die Finanzlage der Universität auswirken konnte (siehe Tab. 1).

Auf der Rückseite von Schuchardts Abgangszeugnis, das ihm am 19.3.1923 von der Freiburger Universität ausgestellt wurde, sind die von ihm besuchten Lehrveranstaltungen festgehalten. Dabei fällt auf, daß er in den ersten zwei Semestern sehr viele Veranstaltungen belegte. Neben den Grundlagenfächern Anatomie und Physik, den vorklinischen Kursen und Vorlesungen in der Zahnheilkunde besuchte er die Vorlesung „Natur und Geist“ des bekannten Philosophen Edmund Husserl (1859-1938) sowie einen Kurs im Figuren- und Akt-Zeichnen bei dem akademischen Zeichenlehrer Lembke<sup>267</sup>, was zeigt daß er auch als Student seine vielseitigen Interessen pflegte. Für sein letztes Freiburger Semester sind nur drei Veranstaltungen angegeben: Physiologie sowie eine Einführung und ein Praktikum in Chemie<sup>268</sup>. Die Lehrveranstaltungen für Vorkliniker in der Zahnheilkunde: Zahntechnischer Kurs I und II, Plombierkurs<sup>269</sup>, Materialkunde und Einführung in die konservierende Zahnheilkunde hatte er bereits in den ersten beiden Semestern absolviert.

Auffällig ist auch, daß er nicht die für die Zahnmediziner vorgesehenen Vorlesungen in Anatomie und Physiologie belegte, sondern vom ersten Semester an die Veranstaltungen für die Mediziner besuchte<sup>270</sup>. Im Verzeichnis der Studierenden ist er im Wintersemester 1921/22 mit dem Studienfach Zahnheilkunde, in den

263 Ebd., S. 64.

264 Universitätsarchiv Freiburg, Inv.-Nr. 1960/15, Verzeichnis der Studierenden Wintersemester 1921/22, S. 96.

265 In den 1920er Jahren wurde erstmals von Berlin aus erwogen, kleinere zahnärztliche Institute zu Gunsten von größeren „Schwerpunktzentren“ zu schließen, siehe Keffer 1968, S. 64 u. Padel 1974, S. 11.

266 Universitätsarchiv Freiburg, B 17 Nr. 72, Akademische Quästur Wintersemester 1921/22.

267 Universitätsarchiv Freiburg, B 44, Nr. 108, S. 452 Rückseite; Badische Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Ankündigung der Vorlesungen für das Winterhalbjahr 1921/22 und für das Sommerhalbjahr 1922, S. 18, 26.

268 Universitätsarchiv Freiburg, B 44, Nr. 108, S. 452, Rückseite.

269 Nach eigener Feststellung begann erst im Wintersemester 1922/23 ein Phantomplombierkurs am Zahnärztlichen Institut, siehe Badische Albert Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Ankündigung der Vorlesungen für das Winterhalbjahr 1921/22, für das Sommerhalbjahr 1922 und für das Winterhalbjahr 1922/23.

270 Universitätsarchiv Freiburg, B 44, Nr. 108, S. 452, Abgangszeugnis von Schuchardt; Badische Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Ankündigung der Vorlesungen für das Winterhalbjahr 1921/22, für das Sommerhalbjahr 1922 und für das Winterhalbjahr 1922/23.



Abb. 43. Abgangszeugnis von Karl Schuchardt.

folgenden zwei Semestern mit Medizin eingetragen<sup>271</sup>. Das bestätigt auch die Eintragung im Immatrikelbuch (siehe Abb. 40), wo unter dem Punkt Bemerkungen steht „seit S.S. 22 med.“. Sein Abgangszeugnis (Abb. 43) bestätigt ihm jedoch ein dreisemestriges Studium der Zahnheilkunde<sup>272</sup>. Schuchardts Entschluß, neben Zahnheilkunde auch ein volles Medizinstudium zu absolvieren, wird aber doch schon im ersten Semester gefallen sein. Nach der Meinung von Schuchardts späterem Schüler Rudolf Naujoks (\*1919) ermöglichte ihm sein Vater das zusätzliche Studium der Medizin, weil er auf die Ausübung eines künstlerischen Berufs verzichtete, in gewisser Weise als Ausgleich<sup>273</sup> (siehe 2.2.2, 2.2.4). Über die Beweggründe läßt sich nur mutmaßen. Vielleicht hat die Einstellung Herrenknechts, der auf die enge Verbindung zwischen den beiden Fächern hinwies, erst den Anstoß gegeben. Ebenso könnte der Drang nach voller Anerkennung eine Rolle gespielt haben, welche sich die Zahnmediziner inner-

halb der medizinischen Fakultät erst noch erkämpfen mußten, denn er äußerte sich einmal gegenüber seinem Neffen Max Krohn, daß er mehr als nur Zahnarzt werden wollte.

Zum Sommersemester 1923 wechselte Schuchardt nach Kiel. Ein Grund für diese Entscheidung könnte darin gesehen werden, daß man möglicherweise in Kiel Medizin und Zahnheilkunde leichter als in Freiburg parallel studieren konnte. Bekannt ist auch, daß Kiel als Universität von Schleswig-Holsteinern bevorzugt wurde<sup>274</sup>. Der Zugang zum Studium der Zahnheilkunde wurde dort aber über einen Numerus clausus geregelt<sup>275</sup>, daher könnte man vermuten, daß im Wintersemester 1921/22 in Kiel die Immatrikulation für Schuchardt aufgrund eines Mangels an freien Studienplätzen noch nicht möglich war (siehe unten). Auch die Tatsache, daß ein Wechsel des Studienortes zum zeitgemäßen Studentenleben dazugehörte, muß in diese Überlegungen mit einbezogen werden. Da er in Kiel alle Prüfungen abgelegt hat, ist Kiel als sein Hauptstudienort zu betrachten<sup>276</sup>.

271 Universitätsarchiv Freiburg, Inv.-Nr. 1960/15, Verzeichnis der Studierenden Wintersemester 1921/22, S. 74, Sommersemester 1922 und Wintersemester 1922/23 (ohne Seitenzahlen).

272 Ebd., B 44/108, S. 452, Abgangszeugnis von Schuchardt.

273 Naujoks 1966, S. 1381.

274 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel 1922 [b], S. 42.

275 1911 gab es an der Universität in Kiel zum ersten Mal einen Numerus clausus für Zahnheilkunde, siehe Padel 1974, S. 57.

276 Schuchardt 1928, Anhang Lebenslauf.

Im folgenden wird auf die Entwicklung der zahnärztlichen Ausbildung an der Christian-Albrechts-Universität in Kiel und die Studienbedingungen am zahnärztlichen Institut in den 1920er Jahren eingegangen. Die spezielle zahnärztliche Ausbildung an der Kieler Universität begann 1871 mit der Lehrtätigkeit des Zahnarztes Carl Fricke (1839-1915), der auf eigenen Antrag ab 1874 die widerrufliche Erlaubnis zum Abhalten von Vorlesungen über Zahnheilkunde von der medizinischen Fakultät erhielt und zusätzlich in seinem Privathaus Studenten in zahnärztlichen und technischen Kursen unterrichtete. Nach dreißig Jahren Lehrtätigkeit gab Fricke aus finanzieller Not und Enttäuschung die „Erlaubnis“ zurück. Die Fakultät hatte ihm nach der Verleihung des medizinischen Ehrendoktors 1876 die erhoffte Beförderung zum Professor versagt<sup>277</sup> und seine privaten Finanzmittel hatten nicht mehr ausgereicht, die durch gestiegene Studenten- und Patientenzahlen notwendig gewordene Erweiterung seines Privatinstutits vorzunehmen<sup>278</sup>.



Abb. 44. Albin Hentze

1901 übernahm sein Assistent, der Arzt und Zahnarzt Albin Hentze<sup>279</sup> (1871-1944), zunächst kommissarisch die Leitung des zahnärztlichen Unterrichts<sup>280</sup> (Abb. 44). Hentze habilitierte sich 1902 mit der Arbeit „Neubildungen der Zahnpulpa“ als erster in Kiel für Zahnheilkunde und erhielt 1903 den Lehrauftrag für dieses Fach. Hentze war ein sehr bescheidener Mann mit gütigem und ausgleichendem Wesen. Er leitete das Institut bis zur Zwangsschließung im Jahre 1934<sup>281</sup>. Er bezog kein Gehalt, sondern nur eine staatliche Subvention für das zahnärztliche Privatinstitut von jährlich 1800 Mark, später 2100 Mark sowie 1000 Mark Mietgeld<sup>282</sup>. Für den größeren Teil der Institutskosten und seinen eigenen Unterhalt mußte er mit Kolleggeldern und Behandlungshonoraren selbst aufkommen<sup>283</sup>, ähnlich den Regelungen für andere zahnärztliche Privatinstitute in Deutschland (siehe oben). Er ging mit großem persönlichen und finanziellen Einsatz an den Ausbau des zahnärztlichen Unterrichts. So besuchte er 1904 während einer Studienreise führende zahnärztliche Schulen in Nordamerika mit dem Ziel, in Kiel gleichwertige Ausbildungsergebnisse zu erzielen<sup>284</sup>. Er kaufte 1902 das Haus Dahlmannstr. 6 und verlegte das Institut dorthin<sup>285</sup> (Abb. 45, 46). Durch Umbaumaßnahmen stellte Hentze im Verlauf seiner Lehrtätigkeit neben dem Erdgeschoß 1912 die erste Etage und 1919 auch die zweite Etage für Unterrichtszwecke zur Verfügung. Dennoch blieb Raumnot ein Hauptproblem des Instituts, da aus finanziellen

277 Padel 1974, S. 22. Fricke hatte nur ein Jahr studiert und nicht promoviert, siehe ebd.

278 Ebd., 1974, S. 12.

279 Lebenslauf von Albin Hentze in Stichworten: geboren am 9.1.1871 in Halle (Saale), 1889 Abschluß als Primaner am humanistischen Carl-Friedrich-Gymnasium in Eisenach, 1889-1890 Studium der Zahnheilkunde in Berlin, 1890-1891 in Leipzig, 1891 Praktikum in der Privatklinik von Carl Sauer in Berlin, 1891-1892 Einjährig-Freiwilliger im 8. Königlich Sächsischen Infanterieregiment, 1893-1894 Oberprima des Eisenacher Gymnasiums, 1894 Abitur, 1894-1896 Studium der Medizin in Leipzig, 1896-1899 in Kiel, 1899 Medizinisches Staatsexamen, 1900 Promotion mit der Dissertation „Zahnhalskaries bei Phthisikern“, 1900 zahnärztliches Examen, 1900-1901 Assistent am privaten zahnärztlichen Institut von Carl Fricke in Kiel, 1901-1903 stellvertretender Leiter des Zahnärztlichen Instituts in Kiel, 1902 Habilitation, 1903 Lehrauftrag für Zahnheilkunde an der Universität Kiel, 1911 Titularprofessor, 1914-1916 Leiter eines Kieferlazarettes in Lomza in Polen, 1916-1919 Chefarzt der Korpskiefersstation in Altona sowie Berater am dortigen Sanitätsamt, 1921 nichtbeamteter außerordentlicher Professor, 1928 ordentlicher Professor, 1934 emeritiert, 1944 in Coburg gestorben, siehe Padel 1974, S. 6, 13-14, 18.

280 Der Name „Zahnärztliches Institut an der Universität Kiel“ wurde erst 1915 durch Erlaß des Ministers der geistlichen- und Unterrichtsangelegenheiten verfügt und ersetzte die amtliche Bezeichnung „Zahnärztlicher Unterricht“, siehe Prion 1951, S. 30.

281 Padel 1974, S. 67-76.

282 Ebd., S. 29-34.

283 Ebd., S. 11.

284 Ebd., S. 58-59.

285 Prion 1951, S. 160.

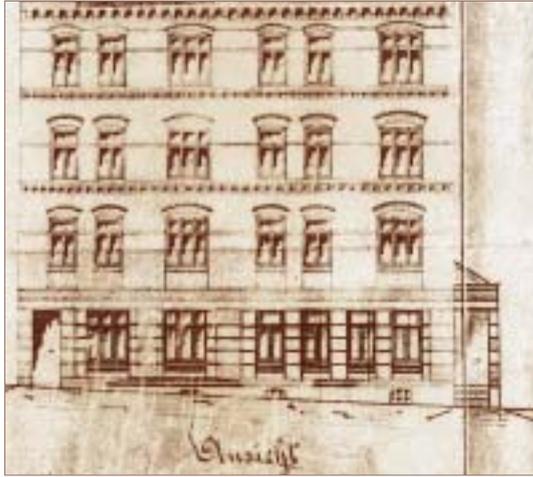


Abb. 45. Zahnärztliches Institut, Dahlmannstraße 6.

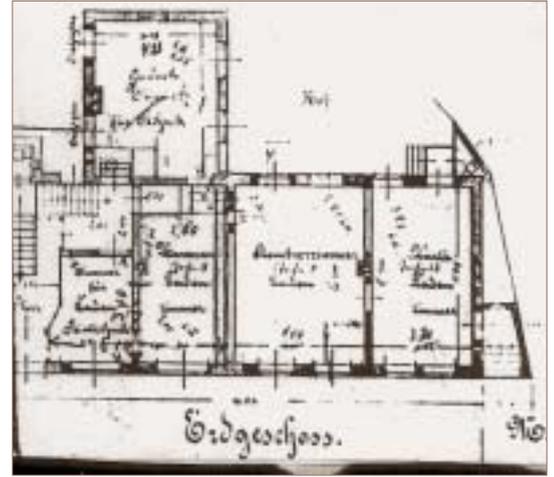


Abb. 46. Grundriß des Hauses im Erdgeschoß.

Gründen ein Neubau oder ein Umzug in ein größeres Gebäude nicht möglich war<sup>286</sup>. Allein für den Fortbestand des Instituts hat Hentze in der Zeit des ersten Weltkrieges bis zum Höhepunkt der Inflationszeit im Jahr 1923 beträchtliche Summen aus seinem privaten Vermögen beigesteuert und selbst zum Teil persönliche Not gelitten. So verkaufte er u. a. den Schmuck seiner Frau und arbeitete 1923 an den Wochenenden und in den Semesterferien als wissenschaftlicher Hilfsarbeiter in einer Hamburger Fabrik<sup>287</sup>. Im Institut standen den zum Teil bis zu 95 Studierenden in den klinischen Semestern anfang der 1920er Jahre nur vier Behandlungsstühle für konservierende und prothetische Arbeiten zur Verfügung. Drei Stühle waren für orthodontische Übungen vorgesehen. Ein weiterer Behandlungsstuhl diente Hentze für Neuaufnahmen, Demonstrationen und Operationen. Spezielle Abteilungen gab es wegen Mangels an Räumen nicht. Um zusätzliche Behandlungsplätze für die Studentenkurse zur Verfügung stellen zu können, hatte Hentze ab 1920 einen Vertrag mit der Zahnklinik der Ortskrankenkasse Wilhelminenstraße 40 über eine zeitweise Nutzung von Behandlungsstühlen abgeschlossen. Danach durften die Studenten nachmittags zusätzlich an 14 Behandlungsstühlen in der Zahnklinik arbeiten, wofür Hentze der Krankenkasse einen finanziellen Ausgleich zahlte. Der zahnärztlich-chirurgische Unterricht fand im Hörsaal der Hals-Nasen-Ohren-Klinik in der Hospitalstraße statt, wo die angehenden Zahnärzte jedoch nur geduldet wurden. Chirurgische Eingriffe am Patienten wurden im Zahnärztlichen Institut ausgeführt, an denen aber wegen Mangels an Platz jeweils nur vier Studierende teilnehmen konnten. Die Studienbedingungen am Institut werden sehr bildhaft in der „Eingabe der Vereinigung der Studierenden der Zahnheilkunde an der Kieler Universität zwecks Verstaatlichung des Instituts der Universität Kiel“ aus dem Jahr 1921 beschrieben, die Prion in seiner Dissertation vollständig zitiert. Darin beklagten die Studenten neben der Not an Raum und Geräten auch die hygienischen Einrichtungen des Zahnärztlichen Instituts<sup>288</sup>. Zur Verdeutlichung zwei Zahlen zur Entwicklung der Studentenzahlen: im Sommersemester 1902 studierten 13 Männer Zahnheilkunde, im Sommersemester 1921 waren es 168 Studierende<sup>289</sup>. Mit Karl Schuchardt schrieben sich im Sommersemester 1923 insgesamt 30 Männer neu für Zahnheilkunde ein. In diesem Semester waren damit insgesamt 72 Studenten, also deutlich weniger als 1921, für Zahnheilkunde immatrikuliert, unter diesen nur vier Frauen. 23 Männer und eine Frau kamen aus dem Ausland, darunter waren neun Norweger und zwei Schweden<sup>290</sup>. Vermutlich schloß

286 Padel 1974, S. 54-57.

287 Ebd., S. 45.

288 Prion 1951, S. 165-168.

289 Ebd., S. 31-34.

290 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel 1923 [b], S. 56-62.

Titel der Lehrveranstaltung	Wochenstundenzahl (Mo.-Sa.)
Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten	8
Vorlesungen über Materialkunde und Theorie der Zahnersatzkunde	2
Theorie der Konservierenden Zahnheilkunde	1
Ausgewählte Kapitel der operativen Zahnheilkunde mit Demonstration am Patienten	2
Kursus der Konservierenden Zahnheilkunde	25
Kursus der Zahnersatzkunde	35
Kursus der Orthodontie	4
Kursus der Konservierenden Zahnheilkunde am Phantom	12
Arbeiten im Laboratorium	ohne Zeitangabe

Tab. 2

Schuchardt schon als Student Bekanntschaften mit den skandinavischen Kommilitonen, was seine Ende der 1930er Jahre beginnenden Vortragsreisen nach Skandinavien erklären könnte (siehe 2.5).

Am Institut arbeiteten 1920 neben Hentze der Zahnarzt Theodor Thoring<sup>291</sup> (1886- ?) als Hilfslehrer, zwei Assistenten, eine Technikerin, eine Schreibhilfe, eine Reinemachefrau und ein Heizer<sup>292</sup>. In Tabelle 2 sind die zahnmedizinische Vorlesungen und Kurse im Sommersemester 1924 nachzulesen<sup>293</sup>. Bis auf den Kursus der Orthodontie standen alle aufgeführten Lehrveranstaltungen unter der Leitung von Hentze oder Thoring<sup>294</sup>. Die Einstellung von spezialisierten Fachvertretern für Zahnersatzkunde, Zahnerhaltungskunde und zahnärztliche Chirurgie, die dem Wissensstand der Zeit gerecht geworden wäre, konnte damals in Kiel wie auch in Freiburg aus finanziellen Gründen nicht realisiert werden (siehe oben).

Zusätzlich zum zahnärztlichen Unterricht gab es medizinische Vorlesungen und Kurse für Studenten der Zahnheilkunde in Grundlagen- und Spezialfächern<sup>295</sup>. Dem Unterrichtsgebiet „zahnärztliche Chirurgie“ war laut Wochenstundenzahl nur ein geringer Platz eingeräumt. Der Ausbildungsschwerpunkt unter Hentze war die Zahnersatzkunde, was aus der Wochenstundenzahl (Tab. 2) und der folgenden Äußerung Hentzes auf einer Sitzung des Hamburger Zahnärztlichen Vereins am 13.10.1919, die in Zusammenhang mit der Gründung des Hamburger zahnärztlichen Instituts stand, hervorgeht.

*„Vergessen Sie vor allem nicht die Zahnersatzkunde. Heute, wo ungezählte Hunderte zum Studium hinzutreten, müssen wir unbedingt technische Assistenten heranziehen. Bei dem Gehalt, was heute ein Techniker bekommt, wird jeder Zahnarzt gern arbeiten. Wir müssen also die Technik in den Vordergrund stellen. Meiner Ansicht nach muss auch ein Ordinariat für Zahntechnik errichtet werden, denn bei den Leistungen auf diesem Gebiet wird gerade das den Herren von der Medizinischen Fakultät die Achtung vor der Zahnheilkunde beibringen. Wir wissen ja, wie gerade der Chirurg erstaunt ist, was die Zahnheilkunde auf technischem Gebiet alles leistet. Da finden wir besondere Anerkennung“<sup>296</sup>.*

291 Lebenslauf von Theodor Thoring in Stichworten: geboren am 18.1.1886 in Münster i. W., 1910 zahnärztliche Approbation in Kiel, 1910 Assistent in Münster, 1913 in Essen, 1919 Oberassistent am zahnärztlichen Institut in Münster, siehe Volbeh, Weyl 1956, S. 130; ab 1921/22 Hilflehrer an der Universität in Kiel, ab 1927 Lektor, siehe Padel 1974, S. 101 und Christian-Albrechts-Universität zu Kiel 1922, S. 23; nach der Schließung des Instituts zahnärztliche Praxis in Kiel, siehe Volbeh, Weyl 1956, S. 130. Sein Sterbejahr konnte nicht ermittelt werden.

292 Padel 1974, S. 113. Vgl. ebd., S. 44-45.

293 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel 1924 [a], S. 16-17.

294 Prion 1951, S. 35; Padel 1974, S. 41.

295 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel 1924 [a], S. 16-17.

296 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 31.

Albin Hentze leistete durch zahlreiche Veröffentlichungen seinen persönlichen Beitrag zum wissenschaftlichen Fortschritt im Fach Zahnheilkunde. Besonders hervorzuheben sind seine Untersuchungen der Mundschleimhautentzündungen, die er von 1925-1933 in dem von Julius Misch (1874- ?) herausgegebenen Sammelwerk „Die Fortschritte der Zahnheilkunde“ veröffentlichte<sup>297</sup>. Im ersten Weltkrieg war Hentze von 1914 bis 1916 als Leiter eines Kieferlazarettes in Lomza in Polen und von 1916 bis 1919 als Chefarzt der Korpskieferstation in Altona eingesetzt<sup>298</sup>.

Die Stellung Hentzes innerhalb der medizinischen Fakultät war umstritten. Hochachtung vor seinen Bemühungen um den Erhalt des Instituts stand Skepsis bezüglich der fachlichen Kompetenz gegenüber, als ab 1921 von seiten des Ministeriums für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung in Berlin die Errichtung eines Ordinariats für Zahnheilkunde in Kiel angeregt wurde und die Besetzung mit der Fakultät abgestimmt werden sollte. Die Verhandlungen mit den Kandidaten nahmen einen langen Zeitraum in Anspruch. 1923 wurde das Kieler Privatinstitut von der Universität übernommen, und Hentze war immer noch in der Stellung eines außerordentlichen Professors, ohne Gehalt, Sitz und Stimme in der Fakultät. Erst 1928 wurde ihm die Bestallungsurkunde ausgestellt. Daß trotz der langen Periode der Unsicherheit eine Vielzahl von Studenten ihre zahnärztliche Ausbildung in Kiel abschließen und promovieren konnte, kann man nur dem Enthusiasmus Hentzes zuschreiben<sup>299</sup>.

Die finanziellen Verhältnisse des zahnärztlichen Instituts erlaubten aber auch nach 1928 keine Modernisierung oder Erweiterung. 1934 beauftragte die Medizinische Fakultät eine Kommission von Fachvertretern zur Untersuchung der Ausbildungsverhältnisse am Zahnärztlichen Institut, da dem Rektor der Kieler Universität eine Mitteilung von dem angeblich schlechten Ruf des Instituts zugekommen war und dieser daraufhin um Stellungnahme von seiten der Medizinischen Fakultät gedrängt hatte. Die Kommission empfahl eine Reorganisation von Grund auf und im Falle der Undurchführbarkeit die Schließung des Instituts. Hentze nahm zu den Vorwürfen Stellung und nannte u. a. die Namen Prof. Heinrich Fabian (Hamburg), Prof. Hans Pflüger (Hamburg) und Oberarzt Karl Schuchardt als Belege für die Erfolge seiner Lehrtätigkeit (siehe 2.7.1). Dennoch wurde am 1. Oktober 1934 das Kieler zahnärztliche Institut geschlossen<sup>300</sup>. Erst 1947 wurde an der Universität Kiel ein neues zahnärztliches Institut gegründet. Das damit verbundene planmäßige Ordinariat übernahm Heinrich Hammer (1891-1972)<sup>301</sup> (siehe 2.7.1).

Gleich im ersten Kieler Semester legte Schuchardt seine zahnärztliche Vorprüfung ab<sup>302</sup>. Laut Prüfungsordnung von 1909 mußten die Kandidaten mindestens drei Halbjahre ein zahnärztliches Studium an einer deutschen Universität absolviert haben und sich dann in den fünf Fächern Physik, Chemie, Anatomie, Physiologie und Zahnersatzkunde einer Prüfung unterziehen<sup>303</sup> (siehe oben). Die Prüfungskommission, der Schuchardt gegenüberstand, wurde von dem Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Ernst Siemerling (1857-1931) geleitet, den stellvertretenden Vorsitz hatte der Ordinarius für Anatomie Ferdinand Graf von Spee (1855-1937), neben diesen gehörten die Ordinarien für Physik Conrad Dieterici

---

297 Padel 1974, S. 79-81. Das Sterbejahr von Misch konnte nicht ermittelt werden.

298 Ebd., S. 18.

299 Padel 1974, S. 85.

300 Ebd., S. 67-76.

301 Prion, S. 176.

302 Schuchardt 1928, Anhang, Lebenslauf.

303 Groß 1994, S. 478.

(1858-1929), für Chemie der spätere Nobelpreisträger Otto Diels<sup>304</sup> (1876-1954) und für Physiologie Rudolf Höber (1873-1953) sowie Professor Hentze der Kommission an<sup>305</sup>.

Nach zwei Halbjahren absolvierte Schuchardt 1924 die ärztliche Vorprüfung<sup>306</sup>. Für diese waren nach dem Stand der Prüfungsordnung vom August 1919 vier Halbjahre medizinisches Studium an einer deutschen Universität vorzuweisen. Neben Physik, Chemie, Anatomie und Physiologie, in denen Schuchardt bereits als Vorkliniker im Fach Zahnheilkunde examiniert worden war, zählten Biologie und Zoologie mit zu den Prüfungsfächern der Medizinstudenten<sup>307</sup>. Deshalb gehörten neben den bereits genannten Professoren die Ordinarien für Botanik Georg Tischler (1878-1955), für Zoologie Wolfgang Freiherr von Buddenbrock-Hetterndorf (1884-1964) zur Kommission für die ärztliche Vorprüfung<sup>308</sup>. Graf von Spee war im Oktober 1923 emeritiert. Nach ihm übernahm Wilhelm von Möllendorf (1887-1944) das Ordinariat für Anatomie<sup>309</sup>.

Am 13.5.1925 unternahm Schuchardt dann die Zahnärztliche Prüfung<sup>310</sup>, für die ein mindestens siebensemestriges Studium der Zahnheilkunde vorausgesetzt wurde, in welchem zwei Kurse der konservierenden Zahnheilkunde, jeweils ein Kursus Zahnersatzkunde, Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten und klinische Untersuchungsmethoden sowie drei Monate „Klinik für Haut- und Syphilitische Krankheiten“ enthalten sein mußten. Die Prüfung umfaßte folgende Fächer: allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, Zahn- und Mundkrankheiten, konservierende Zahnheilkunde, Chirurgie der Zahn- und Mundkrankheiten, Zahnersatzkunde und Hygiene<sup>311</sup>. Am 30. 5. 1925 wurde Schuchardt als Zahnarzt approbiert<sup>312</sup>.

Nach der zahnärztlichen Prüfung verließ Schuchardt für kurze Zeit Kiel. Es zog ihn nach München, wo er sich ganz in der Nähe der Universitätsklinik, Am Glockenbach 4, als Zimmerherr einmietete. Für ein Semester setzte er sein Medizinstudium (Winterhalbjahr 1925/26) an der Ludwig-Maximilians-Universität fort<sup>313</sup>. Die Münchner medizinische Fakultät übte auf Studenten aus dem ganzen Reich eine große Anziehungskraft aus. An der Fakultät wirkte neben anderen bekannten Medizinern seit 1918 der berühmte Herz- und Lungenchirurg Ferdinand Sauerbruch (1875-1951)<sup>314</sup>. Möglicherweise liegt hierin der Grund für Schuchardts Wechsel nach München. Danach ging er wiederum nach Kiel, was u. a. mit dem Ablauf der Frist für die

304 Diels wurde 23.1.1876 in Hamburg geboren und starb am 7.3.1954 in Kiel. Mit Kurt Alder (1902-1958) entwickelte er die „Dien-Synthese“, wofür beide 1950 den Nobelpreis erhielten. Diels gelang der Entzug des Wasserstoffs in zyklischen CH<sub>2</sub>-Verbindungen zur Bildung aromatischer Ringe durch Schwefel oder Selen, siehe Neues Fischerlexikon in Farbe, Bd. 2, S. 1287.

305 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel 1923 [a], S. 21.

306 Schuchardt 1928, Anhang, Lebenslauf.

307 Steudel 1973, S. 12.

308 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel 1924 [b], S. 23.

309 Jordan 1965, S. 210.

310 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Hochschulwesen, Personal-Fragebogen, 24.10.1945.

311 Groß 1994, S. 478-479.

312 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Hochschulwesen, Personal-Fragebogen, 24.10.1945.

313 Ludwigs-Maximilians-Universität München 1926, Personenstand, Winterhalbjahr 1925/26  
B Studentenverzeichnis nach dem Stand vom 30.XI.1925, (R=Reifezeugnis eines Realgymnasiums)  
„Name Studium Geburtsort Staatsangehörigkeit Wohnung  
Schuchardt Med. R Itzehoe Preußen Am Glockenbach 4/4“ ,  
ebd., S. 140. Die Personenstandsverzeichnisse Winterhalbjahr 1923/24 - Winterhalbjahr 1927/28 wurden durchgesehen.  
Eine Eintragung erfolgte nur 1925/26, siehe ebd., 1923-1927.

314 Ludwigs-Maximilians-Universität München 1972, S. 342, 604.

Übergangsbestimmungen der neuen medizinischen Prüfungsordnung (Einführung 5. Juli 1924) zusammengehangen haben könnte, denn sie wiesen folgenden Vorteil auf:

*„§ 71. Studierende, die vor dem 1. Oktober 1922 das medizinische Studium begonnen und die ärztliche Vorprüfung nach den bisherigen Bestimmungen bis zum 1. Juni vollständig bestanden haben, dürfen die ärztliche Prüfung (einschließlich etwaiger Wiederholungsprüfungen) auf ihren Antrag ... nach den bisherigen Vorschriften ablegen, sofern sie sich spätestens bis zum 1. April 1927 melden.“<sup>315</sup>*

Wer diese Voraussetzungen erfüllte, brauchte sich den neu eingeführten Prüfungen in Pharmakologie, Pathologischer Physiologie und Gerichtlicher Medizin nicht zu unterziehen<sup>316</sup>. Schuchardt absolvierte das ärztliche Staatsexamen am 23.5.1927<sup>317</sup> mit der Note „sehr gut“<sup>318</sup>. Nach der geltenden Approbationsordnung folgte in unmittelbarem Anschluß an die bestandene ärztliche Prüfung ein Praktisches Jahr an einer Universitätsklinik oder Poliklinik bzw. in einem dazu bevollmächtigten Krankenhaus. Ein Drittel dieser Zeit sollte vorzugsweise in der Inneren Medizin abgeleistet werden<sup>319</sup>.

Wie im Lebenslauf seiner ersten Dissertation erwähnt, war Schuchardt 1928 Medizinalpraktikant an der Medizinischen Klinik in Kiel,<sup>320</sup> die unter der Leitung von Alfred Schittenhelm (1874-1954) stand. Schittenhelm zählte zu den markantesten Persönlichkeiten der Fakultät. Er genoß großes wissenschaftliches Ansehen. Unter seiner Leitung wurde die Medizinische Klinik großzügig modernisiert und 1928 fertiggestellt<sup>321</sup>. Während seines Medizinalpraktikums reichte Schuchardt seine Dissertation „Ueber Nebennierenschumpfung und Morbus Addisonii“ ein. Das Thema dieser zwölf Seiten umfassenden kasuistischen Arbeit überließ ihm der Prosektor im Städtischen Krankenhaus Kiel Emil Emmerich (1882- ?)<sup>322</sup>. Ärztlicher Direktor und Leiter der Inneren Abteilung dieses Krankenhauses war von 1926 bis 1928 Walter Frey (1884- ?). Er war zuvor als Oberarzt bei Schittenhelm tätig gewesen. Frey interessierte sich besonders für Nieren-, Milz- und Herzpathologie<sup>323</sup>. Möglicherweise erfolgte über ihn die Vermittlung Schuchardts an Emmerich. Referent der Dissertation Schuchardts war aber nicht Schittenhelm, sondern Prof. Leonhard Jores (1866-1935), Direktor des pathologischen Instituts der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Zu den besonderen Leistungen Jores' zählen Arbeiten über Gefäße und Nierenkrankheiten. Im Zusammenhang mit der Dissertation muß auch Paul Döhle (1855-1928) genannt werden, der bis zu seinem Tod als Honorarprofessor am Institut wirkte. Ihm war es in Gemeinschaftsarbeit mit dem

315 Reichsmedizinalkalender 1926/27, S. 26\*-27\*.

316 Prüfungsfächer im ärztlichen Staatsexamen nach dem Stand der Prüfungsordnung vom August 1919 waren: Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde, Pathologische Anatomie, Augenheilkunde, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Hygiene, Psychatrie, Kinderheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten. Topographische Anatomie wurde bis 1924 vom Chirurgen geprüft, danach, wenn vorhanden, von einem Fachvertreter, siehe Steudel 1973, S. 12.

317 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Hochschulwesen, Personal-Fragebogen, 24.10.1945.

318 Ebd., Bl. [3], Personalbogen der Verwaltung der Hansestadt Hamburg, 29.7.1945.

319 Reichsmedizinalkalender 1926/27, S. 25\*.

320 Jordan 1965, S. 212.

321 Löhr 1940, S. 212.

322 Schuchardt 1928, S. 13. Lebenslauf von Emil Emmerich in Stichworten: geboren am 30.7.1882 in Homburg v. d. H., Besuch des Gymnasiums in Homburg, 1901 das Zeugnis der Reife, Studium der Medizin, davon 8 Semester in München, 1 in Berlin und 2 wieder in München, Approbation als Arzt am 10.3.1908, 1907 Fertigstellung der Dissertation „Über die Variabilität im histologischen Bau der Metastasen bei Struma maligna mit besonderer Berücksichtigung der Knochenmetastasen“ an der Prosektur des Krankenhauses rechts der Isar in München, 1909 Promotion („Coll. 3.2.1909“), siehe Gesamtverzeichnis deutschsprachigen Schrifttums 1700-1910, Bd. 33, S. 43; 1913 bis 1933 Prosektor am Pathologischen-bakteriologischen Institut des Städtischen Krankenhauses in Kiel, verstorben in der Emigration in Dänemark, siehe Höroldt 1997, S. 245. Gründe für seine Emigration wurden nicht genannt.

Das Städtische Krankenhaus Kiel hatte eine starke Belegung an geschlechtskranken Frauen, darunter viele per Gesetz zwangsweise behandelte Prostituierte. Dagegen konnten geschlechtskranke Männer nicht gegen ihren Willen festgehalten und therapiert werden, siehe ebd., S. 82-93.

323 Ebd., S. 125-126, siehe auch ebd., S. 111.

Pathologen Arnold Heller (1872-1913) gelungen, das Krankheitsbild der syphilitischen Aortitis aufzuklären<sup>324</sup>. Diese Erkrankung wurde von Schuchardt bei dem in seiner Dissertation vorgestellten Krankenbericht als Ursache für die Atrophie der Nebennieren herausgearbeitet. „Außerdem bestand eine Aortitis luica ... Ich glaube in diesem Falle, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Lues und den Nebennierenveränderungen, bei dem Fehlen jeglicher anderer aetiologischer Momente, als sicher annehmen zu können.“<sup>325</sup>.

Nach Ablauf des Praktischen Jahres erhielt Schuchardt am 15.8.1928 auch die Approbation als Arzt und am 12.11.1928 den medizinischen Dokortitel<sup>326</sup>. Damit hatte er sein Studienziel, die Approbation als Zahnarzt und Arzt, in 14 Semestern erreicht. Das ist eine beachtliche Leistung, denn die damalige Mindestzeit allein für Medizin betrug zwölf Semester bis zur Approbation zuzüglich eines halben Jahres für die Absolvierung des Staatsexamens<sup>327</sup>.

Zwei Jahre nach Abschluß seines Medizinstudiums am 28. Juni 1930 promovierte Karl Schuchardt bei Prof. Albin Hentze an der Kieler Universität mit der Dissertation „Beitrag zur Behandlung der Oberkieferfrakturen“ zum Dr. med. dent. Gegenstand der Arbeit ist die praktische und theoretische Auseinandersetzung mit der Frakturbehandlung des Gesichtsschädels<sup>328</sup>. Dieses Thema zählte nicht zu den Forschungsschwerpunkten von Hentze<sup>329</sup>. Die Themenwahl hatte einen anderen Hintergrund, der im Kapitel 2.4.3. beleuchtet wird.

Abschließend ist festzuhalten, daß erst durch die zahnmedizinische Dissertation ein Trend Schuchardts zum Spezialgebiet Kieferchirurgie nachweisbar ist. Ob sein Interesse an diesem Spezialgebiet bereits als Student bestand oder ob es sich erst nach Beendigung des Medizinstudiums entwickelte, konnte nicht verifiziert werden.

---

324 Jordan 1965, S. 210.

325 Schuchardt 1928, S. 13.

326 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. [3], Personalbogen der Verwaltung der Hansestadt Hamburg, 29.7.1945.

327 Bis zum Physikum waren fünf oder sechs Semester, bis zum Staatsexamen entsprechend vier oder fünf klinische Semester, insgesamt also zehn Semester Pflicht. Bis zur Approbation benötigten die Studenten mindestens zwölf Semester, da 1901 das Praktische Jahr eingeführt wurde. Zusätzlich wurde die Staatsexamenszeit mit einem halben Jahr angesetzt. siehe Steudel 1973, S. 11, 17.

328 Schuchardt 1930.

329 Padel 1974, S. 86-92. In der Bibliografie Hentzes findet sich nur eine Veröffentlichung zum Thema Frakturen „Behandlung der Unterkieferfrakturen“ in der Dtsch Zahnärztl Wschr 7 (1904), siehe Padel 1974, S. 88.

## 2.4 Weiterbildung zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

### 2.4.1 Zur Geschichte der Facharztausbildung für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Deutschland während der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts

Um die Facharztausbildungszeit Schuchardts besser zu verstehen, soll hier kurz dargestellt werden, seit wann es die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ gab und an welche Bedingungen der Erwerb dieser Bezeichnung geknüpft war. Grundlage dieses Kapitels bilden im wesentlichen der Zeitschriftenartikel von Juliane Wilmanns „Der Facharzt wird 70“ von 1994 und die Dissertation von Wilfried Teicher „Untersuchungen zur ärztlichen Spezialisierung im Spiegel des Reichsmedizinalkalenders am Beispiel Preußens im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts“ von 1992.

Die ersten allgemein anerkannten Bestimmungen, welche die Weiterbildung eines Arztes zum Spezialisten regelten, waren die Bremer Richtlinien zur Facharztfrage, die auf dem 43. Deutschen Ärztetag am 21. Juni 1924 festgelegt wurden. 14 Facharztbezeichnungen wurden danach zulässig. Unter diesen ersten Spezialisten war auch schon der Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorgesehen. Nach den Bestimmungen konnte die Bezeichnung „Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ von Ärzten beantragt werden, die nach Beendigung des Praktischen Jahres und Erhalt der ärztlichen Approbation sowie der zahnärztlichen Approbation eine Mindestausbildungszeit von drei Jahren in diesem Spezialfach nachweisen konnten. Die Anerkennung erfolgte durch einen ärztlichen Prüfungsausschuß am Niederlassungsort. Die Ausbildung mußte in der Regel an Kliniken absolviert werden, die von anerkannten Fachärzten geleitet wurden. Eine eigentliche Facharztprüfung gab es noch nicht<sup>330</sup>. Im Reichsmedizinalkalender erschien diese Fachgebietsbezeichnung erstmals 1929. Das dafür verwendete Symbol war ein geöffneter Mund<sup>331</sup>. Da nur wenige Ärzte zusätzlich ein Studium der Zahnheilkunde absolviert hatten, war die Zahl dieser Spezialärzte gering, was sich besonders bei der Mobilmachung für den zweiten Weltkrieg als Mangel herausstellte<sup>332</sup>.

Gut ein Jahrzehnt später, 1935, wurde für Zahnärzte die Weiterbildungsmöglichkeit zum Fachzahnarzt für Kieferchirurgie eingeführt, der 1944 in „Fachzahnarzt für Kieferkrankheiten“ umbenannt wurde<sup>333</sup>. Seit dieser Zeit besteht auf kieferchirurgischem Gebiet ein Dualismus, da sich die Tätigkeiten des Fachzahnarztes und des Facharztes dort zwangsläufig überschneiden. Die Berufsbezeichnungen sind später verändert worden, um die jeweiligen Tätigkeitsgebiete besser voneinander abzugrenzen. Heute arbeiten im Bereich der chirurgisch behandelbaren Erkrankungen des Mundes und der Kiefer doppeltapprobierte Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie<sup>334</sup> einerseits und Zahnärzte mit der Weiterbildung zum Oralchirurgen<sup>335</sup> andererseits.

330 Wilmanns 1994, S. 363; Teicher 1992, S. 49-52.

331 In der Dissertation von Wilfried Teicher sind das im Reichsmedizinalkalender aufgeführte Symbol und die Facharztbezeichnung nicht dokumentiert, siehe ebd.

332 Steinbach 1941, S. 1; Flosbach 1969, S. 15.

333 Pfeifer 1995, S. 279.

334 Ders., S. 282; Zeiher 1969, S. 60.

335 Weiterbildungs- und Prüfungsordnung der Zahnärztekammer Hamburg vom 19.4.1989, erster Abschnitt Allgemeine Vorschriften, § 2 Gebiete der Weiterbildung, Dritter Abschnitt Zahnärztliche Chirurgie, § 12 und § 13.

## 2.4.2 Martin Waßmund - Pionier der Kiefer-Gesichtschirurgie in Berlin in den 1920er und 1930er Jahren



Abb. 47. Martin Waßmund um 1930.

Auf der Suche nach den Lehrmeistern Schuchardts und den prägenden Umständen seiner Weiterbildungszeit stößt man vorrangig auf Martin Waßmund (1892-1956) (Abb. 47), der von 1921 bis 1925 zunächst an der zahnärztlichen Ambulanz und ab 1925 bis 1956 an der neugegründeten Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (RVK) in Berlin wirkte<sup>336</sup>.

Schuchardt erhielt bei ihm 1928 als Volontärassistent die ersten Einblicke in das Fachgebiet der Kieferchirurgie und beendete dort später seine fachärztliche Ausbildung als Oberarzt. In der Zwischenzeit war Schuchardt als niedergelassener Arzt und Zahnarzt in Itzehoe sowie als Assistenzarzt an der Kieferklinik der Charité unter Georg Axhausen (1877-1960)<sup>337</sup> und an der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Neukölln unter Gustav Dencks (1878- ?) in Berlin tätig<sup>338</sup>.

Schuchardt bezeichnete sich auch selbst als einen der ältesten Schüler Waßmunds<sup>339</sup>. Daher erscheint es besonders wichtig, das Werk und Wesen dieses Pioniers der deutschen Kiefer-Gesichtschirurgie eingehender zu betrachten.

- 
- 336 Lebenslauf von Martin Waßmund in Stichworten: geboren am 7.9.1892 in Witznitz, Kreis Regenwalde in Pommern, Sohn des Pfarrers Johann Waßmund, 1911 Zeugnis der Reife am Berliner Luisengymnasium, 1911-1914 Studium der klassischen Philologie in Berlin und in Freiburg i. Br., 1914-1918 Kriegsfreiwilliger, 1919-1921 Studium der Zahnheilkunde in Berlin, 1921 Promotion zum Dr. med. dent., 1921-1925 Volontärassistent in der zahnärztlichen Ambulanz des Rudolf-Virchow-Krankenhauses bei Ernst Köppel, 1923-1927 Studium der Medizin in Berlin, 1925-1928 Assistenzzahnarzt in der Kieferklinik des RVK, 1927 Promotion zum Dr. med., 1929-1931 kommissarischer Leiter der Kieferklinik des RVK, 1931-1956 Leiter der Kieferklinik des RVK mit Unterbrechungen während des zweiten Weltkrieges und in der unmittelbaren Nachkriegszeit, 1936 Habilitation unter Georg Axhausen an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin und Privatdozentur, 1941-1945 außerordentlicher Professor an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin, während des zweiten Weltkrieges Leiter von Kriegs- und Reservelazarettabteilungen für Kiefer- und Gesichtschirurgie in Berlin, Bad Ems, Würzburg und Bayreuth, 1956 verstorben, siehe Zeiher 1969, S. 60.
- 337 Lebenslauf von Georg Axhausen in Stichworten: geboren am 24.3.1877 in Landsberg an der Warthe, siehe Marezky 1952, S. 170, Besuch des Gymnasiums in Landsberg, 1895-1901 Studium der Medizin an der militärärztlichen Kaiser-Wilhelm-Akademie in Berlin, 1901 ärztliche Approbation und Ernennung zum Unterarzt, siehe Harndt 1947, S. 130-131, 1901-1907 Militärarzt, siehe Marezky 1952, S. 170, 1902 Assistenzarzt im Gleveschen Feldregiment No. 43, 1902 Promotion in Berlin, siehe Gesamtverzeichnis deutschsprachigen Schrifttums 1700-1910, Bd. 6, S. 711, 1904-1906 Tätigkeit bei Heinrich Helferich an der Chirurgischen Klinik der Universität in Kiel, einjährige Tätigkeit am Pathologisch-Anatomischen Institut bei Ludwig Pick (1868-1944) in Berlin, 1908 Assistent an der Chirurgischen Klinik der Charité, 1908 Habilitation unter Otto Hildebrandt in Berlin, 1912 Oberarzt an der Chirurgischen Klinik der Charité, im ersten Weltkrieg beratender Chirurg an der Westfront, 1924 Ernennung zum außerordentlichen Professor und Leiter der Chirurgischen Poliklinik, siehe Harndt 1947, S. 131, 1927-1928 kommissarischer Leiter der Chirurgischen Klinik der Charité, siehe Zeiher 1969, S. 53-54, 1928 Approbation als Zahnarzt, siehe Hoffmann Axthelm 1960, S. 55, 1928 Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie am Zahnärztlichen Universitätsinstitut in Berlin, siehe Hundertzehn Jahre Zahnärztliches Institut Berlin 1994, S. 55. 1939 Emeritierung auf eigenen Wunsch, 1939-1945 Leiter eines Speziallazarets der Luftwaffe für Kiefer- und Gesichtsverletzte, 1945 ärztlicher Direktor des Staatskrankenhauses der Polizei in Berlin, siehe Harndt 1947, S. 130-131, 1946-1949 Direktor des Zahnärztlichen Universitätsinstituts und Leiter der Kieferchirurgischen Klinik der Charité, 1949 Emeritierung, Mitwirkung am chirurgischen Unterricht für Studierende der Zahnheilkunde an der Freien Universität in Berlin, Hammer 1952, S. 298-300, am 19.1.1960 in Berlin verstorben.
- 338 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. [3], Personalbogen, 29.7.1945. Lebenslauf von Gustav Dencks in Stichworten: geboren am 29.12.1878 in Wange, Kreis Königsberg in Preußen, 1903 ärztliche Approbation und Promotion zum Dr. med., 1903 bis 1906 Tätigkeit in der inneren und der chirurgische Abteilung des Krankenhauses im Friedrichshain bei Ernst Stadelmann (1853- ?) bzw. Alfred Neumann, 1906 Tätigkeit im Pathologischen Institut der Charité und Anstellung bei Georg Sultan (1865-1930) am provisorischen Barackenkrankenhaus von Rixdorf, 1909 Wechsel an die chirurgische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln, 1917 Direktor der II. chirurgischen Abteilung, 1930 Direktor der chirurgischen Abteilung, siehe Deutscher Chirurgenkalender 1926, S. 155, 1930-1945 ärztlicher Leiters des Krankenhauses, telefonische Mitteilung der Personalabteilung des Neuköllner Krankenhauses 1997, sein Sterbejahr konnte nicht ermittelt werden.
- 339 Schuchardt 1956 [b], S. 432d.

Das Werk Waßmunds und seine Wirkungsstätte ist schon recht gut erforscht. Über sein persönliches Leben ist wenig bekannt. Hans-Georg Hilgenberg berichtet in seiner zahnmedizinischen Dissertation „Die Bedeutung Martin Waßmunds für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere für die Entwicklung der Kieferchirurgie“ aus dem Jahr 1970 am ausführlichsten über den Werdegang und die Veröffentlichungen Waßmunds. Wolfgang Zeiher geht in seiner Dissertation „Zur Entwicklung einer wissenschaftlichen Zahnheilkunde im Hinblick auf die Kieferchirurgie im deutschsprachigen Raum“ auf die medizinische Laufbahn Waßmunds an seinem Haupttätigkeitsort, der Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, ein. Um auch die Persönlichkeit dieses Mannes zu erfassen, wurden neben diesen Arbeiten u. a. Jubiläumsartikel und Nachrufe seiner Schüler herangezogen.

Die Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin, die Waßmund 1925 mitbegründete und nach und nach zu einem angesehenen Fachzentrum ausbaute, war die erste Kieferklinik in dieser Stadt<sup>340</sup>, wenn man die im ersten Weltkrieg errichteten Kieferschußlazarette nicht in Betracht zieht, da diese nach dem Krieg wieder aufgelöst wurden<sup>341</sup>. Das städtische Rudolf-Virchow-Krankenhaus (heute Universitätskrankenhaus) war bei seiner Eröffnung 1906 mit 2500 Betten das größte Krankenhaus Deutschlands<sup>342</sup>. Seine Pavillonbauweise fand internationale Beachtung<sup>343</sup>. Bereits bei der Gründung wurde eine kleine zahnärztliche Behandlungsstelle für die Patienten der klinischen Abteilungen im Aufnahmezimmer des Verwaltungsgebäudes eingerichtet. Diese Einrichtung war ein Novum für ein Krankenhaus<sup>344</sup>. Als erster tat dort dreimal in der Woche der Zahnarzt Caro<sup>345</sup> nebenamtlich Dienst. Nach ihm übernahm der Zahnarzt Dr. Ernst Köppel (1876 -1929) bis 1928 die Leitung. Ihm gelang es, für die zahnärztliche Ambulanz zwei eigene Räume im Verwaltungsgebäude einrichten zu lassen, die bis 1923 genutzt wurden<sup>346</sup>.

Martin Waßmund begann nach dem Studium der Zahnheilkunde, das er von 1919-1921 an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin absolviert hatte, als Volontärassistent bei Köppel<sup>347</sup>. Mit der Dissertation „Mund- und Rachensepsis“ promovierte Waßmund im Dezember 1921 zum Dr. med. dent<sup>348</sup>. Sein Interesse für zahnärztliche Chirurgie wurde schon während seiner Studienzeit durch Professor Willinger geweckt<sup>349</sup>. Fritz Willinger (1866-1932) war von 1907 bis 1925 geschäftsführender Direktor und Abteilungsleiter für zahnärztliche Chirurgie an der Berliner Universitätszahnklinik<sup>350</sup>.

Köppel gab Waßmund nun die Möglichkeit, sich autodidaktisch in die Kieferchirurgie einzuarbeiten<sup>351</sup>. Ausgehend von der zahnärztlichen Chirurgie drang er in das Arbeitsfeld der Chirurgen vor, welche damals in der Regel<sup>352</sup> alle Operationen am Kiefer und am Gesicht durchführten. Die Erkenntnis, daß auch zahnärztliches Können für die operative Behandlung in diesem Bereich von großem Nutzen war, begann sich erst langsam durch-

340 Zeiher 1969, S. 61.

341 Zeiher 1969, S. 62 (Zitat von Waßmund).

342 Zeiher 1969, S. 59.

343 Winau 1987, S. 66.

344 Hilgenberg 1970, S. 9.

345 Zeiher 1969, S. 59, gibt die Schreibweise Caro an, Hilgenberg 1970, S. 9, die Schreibweise Carow. Vorname und Lebensdaten konnten nicht ermittelt werden. Nach den Reichsmedizinalkalendern 1906-1909 kommen drei Zahnärzte in Betracht: Hermann Carow, Approbationsjahr 1893, Joachimsthaler Str. 2 in Charlottenburg, Ad. Caro, Approbationsjahr 1892, Neanderstr. 3 und W. Max Carow, Approbationsjahr 1891, Schönhauser Allee 187, siehe Reichsmedizinalkalender 1906, S. 148 u. 744. Ad. Caro, wohnte später in der Köppler Str. 105/106, siehe Reichsmedizinalkalender 1907, S. 137.

346 Hilgenberg 1970, S. 9.

347 Schopohl 1956, S. 119.

348 Med. Diss. Berlin vom 16.12.1921 (1925), siehe Gesamtverzeichnis deutschsprachigen Schrifttums 1911-1965, Bd. 141, S. 257.

349 Schuchardt 1952 [c], S. 256a.

350 Hundertzehn Jahre Zahnärztliches Institut Berlin 1994, S. 52.

351 Schuchardt 1952 [c], S. 256a; Hoffmann-Axthelm 1995, S. 102.

352 Eine Ausnahme war z. B. der Zahnarzt Franz Ernst (1887-1947), der 1924 auf dem Gebiet der Operation der Gaumenspalte habilitierte, siehe Winau, Vaubel 1983, S. 24. Vgl. auch 2.6.1.

zusetzen<sup>353</sup>. Mit wachsendem Einblick in die Problematik dieses Spezialgebietes erkannte Waßmund jedoch die Unzulänglichkeit einer rein zahnärztlichen Ausbildung. Deshalb absolvierte er von 1923 bis 1927 zusätzlich ein Studium der Medizin, neben seiner zunächst unentgeltlichen Tätigkeit in der Ambulanz und der Arbeit in der eigenen zahnärztlichen Praxis<sup>354</sup>, die ihm den Lebensunterhalt sicherte<sup>355</sup>. Außerdem vervollständigte er sein Wissen, indem er als Volontär in einer inneren Klinik sowie in einer rhinologischen und einer chirurgischen Poliklinik arbeitete<sup>356</sup>. Da die Räume der zahnärztlichen Ambulanz für diese zusätzliche operative Tätigkeit nicht ausreichten, stellte man Köppel und Waßmund die Hälfte einer Holzbaracke aus dem ersten Weltkrieg zur Verfügung. Die Ausdehnung des Arbeitsfeldes der Zahnärzte aus der Ambulanz, die nun auch in räumlicher Hinsicht unübersehbar war, führte zu Auseinandersetzungen mit den beiden Chirurgen des RVK, Richard Mühsam<sup>357</sup> (1872-1939), der auch als Ärztlicher Direktor fungierte, und Ernst Unger<sup>358</sup> (1875-1938). Diese hatten verständlicherweise Bedenken, da Waßmund keine abgeschlossene chirurgische Ausbildung nachweisen konnte. Nachdem sich u. a. Stadtmedizinalrat Wilhelm von Drigalski (1871- ?) für die Kieferchirurgen eingesetzt hatte, bewilligte Mühsam<sup>359</sup> zwei Jahre später darüberhinaus die Angliederung einer Station mit zwölf Betten, die in der anderen Hälfte der Kriegsbaracke untergebracht wurde. Diese Station war das erste zivil begründete kieferchirurgische Zentrum in Berlin<sup>360</sup> und die zweite Fachklinik in Deutschland überhaupt (siehe 2.6.1). Fünf Jahre später gründete Georg Axhausen in Berlin die Universitäts-Kieferklinik der Charité<sup>361</sup> (siehe unten).

Im Jahr 1925 wurde Waßmund, der bis dahin vier Jahre lang unbezahlt als Volontär im RVK gearbeitet hatte, als nebenamtlicher Zahnarzt angestellt<sup>362</sup>. Mit der Dissertation „Die röntgenologische Kontrastdarstellung mit Jodophin und die Behandlung großer Oberkieferzysten“ promovierte er 1927 zum Dr. med.<sup>363</sup> und wurde am 1.1.1928 als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten anerkannt<sup>364</sup>. Im selben Jahr schied Köppel aus seiner Tätigkeit in der Kieferstation aus. 1929 übernahm Waßmund die Station zunächst kommissarisch und ab 1931 definitiv<sup>365</sup>. Im selben Jahr (1931) konnte sie als Station I des Krankenhauses in einen Pavillon verlegt und auf 50 Betten erweitert werden<sup>366</sup>. Damit war die Kieferstation den anderen Krankenhausabteilungen äußerlich gleichgestellt. Die volle Anerkennung Waßmunds durch die anderen Klinikchefs kam aber vor allem dadurch zum Ausdruck, daß seiner Abteilung nun auch automatisch alle Kieferpatienten zugeleitet wurden. Denn er hatte in den Jahren des Aufbaus bewiesen, daß auf der Kieferstation im Vergleich zu gleichartigen Behandlungen auf einer chirurgischen Station bessere Ergebnisse erzielt wurden. Als Geheimnis seines Erfolges auf dem Gebiet der Kiefer-Gesichtschirurgie bezeichnete Waßmund die Vereinigung von Zahnarzt und Mediziner in einer Person, die grundsätzlich einer bloßen Zusammenarbeit zwischen Chirurg und Zahnarzt überlegen sei<sup>367</sup>.

353 Hilgenberg 1970, S. 10.

354 Die Praxis befand sich in der Seestraße in der Wohnung seines Vaters, der Pfarrer der Kapernaumkirche war, siehe ebd., S. 6.

355 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 102; Fröhlich 1956, S. 482; Rehrmann 1956, S. 246.

356 Hilgenberg 1970, S. 6, 98. Von 1923-1924 war er in der Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten Dr. W. Brunck in Berlin in den Abendstunden tätig, siehe ebd., S. 98.

357 Mühsam war ab 1919 dirigierender Arzt der II. Chirurgischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, von 1920 bis 1933 Ärztlicher Direktor und bis 1933 Chefarzt der I. Chirurgischen Abteilung. 1933 wurde er entlassen, siehe Winau, Vaubel 1983, S. 68. Die Gründe wurden von Winau nicht genannt.

358 Unger arbeitete von 1920 bis 1933 als dirigierender Arzt an der II. Chirurgischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses. Er wurde 1933 aus antisemitischen Gründen entlassen, siehe ebd., S. 101.

359 Hilgenberg 1970, S. 10.

360 Reichenbach, 1971, S. 266-267.

361 Zeiher 1969, S. 55.

362 Hilgenberg 1970, S. 98.

363 Fröhlich 1956, S. 482.

364 Hilgenberg 1970, S. 98.

365 Zeiher 1969, S. 63.

366 Hilgenberg 1970, S. 11; Zeiher 1969, S. 63. Rehrmann 1956, S. 247, spricht von 55 Betten.

367 Rehrmann 1956, S. 247.

Grundlegende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Frakturen, Verletzungen und Infektionen im Kiefer-Gesichtsbereich und beachtliche Behandlungserfolge durch von Waßmund entwickelte Operationstechniken verschafften der Klinik zunehmend fachliche Anerkennung und wachsende Patientenzahlen<sup>368</sup>. Waßmund veröffentlichte im Zeitabschnitt 1927-1939 die als Standardlehrbücher des Fachgebietes Kieferchirurgie geltenden Monographien: „Frakturen und Luxationen des Gesichtsschädels“ (1927) und „Lehrbuch der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer“ in zwei Bänden (1935/1939), dessen erster Band internationale Beachtung fand und in mehrere Sprachen übersetzt wurde<sup>369</sup>. Der zweite Band gibt u. a. Aufschluß über die Einstellung Waßmunds zu dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“<sup>370</sup> vom 14.7.1933. In aus heutiger Sicht erschreckender Weise forderte er eine großzügige Indikationsstellung zur Zwangssterilisation für alle Patienten mit Spaltbildungen des Mundes und des Gesichts, bei denen eine Vererbung des Krankheitsbildes anzunehmen sei. Er führte nüchtern die Behandlungskosten für diese Patienten auf, machte also im wesentlichen volkswirtschaftliche Gründe für diese eingreifende Maßnahme geltend. Seine Einstellung stand in krassem Widerspruch zu der von Georg Axhausen und Wolfgang Rosenthal (1882-1971)<sup>371</sup> (siehe 2.7.1), die sich für eine Ausklammerung dieser Kranken aus den Richtlinien des Gesetzes einsetzten<sup>372</sup>. Waßmunds befürwortende Haltung zur Eugenik unter den Nationalsozialisten ist bisher in keinem ihn betreffenden Beitrag erwähnt worden, obwohl diese allen Fachvertretern durch sein Lehrbuch bekannt gewesen sein mußte. Auch Hilgenberg hat sich in seiner Dissertation darüber in Schweigen gehüllt. Auf diese über fünfzig Jahre verdeckte Tatsache kann jedoch im Rahmen meiner Dissertation nur hingewiesen werden.

1936 konnte Waßmund sich unter Axhausen an der Berliner Universität habilitieren. Im Anschluß daran erfolgte die Ernennung zum Privatdozenten. 1941 wurde er außerordentlicher Professor<sup>373</sup>. Er las zum Thema Frakturen und Luxationen des Gesichtsskeletts<sup>374</sup>.

368 Lunze 1956 [a], S. 52.

369 Fröhlich 1956, S. 482-483.

370 Das Gesetz trat am 1.1.1934 in Kraft. Wortlaut des Gesetzes war: „Wer erbkrank ist, kann durch einen chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an einer schweren körperlichen oder geistigen Erbkrankheit leiden werden.“, siehe Friedrich, Matzow 1992, S. 44. Als Erbkrankheiten galten angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, Zykllothymie, genuine Epilepsie, Chorea Huntington, erbliche Blindheit und Taubheit, schwere körperliche Mißbildung und schwerer Alkoholismus. Antrag auf Sterilisation konnte der Betroffene selbst, sein Vormund, der Amtsarzt oder für Insassen einer Heil- und Pflegeanstalt deren Leiter stellen. Die Entscheidung traf das Erbgesundheitsgericht, siehe ebd., S. 76. Für jeden Arzt bestand Meldepflicht, siehe ebd., S. 45.

371 Lebenslauf von Wolfgang Rosenthal in Stichpunkten: geboren am 8.9.1882 in Friedrichshagen bei Berlin, schulische und musikalische Ausbildung an der Leipziger Thomasschule, dort 1902 Abitur, 1904-1909 Studium der Medizin in Leipzig, 1910 Promotion in Leipzig (Chirurgie), 1911 Approbation als Arzt, Assistent am Chirurgisch-Poliklinischen Institut in Leipzig unter Georg Perthes (1869-1927) und Hermann Heinecke (1864-1939), später nichtplanmäßiger außerordentlicher Professor, 1914-1918 Leiter des Kieferlazaretts des Sächsischen Korps in Leipzig, 1918 Habilitation „Erfahrungen auf dem Gebiet der Uranoplastik“ in Leipzig, 1928 Berufung zum außerplanmäßigen nichtbeamteten Professor für Chirurgie der Leipziger Medizinischen Fakultät, 1931 Studium der Zahnheilkunde in Leipzig, zahnärztliches Staatsexamen in Erlangen, 1933 Eintritt in die NSDAP, siehe Müller, B. 1992, S. 5-12, 1936-1937 kommissarischer Leiter der Kieferklinik der Hamburger Universität, 1937 Entlassung wegen „jüdischer Abstammung“, ebd., S. 15-30, 1937-1943 Tätigkeit als niedergelassener Chirurg und Orthopäde in Leipzig, 1943 wurde seinem Einspruch gegen den Abstammungsbescheid rechtgegeben, ebd., S. 32-34, ca. ab 1943 Aufbau einer Klinik für die Behandlung von angeborenen Spaltbildungen des Gesichts und der Kiefer im Jagdschloß Thallwitz bei Leipzig, ebd., S. 35-36, 1945 erneute Lehrbefugnis für Chirurgie an der Universität in Leipzig und Ernennung außerplanmäßigen Professor, 1946 Eintritt in die SPD, später SED, 1950 Ernennung zum ordentlichen Professor für Zahnchirurgie an der Alexander-von-Humboldt-Universität in Berlin, siehe ebd., S. 37-43, und zum Leiter der Kieferklinik der Charité in Berlin, siehe Scheweppe 1993, S. 24, von Sonntag bis Dienstag arbeitete er weiterhin in Thallwitz, siehe Müller, B. 1992, S. 46, 1956 Emeritierung auf eigenen Wunsch aus politischen Gründen, siehe ebd., S. 48, bis 1962 Leitung der Thallwitzer Klinik, gestorben am 10.6.1971, siehe ebd., S. 49.

372 Waßmund 1939, S. 267-271; zu Axhausen siehe auch Scheweppe 1993, S. 29. Waßmund wollte die Spaltbildungen des Gesichts- und des Mundes unter die schweren körperlichen Mißbildungen eingeordnet wissen, siehe Waßmund 1939, S. 268.

373 Schuchardt 1956 [b], S. 432c.

374 Rehrmann 1956, S. 247.

Während des zweiten Weltkrieges war er als Arzt und Leiter von verschiedenen Kriegslazarett- und Reservelazarettabteilungen für Kiefer- und Gesichtschirurgie eingesetzt<sup>375</sup>. Seine Niederschriften und Bildmaterialien von in dieser Zeit gewonnenen Erfahrungen in der Wiederherstellungschirurgie des Kiefer-Gesichtsbereichs sind ebenso wie die Neuauflage seines zweibändigen Lehrbuchs durch Kriegseinwirkungen vollständig vernichtet worden, was ihn in seiner wissenschaftlichen und praktischen Tätigkeit in der Nachkriegszeit zunächst lähmte. Hinzu kam die ebenfalls kriegsbedingte Zerstörung seines Privathauses in Berlin. Nur langsam gewann er seine Tatkraft zurück, übernahm wieder die Kieferstation des Rudolf-Virchow-Krankenhauses<sup>376</sup>, beteiligte sich mit Zeitschriftenartikeln und Kongreßberichten am wissenschaftlichen Fachgeschehen und widmete sich der Wiederbeschaffung und Neufassung des verlorengegangenen Materials. Die überarbeitete Fassung seines inzwischen auf drei Bände geplanten Lehrbuchs blieb jedoch unvollendet. Seine Lehrtätigkeit an der Universität konnte er nicht fortsetzen, da er nicht als Dozent bestätigt wurde. Über die Gründe dafür wird in den eingangs genannten Arbeiten nicht berichtet. Möglicherweise spielte sein Eintreten für die Maßnahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ dabei eine Rolle.

Er engagierte sich für verschiedene ärztliche Interessenvertretungen, wobei sein Einsatz hauptsächlich der Entwicklung des Faches Kiefer- und Gesichtschirurgie galt. Im Fachverband für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, zu dessen Mitbegründern er zählt, setzte er sich für die Anerkennung und die wirtschaftliche Sicherstellung des Faches ein. Um der wissenschaftlichen Auseinandersetzung ein organisiertes Podium zu schaffen, gründete er 1951 die Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie und war deren erster Vorsitzender (siehe 2.8.2). Darüber hinaus war er als Vorsitzender des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte zu Berlin aktiv<sup>377</sup>.

Parallel zur Kieferklinik des Berliner Zahnärztlichen Universitätsinstituts war unter der Leitung von Martin Waßmund mit der Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses eine Schule entstanden, an der Maßstäbe für die deutsche Facharztausbildung gesetzt worden sind<sup>378</sup>. Dort haben außer Karl Schuchardt u. a. Alfred Rehrmann<sup>379</sup> (1910-1979), Eugen Fröhlich (1910-1971) und Eduard Schmid (1912-1992) einen Abschnitt ihrer Weiterbildung zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten absolviert<sup>380</sup>. Alle vier sind später zu Leitern von Kliniken für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie aufgestiegen<sup>381</sup>. Seine Schüler beschreiben Waßmund als strengen, auf Gründlichkeit bedachten Lehrer, der an sich und seine Mitarbeiter große Anforderungen stellte und dabei mit beispielhafter Ausdauer und ungewöhnlichem Fleiß voranging. Sein praktisches Können und seine Beiträge zum Fach beruhten fast ausschließlich auf eigener Entwicklung, da ihm selbst kein Meister zur Seite gestanden hatte. Bei wissenschaftlichen Diskussionen vertrat er unbeirrbar seine Meinung,

375 Er war an Lazaretten in Berlin, Bad Ems, Würzburg und Bayreuth tätig, siehe Schuchardt 1956 [b], S. 432c, und Fröhlich 1956, S. 482.

376 Von 1946 bis 1956 war Waßmund wieder Leiter der Kieferklinik, siehe Hilgenberg 1970, S. 98.

377 Schuchardt 1956 [b], S. 432c-d.

378 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 102, 341, 346, 347.

379 Lebenslauf von Alfred Rehrmann in Stichworten: geboren am 13.2.1910 in Essen, 1932 zahnärztliche Approbation in Bonn, 1933 Promotion zum Dr. med. dent. in Bonn, 1933-1936 Assistent an der Kieferstation des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin bei Waßmund, 1937-1939 Assistent an der Kieferstation des St. Norbert-Krankenhauses in Berlin bei Schuchardt, 1939 ärztliche Approbation in Berlin, 1939-1945 Militärdienst, 1946-1953 Tätigkeit an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg bei Schuchardt, 1947 Promotion zum Dr. med. in Hamburg, 1953 Habilitation in Hamburg, siehe Chirurgenverzeichnis 1969, S. 711, Umhabilitation 1953 an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf, ab 1953 Dozent und Leiter der Abteilung Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Westdeutschen Kieferklinik, siehe Kürschners Gelehrtenkalender 1954, S. 1623.

380 Laut Hilgenberg 1970, S. 98, arbeitete Rehrmann dort von 7/1932-3/1937, Fröhlich von 8/1933-9/1937 und Schmid von 4/1937-4/1941.

381 Fröhlich wurde Direktor des Zahnärztlichen Instituts der Universität Tübingen und Leiter der dortigen Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Rehrmann Leiter der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf und Schmid leitender Arzt der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie am Marienhospital in Stuttgart, siehe Hilgenberg 1970, S. 93-94.

wobei sein umfassendes Wissen und seine scharfe Urteilskraft zum Ausdruck kamen<sup>382</sup>. Schuchardt, der Waßmund auch privat näher kennenlernte, zeichnet ihn als einen nach außen kühl und schroff wirkenden Menschen, der jedoch Feinheiten besaß, die den meisten seiner Mitmenschen verborgen blieben. Er musizierte und hatte besondere Freude an den Blumen und Pflanzen seines Gartens, die er mit großem botanischem Verständnis pflegte<sup>383</sup>. 1956 starb Martin Waßmund unerwartet im Alter von 64 Jahren<sup>384</sup>.

Charakteristisch für den Werdegang Waßmunds ist, daß er sich aus eigener Initiative zielstrebig vom Zahnarzt zum Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen entwickelte und dabei zum Mitbegründer dieses neuen Fachgebiets in Deutschland wurde. Maßgeblich dazu beigetragen hat wohl auch der Umstand, daß ihm von den Verantwortlichen in der Berliner Medizinalbehörde und im Rudolf-Virchow-Krankenhaus in unkonventioneller Weise Arbeitsmöglichkeiten eingeräumt wurden.

### 2.4.3 Weiterbildungszeit und zahnmedizinische Dissertation

Unmittelbar nach dem Abschluß seines Medizinstudiums am 15.8.1928 in Kiel, hat Schuchardt vom 15.8.1925 bis zum 31.12.1928 für viereinhalb Monate bei Waßmund als Volontärassistent gearbeitet<sup>385</sup>. In seinem Artikel „In memoriam Martin Waßmund“ schildert Schuchardt die Umstände, unter denen er Waßmund kennenlernte.

*„Ich selbst habe als junger Arzt und Zahnarzt Kontakt zu dem damaligen Dr. Waßmund nicht von der fachlichen Seite her gefunden, sondern durch einen gemeinsamen Segelkameraden, der mich an ihn empfahl. Ich erinnere mich noch gern an manche schöne gemeinsame Fahrten in den Jahren 1928 und 1929 mit seinem Boot auf den Berliner Seen. Damals als ich im Jahre 1928 zum ersten Male nach Berlin kam, war die von Waßmund geleitete Kieferstation des Rudolf-Virchow-Krankenhauses noch im Anfang ihrer Entwicklung. Die klinische Arbeit in einer Holzbaracke mit 20 Betten war noch nicht so ausfüllend, wenngleich schon viele klinische und wissenschaftliche Probleme ihn beschäftigten“<sup>386</sup>.*

Dieses Äußerung könnte darauf hindeuten, daß Schuchardt die Möglichkeit, in das Arbeitsgebiet der Kieferchirurgie eingeführt zu werden, eher zufällig als gezielt erhielt.

Am 1. Januar 1929 ließ er sich dann für eineinhalb Jahre im Haus seiner Eltern in Itzehoe als Arzt und Zahnarzt nieder, wo auch der Vater seine dentistische Praxis führte<sup>387</sup>. Diese Niederlassung war wahrscheinlich bereits vor dem Volontariat geplant und entsprach wohl auch den Wünschen des Vaters, denn dieser hatte speziell im Hinblick darauf die Praxisräume des Hauses durch einen Anbau vergrößern lassen<sup>388</sup>. Das war sicher auch einer der Gründe dafür, daß Schuchardt nicht gleich im Anschluß an seine Volontärassistentenzeit die Weiterbildung bei Waßmund fortsetzte, sondern erst vier Jahre später im Dezember 1932 an die Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zurückkehrte. Außerdem waren die Voraussetzungen für die Einstellung von Assistenten und deren Ausbildung zu Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten durch Martin Waßmund vermutlich erst mit dessen definitiven Anerkennung als Klinikchef 1931 und der damit in Verbindung stehenden Erweiterung der Klinik erfüllt (siehe oben).

382 Schuchardt 1956 [b], S. 432b; Rehrmann 1956, S. 247; Fröhlich 1956, S. 484.

383 Schuchardt 1956 [b], S. 432b.

384 Rehrmann 1956, S. 246.

385 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator Sch 260 I, Bl. 3, Lebenslauf, 1943. In der UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl [1], Personalbogen, ist das Ende des Volontariat mit dem 31.8.1930 angegeben. Möglicherweise hat Schuchardt neben seiner Praxistätigkeit in Itzehoe hin und wieder bei Waßmund in Berlin als Volontärassistent gearbeitet hat.

386 Schuchardt 1956 [b], S. 432b.

387 Schuchardt 1930, Lebenslauf; siehe auch 2.2.1.

388 Persönliche Mitteilung von Krohn 1996.

Ein wichtiger Grund für die Fortführung der Praxistätigkeit in Itzehoe war die Heirat Schuchardts im Dezember 1929 und die damit verbundene Pflicht, für den Lebensunterhalt seiner zukünftigen Familie zu sorgen, was eine weitere Volontärtätigkeit wohl ausschloß (siehe 2.2.2).

Schuchardts zahnmedizinische Dissertation „Beitrag zur Behandlung der Oberkieferfrakturen“<sup>389</sup>, mit der er am 28. Juni 1930 an der Christian-Albrechts-Universität in Kiel<sup>390</sup> promovierte (siehe 2.3.2), steht in engem Zusammenhang mit seinem Volontariat bei Waßmund und seiner zahnärztlichen Praxistätigkeit. Waßmund war ein Spezialist auf dem Gebiet der Kieferbruchbehandlung (siehe oben). Während des Volontariats bei ihm hatte Schuchardt vermutlich erstmals die Möglichkeit, praktische Erfahrungen in der Kieferbruchbehandlung zu sammeln. Daß er auf diesem Gebiet von seiner Arbeit bei Waßmund geprägt war, kann durch die Dissertation belegt werden. Denn Schuchardt ging bei dem Krankenfall, welcher dieser Arbeit zugrunde liegt, diagnostisch und therapeutisch streng nach den Waßmundschen Prinzipien der Kieferbruchbehandlung vor und wies zugleich auch auf eine gewisse eigene Erfahrung hin:

*„Verf. hatte in diesem Falle wieder Gelegenheit, die Vorzüge der Wassmundschen Arbeitsmethode festzustellen ...“<sup>391</sup>.*

Das Material für seine Dissertation erhielt Schuchardt durch einen besonderen Krankenfall in seiner Familie, für den er als Behandler herangezogen wurde. Leider geht aus der Dissertation nicht exakt hervor, wann und wo er die zugrunde liegende Patientenbehandlung durchführte, da ihm bei der Dokumentation der Jahreszahlen ein Fehler unterlief und er den Behandlungsort nicht nannte. Am wahrscheinlichsten ist, daß sie Anfang Dezember 1928 begann und mit einer Nachuntersuchung im Juni 1929 abgeschlossen wurde. Folglich war Schuchardt zu Beginn der Behandlung noch nicht offiziell in Itzehoe als Zahnarzt niedergelassen, sondern noch als Volontär bei Waßmund in Berlin beschäftigt. Der Patient, ein Verwandter Schuchardts aus Itzehoe<sup>392</sup>, der unmittelbar nach einem Autounfall wegen einer Oberkieferfraktur und einer Gehirnerschütterung in ein Krankenhaus aufgenommen wurde, gelangte am folgenden Tag in Schuchardts Behandlung. Es ist nicht mehr zu rekonstruieren, ob Schuchardt die Kieferbruchschienung zunächst am Krankenbett oder sofort ambulant in den Praxisräumen seines Vaters durchführte. Ein Einsatz als Konsiliarius in einem Krankenhaus schon vor seiner Niederlassung in Itzehoe ist zwar schwer vorstellbar, aber wäre aufgrund der verwandtschaftlichen Verhältnisse doch möglich gewesen<sup>393</sup>. Schuchardts Neffe Max Krohn (\*1924) kann sich auch noch daran erinnern, daß bei diesem Verwandten mehrere Kieferbruchschienungen in der Praxis Schuchardts durchgeführt wurden<sup>394</sup>. Dabei kann es sich jedoch auch um eine ambulante Weiterbehandlung gehandelt haben. Inhaltlich wird die Dissertation in Abschnitt 3.3.2.1 näher besprochen.

389 Schuchardt 1930.

390 Gesamtverzeichnis des deutschsprachigen Schrifttums 1911-1965, Bd. 118, S. 190. Schuchardt gab den 29.6.1930 an, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. [3], Personalbogen, 29.7.1945.

391 Schuchardt 1930, S. 11.

392 Es handelte sich um den älteren Bruder seines Schwagers Krohn, aus Itzehoe, persönliche Mitteilung von Krohn 1997.

393 Zur Bekräftigung dieser Aussagen wurden die in der Dissertation dokumentierten Daten herangezogen. Der Patient war einige Stunden nach seinem Autounfall in der Nacht vom 5.-6. Dezember [keine Jahreszahl] wegen einer Oberkieferfraktur und einer Gehirnerschütterung in ein Krankenhaus aufgenommen worden und am folgenden Tag in die Behandlung von Schuchardt gelangt, siehe Schuchardt 1930, S. 8. Der Röntgenbefund wurde am 6.12.1929 erhoben, siehe ebd., S. 9-10. Diese Jahreszahl muß falsch sein und korrigiert werden in 1928, denn in der Tafel sind folgende Untersuchungsdaten angegeben: Abb. 1 Röntgenaufnahme vom 6.12.1928, Abb. 2 Röntgenaufnahme 8.12.1928, Abb. 3 Aufnahme vom 20.12.1928, Abb. 4 Aufnahme vom 10.6.1929, siehe ebd., Tafel. Im Text der Dissertation heißt es weiter, die Kontrollröntgenaufnahme (Abb. 3) vom 20. Dezember [keine Jahreszahl] zeigt die stabile Reposition der Bruchstücke, siehe ebd., S. 13. Etwa 8 Wochen nach der Verletzung wurde der Patient als geheilt entlassen, eine Röntgenkontrolluntersuchung (Abb. 4) am 10.6.1929 bestätigte das positive Ergebnis der Behandlung, siehe ebd., S. 14.

394 Persönliche Mitteilung von Krohn 1997.

Schon nach eineinhalbjähriger zahnärztlicher Praxistätigkeit ergriff Schuchardt die nächste Chance, seine kieferchirurgische Weiterbildung als bezahlter Assistent fortzusetzen. Am 1. September 1930 wurde er Assistent der Kieferklinik der Charité an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin<sup>395</sup>, die erst einen Monat später am 4. Oktober 1930 offiziell eröffnet wurde und die unter der Leitung von Georg Axhausen (Abb. 48) stand (siehe oben). Da dort neben Axhausen anfangs nur ein angestellter Arzt arbeitete, war Schuchardt der erste Assistent an dieser Klinik<sup>396</sup>. Seine Tätigkeit dort endete nach sechs Monaten am 28.2.1931<sup>397</sup>.



Abb. 48. Georg Axhausen um 1930.

Der Ausbildungsweg und die Arbeitsschwerpunkte des Klinikleiters Georg Axhausen werden im folgenden kurz dargelegt, außerdem wird versucht, zu klären, warum die Weiterbildungszeit Schuchardts dort nur so kurz war. Die Bedeutung Georg Axhausens für die Entwicklung der Kieferchirurgie war Thema der medizinischen Dissertationen von Renate Bauer (1967) und von Ingeborg und Werner Handschug (1981). „Zur Gründung und Entwicklung der Kieferklinik der Charité“ führte Barbara Baumann in ihrer medizinischen Dissertation Untersuchungen durch, zu denen auch Personalakten der Klinikleiter sowie Operationsbücher der Jahre 1930 bis 1939 und 1976 bis 1984 als Quellen herangezogen wurden.

Axhausen war von Haus aus Chirurg und wurde 1928 zum Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie am Zahnärztlichen Universitätsinstitut in Berlin berufen<sup>398</sup>. Sein Medizinstudium hat er von 1895 bis 1901 an der Kaiser-Wilhelm-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen in Berlin absolviert<sup>399</sup>. Von 1901-1907 diente er als Militärarzt<sup>400</sup>. Während dieser Zeit war er u. a. Assistenzarzt im Gleveschen Feldregiment No. 43. Als solcher promovierte er 1902 in Berlin mit der Dissertation „Antiseptik oder Aseptik im Felde“ zum Dr. med.<sup>401</sup>.

Seine chirurgische Fachausbildung erhielt er in seiner Militärarztzeit von Heinrich Helferich (1851-1945) an der Chirurgischen Klinik der Christian-Albrechts-Universität in Kiel, bei dem er von 1904 bis 1906 tätig war. Danach arbeitete er ein Jahr an der Pathologisch-Anatomischen Anstalt des Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin<sup>402</sup>. Dort führte er vermutlich die Untersuchungen für zwei wichtige Veröffentlichungen durch: „Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Lehre von der freien Knochen transplantation beim Menschen und beim Tiere“<sup>403</sup>, die 1908 erschien und „Die histologischen und klinischen Gesetze der freien Osteoplastik auf Grund von Tierversuchen“<sup>404</sup> mit der er sich 1908 unter Otto Hildebrandt (1858-1927) in Berlin habilitierte<sup>405</sup>. Seit 1908 war Axhausen Assistent an der Chirurgischen Klinik der Charité, die von Otto Hildebrandt geleitet wurde. 1912 wurde er Oberarzt<sup>406</sup>, 1924 folgte die Ernennung zum außerordentlichen Professor und

395 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. [3], Personalbogen, 29.7.1945.

396 Baumann 1986, S. 52; siehe auch Zeiher 1969, S. 55-56 (siehe Zitat).

397 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. [1], Personalbogen.

398 Hundertzehn Jahre Zahnärztliches Institut Berlin 1994, S. 55.

399 Harndt 1947, S. 131; Marezky 1952, S. 170.

400 Marezky 1952, S. 170.

401 Gesamtverzeichnis deutschsprachigen Schrifttums 1700-1910, Bd. 6, S. 711.

402 Bauer 1967, S. 12.

403 Erschienen bei Urban und Schwarzenberg, Berlin Wien 1908, Medizinische Klinik 2. Beiheft, S. 24-58, siehe Gesamtverzeichnis deutschsprachigen Schrifttums 1700-1910, Bd. 6, S. 711.

404 Erschienen im Arch klin Chir 88 (1909), siehe Chirurgenverzeichnis 1958, S. 15.

405 Bauer 1967, S. 12.

406 Harndt 1947, S. 131; Marezky 1952, S. 170.

zum Leiter der Chirurgischen Poliklinik der Charité<sup>407</sup>. Nach Hildebrandts Tod 1927 übernahm er kommissarisch die Leitung der Chirurgischen Klinik.

1928 erhielt dann Ferdinand Sauerbruch (1875-1951), der zuvor als Ordinarius an der Münchner Universitätsklinik tätig war, das Ordinariat für Chirurgie an der Berliner Universität. Da Sauerbruch fast seinen gesamten Mitarbeiterstab nach Berlin mitbrachte, war für Axhausen die Weiterführung seiner Arbeit dort wenig attraktiv. Er entschied sich statt dessen trotz der damit verbundenen Einschränkung seines Arbeitsfeldes für die Annahme des Lehrstuhls für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie am Berliner Zahnärztlichen Universitätsinstitut<sup>408</sup>. Voraussetzung für seine Berufung war jedoch die zahnärztliche Approbation, die er durch ein Sonderstudium an diesem Institut 1928 erwarb<sup>409</sup>. Walter Hoffmann-Axthelm war zu dieser Zeit Student am Zahnärztlichen Institut und schrieb darüber in einem Artikel:

*„Ich erinnere mich noch genau, wie der große Mann, von uns Vorklinikern respektvoll betrachtet, dem Oberarzt der Prothetischen Abteilung Lipschitz seine selbstgestopften Prothesen vorzeigte“*<sup>410</sup>.

Axhausen wiederum machte für die Übernahme des Lehrstuhls die Schaffung einer kieferchirurgischen Station zur Bedingung<sup>411</sup>. Eine solche Station war schon von seinem Vorgänger, Fritz Willinger, vor dessen krankheitsbedingtem Ausscheiden 1925 beantragt worden. 1926 hatte das Zahnärztliche Institut dann auch eine Genehmigung für eine 12 Betten umfassende Station erhalten, aber über die Standortsuche war der Plan nicht hinausgediehen. Erst nach der Berufung Axhausens wurden für die Kieferklinik Räume im ersten und zweiten Stockwerk eines erhalten gebliebenen Bauteils des ältesten Charité-Gebäudes provisorisch ausgebaut<sup>412</sup>. Die neue Klinik hatte einen Operationsraum, einen zahnärztlichen und einen zahntechnischen Raum sowie 24 Krankenbetten, unterteilt in eine Frauen- und eine Männerstation. Mit Axhausen arbeiteten dort ein Assistenzarzt, eine Operationsschwester, sieben Krankenschwestern, ein Pfleger und ein Hausdiener (siehe oben). Schon am dritten Tag nach der Eröffnung war die Station voll belegt<sup>413</sup> und erwies sich auch in der Folgezeit als zu klein<sup>414</sup>. Folgender oft zitierter Äußerung Axhausens vermittelt einen freilich nur sehr groben Eindruck vom Arbeitsspektrum der Klinik:

*„Das ganze Tätigkeitsfeld der Kieferklinik ist leicht zu umgrenzen. Es fallen ihr neben den schweren Formen der vom Zahnsystem ausgehenden Erkrankungen alle Krankheitszustände zu, deren Beseitigung die Vereinigung chirurgischer und zahnärztlicher Verfahren erheischt.“*<sup>415</sup>.

Diese Beschreibung wird eher als Abgrenzung gegenüber den Aufgaben der Chirurgischen Klinik gedacht gewesen sein. Aus dem Operationsbuch des Jahres 1930 geht hervor, daß insgesamt 14 Spaltoperationen, zehn Operationen bei bösartigen Geschwülsten, acht bei Abszessen und acht plastische Operationen durchgeführt wurden<sup>416</sup>. Um Axhausens wissenschaftliche und operativen Interessen vor und zu Beginn seiner Tätigkeit in der Kieferchirurgie herauszustellen wird auf seine Publikationen zurückgegriffen.

407 Zeiher 1969, S. 53-54.

408 Harndt 1947, S. 131.

409 Hoffmann-Axthelm 1960 [b], S. 55; ders. 1995, S. 103; 110 Jahre Zahnärztliches Institut Berlin 1994, S. 55.

410 Hoffmann-Axthelm 1960 [b], S. 55.

411 Ders. 1995, S. 103

412 110 Jahre Zahnärztliches Institut Berlin 1994, S. 55.

413 Zeiher 1969, S. 55-56.

414 1934 hatte die Klinik bereits 40 Betten, siehe Dieck 1934, S. XVIII.

415 Hoffmann-Axthelm 1960 [b], S. 55; vgl. Zeiher 1969, S. 56.

416 Baumann 1986, S. 81, Diagramm III.

Schon in frühen Jahren seiner Berufstätigkeit beschäftigte ihn besonders die Pathologie und Chirurgie der Knochen und Gelenke. Als Beleg sei hier noch einmal seine Habilitationsschrift von 1908 genannt. Etwas später kam dann die Plastische Chirurgie hinzu. Er entwickelte und verbesserte operative Techniken, so zum Beispiel die Plastiken bei Klumphand und Klumpfuß 1918, die totale Ösophagusplastik 1916 und 1920, die Mammaplastik 1926. Schon vor seiner Tätigkeit an der Kieferklinik interessierte ihn die Chirurgie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten<sup>417</sup>, die er später zu seinem bedeutendsten Arbeitsfeld ausbaute<sup>418</sup>. Vor seiner Berufung zum Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie veröffentlichte er die Bücher „Atlas der operativen Übungen am Kadaver und am lebenden Hund“ bei Lehmann in München 1919 und „Die Chirurgie des Anfängers“ bei Springer in Berlin 1923. Nach seinem Übergang zur Kieferchirurgie publizierte er 1928 in dem Artikel „Über die erhöhte Anwendbarkeit der freien Knochenüberpflanzung in der Kieferchirurgie mittels der Knochenvorverpflanzung“ ein Verfahren, welches die freie Knochentransplantation am Unterkiefer entschieden verbesserte.

In den Anfangsjahren an der Kieferklinik beschäftigte er sich mit den Erkrankungen des Kiefergelenks und entwickelte die Methode des retroaurikulären Zugangs zu diesem Gelenk. Er veröffentlichte Artikel zum plastischen Verschluss von Antrum-Mundhöhlen-Verbindungen und großen luetischen Gaumenlöchern. 1936 publizierte er bei Thieme in Leipzig sein Buch „Technik und Ergebnisse der Gaumenplastik“<sup>419</sup>. Darin verurteilte er das Desinteresse der Chirurgen an neuen weniger wachstumsschädigenden Operationsmethoden und mahnte: „Die Zeiten sollten vorüber sein, in denen die Spaltplastiken den jüngeren Assistenten der Klinik zugeteilt werden. ...Mit der Spaltplastik hält der Chirurg das Lebensglück eines Mitmenschen in der Hand.“<sup>420</sup>

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, daß dem großen Chirurgen Axhausen in Schuchardt ein kieferchirurgisch interessierter Zahnarzt und Mediziner als Assistent zur Seite stand, der vor allem auf dem Gebiet der Zahntechnik seit früher Jugend geschult war. Dieser Eindruck wird auch durch zwei Veröffentlichungen Schuchardts aus den Jahren 1939 und 1942 bestätigt, in denen er sich mehrfach ausdrücklich auf die Assistentenzeit bei Axhausen bezieht. Sie befassen sich mit der Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen; die entsprechenden Ausschnitte werden hier zitiert:

*„Ich habe mich von der guten Leistung der einfachen Spreize, bei der für den einzelnen Fall nur Stentsausfütterungen angepaßt zu werden brauchen, während meiner Assistentenzeit bei Prof. Axhausen überzeugt, wo ich diese erstmalig an Stelle der für jeden Fall umständlich neu herzustellenden gegossenen Kappenschienenspreizen verwendete.“<sup>421</sup>*

*„Ich selbst habe schon 1930 während meiner Assistentenzeit bei Professor Axhausen die umständlich nach Abdruck und Modell herzustellende Kappenschiene bei der Steinkammspreize durch Abdrucklöffel ersetzt.“*

*„Für einen besonders schwierigen Fall von Ankylose, der von Professor Axhausen operiert wurde, habe ich als sein damaliger Assistent eine Scherenspreize konstruiert, die sich mittels Drahttringen an den Hähchen von intraoralen Drahtschienen befestigen läßt.“<sup>422</sup>*

Ein anderer Aspekt der Lehrer-Schüler-Beziehung zwischen Axhausen und Schuchardt ergab sich aus einem Gespräch mit Hoffmann-Axthelm (siehe 2.2.3), der berichtete, daß sich Schuchardt damals wiederholt der Kritik ausgesetzt sah, „von großer Chirurgie keine Ahnung zu haben“ und darauf mit der Bitte an Axhausen rea-

417 Hammer 1952, S. 299.; siehe auch Zeiher 1969, S. 53; Chirurgenverzeichnis 1958, S. 15-17.

418 Winau, Vaubel 1983, S. 7.

419 Hammer 1952, S. 299.

420 Baumann 1986, S. 77.

421 Schuchardt 1939 [c], S. 750.

422 Schuchardt 1942 [c], S. 434.

gierte, ihm eine Stelle in der Allgemeinen Chirurgie zu verschaffen<sup>423</sup>. So wurde er zum 1.3.1931 von der Kieferklinik der Charité zu Gustav Dencks an die Chirurgische Abteilung des Berliner Städtischen Krankenhauses Neukölln vermittelt, um dort seine allgemeinchirurgische Ausbildung zu erhalten<sup>424</sup> (siehe oben). Zu Georg Axhausen entwickelte sich in späteren Berufsjahren eine freundschaftlich kollegiale Beziehung<sup>425</sup>.

Über Schuchardts Ausbildungsabschnitt bei Gustav Dencks am Städtischen Krankenhaus Neukölln habe ich keine schriftlichen Quellen gefunden. Telefonisch erfuhr ich von der Personalabteilung des Krankenhauses u. a., daß die Personalakten dieser Zeit im Bezirksamt Neukölln geführt wurden. Aus der Personalakte Schuchardts im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf in Hamburg konnte nur der Zeitraum ermittelt werden. Um dennoch Anhaltspunkte für diesen Weiterbildungsabschnitt zu gewinnen, werden Informationen über Dencks und über das Neuköllner Krankenhaus herangezogen, die dem Zeitschriftenartikel von Dencks und Willi Guthjahr „Fünfundzwanzig Jahre Krankenhaus Neukölln“ von 1935, dem Deutschen Chirurgenkalender von 1926 und dem Chirurgenverzeichnis aus dem Jahr 1958 entnommen wurden.

Das Städtische Krankenhaus Neukölln verfügte bei seiner Eröffnung am 24.10.1909 über 405, nach 1920 über 1100 Betten. Die Gynäkologie wurde erst nach 1933 von der Chirurgie getrennt. Davor waren bereits eine Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten und eine Augenstation entstanden. Seit 1927 gab es neben den beiden klinischen (diagnostischen) Röntgeninstituten auch ein therapeutisches<sup>426</sup>. Die chirurgische Abteilung stand seit 1930 unter der Leitung von Gustav Dencks. Er wurde 1903 als Arzt approbiert. Im selben Jahr promovierte er an der Universität Königsberg mit der Dissertation „Jodoformintoxikation“ zum Dr. med. Von 1903 bis 1906 erhielt er im Krankenhaus im Friedrichshain bei dem Direktor der Inneren Abteilung Ernst Stadelmann (1853- ?) und dem Direktor der Chirurgischen Abteilung Alfred Neumann<sup>427</sup> seine Ausbildung. Hier wurde er möglicherweise mit Axhausen bekannt, der von 1906 an ein Jahr an der Pathologisch-Anatomischen Anstalt des Krankenhauses im Friedrichshain tätig war. Dencks ging von Friedrichshain zunächst an das Pathologische Institut der Charité. Noch im Jahr 1906 erhielt er dann seine Anstellung bei Georg Sultan (1865-1930) am provisorischen Barackenkrankenhaus von Rixdorf, das dieser seit 1904 leitete. Mit ihm wechselte er 1909 an die chirurgische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln. 1917 wurde er dort Direktor der II. chirurgischen Abteilung und übernahm nach dem Tod von Sultan 1930 dessen Funktion<sup>428</sup>. Von 1930 bis 1945 bekleidete er auch das Amt des ärztlichen Leiters des Krankenhauses<sup>429</sup>.

Nach der Analyse seiner Veröffentlichungen waren seine Hauptinteressengebiete die Chirurgie der Verdauungsorgane und der Extremitäten einschließlich der Behandlung von Frakturen und Luxationen<sup>430</sup>.

423 Persönliche Mitteilung von Hoffmann-Axthelm.

424 Reichenbach 1971, S. 267.

425 Brief Georg Axhausens an Karl Schuchardt vom 15.2.1956, im Besitz von Carola Gouse.

426 Dencks, Guthjahr 1935, S. 9-13. Das Städtische Krankenhaus Neukölln war vor der Gründung von Groß-Berlin 1920 das Krankenhaus der Stadt Rixdorf. Rixdorf hatte zuvor nur eine Art Notkrankenhaus, das aus zwei Krankenbaracken mit insgesamt 100 Krankenbetten und einem Operationszimmer bestand. Das neue Krankenhaus wurde damals 5 km vom Rixdorfer Zentrum entfernt auf einem zu Buckow gehörenden Gelände errichtet. Für den Bau des Krankenhauses war wie auch für das Neue Allgemeine Krankenhaus in Eppendorf (Hamburg) 1889 und das Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin 1906 das Pavillonssystem gewählt worden. Im Prinzip gliederte sich der Gebäudekomplex vom Verwaltungsgebäude ausgehend in eine chirurgische und eine medizinische Seite mit jeweils 4 bzw. 5 zweistöckigen Pavillons, denen sich Wirtschaftsgebäude, Leichenhaus und Isolierpavillons anschlossen. Im Unterschied zum Eppendorfer und zum Virchow-Krankenhaus waren die einzelnen Pavillons der medizinischen und der chirurgischen Abteilung durch geschlossene Gänge untereinander und mit dem Badehaus bzw. dem Operationshaus verbunden, so daß der Krankentransport zwischen den Gebäuden nicht bei Wind und Wetter im Freien erfolgen mußte. Jeder Pavillon hatte einen nach Süden gerichteten Balkon, siehe ebd.

427 Die Lebensdaten von Alfred Neumann konnten nicht ermittelt werden. Er wurde 1889 als Arzt approbiert, siehe Reichsmedizinalkalender 1914, S. 135.

428 Deutscher Chirurgenkalender 1926, S. 155; Dencks, Guthjahr 1935, S. 9.

429 Telefonische Mitteilung der Personalabteilung des Neuköllner Krankenhauses 1997.

430 Chirurgenverzeichnis 1958, S. 137.

Schuchardt arbeitete fast zwei Jahre als Assistent bei Dencks<sup>431</sup>. In dieser Zeit erschien auch ein Artikel von Dencks über „Totalnekrose des Unterkiefers nach Zahnextraktion“<sup>432</sup>, dessen Publikation vielleicht von Schuchardt mit angeregt wurde. Danach ging Schuchardt nicht wieder an die Kieferklinik der Charité zurück, sondern nahm am 1.12.1932 die Oberarztstelle bei Martin Waßmund an der Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses an<sup>433</sup>. Gustav Dencks behielt er in ehrenvoller Erinnerung und blieb auch später noch mit ihm im Kontakt<sup>434</sup>.

Wie für die anderen Weiterbildungsstationen Schuchardts ist auch für seine Oberarztzeit bei Waßmund die Quellenlage schlecht. Im Rudolf-Virchow-Krankenhaus liegen keine Personalakten aus der betreffenden Zeit mehr vor<sup>435</sup>. Da Schuchardt in dieser Zeit auch keine eigenen wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlichte (siehe 6.1), kann man nur auf Waßmunds Publikationen zurückgreifen, um die wissenschaftlichen Schwerpunkte an der Kieferklinik in dieser Zeit zu erhellen. Es gibt jedoch eine Veröffentlichung Schuchardts aus dem Jahr 1942, in der er ein orthopädisches Hilfsmittel für die intraorale Stabilisierung eines Rundstiellappens vorstellt, das er als Assistent Waßmunds entwickelte und das Waßmund im 2. Band seines Lehrbuchs beschreibt<sup>436</sup> (3.1.1.3.1).

Waßmund war seit der Zeit von Schuchardts Volontariat 1928 zu einem beachteten Fachvertreter avanciert. In seinen Veröffentlichungen der Jahre 1933-1935 beschäftigte er sich vorrangig mit den Entzündungen im Kieferbereich<sup>437</sup>. Mit Axhausen stand er schon seit 1929 in heftiger wissenschaftlicher Auseinandersetzung um die Einteilung und zum Teil auch um die Therapie der eitrigen Entzündungen am Kiefer<sup>438</sup>. Später befaßte er sich mit der spezifischen Entzündungsform Aktinomykose. Auch dabei wurden mit Axhausen die unterschiedlichen Auffassungen über Ätiologie und Therapie dieser Erkrankung in Zeitschriftenartikeln diskutiert<sup>439</sup>. Waßmund arbeitete eng mit dem Bakteriologen Friedrich August Lentze (\*1900) zusammen<sup>440</sup>. Dieser war damals möglicherweise am „Preußischen Institut für Bakteriologie Robert Koch“ beschäftigt, mit welchem das Rudolf-Virchow-Krankenhaus in personeller und wissenschaftlicher Verbindung stand<sup>441</sup>. Die Zusammenarbeit mit Lentze setzte Schuchardt später fort<sup>442</sup>. Sicher werden auch andere fachliche Themen zu Schuchardts Zeiten an der Klinik eine Rolle gespielt haben, was sich aber nicht mehr fassen läßt.

Daß Schuchardt seine Weiterbildung bei Waßmund schon in der Funktion eines Oberarztes fortsetzen konnte, verdankte er wohl seinen allgemeinchirurgischen Kenntnissen, die er Waßmund voraus hatte. Zu Beginn seiner Tätigkeit befand sich Schuchardt bereits im dritten Weiterbildungsjahr, wenn man sein Volontariat nicht mitzählt. Es ist anzunehmen, daß er damals schon in großem Umfang kieferchirurgische Operationen

431 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. [1], Personalbogen.

432 Chirurgenverzeichnis 1958, S. 137.

433 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. [1], Personalbogen. Im Reichsmedizinalkalender 1933, S. 107, ist Schuchardt noch als Assistenzarzt am Krankenhaus Berlin Neukölln eingetragen, vermutlich beruht dies auf Angaben aus dem Vorjahr.

434 Persönliche Mitteilung von Hoffmann-Axthelm; ders. 1990, S. 47.

435 Telefonische Auskunft der Personalabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses 1997.

436 Schuchardt 1942 [b], S. 128.

437 Hilgenberg 1970, S. 101-103.

438 Ebd., S. 41, 51-52, 102.

439 Hilgenberg 1970, S. 55, 59.

440 Ebd., S. 53, 56.

441 Von 1906-1933 war der Chefarzt der Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses gleichzeitig als Abteilungsleiter im „Preußischen Institut für Bakteriologie Robert Koch“ (RKI) angestellt (Personalunion). Auf Anweisung von Robert Koch war die Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses so gelegt worden, daß sie nur durch die Föhler Straße vom RKI getrennt war. Sie hatte ein Laboratoriumsgebäude mit eigenem Obduktionsraum. Die dort durchgeführten Untersuchungen zählten zum Etat des RKI. Die zur Abteilung gehörende „Reichsseuchen-Baracke“ unterstand der Überwachung des RKI. 1933 wurde die Infektionsabteilung aufgelöst, siehe Verwaltung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses 1956, S. 41-42. Lentze war ab 1936 Abteilungsvorsteher des Hygienischen Instituts in Landsberg an der Warthe. 1938 ging er als Direktor an das Hygienische Institut in Beuthen (Oberschlesien). Ab 1946 wirkte er in Erlangen als kommissarischer Vorsteher des Hygienischen Instituts, siehe Kürschners Gelehrtenkalender 1950, S. 1200.

442 Schuchardt 1939 [a], S. 636; Lentze, Schuchardt 1964, S. 253.

durchführte. Gemeinsam mit Schuchardt arbeiteten die damaligen Assistenten Alfred Rehrmann, Eugen Fröhlich und Hans Lunze (1908-1959) an der Kieferklinik des RVK<sup>443</sup> (siehe oben). Zu Rehrmann<sup>444</sup> und Fröhlich<sup>445</sup> ergaben sich aus dieser Zusammenarbeit langjährige Beziehungen.

Insgesamt 16 Monate, also sieben Monate über das dritte und letzte Weiterbildungsjahr hinaus (siehe oben), war Schuchardt dort tätig. Am 1. April 1934 ließ er sich in eigener Praxis in Berlin nieder,<sup>446</sup> worauf im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird.

Zusammenfassend zu Schuchardts Weiterbildungszeit kann hier festgehalten werden, daß letztlich durch sein Volontariat bei Martin Waßmund die Weichen für seine Weiterbildung zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gestellt wurden. In seiner zahnmedizinischen Dissertation befaßte sich Schuchardt, befähigt und angeregt durch jenes Volontariat und veranlaßt durch einen besonderen Krankenfall, nachweisbar zum ersten Mal wissenschaftlich mit einem kieferchirurgischen Thema. Sein Weiterbildungsabschnitt bei Georg Axhausen an der Charité war deshalb so kurz, weil Axhausens Herangehensweise als Allgemeinchirurg an die Kieferchirurgie eine andere war als die zahnärztlich-chirurgische, welche Schuchardt von Waßmund her kannte. Den operativen Ansprüchen Axhausens konnte Schuchardt zu diesem Zeitpunkt nicht genügen, deshalb wechselte er auf eigenen Wunsch zur allgemeinchirurgischen Weiterbildung zu Gustav Dencks an die chirurgische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln. Auf dem Gebiet der Zahntechnik hingegen war er Axhausen überlegen. Bei Dencks erhielt er eine breite allgemeinchirurgische Ausbildung. In seiner anschließenden Oberarztzeit bei Waßmund sammelte er wissenschaftliche Erfahrungen auf dem Gebiet der Kieferchirurgie, erweiterte sein operatives Können und knüpfte wichtige Kontakte zu Berufskollegen und anderen Wissenschaftlern.

## **2.5. *Niederlassung als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Berlin und Leitung der Kieferabteilung am St.-Norbert-Krankenhaus***

Nach Beendigung seiner Tätigkeit am Rudolf-Virchow-Krankenhaus eröffnete Schuchardt in Berlin eine Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten mit kieferchirurgischer Ausrichtung (siehe 2.4.3). Nach Meinung der Familienangehörigen war diese Entscheidung rein beruflich und vom Drang nach Selbständigkeit bestimmt<sup>447</sup>. Bereits am 1.4.1936, zwei Jahre später, richtete er für stationäre Fälle im katholischen Stiftskrankenhaus St.-Norbert in Berlin Schöneberg eine kieferchirurgische Abteilung ein<sup>448</sup>, das von Dominikanerinnen geführt wurde<sup>449</sup>. Am 26.8.1939 wurde Schuchardt laut Mobilmachungsplan<sup>450</sup> zum Leiter der Abteilung für Kieferverletzte am Reservelazarett 122 in Berlin-Tempelhof ernannt<sup>451</sup> (siehe 2.6.3). Bis zum Sommer 1943 konnte er neben der Arbeit im Lazarett seine Tätigkeit in der Praxis und am St.-Norbert-Krankenhaus fortsetzen<sup>452</sup>.

Dieser Lebensabschnitt Schuchardts soll näher betrachtet werden, um Aufschlüsse über den Beginn und den Umfang seiner selbständigen operativen Tätigkeit und über die Fortführung seiner wissenschaftlichen Arbeit, in der nach seiner zahnmedizinischen Dissertation von 1930 eine Unterbrechung eingetreten war, zu erhalten. Zusätzlich soll am Ende dieses Abschnitts seine privatärztliche Tätigkeit für den NS-„Reichsmarschall“ und Oberbefehlshaber der Luftwaffe Hermann Göring (1893-1946) und dessen Frau Emmy (1893-1973) sowie für

443 Hilgenberg 1970, S. 98.

444 Chirurgenverzeichnis 1969, S. 711-713.

445 Schuchardt 1959 [a], S. 1085.

446 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator Sch 260 I, Bl. 3, Lebenslauf, 1943.

447 Persönliche Mitteilung von Gouse und Krohn.

448 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Personalbogen, 29.6.45.

449 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 29.

450 Hoffmann-Axthelm 1982, S. 9.

451 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator Sch 260 I, Bl. 3, Lebenslauf, 1943.

452 Shimizu 1982, S. 13; Hoffmann-Axthelm 1990, S. 29.

Magda Goebbels (1901-1945), Frau des NS-Propagandaministers Joseph Goebbels (1897-1945), beleuchtet werden. Die Zuordnung zu diesem Abschnitt ergibt sich daraus, daß die Behandlung dieser Personen durch Schuchardt hauptsächlich in seiner Praxis stattfand<sup>453</sup>.

Zunächst zu Schuchardts Praxistätigkeit: Seine Praxis befand sich in der ersten Etage des Wohn- und Geschäftshauses Nr. 6 am Belle-Alliance-Platz, dem heutigen Mehringplatz<sup>454</sup>. Der Behandlungsbereich der Praxis bestand aus zwei zahnärztlichen Behandlungszimmern und einem Operationszimmer. Im selben Haus schräg über der Ordination lag auch die Wohnung Schuchardts<sup>455</sup>. In jedem Behandlungszimmer hing eine Fotografie seines Lehrmeisters Martin Waßmund, was seine Verehrung für diesen zum Ausdruck bringt<sup>456</sup>. Seit 1939 assistierte ihm Hedwig Schlawinski (1903-1996)<sup>457</sup>, eine katholische Ordenskrankenschwester aus dem St.-Norbert-Krankenhaus. Während des zweiten Weltkrieges arbeitete dort Walter Hoffmann-Axthelm, der Schuchardt als Kriegszahnarzt unterstellt war<sup>458</sup>, vertretungsweise als Assistent. Zu Schwester Hedwigs Zeiten operierte Schuchardt an zwei Tagen in der Woche in seiner Praxis.

Sehr oft hospitierten dabei Zahnärzte aus skandinavischen Ländern<sup>459</sup>. Vermutlich gingen diese Kontakte auf seine Kieler Studienzeit zurück (siehe 2.3.2). Daß er besondere Verbindungen nach Skandinavien hatte, wird auch durch Vortragsreisen nach Norwegen, Schweden und Dänemark<sup>460</sup> bestätigt. Zum Beispiel hielt er am 23. Februar 1939 zum fünfjährigen Bestehen der „Odontologischen Gesellschaft Oslo“ seinen Vortrag „Streifzug durch die Kieferchirurgie“, den er wenig später veröffentlichte<sup>461</sup> (siehe unten). Ebenfalls 1939 lud ihn die „Vereinigung Südschwedischer Zahnärzte“ zu zwei Vorträgen nach Kalmar ein<sup>462</sup>.

453 Es gibt nur wenige Quellen, die Informationen über Schuchardts Arbeit in seiner kieferchirurgischen Praxis und am St.-Norbert-Krankenhaus bieten. Das Krankenhaus wurde im Krieg völlig zerstört und später nicht wieder aufgebaut, so daß darüber kein Material vorliegt. Außer der Autobiographie Hoffmann-Axthelms (siehe 1.2, 1.3) wurde die Dissertation von Lothar Büttner „Walter Hoffmann-Axthelm, Kieferchirurg und Medizinhistoriker“ aus dem Jahr 1990 herangezogen. Hoffmann-Axthelm Autobiographie ist auch meine Hauptquelle über die Behandlungstätigkeit über die oben genannten Prominenten der NS-Zeit. Detailliertere Informationen über die Praxistätigkeit Schuchardts verdanke ich persönlichen Mitteilungen von Schuchardts Tochter Carola Gouse und seinem Neffen Max Krohn sowie von der damaligen katholischen Ordenskrankenschwester Hedwig Schlawinski (siehe 9.3.4).

454 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 29; persönliche Mitteilung von Krohn.

455 Persönliche Mitteilung von Krohn; persönliche Mitteilung von Schlawinski.

456 Persönliche Mitteilung von Gouse.

457 Nach dem Tod von Schuchardts Tante Maria Schuchardt (1884-1939), die Schuchardt den Haushalt geführt hatte, übernahm Schwester Hedwig diese Arbeit und assistierte ihm auch in der Praxis. Ihre Einstellung wurde über das St.-Norbert-Krankenhaus vermittelt. Nach dem Krieg folgte sie Schuchardt nach Hamburg und war bis zu ihrer Pensionierung an der Nordwestdeutschen Kieferklinik als leitende Schwester der Poliklinik tätig, persönliche Mitteilung von Schlawinski.

458 Hoffmann-Axthelm begann am 4.6.1940 als Kriegszahnarzt in der von Schuchardt geleiteten Abteilung für Kiefer-Gesichtschirurgie des Resevelazarets 122 in Berlin-Tempelhof. Er arbeitete dort bis Anfang September 1943, siehe Hoffmann-Axthelm 1990, S. 28, 4 Vgl. Büttner 1990, S. 13. Nach dem Umzug der Abteilung nach Görden leistete er dort vom 11.5.1944 bis 22.1.1945 Dienst, siehe Hoffmann-Axthelm 1990, S. 45,48. Am 22.8.1945 wurde er aus dem Kriegsgefangenenlager Putlos in die Hanseatenkaserne nach Itzehoe versetzt, wohin die Lazarettabteilung Schuchardts überführt worden war, siehe ebd. S. 100. Am 6.9.1945 zog er mit der gesamten Lazarettabteilung in die Douaumont-Kaserne nach Hamburg um, siehe ebd. S. 102. Von Mitte Oktober bis 9.11.1945 befand er sich zur eigenen Genesung in einem Lazarett in Hamburg-Berne, siehe ebd. S. 104. Mitte Februar 1946 bis Mitte April war mit der ehemaligen Lazarettabteilung in die Boehn-Kaserne in Hamburg-Rahstedt untergebracht, siehe ebd. S. 109. Danach wurde er mit der Abteilung in das Lübecker Städtische Krankenhaus Ost versetzt, siehe ebd. S. 112. Zum 1.2.1948 erhielt er eine Stelle an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg, begann dort aber schon drei Tage früher, siehe ebd. S. 138, 140. Am 21.8.1948 kehrte er von dort nach Perleberg zurück, weil seine Frau und seine vier Kinder in Hamburg keine Wohnmöglichkeit fanden, siehe ebd. S. 154-155.

459 Persönliche Mitteilung von Schlawinski.

460 Mitteilungen-Hochschulnachrichten 1941, S. 214.

461 Schuchardt 1939 [b], S. 665.

462 Mitteilungen-Hochschulnachrichten 1939, S. 452.

Bald nach Kriegsbeginn führte das Nebeneinander von militärischer und ziviler Tätigkeit zu einer starken Arbeitsbelastung. Vormittags operierte er im Lazarett, zur Mittagszeit im St.-Norbert-Krankenhaus, und am Nachmittag konsultierten ihn bis zu 50 Patienten in seiner Praxis<sup>463</sup>. Völlig überarbeitet lief Schuchardt einmal in Uniform kombiniert mit Filzhut über den Belle-Alliance-Platz<sup>464</sup>. In anderen Fällen hatte Schwester Hedwig noch rechtzeitig einen solchen strafbaren Aufzug vermeiden können<sup>465</sup>. Nach dem Sommer 1943 wurde Schuchardts Lazarettabteilung wegen der drohenden Luftangriffe in die Landesirrenanstalt Görden Stadt Brandenburg ausgelagert<sup>466</sup> (siehe 2.6.3), so daß sich Schuchardt in seiner Praxis fortan durch eine Ärztin vertreten lassen mußte<sup>467</sup>. 1944 erlitt das Haus, in dem sich Praxis und Wohnung Schuchardts befanden, einen schweren Bombenschaden, der diese Wohn- und Arbeitsstätte für immer zerstörte. Schwester Hedwig gelang es aber mit Hilfe von Kriegsgefangenen, die zu Evakuierungsarbeiten eingesetzt wurden, einen großen Teil des Praxisinventars, inklusive einer modernen Röntgeneinrichtung, aus dem brennenden Haus zu retten. Sie erinnerte sich noch, wie Schuchardt, den sie telegraphisch von dem Unglück informiert hatte, wenig später mit einem Fahrzeug vorfuhr und ihr lachend zurief: „Hedwig, was ist Unsers?“<sup>468</sup>. Seine gefaßte Reaktion war wohl möglich, weil er aufgrund der exponierten Lage des Hauses schon lange mit einer solchen Zerstörung gerechnet hatte. Denn er schrieb bereits vor diesem Ereignis in einem Brief an Hoffmann-Axthelm bitter ironisch:

*„Vielleicht - beinahe hätte ich gesagt hoffentlich- nimmt mir die Royal-air-force auch noch meine Praxis-Sorgen. Ich kann mir jedenfalls nicht denken, dass der Belle Alliance Platz die kommenden Wochen und Monate lebend überstehen wird“<sup>469</sup>.*

Das „auch noch“ bezieht sich auf die Zerstörung des St.-Norbert-Krankenhauses, über die im Anschluß noch berichtet wird.

Zunächst soll Schuchardts wissenschaftliche und operative Arbeit am St.-Norbert-Krankenhaus betrachtet werden. Die Beziehung zu diesem katholischen Krankenhaus in der Reppichstraße 12<sup>470</sup>, das insgesamt 300 Krankenbetten umfaßte<sup>471</sup>, wurde vermutlich durch seine Frau Eva Schuchardt hergestellt, die dort als Assistentin gearbeitet hatte (siehe 2.2.3). Sicher konnte er erst nach dem Aufbau der dortigen Kieferstation<sup>472</sup> größere kieferchirurgische Eingriffe durchführen, da vorher die postoperative Behandlung der Patienten ambulant erfolgen mußte. Die Station hatte etwa zwölf Betten<sup>473</sup>. Mit der selbständigen klinisch-operativen Tätigkeit begann auch Schuchardts Beteiligung am wissenschaftlichen Fachgeschehen, was sich mit seinen damaligen Fachbeiträgen in zahnärztlichen, stomatologischen und chirurgischen Zeitschriften belegen läßt. Die Publikationsorgane werden jeweils mitgenannt, weil die einzelnen Zeitschriften eine unterschiedliche Wertigkeit haben. Im September 1936 hielt Schuchardt auf der 73. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Dresden seinen ersten Vortrag *Myogene Kiefergelenkskontraktur infolge syphilitischer Myositis*, den er 1937 in der „Deutschen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ veröffentlichte<sup>474</sup>. Ebenfalls 1937 erschien im Beiheft „Paradentium“ der „Zahnärztlichen Rundschau“ der Beitrag *Progenie-Operation als kau-*

463 Persönliche Mitteilung von Krohn; Hoffmann-Axthelm 1990, S. 29.

464 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 38.

465 Persönliche Mitteilung von Schlawinski.

466 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 42; Brief Schuchardts an Hoffmann-Axthelm, 2.10.1943.

467 Brief Schuchardts an Hoffmann-Axthelm, 6.1.1944.

468 Persönliche Mitteilung von Schlawinski.

469 Brief Schuchardts an Hoffmann-Axthelm, 6.1.1944.

470 Reichsmedizinalkalender 1937, S. 219.

471 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 42.

472 Brief Schuchardts an Hoffmann-Axthelm, 6.1.1944; Hoffmann-Axthelm 1990, S. 29.

473 Persönliche Mitteilung von Hoffmann-Axthelm.

474 Schuchardt 1937 [a], S. 188.

sale Therapie der Belastungsparodontose<sup>475</sup> (siehe 3.4.2). 1939 publizierte er neben zwei anderen Veröffentlichungen einen interessanten Artikel, der auf eine Gemeinschaftsarbeit mit dem Bakteriologen Friedrich August Lentze zurückgeht, welchen Schuchardt von seiner Oberarztzeit bei Waßmund am Rudolf-Virchow-Krankenhaus kannte (siehe 2.4.3) und mit dem er seit 1937 in wissenschaftlichem Kontakt stand<sup>476</sup>. Der Artikel trägt die Überschrift *Zur Vakzinetherapie der Aktinomykose* und wurde in der „Deutschen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ sowie als Kongreßbericht im „Archiv für klinische Chirurgie“ veröffentlicht<sup>477</sup>. Dieser Artikel ist auch gleichzeitig Schuchardts erste Publikation in einer chirurgischen Fachzeitschrift. 25 Jahre später äußerten sich beide Autoren unter dem Titel „Mikrobiologische und klinische Beobachtungen und Erfahrungen bei der zervikofazialen Aktinomykose (Rückblick und Ausblick)“ erneut zu diesem Krankheitsbild<sup>478</sup>.

Schuchardts vierteilige Artikelfolge in der „Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift“ 1939 *Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie*<sup>479</sup>, die auf den bereits genannten Vortrag in Oslo zurückgeht (siehe oben), gestattet einen Einblick in die Arbeitsschwerpunkte seiner Kieferstation in den Jahren 1936-1939. Diese Folge ist in sieben Kapitel unterteilt: Kieferchirurgie und Zahnheilkunde (Einleitung), Kieferdeformitäten, Plastische Operationen, Kieferbrüche, Kiefergelenkknacken, Kiefergelenkkontrakturen, Neubildungen<sup>480</sup>. Ich möchte hier nur auf sein späteres Hauptarbeitsgebiet „Plastische Operationen“ eingehen. Sehr häufig operierte er Patienten mit persistierenden Mund-Antrum-Verbindungen, die iatrogen durch Zahnextraktionen oder Kieferhöhlenoperationen entstanden waren. Er führt als Beispiel für die Häufigkeit dieser Operation 120 Fälle in einem Zeitraum von drei Jahren an, die nach Zahnextraktionen auftraten; bei ihnen bestand in der Regel auch eine Kieferhöhlenkomplikation, die ebenfalls operativ behandelt werden mußte<sup>481</sup>. Seine dabei gewonnenen Erfahrungen veröffentlichte er ebenfalls 1939 in der „Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift“ unter dem Titel *Kieferhöhlenoperation und gleichzeitiger Verschuß von Antrum-Mundhöhlenverbindungen*<sup>482</sup> (siehe 3.1.1.4.1). Der chirurgische Verschuß von mechanisch oder durch Infektion entstandenen Gaumenperforationen stand gegenüber dem bei angeborenen Spaltbildungen im Vordergrund. Die wenigen Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten die Schuchardt in diesen ersten Jahren behandelte, waren in der Mehrheit zwischen 20 und 30 Jahre alt, meist voroperiert oder wegen zu großer Spaltbildung noch garnicht operativ versorgt worden<sup>483</sup>. Schwester Hedwig berichtete aus der Zeit nach 1939 dagegen von einer größeren Anzahl operierter Kinder mit dieser Fehlbildung. Im weiteren Verlauf des Krieges werden diese Eingriffe aber vermutlich gegenüber den Wiederherstellungsoperationen bei Soldaten in den Hintergrund getreten sein (siehe 3.2.3). Weiter zeigte Schuchardt in der Publikation eine erfolgreich durchgeführte Lippenkorrektur<sup>484</sup> und beschrieb die plastische Deckung nach Tumoroperationen<sup>485</sup>, die er ebenfalls mit Fotografien veranschaulichte.

Als Assistenten bzw. Stellvertreter arbeiteten Alfred Rehrmann, Walter Hoffmann-Axthelm und Paul Hauser (\*1909)<sup>486</sup> in der von Schuchardt geleiteten Kieferstation des St.-Norbert-Krankenhauses.

475 Schuchardt 1937 [b].

476 Lentze, Schuchardt 1964 [f], S. 253.

477 Schuchardt 1939 [a].

478 Lentze, Schuchardt 1964 [f].

479 Schuchardt 1939 [c].

480 Ebd. S. 665, 665-666, 666-669, 708-713, 713-715, 749-752, 752-753 u. 769-773.

481 Ebd. S. 667.

482 Schuchardt 1939 [b].

483 Schuchardt 1939 [c], S. 666-667.

484 Ebd. S. 668-669.

485 Ebd. S. 769-770.

486 Persönliche Mitteilung von Hoffmann-Axthelm. Paul Hauser war später als außerplanmäßiger Universitätsprofessor und Leiter der kieferchirurgischen Abteilung des Universitätsinstituts der Freiherr Carl von Rothschild'schen Stiftung Carolinum tätig, Kürschners Gelehrtenkalender 1970, S. 1029.

Rehrmann, den Schuchardt aus der Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses kannte (siehe 2.4.3), war von April 1937 bis zu seiner Einberufung zur Wehrmacht 1939 dort tätig<sup>487</sup>. Die Zusammenarbeit mit ihm setzte sich nach dem Krieg an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg von 1946-1953 für weitere sieben Jahre fort (siehe 2.7.3). Hoffmann-Axthelm führte die Station am St.-Norbert-Krankenhaus stellvertretend für Schuchardt vom 9.11.1942 bis 15.9.1943<sup>488</sup>.

In der Nacht vom 22. zum 23. November 1943 wurde das St.-Norbert-Krankenhaus durch einen Fliegerangriff zerstört, dabei verloren 80 Menschen ihr Leben. Unter ihnen war auch die Stationschwester der Kieferstation Raimundis und viele Patienten<sup>489</sup>. Schuchardt drückte seinen Schmerz über den Verlust seiner Arbeitsstätte in seinem Brief vom 6.1.1944 an Hoffmann-Axthelm so aus:

*„Ja, die Katastrophe, die das Norbertkrankenhaus betroffen hat, war doch ein erheblicher Schlag auch für mich. Es ist doch mehr verloren gegangen als wissenschaftl. Material und kaum wieder zu beschaffendes Instrumentarium. Die aufgebaute und ausbaufähige Arbeitsstätte in der liebgewonnenen Grüß-Gott-Atmosphäre vermisse ich sehr, wenn ich auch im Augenblick den Verlust nicht so sehr empfinde.“<sup>490</sup>*

Zusammenfassend wird hier festgehalten, daß für die ersten Praxisjahre keine Informationen über fachliche Spezialgebiete vorliegen und mit der Einrichtung der Kieferstation 1936 Schuchardts kontinuierliche wissenschaftliche Arbeit begann. Die Operationen, über die er berichtete, sind überwiegend dem kieferchirurgischen Arbeitsfeld zuzuordnen. Es finden sich aber bereits Ansätze in Richtung Gesichtsplastik. In seiner klinischen Abteilung bildete er bereits Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aus.

In welcher Spannung Schuchardt unter der Herrschaft der Nationalsozialisten in Deutschland gelebt haben muß, kommt in der Tatsache zum Ausdruck, daß er als Vater von emigrierten und als „Halbjuden“ eingestuft Kindern u. a. den NS-„Reichsmarschall“ Hermann Göring als Privatpatienten kieferchirurgisch behandelte. Es gibt zwei Varianten der Geschichte, wie Göring auf Schuchardt aufmerksam wurde. Die eine besagt, daß Göring durch einen Luftwaffenoffizier, den Schuchardt zuvor im Lazarett behandelt hatte, auf dessen operatives Geschick hingewiesen worden war<sup>491</sup>. Nach der zweiten wurde der Kontakt über Georg Axhausen hergestellt (siehe 2.4.3), der seit Kriegsbeginn als Leiter der Kieferklinik der Luftwaffe arbeitete und eigentlich für die Behandlung Görings zuständig gewesen wäre. Schuchardt soll Göring vor Behandlungsbeginn gesagt haben, daß er kein Nationalsozialist sei<sup>492</sup> bzw. daß er nicht in der Partei sei und auch nicht eintreten werde<sup>493</sup>. Göring soll darauf erwidert haben, daß er keinen Nationalsozialisten brauche, sondern einen guten Arzt<sup>494</sup>. Bevor er sich jedoch selbst einer Behandlung unterzog, soll er darauf bestanden haben, zunächst einer Operation an einem seiner Adjutanten beizuwohnen, um sich mit eigenen Augen von Schuchardts chirurgischem Können zu überzeugen<sup>495</sup>. Später führte Schuchardt dann bei Göring 16 Wurzelspitzenresektionen in einer Sitzung in der Praxis durch<sup>496</sup>. Auch Frau Göring ließ sich einmal von Schuchardt in seiner Praxis kieferchirurgisch behandeln<sup>497</sup>. Wenig später wurde er mit seinem Assistenten Hoffmann-Axthelm zu einem kieferchirurgischen Eingriff bei

487 Chirurgenverzeichnis 1969, S. 711.

488 Büttner 1990, S. 14.

489 Büttner 1990, S. 14; Hoffmann-Axthelm 1990, S. 42.

490 Brief Schuchardts an Hoffmann-Axthelm, 6.1.1944.

491 Persönliche Mitteilung von Krohn.

492 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 39.

493 Persönliche Mitteilung von Krohn.

494 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 39.

495 Persönliche Mitteilung von Krohn.

496 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 39.

497 Ebd. S. 39-41.

Magda Goebbels ins Westsanatorium in der Joachimstalerstraße<sup>498</sup> bestellt, den er an Ort und Stelle sofort durchführen mußte. Die Nachbehandlungen erfolgten dann in Schuchardts Praxis<sup>499</sup>.

Selbstherrlich wollte Göring Schuchardt für seine Dienste mit einem Professorentitel belohnen. Da Schuchardts Ablehnung von Göring nicht akzeptiert wurde, bat Schuchardt seinen späteren Habilitationskorreferenten, den damaligen Ordinarius der dritten Berliner Chirurgischen Universitätsklinik<sup>500</sup> und Oberst der Luftwaffe Erwin Gohrbandt (1890-1965), Göring von seinem Vorhaben abzubringen, was diesem auch gelang. Er machte Göring begreiflich, daß ein geschenkter Professorentitel der wissenschaftlichen Laufbahn eher schade als nütze<sup>501</sup>. Zweimal bat Schuchardt seinen einflußreichen Patienten jedoch auch um Unterstützung: Einmal für seinen zur Luftwaffe eingezogenen Neffen Max Krohn, der nach einer Wurzelspitzenresektion, die Schuchardt in der Berliner Praxis durchgeführt hatte, an die Front abkommandiert werden sollte. Nach Görings Intervention als Oberbefehlshaber der Luftwaffe konnte Krohn wieder an seinen alten Luftwaffenstützpunkt zurückkehren<sup>502</sup>. Das zweite Mal bat Schuchardt ihn um die Zuweisung von Material für den Bau von zwei Operationssälen in der Landesirrenanstalt Görden, in welche die von Schuchardt geleiteten Tempelhofer Lazarettabteilung im Herbst 1943 umgezogen war (siehe oben). In der Tat erhielt er auf Anordnung von Göring, der auch als Leiter der gesamten Kriegswirtschaft fungierte, das zur Mangelware gewordene Baumaterial<sup>503</sup>.

Wie weit die teilweise auf Hörensagen beruhenden Angaben meiner Gewährsleute in allen Einzelheiten zutreffend sind, muß offenbleiben. Sie lassen jedoch den Schluß zu, daß Schuchardt selbst kein Nationalsozialist war, sondern nur als Kieferchirurg für Behandlungen bei den genannten einflußreichen Nationalsozialisten bzw. deren Ehefrauen herangezogen wurde. Daß er dadurch trotz seiner offen unpolitischen Haltung auch in Gefahr geraten konnte, war ihm durchaus bewußt, wie eine Bemerkung zeigt, die er kurz vor der Behandlung bei Frau Göring in seiner Praxis zu Hoffmann-Axthelm machte: „Sehen Sie, bei Kriegsende steht hier kein Haus mehr, nur die Laterne da unten, die ist übrig geblieben. Und an der hängen sie mich auf!“<sup>504</sup>.

498 Prominentenklinik, in der die Berliner Koryphäen ihre Privatpatienten behandelten, siehe Hoffmann-Axthelm 1990, S. 41.

499 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 41.

500 Lebenslauf von Erwin Gohrbandt in Stichworten: geboren am 20.9.1890 in Schlawe, Pommern, 1910-1914/15 Studium der Medizin an der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen in Berlin, 1914/15 Ärztliches Staatsexamen und Promotion zum Dr. med., 1914-1918 Militärdienst, 1919 Tätigkeitsbeginn an der Charité in Berlin, 1924 Habilitation unter Otto Hildebrand an der Chirurgischen Klinik der Charité, bis 1928 Leiter der kinderchirurgischen Abteilung, 1928-1940 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses am Urban, 1940 Ordinarius an der dritten chirurgischen Universitätsklinik in Berlin im damaligen Städtischen Robert-Koch-Krankenhaus (später Städtisches Krankenhaus Moabit), nach 1945 ärztlicher Leiter des Krankenhauses Moabit, danach bis 1965 Leiter eines großen Ambulatoriums in Berlin-Tiergarten, siehe Winau, Vaubel 1983, S. 31.

501 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 39.

502 Persönliche Mitteilung von Krohn.

503 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 40.

504 ebd. S. 39.

## 2.6 **Spezialisierung zum Kiefer-Gesichtschirurgen während des zweiten Weltkrieges**

### 2.6.1 **Hugo Ganzer – Pionier der Kiefer- und Gesichtschirurgie in Berlin während des ersten Weltkrieges**



Abb. 49. Hugo Ganzer.

Auf die Pionierleistungen des Zahnarztes Hugo Ganzer (1879-1960)<sup>505</sup> muß im Zusammenhang mit Schuchardt eingegangen werden, weil Ganzer 1915 eine Operationsmethode erfand, die Schuchardt in der Zeit des zweiten Weltkrieges zur Vollkommenheit ausbaute<sup>506</sup> (siehe 2.6.3 und 3.1.2) (Abb. 49).

„Das Leben und Wirken des Zahnarztes Hugo Ganzer“ war bereits 1975 Thema der zahnmedizinischen Dissertation von Johann-Hartwig von Treuenfels, und offenbar in Unkenntnis der ersten erschien 1994 die zahnmedizinische Dissertation von Frank Bannwart „Hugo Ganzer: Zahnarzt und militärischer Kieferchirurg“. Den eindrucksvollsten Einblick in das Schaffen

Ganzers gestattet allerdings dessen 1943 erschienene Monogra-

fie „Die Kriegsverletzungen des Gesichts und des Gesichtsschädels und die plastischen Operationen zum Ersatz der verlorengegangenen Weichteile und Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Kieferverletzungen“.

Ganzer wurde 1879 in Neumünster geboren, studierte von 1897-1900 in Leipzig und in Berlin Zahnheilkunde<sup>507</sup>, wo er 1900 sein Staatsexamen bestand. Von 1902 bis 1908 widmete er sich dem Studium der Medizin und der Naturwissenschaften<sup>508</sup>, das er mit der philosophischen Dissertation „Anatomie und Entwicklung des Gebisses vom Meerschweinchen“ ohne Staatsexamen beendete. Bei Kriegsausbruch begann er freiwillig, als Zahnarzt im großen Garnisonslazarett Berlin-Tempelhof zu arbeiten<sup>509</sup>. Da dort sein exzellentes operatives Können auffiel<sup>510</sup>, erhielt er im Januar 1915 durch das Sanitätsamt des Gardekorpors von dem Sanitäts-Departement des Preußischen Kriegsministeriums den Auftrag, im Reservelazarett Hochschule für Bildende Künste zu Charlottenburg bei Berlin eine kieferchirurgische Station einzurichten und zu leiten<sup>511</sup>. Treuenfels nimmt an, daß Ganzer schon vor dem ersten Weltkrieg operativ tätig gewesen sein muß<sup>512</sup>.

505 Lebenslauf Hugo Ganzer in Stichworten: geboren am 15.12.1879 in Neumünster (Schleswig-Holstein), 1897 Reife am Königsstädter Realgymnasium in Berlin, 1897-1900 Studium der Zahnheilkunde in Leipzig und Berlin, 1900 Zahnärztliches Staatsexamen in Berlin, siehe Bannwart 1994, S. 10-11, 1902-1908 Studium der Medizin und der Naturwissenschaften, siehe Treuenfels 1975, S. 9, darunter Vorlesungsbesuche über die Behandlung von Kieferfrakturen und Kieferdefekten, bei Gösta Hahl (1862-1920), Bekanntschaft mit Ernst von Bergmann (1836-1907) und Erich Lexer, 1908 Promotion zum Dr. phil., 1914 freiwillige Tätigkeit im Garnisonslazarett in Berlin-Tempelhof, 1915 Aufbau der Kieferstation des Reservelazaretts Hochschule für bildende Künste und deren Leitung bis 1923, zwischen dem ersten und zweiten Weltkrieg führte er eine zahnärztliche Privatpraxis in Berlin, 1937 Promotion zum Dr. med. dent. in Berlin, ab Kriegsbeginn leitete er sanitätsdienstliche Kurse und hielt Vorträge zum Bereich Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, 1944 Ernennung zum Professor, siehe Bannwart 1994, S. 11-13, 1945 Aufbau einer kiefer-gesichtschirurgischen Abteilung im Westend-Krankenhaus in Berlin-Charlottenburg und deren Leitung bis 1950, 1950-1960 Privatpraxis, gestorben 20.3.1960, siehe Treuenfels 1975, S. 12-14.

506 Hoffmann-Axthelm, in: Pfeifer 1982, S. 11.

507 Bannwart 1994, S. 10-11.

508 Treuenfels 1975, S. 9.

509 Bannwart 1994, S. 10-11.

510 Hoffmann-Axthelm 1960 [a], S. 176a.

511 Ganzer 1943, S. 2.

512 Treuenfels 1975, S. 9.

Um einen solchen Auftrag an einen Zahnarzt nachvollziehen zu können, wird kurz erklärt, wie in Deutschland während des ersten Weltkriegs der Bedarf an Spezialbehandlungsstätten für Kiefer- und Gesichtsverletzte anstieg. Ursache war in erster Linie die fortgeschrittene Waffentechnik, insbesondere die Explosivgeschosse sowie die Form der Kriegsführung als Stellungskrieg mit Schützengräben, die zu einer überaus großen Anzahl von Verletzungen der Kiefer und des Gesichts bei Soldaten führte<sup>513</sup>. Die Vorbereitungen auf diese Art von Verletzungen waren im deutschen Feldheer sowohl personell als auch „institutionell“ unzureichend, was sich im zweiten Weltkrieg tragischerweise wiederholen sollte (siehe 2.6.2). Generell war eine viel zu geringe Anzahl von Zahnärzten im Sanitätsdienst eingesetzt und die wenigen noch unvorteilhaft verteilt. So waren zum Beispiel in den Feldlazaretten an der Front, wo die erste chirurgische Verwundetenversorgung stattfand bis zur Mitte des Jahres 1917 keine Zahnärzte und für jedes Kriegslazarett, das im rückwärtigen Gebiet lag, nur zwei Zahnärzte im Einsatz. Ihre Zahl stieg bis 1916 auf sieben<sup>514</sup>. Für nähere Informationen kann hier auf die Monografie „Die Militärzahnmedizin in Deutschland - Anfänge und Entwicklungen bis zum zweiten Weltkrieg“ von Claus-Dieter Schulz aus dem Jahr 1993 verwiesen werden.

Ohne zahnärztliche Hilfe<sup>515</sup> gelang es in vielen Fällen den Chirurgen nicht, eine sachgemäße Kieferbruchschienung durchzuführen. Sie beschränkten sich auf die chirurgische Wundreinigung und Wundverbände. Neben der unkorrekten Frakturbehandlung führte besonders die chirurgische Wundreinigung zu weiteren Komplikationen. Sie beinhaltete eine weiträumige Abtragung des traumatisierten Gewebes und wurde deshalb durchgeführt, weil die in früheren Kriegen gebräuchliche Methode der offenen aseptischen Wundbehandlung nach Ernst von Bergmann (1836-1907) bei den Verletzungen durch Explosivgeschosse zu Mißerfolgen geführt hatte, da es sich dabei um stark traumatisiertes, mit Geschoßpartikeln und anderen Fremdkörpern kontaminiertes Gewebe handelte. Als besonders problematisch stellte sich die primäre Wundnaht nach Paul Friedrich (1864-1916) heraus, weil ihre wesentliche Voraussetzung, die Übersichtlichkeit des Defekts fehlte. Sie galt daher als Kunstfehler. Deshalb wurden die Wunden nach der Reinigung offen, das heißt ohne Nahtvereinigung, weiterbehandelt. Sie heilten durch großflächige Bildung von Granulationsgewebe. Bei Verletzungen des Gesichts und der Kiefer führte diese Verfahrensweise zu schwersten Entstellungen und Funktionsstörungen. Die betroffenen Soldaten trafen mit erheblichen Weichgewebsverlusten und disloziert verheilten Frakturen in den „Kieferschußlazaretten“ ein, wo sie mit Hilfe plastischer Operationen oft nur ungenügend rehabilitiert werden konnten<sup>516</sup>. Von diesen Spezialbehandlungsstätten gab es zu Beginn des Krieges nur zwei mit insgesamt 200 Betten, das Reservelazarett Zahnärztliches Institut in Berlin und das Düsseldorfer Kieferlazarett, eine Abteilung des Königlichen Reservelazaretts I Düsseldorf<sup>517</sup>, das der Zahnarzt Christian Bruhn (1869-1942) gegründet hatte, weil ihm der Bedarf schon vor Kriegsausbruch bewußt war<sup>518</sup>. Daß weitere solcher Lazarette dringend notwendig wurden, kann u. a. durch die steigende Anzahl der Betten im Düsseldorfer Kieferlazarett veranschaulicht werden. Sie stieg von 40 im August 1914 auf 682 im Jahr 1916 an<sup>519</sup>. Die Kieferstation unter der Leitung Ganzers war durchschnittlich mit 200 bis 300 Verwundeten belegt<sup>520</sup>.

513 Lunze 1956 [a], S. 51; Ganzer 1943, S. 1, 18-33. Siehe auch Museum für Hamburgische Geschichte, Abteilung 1. Weltkrieg. Die Explosivgeschosse, die im ersten Weltkrieg erstmals in großer Zahl zur Anwendung kamen, siehe Lunze 1956 [a], S. 51, verursachten im Gegensatz zu den bisher bekannten Glatgeschossen Trümmervunden, siehe Treuenfels 1975, S. 24, mit zerfetzten Haut-, Muskel- und Knocheiten, die zusätzlich kontaminiert waren, siehe Bannwart 1994, S. 51, 55.

514 Flosbach 1969, S. 5.

515 Treuenfels 1975, S. 20-22.

516 Treuenfels 1975, S. 23-25.

517 Flosbach 1969, S. 11-12.

518 Mayer 1967, S. 9.

519 Ebd., S. 11-12.

520 Ganzer 1943, S. 6. Vgl. Treuenfels 1975, S. 10.

In der Regel arbeiteten in den Kieferschußlazaretten Zahnärzte und Chirurgen zusammen, zum Beispiel im Reservelazarett Zahnärztliches Institut die Zahnärzte Herrmann Schröder (1876-1942) und Franz Ernst<sup>521</sup> (1887-1947) mit dem Chirurgen Rudolf Klapp (1873-1949) und im Düsseldorfer Kieferlazarett Bruhn mit dem Chirurgen August Lindemann (1880-1970)<sup>522</sup>. Ganzer hatte eine außergewöhnliche Position indem er sowohl die zahnärztliche als auch die chirurgische Behandlung der Kieferschußverletzten durchführte. Er äußerte in diesem Zusammenhang:

*„Zwar war es für mich nicht immer eine leichte Aufgabe, gleichzeitig die Arbeit des leitenden Zahnarztes, des Gesichtsplastikers und des ordinerenden Arztes der kieferchirurgischen Station zu leisten, ... Vor allen Dingen ermöglichte mir diese Einheitlichkeit, das große Gebiet der Gesichtsverletzungen in seinem physiologisch-biologischen Zusammenhang als einheitliches Ganzes zu erfassen, ohne es in einzelne Gruppen zu zerreißen, wie es immer der Fall ist, wenn der Chirurg sein chirurgisches und der Zahnarzt sein zahnärztliches Gebiet bearbeitet.“<sup>523</sup>*

Eigenständig arbeitete auch Hans Pichler (1877-1949) in der 1914 eröffneten, zu Österreich-Ungarn gehörenden Kieferstation der von Anton von Eiselsberg (1860-1939) geleiteten Chirurgischen Klinik in Wien. Er war jedoch Stomatologe<sup>524</sup> (Arzt mit stomatologischer Spezialausbildung).

Ganzer entwickelte zwei wichtige operative Vorgehensweisen und Techniken: den frühzeitigen Nahtverschluß<sup>525</sup> und die Stranglappenplastik<sup>526</sup>, welche später auch Schuchardt einsetzte<sup>527</sup> (siehe 3.1.1.2). Während die zuerst genannte eine besonders schonende Vereinigung auseinandergerissener Gewebeteile gestattete, ermöglichte die andere den Wiederaufbau großflächig zerstörter Gesichtspartien aus körpereigenem Material. In Verbindung mit einer differenzierten Frakturbehandlung gelangen Ganzer dadurch großartige Resultate auf dem Gebiet der Gesichtsplastik. Vor allem wegen des frühzeitigen Nahtverschlusses erntete er anfangs jedoch schlimmste Beschimpfungen bis hin zu Verleumdungen von seiten der Ärzte, da er sich gegen die geltenden Grundsätze der Wundbehandlung stellte<sup>528</sup>. Auch Lindemann und Pichler hatten eine veränderte Herangehensweise gefordert, indem sie sich für eine äußerste Zurückhaltung bei der chirurgischen Wundreinigung von Gesichtsverletzungen aussprachen. Sie blieben jedoch bei der offenen Wundbehandlung, die sie durch physikalische Maßnahmen zu unterstützen suchten (z. B. feuchte Verbände, Sonne). Lediglich die Wundränder wurden durch Pflasternaht etwas angenähert. Die Technik Ganzers bestand in einer vorsichtigen Anfrischung der Wunde ohne ihre völlige Reinigung anzustreben. Die Wundränder vereinigte er durch Drahtnähte, die er durch Metallplättchen entspannte. Er achtete immer auf eine ausreichende Abflußmöglichkeit für Wundsekrete. Anders als Friedrich setzte er keine zeitlichen Grenzen für seine Interventionen. Nach Friedrich konnte eine Wunde durch Naht primär geschlossen werden, wenn die Verletzung nicht länger als acht Stunden zurücklag<sup>529</sup>.

Die Stranglappenplastik stellte Ganzer im März 1917 vor. Jeweils sechs Monate vor bzw. nach Ganzer traten der Augenarzt Wladimir Petrowitsch Filatow (1875-1956) in Odessa im September 1916 und der Hals-Nasen-Ohrenarzt und plastische Chirurg Sir Herold Delf Gillies (1882-1960) im September 1917 in Großbritannien mit

521 Zeiher 1969, S. 52-53.

522 Hoffmann-Axthelm 1976, S. 4.

523 Ganzer 1943, S. 6-7.

524 Hoffmann-Axthelm 1976, S. 4.

525 Bannwart 1994, S. 60, 87.

526 Ebd. S. 65, 87.

527 Schuchardt 1940, S. 323-324 und Schuchardt 1942 [a], S. 345-348.

528 Treuenfels 1975, S. 26.

529 Ebd., S. 23-24.

Veröffentlichungen hervor, welche die Entwicklung eines Strang- oder Rolllappens zum Inhalt hatten<sup>530</sup>. Walter Hoffmann-Axthelm hält es aus der Sicht des Medizinhistorikers für sehr wahrscheinlich, daß jeder der drei Operateure die Idee eigenständig entwickelte<sup>531</sup>. Im Zusammenhang mit der Entstehungsgeschichte und der Technik dieser Plastik kann hier auf die Dissertation von Edelgard Kemmler verwiesen werden (siehe 1.2), welche diese von den Anfängen in der indischen Medizin um 1000 v. Ch. bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts untersuchte. Die Dissertation „Die Geschichte der Stiel-, Roll- und Henkellappen in der plastischen Gesichtschirurgie“ von Irene Müller (1947), endet bereits mit dem 19. Jahrhundert und erwies sich als wenig hilfreich bei der Beurteilung von Schuchardts Behandlungsweise. Kurze medizinhistorische Darstellungen zur Entwicklung der operativen Technik finden sich in Schuchardts Habilitationsschrift aus dem Jahr 1944, in dem Artikel „Die bipolare Lappenanlage in der Fernlappenplastik eine literatur-historische Wiederentdeckung aus dem 16. Jahrhundert“ von Paul Hauser aus dem Jahr 1952 und in dem Buchbeitrag von Walter Hoffmann-Axthelm aus dem Jahr 1982.

In der Monografie Ganzers werden zwei weitere interessante Aspekte angesprochen. Zum einen die Arbeitstherapie, die dem Verlust an Selbstwertgefühl bei den Verwundeten entgegenwirkte, die oft Monate bis zur Wiederherstellung ihrer entstellten Gesichter zu durchleben hatten<sup>532</sup>, der auch Bruhn eine große Bedeutung beimaß<sup>533</sup>. Zum anderen die Sammlung wissenschaftlichen Materials<sup>534</sup>, das aus beeindruckenden Fotos, Gemälden und Gipsabgüssen bestand, die von Künstlern angefertigt wurden. In Schuchardts Veröffentlichungen findet die Arbeitstherapie keine Erwähnung und hat nach Hoffmann-Axthelm (siehe 2.5), in so organisierter Form nicht bestanden (siehe unten). Die Frage ob Schuchardts Idee, Mitte der 1930er Jahre im Haus seiner Berliner Praxis ein Bildhaueratelier einzurichten (siehe 2.2.4), von der Kenntnis der Ganzerschen Sammlung herrührte, bleibt unbeantwortet. Hinweise für persönliche Kontakte zwischen Ganzer und Schuchardt konnten nicht erbracht werden.

Von allen während des ersten Weltkrieges entstandenen Kieferschußlazaretten blieben nur das Düsseldorfer Kieferlazarett und die Kieferstation der von Eiselsbergischen Chirurgischen Klinik nach dem Krieg erhalten<sup>535</sup>. Erstere wurde 1923 unter dem Namen „Westdeutsche Kieferklinik“ der Medizinischen Akademie in Düsseldorf angegliedert und war die erste Kieferklinik Deutschlands<sup>536</sup>. Sie diente der Hamburger Gesundheitsbehörde vermutlich als Beispiel für die Errichtung der „Norddeutschen Kieferklinik“ 1934 und später der „Nordwestdeutschen Kieferklinik“ 1939 in Hamburg<sup>537</sup> (siehe 2.7.1). Die kieferchirurgische Station Ganzers wurde nach Kriegsende mehrfach verlegt und dann endgültig im Garnisonslazarett in Tempelhof untergebracht, wo Ganzer noch bis 1923 Nachbehandlungen von verwunderten Soldaten aus ostdeutschen Lazaretten vornahm<sup>538</sup>. Damals beabsichtigte er aus dem von ihm gesammelten Material eine Monografie zu erstellen, wovon er jedoch absah, weil das Fachinteresse abgeebbt war. 1936 veröffentlichte er seine Kenntnisse in der zahnmedizinischen Dissertation „Beiträge zur Behandlung der Kinn-Schußverletzungen“. Nach Beginn des zweiten Weltkrieges eröffnete sich für ihn die Möglichkeit, seine Erfahrungen in umfassender Form zu publizieren<sup>539</sup>. Während dieses

530 Kemmler 1963, S. 25-31. Zur Profession und zum Wirkort Filatows siehe Hoffmann-Axthelm (Hrsg.) 1995, S. 341. Zur Profession Gillies siehe ebd., S. 142. Er wirkt in Aldershot und Sidcup bei London, siehe ebd., S. 342.

531 Hoffmann-Axthelm 1960 [a], S. 176 b. Vgl. Hoffmann-Axthelm 1982, S. 9-11, Neumann 1995, S. 266.

532 Bannwart 1994, S. 56.

533 Mayer 1967, S. 16.

534 Ganzer 1943, S. 2.

535 Reichenbach 1971, S. 266; Hoffmann-Axthelm 1976, S. 4.

536 Mayer 1967, S. 101.

537 Vgl. Fischer 1980, S. 81.

538 Treuenfels 1975, S. 10.

539 Bannwart 1994, S. 12-13.

Krieges war er nicht im Sanitätsdienst eingesetzt<sup>540</sup>, aber an Fortbildungsveranstaltungen beteiligt<sup>541</sup> in deren Rahmen er auch einen wissenschaftlichen Disput mit Schuchardt hatte<sup>542</sup> (siehe unten). 1945 wurden Ganzers gesamte wissenschaftliche Unterlagen durch Bomben zerstört. Nach dem Krieg arbeitete er von 1945 bis 1950 als Chefarzt in der Kiefer- und gesichtschirurgischen Abteilung am Westend-Krankenhaus in Berlin-Charlottenburg, bis diese in die Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses überführt wurde<sup>543</sup> (siehe 2.4.2).

### 3.6.2 Organisation der Versorgung von Kiefer-Gesichtsverletzten während des zweiten Weltkrieges

Zum besseren Verständnis von Schuchardts lazarettärztlichem Dienst und für seine Fachbeiträge während des zweiten Weltkrieges wird im folgenden ein Einblick in die Versorgungsstrategien des Heeres der Deutschen Wehrmacht für kiefer- und gesichtsverletzte Soldaten gegeben. Da es hier nur um eine grobe Orientierung geht, wurde auf eigene Quellenstudien verzichtet. Die Grundlage dieses Kapitels bildet die zahnmedizinische Dissertation von Hans Helmut Flosbach „Die zahnärztliche Versorgung der Deutschen Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg“ von 1969. Flosbach zitiert in dieser Arbeit u. a. Auszüge aus dem Zeitschriftenartikel „Grundsätzliches zur Versorgung der Kiefer-Gesichtsverletzten bis zur Aufnahme in ein Fachlazarett für Kieferverletzte“ von Alfred Rohrer (1886-1959)<sup>544</sup> aus dem Jahr 1940, die auch hier zu Beginn herangezogen werden, um die therapeutischen Kriterien zu verdeutlichen (siehe 2.7.1).

Behandlungsdauer und Heilungserfolg bei Geschoßverletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich waren abhängig vom Zeitpunkt und von der Qualität der Erstversorgung sowie vom unverzüglichen Einsetzen der fachärztlichen Behandlung. Rohrer forderte bei der Versorgung von Kiefer- und Gesichtsschüssen das Anlegen einer Hilfschiene innerhalb von 24 bis 48 Stunden und das Anlegen einer definitiven Schiene innerhalb von zwei bis fünf Tagen. Anderenfalls würden fehlerhafte Gewebekonsolidierungen zu Komplikationen führen<sup>545</sup>. Erste Hilfe erhielten die Verletzten direkt an der Front vom Sanitätsdienstgrad ihres Truppenteils und von ihrem Truppenarzt. Die Erstversorgung, das heißt hier die provisorische Kieferbruchschiene (Hilfschiene), erfolgte in der Regel auf dem Hauptverbandsplatz (2 km hinter der Hauptkampflinie), aber teilweise auch im Feldlazarett (5-8 km hinter der Hauptkampflinie)<sup>546</sup>. Da die Schienentherapie spezielle Kenntnisse auf zahnärztlichem Gebiet voraussetzt, wurden für die Erstversorgung Zahnärzte benötigt, die aber erst ab 1942 dort geregelt eingesetzt waren<sup>547</sup> (siehe unten). Wenn die Kampfhandlungen Transporte ermöglichten, verlegte man die Verwundeten nach der Erstversorgung von den frontnahen Sanitätseinrichtungen in die Kieferverletztenabteilung eines Kriegslazaretts. Im Kriegslazarett waren die personellen und technischen Voraussetzungen für eine fachkundige Behandlung, das heißt für das Anlegen einer definitiven Schiene, vorhanden. Soldaten mit komplikationslosen Verletzungen blieben dort bis zur Ausheilung.

Soldaten mit schweren Verletzungen verlegte man direkt oder, falls sie von der Ostfront kamen, über die Quarantänestation „Lazarettbasis Ost“<sup>548</sup> in ein Reservelazarett der Heimat. Verletzte mit komplizierten Frakturen des Gesichtsschädels ohne größere Defekte und ohne Nebenhöhlenbeteiligung erhielten in einer Abteilung

540 Teufenfels 1975, S. 12.

541 Bannwart 1994, S. 12.

542 Axhausen 1940, S. 327, 329.

543 Teufenfels 1975, S. 1975, S. 12.

544 Alfred Rohrer, Facharzt für Mund- und Kieferkrankheiten, war zuerst in der Kieferklinik der Hamburger Universität und später in der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg eingesetzt (siehe 2.7.1).

545 Flosbach 1969, S. 61, zitiert Rohrer, Dtsch Mil Arzt 8 (1940), 122-123.

546 Ebd., S. 40, 43-44.

547 Ebd., S. 37-40, 60-62.

548 Die Station sollte das Einschleppen von Infektionskrankheiten nach Deutschland verhüten, siehe ebd. S. 44.

für Kieferverletzte die weitere Spezialbehandlung von einem in der Kieferchirurgie erfahrenen Facharzt oder Fachzahnarzt (siehe 2.4.1). Eine solche Abteilung leitete Schuchardt zu Kriegsbeginn im Reservelazarett Berlin-Tempelhof. Verwundete mit schweren Zertrümmerungsfrakturen und ausgedehnten Weichteil- und Nebenhöhlenverletzungen wurden von Fachärzten mit fundierten Erfahrungen auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie in den Fachabteilungen für Kiefer- und Gesichtschirurgie betreut<sup>549</sup>. Die von Schuchardt geleitete Abteilung für Kieferverletzte wurde aufgrund seines operativen Könnens wenig später zu einer Fachabteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie umgewandelt (siehe unten).

Wie oben beschrieben, benötigten die frontnahen Sanitätseinrichtungen für die äußerst wichtige Erstversorgung der Kiefer-Gesichtsverletzten zahnärztliche Hilfe. Der zahnärztliche Dienst im Heer war aber bei Kriegsbeginn nicht den Erfordernissen entsprechend ausgebaut, was Flosbach auf eine Fehlentscheidung der Heeresanitätsinspektion in Hinblick auf den Mobilmachungsfall zurückführt<sup>550</sup>. Auch die Marine mußte im Verlauf des Krieges ihre Organisationsform ändern; nur die Luftwaffe hatte ihre zahnärztliche Versorgung vorausschauend organisiert<sup>551</sup>. Im Heer waren zum einen zu wenig Kriegszahnärzte<sup>552</sup> im Einsatz, zum anderen waren die meisten von ihnen für die Verwundetenversorgung nicht ausgebildet. Dadurch war die Erstversorgung der Kiefer-Gesichtsverletzten des Heeres in den ersten Kriegsjahren besonders schlecht, was die Heilung sicher erheblich verzögerte. Nach Kriegsbeginn mußten erst mühsam Schulungen für Kriegszahnärzte in chirurgischer und orthopädischer Erstversorgung anlaufen<sup>553</sup>. Schuchardt führte in seiner Lazarettabteilung solche Schulungen durch<sup>554</sup>.

### 2.6.3. Leitung der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Reservelazaretts 122 und Habilitation

Am 26.8.1939, sechs Tage vor Beginn des zweiten Weltkrieges, wurde Karl Schuchardt laut Mobilmachungsplan zum Leiter der Abteilung für Kieferverletzte am Reservelazarett 122 in Berlin-Tempelhof ernannt. Anfang Herbst 1943 erfolgte die Auslagerung dieser Lazarettabteilung in die Landesirrenanstalt Görden, Stadt Brandenburg. Dort stellte er seine Habilitationsschrift „Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches“ fertig. Kurz vor Kriegsende floh er mit dem größten Teil der Lazarettpatienten vor der Sowjetischen Armee in seine Heimatstadt Itzehoe<sup>555</sup>. Von dort wurden die Verletzten in verschiedene Notlazarette in Hamburg und später nach Lübeck verlegt<sup>556</sup>. Da die operative Tätigkeit als Lazarettarzt seine wissenschaftliche Karriere grundlegend bestimmte, wird diese hier chronologisch nachgezeichnet und ein Versuch unternommen zwischen den dokumentierten Zeitereignissen und den wissenschaftlichen Veröffentlichungen Schuchardts einen Zusammenhang herzustellen.

549 Ebd., S. 43-45.

550 Ebd., S. 32-42.

551 Ebd., S. 69-70

552 Die bei Kriegsbeginn für den Sanitätsdienst des Heeres einberufenen Zahnärzte erhielten den Rang eines Beamten des höheren Dienstes auf Kriegsdauer, ihre Amtsbezeichnung war Kriegszahnarzt, in der Regel hatten sie den Dienstgrad eines Hauptmannes, siehe ebd., S. 32. 1942 wurde der Zahnärztliche Dienst im Heer neu geregelt, siehe ebd., S. 37.

553 Ebd., S. 12, 22, 45-46.

554 Schuchardt 1941, S. 107.

555 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 71. Kriegsende war am 9.5.1945. Die Grundlage für die Rekonstruktion des Zeitgeschehens bilden die Personalakte Schuchardts im Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, die Autobiographie von Walter Hoffmann-Axthelm sowie sein Beitrag in dem 1982 von Gerhard Pfeifer herausgegebenen Sammelwerk (siehe 1.2). Weiter nutzte ich die Kopien zweier Briefe Schuchardts an Hoffmann-Axthelm von 1943 und 1944. Zusätzlich erhielt ich mündliche Informationen in persönlichen Gesprächen mit Hoffmann-Axthelm und Schuchardts Tochter Carola Gouse und mit seinem Neffen Max Krohn.

556 Ebd., S. 101, 109, 112.



Abb. 50 Schuchardt  
in Wehrmachtsuniform

Das Reservelazarett 122 in Berlin-Tempelhof, heute das städtische Wenckebach-Krankenhaus, war bereits zu Friedenszeiten ein großes Standortlazarett mit vielen Spezialabteilungen, u. a. auch einer Abteilung für Kieferverletzte<sup>557</sup>. Schuchardt trat dort indirekt die Nachfolge Hugo Ganzers an (siehe oben). Ob es sich um die gleichen Räumlichkeiten handelte, ist allerdings nicht bekannt. In der Zwischenzeit waren dort Militärärzte tätig, die aber bei Kriegsbeginn abkommandiert und durch Reservisten ersetzt wurden. Schuchardt, der keine militärische Grundausbildung hatte, wurde zu Beginn seines Einsatzes zum Kriegsarzt ernannt<sup>558</sup>. Im Schnelldurchlauf erhielt er eine Einweisung in die militärischen Dienstvorschriften und ins Marschieren<sup>559</sup>. Am 1.8.1941 erfolgte die Ernennung zum Oberkriegsarzt und am 1.8.1943 zum Stabsarzt der Reserve<sup>560</sup> (Abb. 50).

Die Abteilung für Kieferverletzte bestand bis zum Sommer 1940 noch aus nur etwa zwölf Betten und einem kleinen Operationssaal. Wenig später wurde sie auf 72 Betten erweitert, so daß das ganze Haus und dann auch das Nachbarhaus zur Unterbringung genutzt wurde. Vermutlich weil der Operationssaal nicht mehr den gestiegenen Anforderungen entsprach, wurden zwei Krankensäle zu aseptischen Operationsräumen umfunktioniert. Die Unterbringung der Verwundeten erfolgte nun zusätzlich im Hilfskrankenhaus Seebad-Mariendorf, das zuvor ein Hotel gewesen war. Die Bettenzahl wuchs 1942 auf über 300<sup>561</sup>.

Ursachen für diese Ausweitung waren zum einen die steigende Zahl der Verwundeten mit schweren Kiefer- und Gesichtsverletzungen im Verlauf des Krieges, zum andern die operativen Erfolge, die Schuchardt bei der Behandlung dieser Verletzungen erzielte<sup>562</sup> und die zum Ausdruck kamen in der Umbenennung seiner „Abteilung für Kieferverletzte“ in Tempelhof in „Fachabteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie“<sup>563</sup>. In solchen Abteilungen wurden vorrangig Verletzte mit schweren Zertrümmerungsfrakturen und ausgedehnten Weichteil- und Nebenhöhlenverletzungen behandelt (siehe oben).

Hoffmann-Axthelm erinnerte sich noch an den Anfang dieser Entwicklung:

*„Es begann mit zwei Halslappen, der eine bei Verlust von Auge und Jochbein, der andere bei Ohrläppchenabschuß. Weitere Einweisungen folgten; die Resultate sprachen sich herum, so daß die Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie, wie sie bald hieß, sich erst auf das ganze Haus mit 72 Betten, dann auch auf das Nachbarhaus ausbreitete.“*<sup>564</sup>

Anfangs wurden in dem kleinen Operationssaal alle Arten kieferchirurgischer Operationen durchgeführt, von der Abszeßeröffnung bis zu plastischen Eingriffen<sup>565</sup>. Neben den kieferchirurgischen Eingriffen gewannen dann immer mehr die gesichtsplastischen Operationen an Bedeutung. Das läßt sich auch an Schuchardts Veröffent-

557 Ebd., S. 28-29; Hoffmann-Axthelm 1982, S. 11.

558 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 28; siehe auch Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator Sch 260 I, Bl. 15, Personalformular Schuchardts, ca. 1943.

559 Persönliche Mitteilung von Krohn.

560 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator Sch 260 I, Bl. 15.

561 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 28-29; Ders. 1982, S. 11.

562 Reichenbach 1971, S. 267.

563 Hoffmann-Axthelm 1982, S. 11.

564 Ebd.

565 Ders. 1990, S. 29.

lichungen ablesen. Von 1940-1945 publizierte er nur noch über Themen, die im Zusammenhang mit seiner Lazaretttätigkeit standen. Vier seiner damaligen Arbeiten waren kieferchirurgisch orientiert, sieben Beiträge betrafen die Wiederherstellungschirurgie im Kiefer- und Gesichtsbereich und ein Beitrag die Wiederherstellungschirurgie an den unteren Extremitäten (siehe 6.1.1, 6.1.3, 6.2). Der erste kieferchirurgische Artikel dieser Periode erschien 1941 unter dem Titel *Unterkieferfrakturverband, angefertigt nach einem vereinfachten Abdruckverfahren in Verbindung mit freihändiger Schienung* in der „Deutschen zahnärztlichen Wochenschrift“. Diese Publikation stand ganz im Zusammenhang mit den Schulungen von Kriegszahnärzten für den Einsatz in frontnahen Sanitätseinrichtungen (siehe oben). Sie sollte den Zahnärzten und Kieferchirurgen in Feld- und Kriegslazaretten ein schnelles, leicht reproduzierbares Verfahren zur definitiven Schienung dislozierter Kieferbrüche in die Hand geben, das auch ohne Labor durchführbar war<sup>566</sup> (siehe 3.3.2.2). In zwei weiteren Zeitschriftenartikeln aus dem Jahr 1942 beschäftigte er sich mit der orthopädischen Behandlung der Kieferklemme, eines Symptoms, das bei den Schußverletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich häufig auftrat und das durch konservative Dehnungsmaßnahmen nach der Wundheilung beseitigt werden konnte. Neben bereits bekannten mechanischen Dehnungsapparaturen zeigte er in diesen Veröffentlichungen auch selbstentwickelte bzw. von ihm modifizierte Kieferspreizen<sup>567</sup>. In der umfangreichsten Publikation dieser Zeit zu einem kieferchirurgischen Thema mit dem Titel *Ein Beitrag zur chirurgischen Kieferorthopädie unter Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Behandlung angeborener und erworbener Kieferdeformitäten bei Soldaten* stellte er anhand von acht Patientenfällen verschiedene operative Eingriffe zur Behandlung von Kieferanomalien vor, die notwendig geworden waren, weil die Soldaten infolge von Okklusionsstörungen an Kaubehinderungen litten. Interessant ist sein Bestreben, die von Waßmund bzw. Axhausen beschriebenen Verfahren zur teilweisen und zur totalen Mobilisation des Oberkiefers zu verbessern (siehe 3.4.2.1 u. 3.4.2.2). Außerdem modifizierte er die in Deutschland von August Lindemann eingeführte Osteotomie am Ramus mandibulae und erreichte damit einen wesentlich schnelleren Heilungsverlauf<sup>568</sup> (siehe 3.4.2.4.2).

Seine erste Veröffentlichung auf dem Gebiet der plastischen Operationen zur Rehabilitation von Soldaten mit kriegsbedingten Kiefer- und Gesichtsverletzungen war ein kleiner Diskussionsbeitrag auf einer Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, die vom 9. bis 10.3.1940 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin stattfand und deren Referate und Diskussionen anschließend veröffentlicht wurden. Die Leitung dieser Veranstaltung hatte Georg Axhausen. Es referierten u. a. die erfahrenen Kieferchirurgen Hugo Ganzer, Hans Pichler (siehe oben) und Martin Waßmund<sup>569</sup> (siehe 2.4.2). Schuchardt beteiligte sich mit einem Diskussionsbeitrag an der Aussprache zu dem Thema „Die Behandlung der Kriegsschußverletzungen im Gesichtskieferbereich“, über das Axhausen referiert hatte. Schuchardt demonstrierte einen Krankenfall mit Defektfrakturen von Jochbein, Jochbogen und Orbitaboden, bei dem er durch späte operative Wundversorgung eine rasche Wundheilung (zunächst Defektheilung) und das Anwachsen des zerrissenen Augenlides erzielen konnte. Leider hatte sich die Wunde nachträglich mit Streptokokken infiziert, was Schuchardt zu der Frage an Axhausen veranlaßte: „... wie lange man nach dem völligen Abklingen eines Erysipels wohl mit einer plastischen Operation zu warten hätte“<sup>570</sup>.

566 Schuchardt 1941, S. 107-110.

567 Schuchardt 1942 [c], S. 431-437; Ders. 1942 [e], S. 677-680.

568 Ders. 1942 [f], S. 73-98. Es handelt sich um die Veröffentlichung des gleichnamigen Vortrags, den Schuchardt auf einer Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Zahnärztliche Kieferorthopädie hielt, die vom 25.-26.10.1941 in Köln stattfand.

569 Axhausen 1940, S. III.

570 Schuchardt 1940, S. 323-324.

Dazu nahmen im Verlauf der Aussprache Ganzer und Axhausen Stellung. Bevor sie jedoch Schuchardts Frage beantworteten, kritisierten beide in strengen Worten das Auftreten dieser Infektion und betonten, ihnen sei das in ihrer langen Berufszeit nie passiert<sup>571</sup>. So sah sich Schuchardt zu Beginn seiner plastisch-operativen Tätigkeit auf dem Gebiet der Kriegsschußverletzungen statt einer Anerkennung von seiten der führenden Chirurgen heftiger Kritik ausgesetzt. Möglicherweise hat das seinen Ehrgeiz angespornt, denn schon ein Jahr später, am 5.3.1941 hielt er vor der „Vereinigung Jüngerer Zahnärzte“ in Kopenhagen einen Vortrag über „Die Versorgung von Gesichts- und Kieferverletzten einschließlich der plastischen Wiederherstellung verlorengegangener Teile“<sup>572</sup> (siehe 2.5). Zeitschriftenveröffentlichungen zu diesem Thema folgten dann 1942. Die bedeutendste dieser Arbeiten trägt den Titel *Ein Beitrag zur Deckung von Gaumendefekten mit extraoralen Rundstiellappen* (siehe 3.1.1.2). Erstens weil Schuchardt hier die Bezeichnung „Rundstiellappen“ ins Leben rief, der sich bald gegenüber den bisherigen Begriffen „Strang-“, „Henkel-“ oder „Rollappen“ durchsetzte, und zweitens weil sie seine erste ausführliche Darstellung dieser Plastik an drei Fallbeispielen von Patienten ist, von denen einer bereits Ende des Jahres 1940 behandelt worden war. An einem Fall wird auch ersichtlich, daß er die in der Kriegschirurgie gewonnenen Erfahrungen mit dieser Operationstechnik auch an seiner Kieferabteilung am St.-Norbert-Krankenhaus anwandte. In diesem Fall diente die Rundstiellappenplastik zur Rekonstruktion eines Oberkiefersegments, das wegen eines Tumors reseziert worden war<sup>573</sup>. Eine weitere Arbeit erschien im Zusammenhang mit Schuchardts Besuch am zahnärztlichen Institut in Madrid im Oktober 1941<sup>574</sup> in den „Anales espanoles de Odontostomatologia“ unter dem Titel *Contribucion al tratamiento de las lesiones del maxila y de la cara* (Beitrag zur Behandlung von Kiefer- und Gesichtsverletzungen)<sup>575</sup>. Ein kleinerer Beitrag ist der *Ersatz des Ohrläppchens mit einem Rundstiellappen vom Hals*<sup>576</sup> (siehe 3.1.1.6.1), der entsprechend seiner hauptsächlich ästhetischen Zielstellung in der damaligen Kriegssituation vermutlich von untergeordneter Bedeutung war, aber dennoch zu beachten ist, weil es Schuchardts zweite Veröffentlichung in einer chirurgischen Zeitschrift war.

Sein zahntechnisches Verständnis und sein Bemühen um die Vereinfachung komplizierter zeitaufwendiger Konstruktionen kommen in dem Artikel *Eine einfache Apparatur zur Befestigung von Operationsunterlagen am Oberkiefer* zum Ausdruck. Hier zeigt er eine Oberkieferdrahtschiene, an der variable Stützvorrichtungen für noch vorhandene oder frisch transplantierte Gewebeteile abnehmbar angesetzt werden können. So besteht zum Beispiel die Möglichkeit, an der Schiene Kunststoffkegel für die Fixation von Geweberesten einer traumatisierten Nase, einen Lippenschild als Unterlage für den Aufbau einer neuen Oberlippe oder eine Mundsperrvorrichtung für das intraorale Einheilen eines Rundstiels anzubringen<sup>577</sup> (siehe 3.1.1.3.1). Alle drei in Deutschland erschienenen Arbeiten zum Thema Wiederherstellungschirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich fanden später in seiner Habilitationsschrift Verwendung<sup>578</sup>.

571 Axhausen 1940, S. 327, 329.

572 Mitteilungen-Hochschulnachrichten 1941, S. 214.

573 Schuchardt 1942 [a], S. 127-131 und Hoffmann-Axthelm 1982, S. 11.

574 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator Sch 260 I.

575 Schuchardt 1942 [g] 172-170.

576 Ders. 1942 [b], S. 345-348.

577 Ders. 1942 [d], S. 496-499.

578 Ders. 1944, S. 44-47, 108-111, 189-190.

Im Zuge der veränderten Kriegsstrategie der Alliierten besonders im Bereich des Luftkrieges ordnete der Gauleiter Berlins, Joseph Goebbels, im August 1943 an, die Stadt zu evakuieren. Ab März 1942 hatte die britische Luftwaffe als Gegenoffensive zu den deutschen Luftangriffen auf englische Städte begonnen, Großangriffe auf Industrie- und Verkehrsanlagen sowie Wohngebiete deutscher Großstädte zu fliegen<sup>579</sup>. Dabei wurden durch den flächenhaften Einsatz von Brandbomben ganze Stadtviertel zerstört, so zum Beispiel in Lübeck in der Nacht vom 28. zum 29.3.1942 und beim Feuersturm in Hamburg in der Nacht vom 27. zum 28.7.1943<sup>580</sup>. Die Evakuierungsmaßnahme betraf auch Schuchardts Abteilung für Kiefer- und Gesichtsverletzte. In Berlin-Tempelhof verblieb nur eine kieferchirurgische Ambulanz zur Betreuung der Soldaten in den anderen Lazarettabteilungen und zur Weiterleitung der Neuzugänge nach Görden<sup>581</sup>.

Die Irrenanstalt Görden war nach der Anstalt Grafeneck in Württemberg die zweite deutsche Anstalt für neurologisch und psychisch Kranke, in der im Rahmen der „Euthanasie“-Aktion T4 Massentötungen von Patienten durchgeführt wurden. Von Februar bis September 1940 wurden in Görden 8772 Menschen getötet. Die Ermordeten waren Anstaltsinsassen aus Görden oder Patienten aus anderen Einrichtungen, die dorthin zur Tötung verlegt worden waren<sup>582</sup>.

Die 1943 dorthin verlagerte Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie hatte 250 Betten<sup>583</sup>. Ein Brief Schuchardts an Walter Hoffmann-Axthelm vom 2.10.1943 markiert in etwa den Zeitpunkt des Neuanfangs der operativen Arbeit nach dem Wechsel. Schuchardt schrieb: „In Görden sind wir jetzt mit der Einrichtung zur Hauptsache fertig. Zweimal habe ich in dem neuen Op[erations]s[aal]. schon operiert.“

In Görden stellte Schuchardt seine Habilitationsschrift „Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches“ fertig. Die darin ausgewerteten Forschungsarbeiten erfolgten aber schon früher, wie die angesprochenen Zeitschriftenartikeln beweisen. Die Basis für Schuchardts Habilitationsschrift stellten seine umfassend dokumentierten operativen Maßnahmen in der Wiederherstellungschirurgie des Kiefer-Gesichtsbereiches während seiner Lazarettzeit dar. Er systematisierte speziell die Wiederherstellungsoperationen zur Rekonstruktion verschiedener Gesichtspartien, in denen mit Hilfe der bekannten Rundstiellappenplastik ausreichend körpereigenes Transplantationsmaterial gewonnen werden konnte. Er gliederte die Arbeit im wesentlichen in zwei Abschnitte: Grundlagen der operativen Technik und Erläuterungen zu ihrer Anwendung auf die verschiedenen Gesichtspartien. Seine genauen Beschreibungen sowie die Zeichnungen der einzelnen Operationsschritte und die fotografischen Abbildungen machten die operativen Techniken für andere Chirurgen reproduzierbar<sup>584</sup>, worin nach meiner Einschätzung der Hauptwert dieser Arbeit liegt (siehe 3.1.1.2).

579 Neues Fischerlexikon 1979, S. 6456.

580 Bracker 1993, S. 118, 124, 128. Siehe auch Bajohr 1998.

581 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 41-42.

582 Bleker, Jachertz 1993, S. 168. Ausgangspunkt dieser Aktion war ein auf den 1.9.1939 datiertes Schreiben Hitlers, „unheilbar Kranken“ den „Gnadentod“ zu gewähren. Daraus entwickelte sich unter aktiver Mitarbeit von 50 Ärzten die organisierte Tötung von psychisch Kranken in Deutschland. Zur Organisation der Euthanasie wurde von August 1939 bis April 1940 eine schließlich 400 Personen umfassende Dienststelle in der Führerkanzlei eingerichtet, die ab April 1940 in einer Villa in der Tiergartenstraße 4 (T4) in Berlin untergebracht war. Die Auswahl der Opfer erfolgte über Meldebögen, die an die behandelnden Ärzte geschickt wurden. Alle Kranken mit der Diagnose Schizophrenie, Epilepsie, Paralyse, Schwachsinn, Enzephalitis, Huntingtonscher Chorea, die nicht oder nur mit mechanischer Arbeit beschäftigt werden konnten, sowie kriminelle Geistesranke und Nervenranke, die sich mehr als fünf Jahre dauerhaft in Anstalten befanden, waren meldepflichtig. Die Kranken wurden in die Tötungsanstalten eingewiesen oder verlegt und dort durch Medikamente oder Gas (Kohlenmonoxid) ermordet, siehe ebd. S. 168-171.

583 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 42.

584 Schuchardt 1945, Geleitwort von Erwin Reichenbach zu Schuchardt 1944.

Sein Gesuch um Habilitation im Fach Kieferchirurgie an der medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelm-Universität hatte er bereits am 3.9.1943 eingereicht<sup>585</sup>. Am selben Tag teilte sein Referent, Otto Hofer<sup>586</sup> (1892-1972), seit 1940 Extraordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie am Zahnärztlichen Institut der Berliner Universität, dem Dekan der medizinischen Fakultät Paul Rostock mit, daß er Schuchardt das Thema „Rollappenplastik“ zugewiesen hätte und ihm ein Teil des Manuskripts schon vorläge<sup>587</sup>. In seinem Referat, geschrieben im Dezember 1943, hielt er die von Schuchardt geleistete systematische Ausarbeitung einer bekannten Methode und die operativ technischen Verbesserungen, darunter auch zahnärztlich-prothetische Hilfsmittel für besonders hervorhebenswert<sup>588</sup>. Ein außergewöhnlich gutes plastisches Verständnis und technisches Können wurde Schuchardt von seinem Korreferenten, dem Berliner Ordinarius für Chirurgie Erwin Gohrbandt, bestätigt<sup>589</sup> (siehe 2.5), der sich durch besondere Erfolge in der chirurgischen Korrektur angeborener Mißbildungen bei Kindern in der plastischen Chirurgie einen Namen gemacht hatte<sup>590</sup>. Er sah den Wert der Arbeit in der Mitteilung praktischer Erfahrungen. Axhausen, im Dezember 1943 zur Eignung Schuchardts als Hochschullehrer befragt, äußerte, daß Schuchardts Arbeiten über die Aktinomykose und über den „Stranglappen“ in der Gesichtsplastik bedeutsam seien und schilderte ihn als begabten Redner und Demonstrator<sup>591</sup>.

Schuchardt rechnete Ende Januar mit dem Abschluß der Habilitation. Er äußerte gegenüber Hoffmann-Axthelm jedoch Bedenken, ob er auch eine Dozentur an der Berliner Universität erhalten werde, da er vermutete, daß der Dekan nicht einverstanden sein könnte und Hofer ihn ungern an der Universität sähe<sup>592</sup>. Überraschend kam es Ende Januar zum Stop des Habilitationsverfahrens<sup>593</sup>, und die zum 25.1.1944 geplante Probevorlesung „Diagnostik und Therapie der cervicofacialen Aktinomykose“ wurde ausgesetzt.<sup>594</sup> Der Grund war, daß der Dozentenführer W. M. Schering gegen die Habilitation Schuchardts Einspruch erhoben hatte, weil er es nicht für zulässig hielt, jemanden zum Beamten zu berufen, der mit einer „Jüdin“ verheiratet gewesen ist<sup>595</sup>. Der Dekan klärte Schering darüber auf, daß eine Habilitation nicht mit einer Verbeamtung verbunden sei und wies auf Schuchardts militärische Stellung als Stabsarzt hin<sup>596</sup>. Schering nahm einen Tag später seinen Einspruch zurück<sup>597</sup>. Am 8.2.1944 absolvierte Schuchardt die Probevorlesung<sup>598</sup> und erhielt sein Habilitationsdiplom<sup>599</sup>.

585 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator Sch 260 II, Bl. 1, Schuchardt an medizinische Fakultät der Friedrich-Wilhelm-Universität, 3.9.1943.

586 Lebenslauf von Otto Hofer in Stichworten: geboren am 23.9.1892 in Wien, Sohn des Hofzahnarztes K. Hofer (1845- ?), 1911 Reifezeugnis am Obergymnasium in Kremsmünster, 1911-1919 Studium der Zahnmedizin und der Medizin in Wien, 1915 Sanitätsfähnrich später Sanitätsleutnant des Infanterieregimentes Nr. 99 in der Kriegszahnklinik der IV. Armee Lublin, 1918-1919 Demonstrator, 1919-1927 Assistent am Wiener Zahnärztlichen Institut, 1919 Promotion zum Dr. med., 1919-1926 zusätzlich Assistent an Kieferstation der I. Chirurgischen Klinik bei Hans Pichler, 1922 Volontariat bei Erich Lexer in Freiburg, 1926 Habilitation in Wien, siehe Baumann 1986, S. 23-24; 1936 von der NSDAP (Reichsdozentenführer) für ein Extraordinariat für Kieferchirurgie und 1938 für den Lehrstuhl für Zahnheilkunde an der Hansischen Universität empfohlen, siehe Bussche 1989 [a], S. 99-102, vermutlich war Hofer aktives NSDAP-Mitglied; 1926-1936 Oberarzt an der Kieferstation, 1936-1939 Leiter der zahnärztlichen Abteilung der Universitätspoliklinik in Wien, 1940-1945 außerordentlicher Professor und Direktor der Abteilung für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten des Zahnärztlichen Instituts der Universität, 1945-1964 Aufbau und Leitung der Abteilung für Kieferchirurgie an den Städtischen Krankenanstalten in Linz, gestorben am 28.2.1972 in Linz, siehe Baumann 1986, S. 24-27.

587 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator Sch 260 II, Bl. 13, Hofer an Dekan, 3.9.1943.

588 Ebd., Bl. 21, Hofer an Dekan, 11.12.1943.

589 Ebd., Bl. 22, Gohrbandts Beurteilung der Schuchardtschen Habilitationsschrift, 8.1.1944.

590 Winau, Vaubel 1983, S. 31.

591 Barch, PK, Schuchardt, Karl, Beurteilung „Axhausen-Berlin“, 21.12.1943.

592 Brief Schuchardts an Hoffmann-Axthelm, 6.1.1944.

593 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator, Sch 260 II, Bl. 28, Dekan Rostock an Schering, 24.1.1944.

594 Ebd., Bl. 26, Tagesordnung der ordentlichen Fakultätssitzung am 25.1.1944, 18.1.1944 und Bl. 34, Tagesordnung der ordentlichen Fakultätssitzung am 8.2.1944, 2.2.1944.

595 Ebd., Bl. 27, Schering an Dekan, 18.1.1944.

596 Ebd., Bl. 28.

597 Ebd., Bl. 31, Notiz über einen Anruf Scherings, 25.1.1944.

598 Ebd., Bl. 34.

599 Ebd., Bl. 37, Habilitationsdiplom Schuchardts, 8.2.1944.



Abb. 51. Habilitationsdiplom Schuchardts vom 8.2.1944.

(Abb. 51). Vier Monate später am 5.6.1944<sup>600</sup> hielt er im chirurgischen Hörsaal des Berliner zahnärztlichen Universitätsinstituts seine öffentliche Lehrprobe als Dozent. Das Thema lautete „Die Behandlung von erworbenen Oberkieferdefekten“. Die medizinische Fakultät war bereits in Auflösung begriffen<sup>601</sup>. Allen Schwierigkeiten zum Trotz wurde Schuchardt am 31.7.1944 vom Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung in das Beamtenverhältnis berufen, zum Dozenten ernannt und ihm wurde die Lehrbefugnis für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie verliehen<sup>602</sup>. Noch im selben Jahr veröffentlichte er seine Habilitationsschrift als Monographie beim Thieme-Verlag in Leipzig<sup>603</sup>. Dieses Buch sollte der Schlüssel zu seiner späteren Karriere in Hamburg werden (siehe 2.7.2). Neben dieser umfangreichen Arbeit entstanden 1944 zwei weitere zum Thema Rundstiellappenplastik. Die

erste war ein Beitrag in einem augenärztlichen Fachbuch. Während eines Treffens der militärärztlichen Prominenz in der orthopädischen Spezialklinik in Hohenlychen am 15.5.1944 lernte Schuchardt den Frankfurter Ordinarius für Augenheilkunde Rudolf Thiel (1894-1967) kennen, der an der Neuauflage seines augenärztlichen Handbuchs „Atlas der Augenkrankheiten. Sammlung typischer Krankheitsbilder mit kurzen diagnostischen und therapeutischen Hinweisen“ arbeitete. Schuchardt zeigte Thiel Bildmaterial seiner Augenplastiken und wurde sogleich von ihm mit der Erarbeitung eines Beitrags über die Wiederherstellungschirurgie des Gesichts unter besonderer Berücksichtigung erworbener Defekte der Augenlider und der Orbita beauftragt<sup>604</sup>. Nach dem Krieg erschien diese Arbeit gemeinsam mit Beiträgen der Ordinarien für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der Friedrich-Schiller-Universität zu Jena Johannes Zarge (1880-1969) und der freien Universität Berlin Werner Kindler (1895-1976) unter dem Titel „Rhinologische und plastische Operationen auf Grenzgebieten mit der Ophthalmologie und Chirurgie“ in Thiels „Ophthalmologischer Operationslehre“, Lieferung 4, jedoch nicht in Thiels Handbuch<sup>605</sup>. Das von Thiel herausgegebene Sammelwerk „Ophthalmologische Operationslehre“ ist im Gesamtverzeichnis des deutschsprachigen Schrifttums nicht nachgewiesen und vermutlich nie vollständig erschienen. Mit Thiel blieb Schuchardt in wissenschaftlicher Verbindung. So hielt dieser 1956 und 1961 Vorträge auf der 6. und der 11. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie<sup>606</sup>, die Schuchardt mitorganisierte.

600 Ebd., Bl. 48, Hofer an Dekan Rostock, 7.6.1944.

601 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 47.

602 Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätskurator, Sch 260 II, Bl. 53, Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Ausbildung an Rektor der Friedrich-Wilhelm-Universität, 31.7.1944.

603 Schuchardt 1944, Vorwort.

604 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 45-46.

605 Schuchardt 1950 [a].

606 Schuchardt (Hrsg.) 1957, Inhaltsverzeichnis und Schuchardt (Hrsg.) 1962, Inhaltsverzeichnis.



Abb. 52. Schuchardt in Görden kurz vor der Flucht im April 1944.

Die zweite Arbeit, die unmittelbar an seine Habilitationsschrift anschloß, war die Monographie „Der Rundstiellappen bei der Gestaltung von Stümpfen der unteren Extremität“, die er 1944 fertigstellte und die im folgenden Jahr ebenfalls beim Thieme-Verlag in Leipzig verlegt wurde. Hier stellt Schuchardt die Rundstiellappenplastik als Methode zur plastischen Deckung von schlechtheilenden Amputationsstümpfen der Fußes und des Beins vor, die eine gute Belastbarkeit aufweist<sup>607</sup>. Beide Arbeiten sind in ihrem Aufbau der Habilitationsschrift ähnlich.

Als die Rote Armee Ende April 1945 auf Berlin zu marschierte, entschied sich Schuchardt für die Verlegung seiner Lazarettabteilung in seine Heimatstadt Itzehoe<sup>608</sup> (Abb. 52). Ein Freund, Bürgermeister in einer Brandenburger Kleinstadt, stellte ihm alle vorhandenen Fahrzeuge für den Verwundetentransport zur Verfügung<sup>609</sup>. Ungefähr 200 Verwundete und 25 Pflegekräfte und Ärzte konnten auf diese Weise die Stadt verlassen<sup>610</sup>. Etwa 80 nicht transportfähige Verletzte mußten mit dem Oberarzt in Görden verbleiben<sup>611</sup>. Schuchardt fuhr mit einem Zweisitzer voraus, um in Itzehoe ein Auffanglazarett einzurichten<sup>612</sup>. Als Beifahrer begleitete ihn ein Soldat mit Kinnabschuß, der eine weiße Fahne hielt. Die Entstellung des Mannes soll die Kontrollposten derart schockiert haben, daß der Wagen weitgehend ungehindert passieren konnte. Trotz eines Umwegs über den Harz erreichte Schuchardt wenige Tage vor Kriegsende sein Ziel. In Itzehoe konnte er für die Verletzten in der Hanseaten-Kaserne ein Notlazarett einrichten<sup>613</sup>. Die anderen Verwundeten folgten mit Begleitpersonal in unterschiedlichen Gruppen und auf verschiedenen Wegen<sup>614</sup>. In den ersten zwei Wochen versorgte Schuchardts Mutter Schwestern, Pfleger und Ärzte mit den Vorräten aus ihrer Speisekammer<sup>615</sup>. Wie tief diese dramatische Flucht in Schuchardts Gedächtnis verankert blieb, zeigte seine häufige Beschäftigung mit dem Erlebten im hohen Alter<sup>616</sup>.

607 Schuchardt 1945, S. 5-30.

608 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 71.

609 Persönliche Mitteilung von Krohn.

610 Persönliche Mitteilung von Krohn; Persönliche Mitteilung von Schlawinski.

611 Persönliche Mitteilung von Schlawinski; Hoffmann-Axthelm 1990, S. 71.

612 Persönliche Mitteilung von Krohn; Hoffmann-Axthelm 1990, S. 71.

613 Persönliche Mitteilung von Krohn.

614 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 71.

615 Persönliche Mitteilung von Krohn.

616 Persönliche Mitteilung von Gouse.

Im Notlazarett mußte zunächst ein Operationsraum errichtet werden. Dazu wurden die gefliesten Duschräume eines Kasernengebäudes provisorisch umgebaut<sup>617</sup>. Aber schon Ende September 1945 erhielt das Lazarett von der britischen Besatzungsmacht den Befehl, die Kaserne zu räumen, da die Briten diese für ihre eigenen Truppen beanspruchten. Schuchardt, der inzwischen als Direktor der Nordwestdeutschen Kieferklinik und als kommissarischer Direktor des Zahnärztlichen Universitätsinstituts nach Hamburg berufen worden war (siehe 2.7.2), schaltete sich in die Verhandlungen ein und erreichte eine Verlegung des Lazaretts in die Douaumont-Kaserne in Hamburg-Wandsbek, in der ein großes Versorgungslazarett eingerichtet werden sollte. Der Umzug dorthin fand Anfang Oktober 1945 statt<sup>618</sup>. Hier mußte erneut ein Operationsaal errichtet werden<sup>619</sup>.

Am 21.12.1945 entließ die britische Besatzung das Personal und die Verwundeten des Lazaretts aus der Wehrmacht. Auch für Schuchardt endete erst an diesem Tag die Wehrmachtzugehörigkeit<sup>620</sup>. Das Lazarett wurde danach von der Stadt Hamburg übernommen und erhielt die Bezeichnung „Hilfskrankenhaus“. Ein Teil der Assistenzärzte wurde wegen ihrer NSDAP-Mitgliedschaft entlassen. Der Hamburger Bürgermeister Rudolf Petersen (1878-1962) und der Gesundheitssenator Friedrich Dettman (1879-1970) statteten ihrem neuen Hilfskrankenhaus einen Besuch ab. Sie waren über die schweren Entstellungen der Verwundeten und deren Elend so entsetzt, daß sie sich sogleich um zusätzliche Nahrungsmittel und Kohlen kümmerten<sup>621</sup>. Anfang 1946 konnte dann in dem neuen Operationssaal der von den Verwundeten lang ersehnte Behandlungsbetrieb wieder aufgenommen werden. Doch bereits im Februar beanspruchte die britische Besatzungsmacht auch die Hamburger Douaumont-Kaserne. Das Hilfskrankenhaus mußte die Kaserne innerhalb von drei Tagen räumen; es bekam für seine Patienten zwei Gebäude in der Boehn-Kaserne in Hamburg-Rahlstedt zugewiesen. Am 16.2.1946 waren Patienten und Personal in ihrem neuen Quartier angekommen. Erneut wurden Duschräume zu Operationszimmern umfunktioniert<sup>622</sup> und die operative Tätigkeit wieder aufgenommen.

Aber wieder war der Aufenthalt nur von kurzer Dauer. Denn bereits zum 15.4.1946 erhielt das Hilfskrankenhaus erneut einen Räumungsbefehl. Abermals setzte sich Schuchardt für das Fortbestehen des ehemaligen Lazaretts ein und erreichte dessen Unterbringung im Städtischen Krankenhaus Lübeck Ost. Dieses Krankenhaus war ursprünglich von den Städten Hamburg und Lübeck gemeinsam als Irrenanstalt Strecknitz bei Lübeck erbaut worden und diente erst seit 1941 als städtisches Krankenhaus Lübecks. Hamburg behielt lange das Recht, Patienten dorthin zu verlegen<sup>623</sup>. Hoffmann-Axthelm führte hier eine Station mit 40 Betten. Er bereitete die Patienten durch Rundstiellappenbildung operativ soweit vor, daß dann in der Regel von Schuchardt die Gesichtsplastik an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg-Eilbek durchgeführt werden konnte<sup>624</sup>. In manchen Fällen kamen Schuchardt und sein Oberarzt Alfred Rehrmann aber auch zu größeren Operationen nach Strecknitz<sup>625</sup>. Die von Hoffmann-Axthelm geleitete Station war aber im Lübecker Krankenhaus nur geduldet<sup>626</sup>. Im Sommer 1946 wurde eine zur Station gehörende Krankenbaracke mit Tbc-Kranken belegt<sup>627</sup>. Erst durch einen erneuten Intervenieren Schuchardts und einen Besuch mit dem leitenden Medizinalbeamten

617 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 109.

618 Ebd., S. 101, 109.

619 Ebd., S. 102.

620 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B, Bl. 12, 43/20 Stadtinstandtpektor Sass an 201, 21.1.1946.

621 Hoffmann-Axthelm 1990, S. 108.

622 Ebd., S. 109.

623 Ebd., S. 112.

624 Ebd., S. 117.

625 Ebd., S. 118.

626 Ebd., S. 119.

627 Ebd., S. 117.

---

der Hamburger Krankenhäuser wurde die Station in eine andere Baracke verlegt und auf 50 Betten erweitert<sup>628</sup>. Bis Anfang des Jahres 1948 konnten viele Patienten entlassen und die restliche Station in die Nordwestdeutsche Kieferklinik nach Hamburg überführt werden<sup>629</sup>.

Als wichtigste Ergebnisse dieses Kapitels erscheinen mir folgende: Schuchardt spezialisierte sich während seiner kriegsärztlichen Tätigkeit auf die plastischen Gesichtschirurgie. Mit operativem Geschick, technischer Versiertheit und ästhetischem Verständnis entwickelte er aus der Notwendigkeit eine „Kunst“. Er forcierte seine wissenschaftliche Laufbahn durch Vorträge und Veröffentlichungen und habilitierte sich. Auch bei Kriegsende und nach dem Krieg fühlte er sich für die ihm anvertrauten Verwundeten als Arzt verantwortlich. Sein Wille, Kriegsoptionen medizinisch zu helfen, kommt auch darin zum Ausdruck, daß er trotz häufiger Anfeindungen Verwundete der gegnerischen Truppen in seinem Lazarett behandelte und sein Personal aufforderte, nach Bombenangriffen nach Verletzten zu suchen<sup>630</sup>.

---

628 Ebd., S. 119.

629 Ebd., S. 126-127, 129, 138, 140.

630 Persönliche Mitteilung von Gouse.

## 2.7 **Tätigkeit als Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Hamburger Universität 1945 - 1970**

### 2.7.1 **Zur Geschichte des Hamburger zahnärztlichen Instituts und der Nordwestdeutschen Kieferklinik**

Für die Würdigung der Verdienste Schuchardts als Ordinarius der Hamburger Universität ist ein geschichtlicher Rückblick unerlässlich. Die Nordwestdeutsche Kieferklinik und das Hamburger zahnärztliche Institut waren bis zu ihrer Zusammenführung im Juli 1957 institutionell voneinander getrennte Einrichtungen<sup>631</sup>, die jedoch personell verflochten waren<sup>632</sup> und sich fachlich<sup>633</sup> beeinflussten (siehe 2.7.2). Die Geschichte des Hamburger zahnärztlichen Instituts ist eng mit der Universitätsgründung in Hamburg 1919<sup>634</sup> und die der Nordwestdeutschen Kieferklinik mit dem zweiten Weltkrieg verknüpft<sup>635</sup>.

Das Hamburger Zahnärztliche Institut wurde im Zusammenhang mit der Universitätsgründung im Jahre 1919 ins Leben gerufen. Nach längerer Vorbereitungszeit brachte der Hamburger Senat 1912 in die Bürgerschaft einen Antrag auf Gründung einer Universität ein. Eine Medizinische Fakultät wurde dabei aus Kostengründen ausgeklammert. Nach der Ablehnung des Universitätsplans durch die Bürgerschaft 1913 und einer Verhandlungspause in der Zeit des ersten Weltkrieges hatte sich nach Kriegsende die Situation zu seinen Gunsten verändert. Vor allem zwei Faktoren beeinflussten die Entscheidung für eine Hamburger Universität. Zum einen war nach der Beendigung des ersten Weltkrieges ein neues politisches Kräfteverhältnis<sup>636</sup> entstanden; in der Hamburger Bürgerschaft wurden die Sozialdemokraten stärkste Fraktion. Zum anderen führte die große Zahl studierwilliger Kriegsheimkehrer zu einer allgemeinen Überfüllung der bestehenden Universitäten, so daß viele Hamburger Kriegsteilnehmer keinen Studienplatz fanden. Daher taten sich die Dozenten der wissenschaftlichen Institute und Seminare Hamburgs zusammen und richteten ab dem 6.1.1919 akademische Notkurse ein, um den einheimischen Kriegsheimkehrern den unverzüglichen Wiedereinstieg in das Studium zu ermöglichen. In diesem Rahmen wurden an den staatlichen Krankenhäusern auch 56 medizinische Veranstaltungen und ein Kurs der Zahnheilkunde abgehalten. Die preußische Regierung und der Bundesrat erkannten diese Lehrveranstaltungen als dreimonatiges Zwischensemester an, machten aber die Anrechnung weiterer Kurse von

631 StAH, Gesundheitsbehörde I, 230, (ungezählt), 3-300- an -10-, 18.10.1957, Organisation der Gesundheitsbehörde; ebd., „-10- an S“ usw., 29.10.1957, Verlegung der Nordwestdeutschen Kieferklinik.

632 Hausser, Rottke 1989, S. 316.

633 Als Beispiel für die fachliche Beeinflussung wird hier die chirurgische und logopädische Behandlung der Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten angegeben, siehe 3.2.7.

634 Hausser, Rottke 1989, S. 314.

635 Bussche 1989 [a], S. 100. Als Vorlage für die Geschichte der Gründung einer Universität in Hamburg diente der 1989 in Ursula Weissers Sammelwerk „100 Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 1889-1989“, erschienene Beitrag von Gorden Uhlmann und Ursula Weisser „Grundzüge einer Geschichte des Eppendorfer Krankenhauses“. Die Informationen zur Geschichte des Zahnärztlichen Instituts der Universität Hamburg wurden größtenteils aus Akten des Hamburger Staatarchivs zusammengestellt (siehe 5.1.2.1). Daneben konnte auf die zahnmedizinische Dissertation von Nikolai Fischer „Die Zahnheilkunde in Hamburg im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts“ aus dem Jahr 1980, auf den Artikel von Erich Hausser „Die Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Hamburg“ aus dem Jahr 1982 und auf den Beitrag von Hausser und Rottke (siehe 1.2) zurückgegriffen werden. Für die Vorgänge am Zahnärztlichen Instituts während der nationalsozialistischen Herrschaft in Deutschland war die Monografie Hendrik van den Bussches „Medizinische Wissenschaft im „Dritten Reich“, die 1989 erschien, sehr hilfreich. Zusätzliche Informationen über Personen erbrachten die Monographie „Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz“ von Norbert Guggenbichler aus dem Jahr 1988 und die Artikelserie von Ekkhard Häussermann „Zahnärzte zwischen 1933 und 1945“ aus dem Jahr 1996. Zur historischen Darstellung der Nordwestdeutschen Kieferklinik dienten hauptsächlich Akten des Staatsarchiv Hamburg, die Monografie van den Bussches und das das 1941 von Kurt Steinbach herausgegebene Sammelwerk „Ein Jahr Nordwestdeutsche Kieferklinik“.

636 Die Monarchie in Deutschland mußte abdanken, und mit der Wahl des Verfassungsgebenden Parlamentes, der Weimarer Nationalversammlung, am 19.1.1919 übernahm eine demokratisch gewählte Volksvertretung die Kontrolle der Regierung. Eine grundlegende Neuerung der Weimarer Verfassung war die Einführung des allgemeinen Wahlrechts, siehe Neues Fischer Lexikon 1979, S. 6422-6423.

der Gründung einer Hochschule abhängig. Die Studierenden richteten eine Eingabe an Senat und Bürgerschaft in der sie dringend um die Fortsetzung des Unterrichts ersuchten. Daraufhin erarbeitete der bereits 1913 eingesetzte Hochschulausschuß der Bürgerschaft eine erneute Gesetzesvorlage, nach der die zu gründende Hochschule alle an den provisorischen Kursen beteiligten Einrichtungen, also auch die Krankenhäuser umfassen sollte. Am 28. März 1919 entschied sich die Bürgerschaft mehrheitlich für eine Universität, die neben einer rechtswissenschaftlichen, einer philosophischen und einer naturwissenschaftlichen nun doch eine medizinische Fakultät erhalten sollte<sup>637</sup>.

Da die Zahnheilkunde bis dahin abgesehen von den zahnärztlichen Abteilungen des AK St. Georg und des AK Barmbek nur durch ein zahnärztliches Ambulatorium mit einer Schulzahnklinik<sup>638</sup> am Allgemeinen Krankenhaus in Eppendorf vertreten gewesen war, bedurfte die Errichtung eines zahnärztlichen Instituts im Rahmen der Medizinischen Fakultät jedoch noch weiterer Anstrengungen der Hamburger Zahnärzte, der medizinischen Fakultät und der Studenten, die an den Notkursen teilgenommen hatten. Den ersten Notkurs, einen propädeutischen Kurs der Zahnersatzkunde, hatten die Hamburger niedergelassenen Zahnärzte Moritz Pflüger<sup>639</sup> (1887- ?), der seit 1914 zahnärztlicher Beisitzer des Medizinalkollegiums war und auch dem Ambulatorium vorstand, Arthur Seefeld (1874-1963) und Rudolf Krüger (1886-?) ehrenamtlich abgehalten. Seefeld leitete nebenamtlich die zahnärztliche Abteilung des AK St. Georg<sup>640</sup> und Krüger die des AK Barmbek<sup>641</sup>. Für das Sommersemester 1919 war im Vorlesungsverzeichnis wieder ein Kurs im Fach Zahnheilkunde unter der Leitung von Pflüger angekündigt, den er jedoch wegen Zeitmangel und unzureichenden Einrichtungsverhältnissen absagte<sup>642</sup>. Auch Seefeld und Krüger weigerten sich als Lehrende erneut tätig zu werden, wenn ihnen kein Institut zur Verfügung gestellt werde. Möglicherweise empfanden es die drei auch als Zurücksetzung, daß sie nicht wie viele der leitenden Hamburger Krankenhaus- oder Institutsärzte als Dozenten in die medizinische Fakultät aufgenommen wurden, die Anfang des Semesters gebildet worden war<sup>643</sup>. Unterstützt von der Hamburger Zahnärzteschaft forderten sie vom Senat die Errichtung eines zahnärztlichen Instituts und die Schaffung einer Professur für Zahnheilkunde.

Die Studierenden der Zahnheilkunde bestanden dennoch auf ihrem Recht, in diesem Semester einen Praktikantenschein zu erwerben. Der Senat erwog aus finanziellen Gründen zunächst eine Kompromißlösung. Auf einer Sitzung am 28.5.1919 beschloß er die Einrichtung eines Teilstudiengangs nur bis zum zahnärztlichen Physikikum<sup>644</sup>. Trotz Drängen der etwa 40 Studierenden kam aber noch immer keine Lehrveranstaltung für Zahnheilkunde zustande. Daraufhin gewannen die Studenten in Eigeninitiative und später mit Unterstützung des

637 Uhlmann, Weisser 1989, S. 63-65.

638 Bussche 1989 [a], S. 97-98.

639 Das Sterbejahr von Moritz Pflüger konnte nicht ermittelt werden. Er fungierte seit 1914 als zahnärztlicher Beisitzer des Medizinalkollegiums in Hamburg und leitete seit 26.8.1920 das Zahnärztliche Ambulatorium im Allgemeinen Krankenhaus Eppendorf. 1920 wurde ihm der Titel Professor verliehen, siehe Hausser, Rottke 1989, S. 314-315. Seine zahnärztliche Approbation erhielt er 1900. Im Reichsmedizinalkalender 1914, S. 595, ist er mit „chir. dent.“ eingetragen. Er promovierte 1922 in Kiel zum Dr. med. dent., siehe Gesamtverzeichnis des deutschsprachigen Schrifttums 1965. Durch einen Erlaß des Ministeriums für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung, wurde Zahnärzten ohne Hochschulreife die Möglichkeiten gegeben bis zum 1.10.1922 unter erleichterten Bedingungen zu promovieren, siehe Groß 1999, S. 1132.

640 Seefeld erhielt 1899 seine zahnärztliche Approbation, siehe Reichsmedizinalkalender 1914, S. 595.

641 Reichsmedizinalkalender 1926/27, S. 672, 682. Das Sterbejahr von Rudolf Krüger konnte nicht ermittelt werden. Er erhielt 1910 seine zahnärztliche und 1913 seine ärztliche Approbation. Er war als Dr. med. „et chir.“ promoviert, siehe ebd.

642 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 3, 10.02.1920, Berufungsvorschläge der Medizinischen Fakultät für die bewilligte Professur für Zahnheilkunde.

643 Ebd., Bl. 24-29, Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Zahnärztlichen Vereins, 13.10.1919. Am 7.4.1919 wurde durch den Universitätsausschuß und am 30.4. und am 3.5.1919 durch den erweiterten Landesausschuß für ärztliche Fortbildung die personelle Zusammensetzung der medizinischen Fakultät bis auf wenige Stellen festgelegt, siehe Uhlmann, Weisser 1989, S. 66-67.

644 Fischer 1980, S. 74-75.

Dekans Hermann Kümmell (1852-1937) den Marburger Professor Guido Fischer<sup>645</sup> (1877-1959) für einen Ferienkurs als Ersatz für die im Sommersemester 1919 angekündigten Kurse<sup>646</sup>. Fischer hatte sich vor allem mit seinem 1911 veröffentlichten Werk „Die örtliche Betäubung in der Zahnheilkunde“ einen Namen gemacht, das internationale Anerkennung fand. Schon 1910 war er aufgrund seiner Bemühungen um die Einführung der lokalen Novokain-Suprarenin-Anästhesie in die Zahnheilkunde von sechs Nordamerikanischen Universitäten zu einer Vortragsreise in die USA eingeladen worden<sup>647</sup>. Diese Kontakte wurden ihm unter der nationalsozialistischen Herrschaft zum Verhängnis<sup>648</sup> (siehe unten). Zum Dank für seinen Einsatz während des Ferienkurses erhielt Fischer von der Medizinischen Fakultät in Hamburg die Zusage, im Falle einer Institutsgründung vorrangig als Lehrstuhlanwärter genannt zu werden<sup>649</sup>. Die Hamburger Zahnärzteschaft war jedoch über das Zustandekommen dieses Kurses und Fischers Aktivitäten verärgert, da sie sich ihres Druckmittels beraubt sah, vom Hamburger Senat die Einrichtung eines zahnärztlichen Instituts zu erwirken<sup>650</sup>. Fischer und Kümmell setzten sich in der Folgezeit für die Schaffung eines Instituts ein. Am 17. Dezember 1919 wurde von der Bürgerschaft die Einrichtung eines zahnärztlichen Instituts mit einer außerordentlichen Professur für Zahnheilkunde genehmigt<sup>651</sup>. Der Dekan der Medizinischen Fakultät wurde aufgefordert, dem Senatskommissar der Hamburgischen Universität Vorschläge für diese Professur zu unterbreiten<sup>652</sup>. Plötzlich wurden aus Marburg persönliche Vorwürfe<sup>653</sup> gegen Fischer laut. Doch nach sorgfältiger Prüfung dieser Beschuldigungen, wurde er wie zugesagt, *primo loco* vorgeschlagen<sup>654</sup>. In einem Schreiben vom 16.03.1920 ist dann zu lesen „Der Senat hat die neue außerordentliche Professur für Zahnheilkunde dem hiesigen<sup>655</sup> Zahnarzt Professor Dr. Guido Fischer, der bis vor kurzem Direktor der Universitätszahnklinik in Marburg war, übertragen“<sup>656</sup>.

- 
- 645 Lebenslauf von Guido Fischer in Stichworten: geboren am 22.10.1877 in Dresden, ab 1897 Studium der Zahnheilkunde, 1900 zahnärztliche Approbation in Berlin, 1902 Niederlassung in Hannover, Studium der Naturwissenschaften, 1904 Promotion zum Dr. phil. in Leipzig, 1907 Berufung nach Greifswald, 1911 Habilitation mit der Arbeit „Die Anästhesie im Geiste der Entzündungslehre“, siehe Hartlmaier 1960, S. 49, 1912 Direktor der Universitätszahnklinik in Marburg, im ersten Weltkrieg Leiter eines kieferchirurgischen Lazarets, 1919 Berufung auf den Lehrstuhl für Zahnheilkunde an der Universitätszahnklinik in Hamburg, 1921 Promotion zum Dr. med. dent. und Ernennung zum Direktor der Zahnklinik, 1933 beurlaubt und zwangspensioniert, 23.12.1960 in Berg, Starnberger See, verstorben, siehe Guggenbichler 1989, S. 153.
- 646 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 24-29, dort vertrat Zahnarzt Schläger die Studierenden. Nach Hausser 1982, S. 154, sollen sich Walter Lippmann (1895- ?), Hinrich Nibbe (1894-?) und Carl Plön (1898- ?) besonders eingesetzt haben.
- 647 Hoffmann-Axthelm 1985, S. 15. Vgl. Hartlmaier 1960, S. 49.
- 648 Bussche 1989 [a], S. 44.
- 649 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 3-6, Medizinische Fakultät, Dekan Kümmell, an Senatskommissar für die Hamburgische Universität, 10.2.1920. Am 22.07.1919 wurde Fischer von der medizinischen Fakultät mitgeteilt, daß er im Falle der Gründung eines zahnärztlichen Instituts in Hamburg *primo loco* als Extraordinarius vorgeschlagen werde, siehe ebd., Bl. 3.
- 650 Ebd., Bl. 24-29.
- 651 Fischer, 1980, S. 75-77.
- 652 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2 Bl. 1c, Senatskommissar der Hamburgischen Universität an den Dekan der Medizinischen Fakultät, 09.01.1920.
- 653 Ebd., Bl. 3-6, [Berufungsvorschläge für die außerordentliche Professur für Zahnheilkunde]. Laut dieses Schreibens gab es einen Streit zwischen Fischer und dem Marburger Zahnarzt Sommer, siehe ebd., Bl. 4, sowie eine Beschwerde Fischers gegen den Rektor der Marburger Universität, Gürber, wegen nicht begründeter persönlicher Vorwürfe, siehe ebd., Bl. 5.
- 654 Ebd., Bl. 3.
- 655 Ebd., Bl. 9-15, Medizinische Fakultät, Professoren Brauer, Mondt und Aleves, an Senatskommissar für die Hamburgische Universität, 25.2.1920, Minoritätsgutachten. Fischer hatte im Zusammenhang mit dem Ferienkurs in Hamburg seine Anstellung in Marburg beendet und war nach Hamburg gezogen, siehe ebd., Bl. 14.
- 656 Ebd., Bl. 33, „An die Schriftleitung de mit der Bitte um Aufnahme in den Tagesbericht“, 16.03.1920.

Die notwendigen Räume für das Zahnärztliche Institut wurden in sieben auf dem Gelände des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf befindlichen Rote-Kreuz-Baracken gewonnen. Am 12. Juli 1920, noch zum Sommersemester, wurde das Institut mit den Abteilungen Zahnärztliche Chirurgie, Konservierende Zahnheilkunde, Klinische und Propädeutische Technik, einer Patientenaufnahme und einer Vorlesungsbaracke eröffnet<sup>657</sup>. Im Eröffnungssemester studierten dort bereits 116, im Sommersemester 1921 sogar 257 angehende Zahnärzte<sup>658</sup>. Die Lazarettbaracken, die während des ersten Weltkrieges errichtet worden waren, erwiesen sich jedoch wegen Feuchtigkeit, welche die Instrumente schnell rosten ließ, innerhalb weniger Wochen als unbefriedigende Notlösung. Im Februar 1922 konnte das Institut dann fünf Kilometer Richtung Innenstadt vom Krankenhaus Eppendorf entfernt in das ehemalige Medico-Mechanische Zander-Institut in der Villa Alsterglaci Nr. 1 verlegt werden<sup>659</sup>.

Nach dem Machtantritt der Nationalsozialisten wurde Fischer nach 13jähriger Tätigkeit im Mai 1933 beurlaubt und am 30.06.1934 aufgrund des § 6 des berichtigten Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums in den Ruhestand versetzt. Ohne genauere Angaben wurde nur vermerkt, es handle sich „...im letzten Fall (Fischer Zahnheilkunde) um in der Person des Stelleninhabers liegende Gründe“<sup>660</sup>. Hinter dieser unklaren Aussage verbirgt sich eine von nationalsozialistischen Hamburger Zahnärzten angeführte Intrige gegen Fischer, obgleich dieser als einziger planmäßiger Professor der Medizinischen Fakultät bereits 1932 in die NSDAP eingetreten war. Zunächst wurde ihm Zweckentfremdung von Institutsmitteln vorgeworfen, was ihm nicht nachgewiesen werden konnte. Doch während der Ermittlungen hatte Fischer in einer amerikanischen Fachzeitschrift die wissenschaftlichen Gesellschaften der USA aufgefordert, gegen die Verleumdung seiner Person zu protestieren. Daraufhin wurde er von seinen Kontrahenten des Landesverrats und der Greuelpropaganda bezichtigt, was seinen Ausschluß aus der NSDAP und auch seine Emeritierung zur Folge hatte<sup>661</sup>. An dieser Intrige waren mit großer Wahrscheinlichkeit Moritz Pflüger, sein Bruder Hans Pflüger<sup>662</sup> (1884-1967), Leiter des Brauerschen Forschungsinstituts<sup>663</sup> für zahnärztliche Forschung<sup>664</sup> und der Leiter der konservierenden Abteilung

657 Hausser 1982, S. 154. Neben Fischer lehrten schon im Eröffnungssemester [Alfred] Rohrer (siehe 3.6.2), [Carl] Grawinkel und [Dr. med. Albert] Kadner. Ein Semester später unterrichtete auch [Heinrich] Fabian (1889-1970). Die Zahnärzte [Claus] Birgfeld [\*1888], [Thorwald] Roloff, [Wilhelm Richard] Lehne [\*1872], [H. P. J.] Floris und Philipp waren ehrenamtlich tätig, siehe Fischer, 1980, S. 78. Nach dem Deutschen Zahnärzte-Buch 1932/33, S. 240, leitete Fischer die chirurgische Abteilung, Fabian die Abteilung für konservierende Zahnheilkunde, Hans Türkheim die prothetische Abteilung und Heinrich Schröder die orthodontische Abteilung. Rohrer war als Privatdozent tätig.

658 Fischer, 1980, S. 78.

659 Hausser 1982, S. 154. Das Medico-Mechanische Institut gehörte Dr. Buck-Gramkow, siehe ebd.

660 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 34 Verwaltung für Kulturangelegenheiten der Hansestadt Hamburg an das Hamburgische Staatsamt Personalabteilung, 22.03.1934. Vgl. Häussermann 1996, S. 2403.

661 Bussche 1989 [a], S. 44.

662 Lebenslauf von Hans Pflüger in Stichworten: geboren am 30.7.1884 in Hamburg, 1906 Reifeprüfung in Altona, 1911 Medizinalpraktikant am AK Eppendorf, 1911 ärztliche Prüfung in München, siehe Calais 1960, S. 479, 1913 zahnärztliche Prüfung in Kiel, siehe StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 71-74, Rektor der Hansischen Universität an RMWEV, 17.2.1939, 1913 Approbation als Arzt und Zahnarzt in München, 1919 wissenschaftlicher Assistent an der zahnärztlichen Station [Ambulatorium] des AK Eppendorf, 1931 Habilitation im Fach Zahnärztliche Chirurgie in Hamburg, siehe Calais 1960, S. 479, Thema im Bereich Pathohistologie der Zahnhartgewebe, siehe StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 71-74, 1936 außerordentlicher Professor in Hamburg, siehe Calais 1960, S. 479, Obersturmbahnführer der SS, Leiter der Hamburger SS - Studiengemeinschaft, siehe StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 71-74, am 1.10.1941 zum Ordinarius für Zahnheilkunde an der Hansischen Universität ernannt, am 27.12.1945 entlassen und 1954 emeritiert, siehe Universität Hamburg 1969, S. 206.

663 Ludolf Brauer (1865-1951), von 1910-1934 Ärztlicher Direktor des AK Eppendorf, entwickelte die Idee von medizinischen Forschungsinstituten im Rahmen des Krankenhauses, die jedoch aus sog. Drittmitteln finanziert wurden und von den Geldgebern mit Forschern ihrer Wahl besetzt werden konnten. Die Patienten des AKE konnten in die Forschungen einbezogen werden, siehe Bussche 1989 [b], S. 367.

664 Das Institut wurde am 20.6.1931 auf dem Gelände des Eppendorfer Krankenhauses eröffnet, im Kuratorium waren die Zahnärztlichen Vereine Norddeutschlands, der Reichsverband der Zahnärzte und die Gesundheitsbehörde vertreten, siehe Bussche 1989 [a], S. 98 (Anmerkung 223).

am zahnärztlichen Institut Heinrich Fabian<sup>665</sup> (1889-1970) beteiligt. Hans Pflüger und Heinrich Fabian waren Mitglieder der SS<sup>666</sup>. Aus antisemitischen Gründen entzog man Professor Hans Türkheim<sup>667</sup> (1889-1955), der ab 1926 die Prothetische Abteilung geleitet hatte, Ende Juli 1933 die Lehrbefugnis. Er galt als „Nichtarier“ und emigrierte 1936 nach London. 1951 nahm Türkheim seine Lehrtätigkeit in Hamburg wieder auf und wurde 1952 zum Honorarprofessor ernannt<sup>668</sup>.

Bereits eine Woche nach der Bekanntgabe der Zwangspensionierung Fischers drang die Medizinische Fakultät auf Neubesetzung des Lehrstuhls, „da die zahnärztliche Klinik in Kiel geschlossen werde und man versuchen müsse, die dortigen Studierenden nach Hamburg zu ziehen“<sup>669</sup>. Das Extraordinariat wurde in ein Ordinariat umgewandelt<sup>670</sup>. Von Seiten der NSDAP wurde angestrengt versucht, den Lehrstuhl mit Friedrich Faber München zu besetzen<sup>671</sup> (siehe 2.3.2). Dem konnte sich die Fakultät jedoch erfolgreich widersetzen. Sie nannte Faber gemeinsam mit Fabian und Hans Pflüger erst an zweiter Stelle ihrer Vorschlagsliste<sup>672</sup>.

Das Ordinariat erhielt Eduard Precht<sup>673</sup> (1893-1938)<sup>674</sup> einer der zwei an erster Stelle genannten Kandidaten<sup>675</sup>. Am 31.5.1934 wurde die Wiederbesetzung des Lehrstuhls für Zahnheilkunde offiziell bekanntgegeben:

*„Im Namen des Reichs hat der Reichsstatthalter auf Vorschlag des Senats den nichtbeamteten außerordentlichen Professor an der Universität Königsberg Eduard Precht mit Wirkung vom 14. Mai 1934 zum planmäßigen ordentlichen Professor in der Medizinischen Fakultät der Hamburgischen Universität ernannt“<sup>676</sup>.*

Prechts wissenschaftliches Spezialgebiet war die „fokale Infektion“. Er veröffentlichte aber auch Arbeiten auf dem Gebiet der Prothetik, der konservierenden Zahnheilkunde und der Kieferchirurgie<sup>677</sup>.

- 
- 665 Heinrich Fabian war ein früherer Mitarbeiter Fischers in Marburg, Fabian begann am 1.11.1920 seine Tätigkeit in Hamburg und übernahm die Abteilung Propädeutische Technik, ab 1924 die Konservierende Abteilung, 1927 wurde er nichtbeamteter außerordentlicher Professor, siehe Hausser, Rottke 1989, S. 314-315. Fabian, geb. am 28.11.1889 wurde 1.6.1940 Extraordinarius für Zahnheilkunde an der Hansischen Universität. Am 9.8.1945 wurde er entlassen. Vom 8.10.1949 bis zu seiner Emeritierung am 30.3.1958 wirkte er erneut als Extraordinarius in Hamburg, siehe Universität Hamburg 1969, S. 214.
- 666 Ebd., S. 44 (Anmerkung 22), 98. Hier wird auch der Zahnarzt der Kieferstation im Krankenhaus Bethanien Axel Westphal (1902- ?) als Denunziant genannt, siehe ebd., S. 44.
- 667 Lebenslauf von Hans Türkheim in Stichworten: geboren 1889, 1911 zahnärztliche Approbation, vor 1914 Assistent in München unter Walkhoff, Aufbau der Schulzahnspflege in Ruhpoldingen/Obb., Leiter der Prothetischen Abteilung am Zahnärztlichen Universitätsinstitut in Hamburg, 1933 Emigration nach London, dort Eröffnung einer Privatpraxis und wissenschaftliche Arbeit, 25.6.1955 verstorben, siehe Guggenbichler 1989, S.153. Seit 15.02.1952 bis 1955 wirkte Türkheim als Honorarprofessor für Zahnheilkunde an der Medizinischen Fakultät Hamburg (Vorlesungsnr. 208). Seine Adresse lautete Bickenhall Mansions, Glouchster Place, London W. 1, siehe Universität Hamburg Personal- und Vorlesungsverzeichnisse Wintersemester 1952/53-1953/54, S. 19 bzw. 1954-1954/55, S. 20. Vgl. Häussermann 1996, S. 2403.
- 668 Guggenbichler 1989, S.153.
- 669 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 37, Medizinische Fakultät, Dekan Keeser, an Regierungsdirektor Rein (Landesunterrichtsbehörde), 29.3.1934.
- 670 Bussche 1989 [a], S. 98.
- 671 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 38, H. Demme, Vertrauensmann der NSDAP, an Medizinische Fakultät Hamburg, vom 27.04.1934; ebd., Bl. 47, Demme an Landesunterrichtsbehörde, Rein, 28.04.1934. Faber war vom Reichsdozentenführer Karl Pieper, München, „sehr warm“ empfohlen worden, siehe ebd., Bl. 45.
- 672 Ebd., Bl. 43, Medizinische Fakultät, Dekan Keeser, an Landesunterrichtsbehörde, Hochschulwesen, vom 28.04.1934.
- 673 Lebenslauf von Eduard Precht in Stichworten: geboren 1893 in Spandau, Studium der Zahnheilkunde in Berlin, 1914 Zahnärztliche Prüfung, 1914-1918 Feldzahnarzt, Studium der Medizin, 1920 Medizinisches Staatsexamen, 1920 Assistent der Zahnklinik Universität Königsberg, 1925 Privatdozent, Studienreisen in die USA, 1930 nichtbeamteter außerordentlicher Professor in Königsberg, 1919-1920 Zeit-Freiwilliger der Reichswehrbrigade, 1923 Mitglied des Stahlhelm, seit April 1933 für die Mitgliedschaft in der NSDAP vorgeschlagen, siehe ebd., 1934-1938 Ordinarius für Zahnheilkunde an der Hansischen Universität in Hamburg, gestorben am 22.10.1938 an einer chronischen Krankheit, siehe Adloff 1938, S. 892.
- 674 Universität Hamburg 1969, S. 206.
- 675 Neben Precht wurde Edwin Hauberrisser (1882- ?), Göttingen, an erster Stelle genannt, siehe StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 41, Medizinische Fakultät, Dekan Keeser, an Landesunterrichtsbehörde Hochschulwesen, 28.04.1934.
- 676 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 62, 31.04.1934, Amtlicher Anzeiger (Beiblatt zum Hamburgischen Gesetz- und Verordnungsblatt) Nr. 125, Bekanntmachung des Reichsstatthalters.
- 677 Ebd., Bl. 43.

Kurz vor seinem Amtsantritt kam es zu entscheidenden Veränderungen im Bereich des für die Medizinische Fakultät Hamburg und für das Allgemeine Krankenhaus Eppendorf zuständigen Behördenapparates. Nach den im Prinzip seit der Gründung der Universität bestehenden Auseinandersetzungen der Medizinischen Fakultät mit der Gesundheitsbehörde um die Anerkennung des dieser unterstellten Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf als Universitätskrankenhaus erleichterten die neuen personellen Konstellationen und organisatorischen Strukturen nach dem Machtantritt der Nationalsozialisten die Verwirklichung dieser Forderung. Sie wurde durch die Loslösung des Krankenhauses in Eppendorf von der Gesundheitsbehörde und seine Unterstellung unter die Landesunterrichtsbehörde, Abteilung Hochschulwesen, umgesetzt. Am 1. April 1934 gab der Hamburger Senat die Umbenennung des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf in „Universitätskrankenhaus Eppendorf“ bekannt<sup>678</sup>.

Noch am 28. April 1934 richtete die Gesundheitsbehörde offenbar auf Weisung des Reichswehrministeriums in Berlin auf dem Gelände des Krankenhauses in Eppendorf eine Spezialklinik für Kieferkranke ein, ohne die Fakultät und die Landesunterrichtsbehörde zu benachrichtigen<sup>679</sup>. Sie sollte in erster Linie der Fortbildung von Militär-, Fachärzten und Zahnärzten „insbesondere unter kriegschirurgischen Gesichtspunkten“ und als Versorgungsstätte im Angriffsfall (A-Fall) dienen<sup>680</sup>. Vorbild war die zu Beginn des ersten Weltkrieges gegründete Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf (siehe 2.6.1). Daher erhielt die Klinik wohl auch den Namen „Norddeutsche Kieferklinik“. Sie wurde mit 60 Betten<sup>681</sup> in den Pavillons 27 und 29 des Krankenhauses untergebracht und von dem Arzt und Zahnarzt Kurt Steinbach (1890-1974) geleitet. Doch noch bevor sie richtig eröffnet werden konnte, wurde sie der Universitätszahnklinik unterstellt<sup>682</sup>.

Die Landesunterrichtsbehörde begann im Herbst 1934, das Universitätsklinikum umzugestalten, indem sie versuchte, die einzelnen Abteilungen der verschiedenen Kliniken räumlich zu konzentrieren, um die Selbständigkeit und Wirtschaftlichkeit der Kliniken zu erhöhen<sup>683</sup>. So ordnete die Behörde auch die Zusammenlegung des in der Innenstadt angesiedelten zahnärztlichen Instituts mit den auf dem Gelände des jetzigen Universitätskrankenhauses Eppendorf befindlichen zahnärztlichen Einrichtungen, der Norddeutschen Kieferklinik und mit dem zahnärztlichen Ambulatorium, das bis dahin von Moritz Pflüger geleitet wurde, an<sup>684</sup>. Die Leitung erhielt Eduard Precht. Das Ambulatorium wurde in eine Poliklinik umgewandelt<sup>685</sup> und nach der Entlassung Moritz Pflügers 1934<sup>686</sup> vermutlich aus Altersgründen, von seinem Bruder Hans Pflüger betreut<sup>687</sup>, dessen Arbeitsplatz im Zahnärztlichen Fortbildungsinstitut durch Aufhebung des Instituts aufgelöst worden war<sup>688</sup>. Die Schulzahnklinik wurde aus dem Klinikgelände entfernt<sup>689</sup>. Die Rückverlegung des zahnärztlichen Instituts aus der Villa am Alsterglaci nach Eppendorf hatte die Medizinische Fakultät bereits vor dem 1. April 1934 geplant, u. a. um den Studierenden den Besuch medizinischer Lehrveranstaltungen zu erleichtern<sup>690</sup>. Nach der Neustrukturierung führte das zahnärztliche Institut den Namen „Zahnärztliche Universitätsklinik und Poliklinik“. Es wurde dann

678 Uhlmann, Weisser 1989, S. 67-73, 98-101.

679 Bussche 1989 [a], S. 98.

680 Ebd.; Fischer 1980, S. 81-84.

681 Bussche 1989 [a], S. 98.

682 Fischer 1980, S. 81-84.

683 Uhlmann, Weisser 1989, S. 103.

684 Fischer 1980, S. 81-84.

685 Bussche 1989 [a], S. 98.

686 Hausser, Rottke 1989, S. 320 (Anmerkung 13).

687 Bussche 1989 [a], S. 97-98.

688 Ders. 1989 [b], S. 370.

689 Ders. 1989 [a], S. 98.

690 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 37, Medizinische Fakultät, Dekan Keeser, an Regierungsdirektor Rein, 29.3.1934.

schrittweise von April 1936 bis Februar 1937 nach Eppendorf verlegt<sup>691</sup> und war danach in folgende Abteilungen untergliedert: die chirurgische Abteilung, bestehend aus der Kieferklinik mit 49 Betten in den miteinander verbundenen Pavillons 27 und 29, deren Leitung 1935 Precht übernommen hatte (siehe unten), und der Poliklinik im Hochparterre der alten Pathologie, der Hans Pflüger vorstand, die prothetische Abteilung im Pavillon 39, ebenfalls geleitet von Precht, die konservierende Abteilung im Pavillon 40 unter der Führung von Heinrich Fabian sowie die orthodontische Abteilung im Keller der alten Pathologie in einigen Räumen neben der Leichenhalle, deren Leitung Heinrich Schröder<sup>692</sup> (1889- ?) oblag. Im Pavillon 25 befanden sich die Laboratorien und Unterrichtsräume für die Vorkliniker, im Pavillon 47a der Hörsaal und die wissenschaftliche Sammlung<sup>693</sup> (Abb. 53).

Seit Beginn seiner Tätigkeit in Hamburg war Precht bestrebt, innerhalb des Universitäts-Krankenhauses eine neue größere Kieferklinik zu errichten, die der Versorgung des gesamten norddeutschen Rau-

mes dienen sollte. In Zusammenarbeit mit dem damaligen Dekan Eduard Keeser<sup>694</sup> (1892-1956) gelang es ihm, von den anderen Klinikdirektoren Geldmittel zum Ausbau der vorhandenen Kieferklinik zu erhalten. Schon im November 1934 wurde die Eröffnung der Kieferklinik mit 60 Betten, eigenen Operations-, Behandlungs- und Röntgenzimmern sowie einem Laboratorium im Ärzteblatt für Norddeutschland bekanntgegeben<sup>695</sup>. Er beantragte über den Ärztlichen Leiter des Klinikums, ebenfalls Keeser<sup>696</sup>, im März 1935 das erforderliche Personal bei

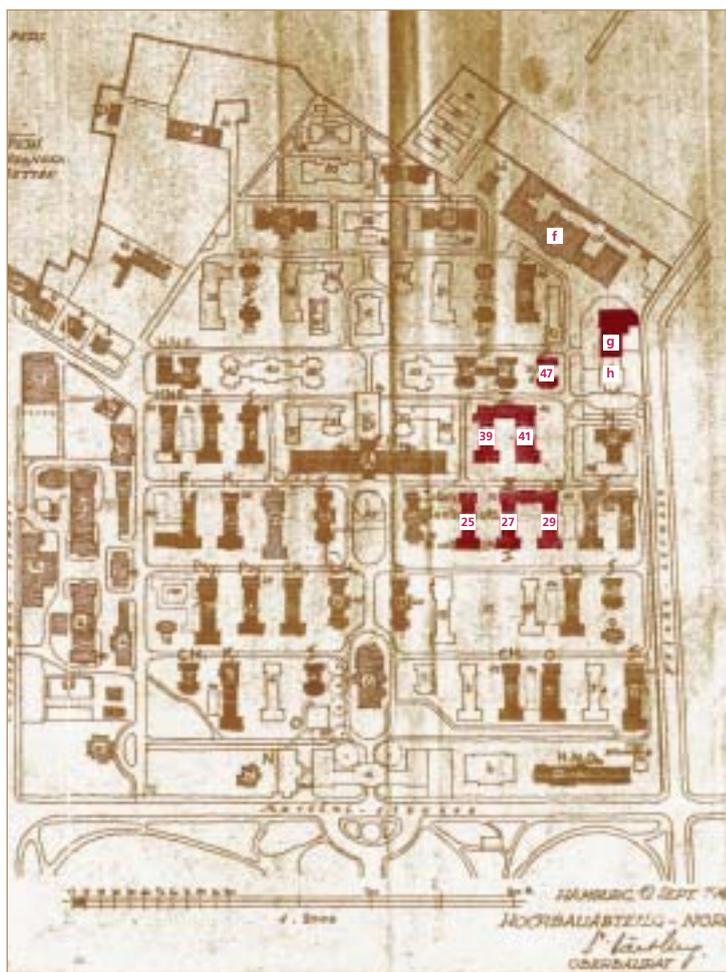


Abb. 53. Ausschnitt mit den zur Zahnklinik gehörenden Gebäuden (schraffiert) aus dem Lageplan des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf von 1943 mit Ergänzung des Pavillon 25.

- f Pathologisches Institut
  - g Zahnklinik
  - h Kapelle
- } Alte Pathologie  
(Leichenhaus)

691 Fischer 1980, S. 81.

692 Das Todesjahr Heinrich Schröders konnte nicht ermittelt werden.

693 Fischer 1980, S. 81-82; StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1 Bd.1 Bl. 9-10, Schuchardt: „Neubau der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Gelände des Universitätskrankenhauses Eppendorf“, [enthält auch einen Bericht vom Zustand der Klinik um 1935], undatiert, ca. Januar 1953. Das Datum wurde nach drei Anhaltspunkten geschätzt: Die Angabe über die Anzahl der Zahnärzte und Dentisten in Deutschland, siehe ebd., Bl. 18, trifft mit Schuchardts Schreiben vom 19.1.1953 überein, siehe ebd., Bl. 27, für die Anzahl der Hamburger Zahnmedizinstudenten wurde das Sommersemester 1952 herangezogen, siehe ebd., Bl. 19 und am 31.1.1953 gab es einen Vermerk von Verwaltungsdirektor Fechter an Bahring zum Schuchardt Memorandum, siehe ebd., Bl. 7. Nach dem Deutschen Zahnärzte-Buch 1938, S. 234, waren am Institut die Zahnärzte Erich Thalmann, Kurt Nehse, Peter Granzin (1904- ?), Werner Karnstedt (1910- ?), Kiehne, Simon Egert, Heinz Blattmann (1911- ?), Arno Möller (1907- ?) und der Arzt und Zahnarzt Böttcher als Assistenten tätig.

694 Eduard Keeser war von 1934-1938 Dekan der Medizinischen Fakultät in Hamburg, siehe Häntsch 1989, S. 568.

695 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 133, Medizinische Fakultät, Dekan Keeser, an Staatsverwaltung der Hansestadt Hamburg, Hochschulwesen, vom 29.19.1940.

696 Eduard Keeser war von 1934-1936 Ärztlicher Leiter des UKE, siehe Häntsch 1989, S. 568.

der Landesunterrichtsbehörde Abteilung Hochschulwesen<sup>697</sup>. Durch die Unterstellung der Norddeutschen Kieferklinik unter die Zahnärztliche Universitätsklinik kam es zwischen dem Leiter der Kieferklinik Steinbach und dem Direktor der Zahnärztlichen Universitätsklinik Precht zu Kompetenzstreitigkeiten, die zur Beurlaubung Steinbachs am 1.11.1935 und zu seiner Entlassung am 31.3.1936 führten<sup>698</sup>. Die Kieferklinik übernahm danach Precht selbst<sup>699</sup>. Steinbach ging daraufhin als Kieferchirurg an das Hafenkrankehaus und versuchte dort sofort, eine neue Kieferklinik aufzubauen. Unverzüglich wandte sich Precht mit Unterstützung der Medizinischen Fakultät gegen die Errichtung einer solchen Klinik<sup>700</sup>. Im Dezember 1935 forderte Precht die Berufung eines namhaften Spezialisten zum Leiter der Universitätskieferklinik, die inzwischen auf 70 Betten aufgestockt worden war. Die Universität stellte dafür ein planmäßiges Extraordinariat zur Verfügung<sup>701</sup>.

Zum 2.1.1936 erhielt Wolfgang Rosenthal<sup>702</sup> einen vorläufigen Lehrauftrag für die außerordentliche Professur für Kieferchirurgie und die kommissarische Leitung der Universitätskieferklinik<sup>703</sup> (siehe 2.4.2), die er jedoch nur von Sonntag bis Dienstag in Hamburg wahrnahm, weil er noch Lehrverpflichtungen als außerordentlicher Professor für Chirurgie an der Universität in Leipzig erfüllte<sup>704</sup>. Die vorausgegangenen Konflikte um die Kieferklinik und die mangelnde Ausstattung bewegten Rosenthal zu der Bitte, seine Ernennung aufzuschieben<sup>705</sup>. Diese verzögerte sich jedoch auch, weil vom Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung (RMWEV) in Berlin die Bestätigung ausblieb, da die Untersuchungen der Reichsstelle für Sippenforschung in Berlin über die Abstammung Rosenthals abgewartet wurden. Im Ergebnis dieser Untersuchungen wurde Rosenthal wegen seines Großvaters, der als Kind jüdischer Konfession gewesen war, und dessen zunächst auch als „Jüdin“ betrachteten Ehefrau als „Vierteljude“ eingestuft. Rosenthal erhob Einspruch, doch das RMWEV entzog ihm trotz der nicht abgeschlossenen Revision am 7.8.1937 die Lehrbefugnis, was zu seiner Entlassung in Hamburg und Leipzig führte<sup>706</sup>. Als Ersatz für Rosenthal in Hamburg wurde vom RMWEV der Kieferchirurg Otto Hofer aus Wien vorgeschlagen (siehe 2.6.3). Als ihn die medizinische Fakultät der Hansischen Universität aus fachlichen Gründen ablehnte, wurde die Stelle gestrichen<sup>707</sup>.

Nicht nur für die Kieferklinik sondern auch für die anderen Abteilungen des zahnärztlichen Instituts kämpfte Precht für eine Verbesserung der Personalsituation, denn durch Mangel an besser bezahlten Stellen litt das Institut an Personalnot<sup>708</sup>. 1932 hatte das zahnärztliche Institut neben der Professur und einem wissenschaftlichen Rat noch über einen wissenschaftlichen Angestellten und vier wissenschaftliche Assistenten sowie einen wissenschaftlichen Hilfsarbeiter verfügt<sup>709</sup>. Danach kam es zu einem Stellenab- und Umbau, wonach das Institut statt vier Assistenten nur noch einen beschäftigen konnte, die Stelle des wissenschaftlichen Angestellten entfiel. Die Zahl der Hilfsarbeiter erhöhte sich dagegen auf vier<sup>710</sup>.

697 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 133-135.

698 Bussche 1989 [a], S. 99.

699 Fischer 1980, S. 81-82.

700 Ebd., S. 82.

701 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 133-135.

702 Siehe Kapitel 2.4.2.

703 Bussche 1989 [a], S. 99-100.

704 Müller, B. 1992, S. 18.

705 Bussche 1989 [a], S. 99-100.

706 Müller, B. 1992, S. 18-30, 33. Laut Hausser, Rottke 1989, S. 315-316, arbeitete Rosenthal nur bis zum 31.03.1936 in Hamburg.

707 Bussche 1989 [a], S. 99-100.

708 StAH, Hochschulwesen II, Al 16, (ungezählt), Precht an Kultur- und Schulbehörde, Hochschulwesen, 6.4.1937.

709 Ebd., an das Hamburgische Staatsamt, 2.7.1937.

710 Ebd., Hamburgisches Staatsamt an Kultur- und Schulbehörde, 10.11.1937.

Am 22.10.1938 starb Eduard Precht unerwartet im Alter von nur 45 Jahren<sup>711</sup>. Vier Tage nach seinem Tod fand erneut eine Besprechung der Medizinischen Fakultät u. a. mit dem Präsidenten der Unterrichtsbehörde über die Schaffung einer außerordentlichen Professur für Kieferchirurgie statt, die am 19.7.1938 beantragt worden war und für die nun Hans Pflüger vorgeschlagen und möglichst bald kommissarisch eingesetzt werden sollte. Den freigewordenen Lehrstuhl für Zahnheilkunde wollte die Kommission mit einem Kandidaten besetzen, der bereits eine Universitätsklinik geleitet hatte<sup>712</sup>. Mit diesen Vorhaben lief die Kommission jedoch nicht konform mit übergeordneten Stellen, denn in Vorbereitung auf den Krieg wurde vom Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung die Besetzung des vakanten Lehrstuhls mit einem Kieferchirurgen geplant, was ein entsprechendes Extraordinariat hinfällig werden ließ<sup>713</sup>. Wegen der unterschiedlichen Interessenslage sollte die Besetzung drei Jahre in Anspruch nehmen. An der Berufung waren im wesentlichen folgende Instanzen beteiligt: das Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung als zentrale und übergeordnete Stelle<sup>714</sup>, der Reichsstatthalter Karl Kaufmann (1900-1969) als höchste Instanz in Hamburg, wo seit der Gebietsreform durch das „Groß-Hamburg-Gesetz“ vom 26.1.1937 und durch das Gesetz über die Verfassung und Verwaltung der Hansestadt Hamburg vom 9.12.1937 nebeneinander eine Gemeindeverwaltung und eine Staatsverwaltung existierte. Der Staatsverwaltung zugeordnet war das Hochschulwesen<sup>715</sup>. Die Universität mit ihrem Rektor und den Dekanen der Fakultäten waren dem Hochschulwesen unterstellt<sup>716</sup>, und das Gesundheitswesen wiederum, das die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen hatte, war Teil der Gemeindeverwaltung<sup>717</sup>. Der Reichsdozentenführer Karl Pieper (1886-1951) aus München<sup>718</sup> vertrat die Interessen der NSDAP im Bereich der Fakultäten<sup>719</sup>.

Der Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung in Berlin schlug in einem Schreiben vom 17.11.1938 Otto Hofer nun für den Lehrstuhl für Zahnheilkunde in Hamburg vor und verlangte dazu eine Stellungnahme der Universität<sup>720</sup>. Nach zwei Erinnerungsschreiben des RMWEV an den Reichsstatthalter in Hamburg<sup>721</sup> nannte der Rektor der Hansischen Universität im Februar 1939 entgegen den Wünschen des Reichsministeriums an erster Stelle der Berufungsliste den Hamburger Hans Pflüger und Erwin Reichenbach<sup>722</sup> (1879-1973) aus Leipzig<sup>723</sup>. An zweiter Stelle nannten sie den Hamburger Heinrich Fabian und Karl Greve (1897- ?) aus Breslau. Otto Hofer wurde von der Medizinischen Fakultät erneut aus fachlichen Gründen abgelehnt. Sie vertrat die Ansicht er sei gegenüber Pflüger geringer qualifiziert<sup>724</sup>.

711 Ebd., Ai 6/2, Bl. 64, Schulbehörde Hamburg an Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Ausbildung.

712 Ebd., Ai 6/2, Bl. 67, Ergebnisse der Besprechung über die Schaffung und Besetzung einer außerordentlichen Professur für Kieferchirurgie am 26.11.1938.

713 Ebd., Bl. 157-158, Rektor der Hansischen Universität, Keeser, an Staatsverwaltung der Hansestadt Hamburg Hochschulwesen, 6.5.1941.

714 Bussche 1989 [a], 70.

715 Hamburgs Weg zum Reich und in die Welt 1939, S. 306-311. Vgl. Uhlmann, Weisser 1989, S. 99, 103.

716 Bussche 1989 [a], 70.

717 Hamburgs Weg zum Reich und in die Welt 1939, S. 306-311. Vgl. Ipsen 1936, S. 401.

718 Häussermann 1996, S. 1327-1328.

719 Bussche 1989 [a], 70.

720 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 66, Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung Berlin i.A. Bach an Reichsstatthalter Hamburg, 17.11.1938, vorgelegt am 23.11.1938, 28.11.1938, 06.12.1938.

721 Ebd., Bl. 68, RMWEV an Reichsstatthalter Hamburg 12.12.1938, Bl. 70, RMWEV an Reichsstatthalter Hamburg, 30.1.1939.

722 Lebenslauf von Erwin Reichenbach in Stichworten: geboren am 1.8.1897 in Augsburg, 1919 Studium der Zahnheilkunde in München, 1921 zahnärztliches Staatsexamen, Assistent am zahnärztlichen Universitätsinstitut in München, Promotion zum Dr. med. dent., 1927 Studium der Medizin, 1929 Ärztliches Staatsexamen, siehe Häussermann 1997, S. 872, 1930 Promotion zum Dr. med., 1930 Habilitation, 1935 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor in München, 1936 Ernennung zum ordentlichen Professor für Prothetik und Kieferorthopädie der Universität Leipzig, 1947 Ernennung zum ordentlichen Professor für Zahnheilkunde und Kieferchirurgie der Universität Halle-Wittenberg, Maier 1994, S. 60-61, 1962 Zwangsemeritierung aus politischen Gründen, am 24.1.1973 verstorben, siehe Häussermann 1997, S. 872.

723 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 71, Rektor der Hansischen Universität an RMWEV, 17.2.1939.

724 Ebd., Bl. 73-74, Medizinische Fakultät an Rektor der Hansischen Universität, 24.1.1939.

Der Reichsminister reagierte im Mai 1939 auf die Kandidatenliste der Hamburger abschlägig. Hans Pflüger gehöre mit seinem Bruder Moritz Pflüger zur Gegenpartei von Steinbach. Um die Streitigkeiten nicht neu aufleben zu lassen, wurde die Berufung Pflügers vom Reichsdozentenführer Pieper abgelehnt. Reichenbach komme nicht in Betracht, da er seine vorbildliche Leipziger Wirkungsstätte nicht verlassen sollte. Darum wurde jetzt vom RMWEV die Berufung von Heinrich Hammer, Berlin, angestrebt<sup>725</sup> (siehe 2.3.2), der nach Ablehnung Hofers von Pieper vorgeschlagen worden war<sup>726</sup>. Hammer war damals Oberarzt an der Kieferklinik der Berliner Charité<sup>727</sup> (siehe 2.4.3). Der Gauleiter Hamburgs, Reichsstatthalter Kaufmann, wies als Gegenreaktion im Juli 1939 die Einwände gegen Pflüger zurück und denunzierte seinerseits Hammer als früheren Freimaurer<sup>728</sup>. Wenn bis dahin eine Verzögerungstaktik bei der Lehrstuhlbesetzung von Hamburger Seite nur erahnt werden konnte, ab Juli 1939 wird sie offensichtlich. Sicher ist, daß die Besetzung mit einer anerkannten Fachgröße der Kieferchirurgie u. a. vom Reichsstatthalter in Hamburg, Karl Kaufmann, boykottiert wurde<sup>729</sup>. Welche Rolle dabei der Fakultät zukam, konnte nicht mit Sicherheit ermittelt werden.

Kaufmann und der Präsident der Gesundheitsbehörde Senator Friedrich Theodor Offerdinger (1896-1946), ab 1937 Beigeordneter der Gemeindeverwaltung, planten schon ab 1935 die erneute Errichtung einer Spezialklinik für Kieferverletzte außerhalb der Universität mit 50-60 Betten<sup>730</sup>. Der genaue Zeitpunkt fällt wahrscheinlich mit der Entlassung ihres Schützlings, des ehemaligen Leiters der Norddeutschen Kieferklinik Kurt Steinbach, zusammen. Jedoch erst Anfang Juli 1939 erteilte Kaufmann den Auftrag, die Spezialklinik im Zuständigkeitsbereich der Gemeindeverwaltung zu errichten. Steinbach übernahm die Leitung<sup>731</sup>. Die Medizinische Fakultät wurde in diesem Zusammenhang gefragt, wie viele Betten für den Studentenunterricht in Kieferchirurgie notwendig seien. Sie nannte aus taktischen Gründen eine niedrige Zahl von nur 12 Betten, möglicherweise, um eine Beschlagnahme der Universitätskieferklinik zu verhindern<sup>732</sup>. Mit der Einrichtung der Spezialklinik wurde 23.8.1939 im ehemaligen jüdischen Krankenhaus in der Eckernförder Straße begonnen. Die Klinik erhielt den Namen „Nordwestdeutsche Kieferklinik“<sup>733</sup>. Wenig später wurde sie in den Mobilmachungsplan der Deutschen Wehrmacht aufgenommen<sup>734</sup>. Im Rahmen der Mobilmachung erhielt der kommissarische Leiter der Universitätskieferklinik, Erich Thalmann<sup>735</sup>, am 26.8.1939 den militärischen Auftrag, alle Einrichtungsgegenstände, das Personal und auch die Patienten seiner Klinik in die Nordwestdeutsche Kieferklinik zu überführen. Danach war eine reguläre Arbeit an der Universitätskieferklinik fast unmöglich. Ein Ersatz bzw. die Rückgabe der Einrichtungsgegenstände wurde zwar in Aussicht gestellt, diese Zusage aber nicht eingehalten<sup>736</sup>. Entstehung, Aufgaben und Umfang der NWDKK kommen in folgendem Zitat von Kurt Steinbach zum Ausdruck, das entsprechend parteilich und beschönigend ausfällt:

725 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 85, RMWEV an Reichsstatthalter Kaufmann, 10.5.1939.

726 Bussche 1989 [a], S. 102.

727 Hoffmann-Axthelm 1960 [b], S. 57.

728 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 87, Reichsstatthalter Kaufmann über Hochschulwesen, Gundert, an RMWEV, 13.7.1939.

729 Ebd., Bl. 177, Reichsstatthalter Kaufmann an RMWEV, 30.9.1941.

730 Ebd., Bl. 89 b, „Ergebnis der Besprechung über verschiedene die Medizinische Fakultät berührende Fragen“, Dekan Mühlens, 21.12. 1939.

731 Steinbach 1941, S. 1.

732 StAH, Hochschulwesen II, Ai 6/2, Bl. 133-134, Medizinische Fakultät, Dekan Keeser, an Staatsverwaltung der Hansestadt Hamburg, Hochschulwesen, 29.19.1940; Ebd., Bl. 122, 16.5.1940, Vermerk Hochschulwesen, Ipsen.

733 Fischer 1980, S. 82; StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd.1, Bl. 10, Neubau der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Gelände des UKE, undatiert, ca. Januar 1953.

734 Steinbach 1941, S. 1.

735 Ebd., Bl. 177, Reichsstatthalter Kaufmann an RMWEV, 30.9.1941.

736 Ebd., Bl. 89 b.

„Am 8.7. 1939 erteilte der Herr Reichsstatthalter von Hamburg, Kaufmann, den Auftrag, für den Raum Nordwestdeutschland in Hamburg eine Spezialklinik für Kieferkrankheiten zu errichten. Nach dem Suchen wurde hierfür ein schon bestehendes Krankenhaus, das erst seit etwa zehn Jahren in Betrieb war, ausgewählt. Nach mühevollen Vorarbeiten von seiten der Gesundheitsbehörde der Stadt Hamburg durch Senator Offerdinger und Herrn Oberverwaltungsdirektor Timcke wurde sofort mit den Vorarbeiten begonnen und ein vollständiger Umbau des in Frage kommenden Krankenhauses in Szene gesetzt. Am 23.8.1939 wurde mit dem Umbau begonnen. Die Mobilmachung schien anfänglich einen Strich durch das geplante Bauvorhaben zu ziehen. Dank Eingreifen des Herrn Reichsstatthalters wurde jedoch auch diese Klippe umschifft, nachdem von seiten der Militärbehörde dieses Spezialkrankenhauses mit in den Mobilmachungsplan eingeschoben wurde, und zwar als ein Speziallazarett des zuständigen A. K. Somit fielen dem Krankenhaus zu gleichen Zeit zwei Aufgaben zu: 1. Versorgungsstätte für die Zivilbevölkerung für den Raum Nordwestdeutschland, 2. Reservelazarett mit dem ganz speziellen Auftrag, Versorgung von Kieferverletzten und Erkrankungen. Die ärztliche Personalfrage machte außerordentliche Schwierigkeiten, da ausgebildete Kieferchirurgen so gut wie gar nicht vorhanden sind, die wenig vorhandenen bereits durch die Mobilmachung militärischerseits erfaßt und für Spezialaufgaben eingesetzt waren. Wir waren daher vor die Notwendigkeit gestellt, zum großen Teil Herren mit nur einer Approbation und entsprechender Qualifikation einstellen zu müssen, um sie in kürzester Frist zu dem Niveau zu erziehen, zu dem sie einsatznotwendig waren. Laut Mobilmachungsbefehl mußte sehr kurzfristig eine größere Anzahl von Betten belegfähig gemeldet werden. Am 10. 9.1939 war das Krankenhaus für Militär und Zivil komplett aufnahmefähig. Schwierigkeiten wegen der Beschaffung des ausreichenden Instrumentariums und der entsprechenden Einrichtungsgegenstände beseitigte auch hier der Reichsstatthalter mit großer Geste, so daß nunmehr ein vorbildliches Spezialkrankenhaus vorhanden ist, das in zwei Gebäuden über 286 Betten verfügt. Ein sogenannter Altbau mit eigener Operation- und Behandlungsmöglichkeit, 120 Betten, ein Neubau mit 156, einer Kleinkinder- und Säuglingsabteilung, Kostgängerstation, einer aseptischen und septischen Operationsanlage auf getrennten Stockwerken. Jede Station verfügt über eigene Verbands- und Behandlungsräumlichkeiten. Hinzu kommt eine in sich abgeschlossene Poliklinik nur für kieferchirurgische Fälle mit fünf Behandlungsräumen inklusive einem Operationsraum und einem Laboratorium für chirurgische Prothesen, Kieferschienen usw. Auf demselben Behandlungstraktus befindet sich ein Behandlungsraum für Hals, Nasen und Ohren, Röntgen- und Wärmebestrahlungsräume nebst entsprechenden Wartezimmern. Die Kieferklinik verfügt über ein eigenes Laboratorium für alle in Frage kommenden klinischen Untersuchungen sowie über eine eigene Photoabteilung zur wissenschaftlichen Auswertung des klinischen Materials. Eine Bibliothek sowie ein Ärzte-Gemeinschaftsraum vervollständigen den Gesamtbetrieb. Eine abgeschlossene Etage für Ärztwohnungen, Wohn- und Schlafzimmer für jeden Herrn, modern eingerichtet, schaffen den Assistenten eine bequeme Unterbringung. Zwei Schwesternhäuser zur Unterbringung von zirka 35 bis 40 Schwestern vervollständigen den Rahmen des Krankenhausbetriebes. Die Nordwestdeutsche Kieferklinik inklusive Reservelazarett verfügt zur Zeit über zwölf behandelnde Ärzte einschließlich einem Oberarzt für Hals, Nasen und Ohren.“<sup>737</sup>

Elf der im Zitat genannten zwölf Ärzte und Zahnärzte, die als Zivilpersonen dort tätig waren oder zum Kriegsdienst in der NWDKK eingezogen wurden, konnten nach den Angaben in dieser Quelle identifiziert werden; unter ihnen befanden sich auch Erich Thalmann und der Arzt und Zahnarzt Alfred Rohrer, der ab 1920 im zahnärztlichen Universitätsinstitut gearbeitet hatte<sup>738</sup> (siehe 2.6.2).

Nachdem Ende August 1939 vom RMWEV in Berlin die Ablehnung Pflügers noch einmal unterstrichen worden war<sup>739</sup>, reagierte die Medizinische Fakultät erst Ende Dezember mit der Bitte, nun mit Hammer Verhandlungen aufnehmen zu dürfen und ihn von Berliner Seite bereits zum 1. Trimester 1940 kommissarisch mit einem Lehrauftrag für Hamburg auszustatten. Dieses Schreiben der Fakultät an den Reichsminister, das über den Reichsstatthalter Kaufmann geleitet werden mußte, erreichte Berlin erst Mitte Februar 1940<sup>740</sup>. Anfang März 1940 erhielt Kaufmann die Genehmigung, die Verhandlungen mit Hammer zu eröffnen, der nach Weisung des RMWEV den zahnärztlichen Unterricht schon ab 1.4.1940 vertretungsweise übernehmen sollte<sup>741</sup>.

737 Steinbach 1941, S. 1-2.

738 Dr. [Hermann] Borgmann [1909], Zahnarzt, Kriegszahnarzt, siehe ebd., S. 19, Dr. Kurt Fessel [\*1910], Oberarzt, siehe ebd., S. 50, Dr. med. Dr. med. dent. Otto Fricke [\*1899], Arzt und Zahnarzt, Unterarzt, siehe ebd., S. 3, Dr. Dr. [Josef] Götz [\*1911], Arzt und Zahnarzt, Assistent der Klinik, siehe ebd., S. 10, Dr. med. Enno Henning, Facharzt für Ohren, Nasen und Hals, leitender Oberarzt, Stabsarzt der R.Z.V., siehe ebd., S. 61, Dr. med. dent. Konze, Zahnarzt, Kriegszahnarzt, siehe ebd., S. 77, Dr. med. Alfred Rohrer, Arzt und Zahnarzt, siehe ebd., S. 103, Dr. Rudolf Rose [\*1902], siehe ebd., S. 100, Dr. med. Kurt Steinbach, Arzt und Zahnarzt, Facharzt für Mund- und Kieferkrankheiten, Ärztlicher Direktor, Oberstabsarzt, Chefarzt des Reservelazarettes VIII, siehe ebd., S. 1, Dr. Wehrspann, Assistent der Klinik, siehe ebd., S. 41. Erich Thalmann, siehe StAH, Hochschulwesen II, AI 16, Ärztlicher Direktor der Nordwestdeutschen Kieferklinik an Gesundheitsverwaltung, 14.11.1939.

739 Ebd., Ai 6/2, Bl. 94, RMWEV an Reichstatthalter Kaufmann, 23.8.1939.

740 Ebd., Bl. 90, Hamburg an RMWEV 29.12.1939, Bl. 91, Rektor der Hansischen Universität an RMWEV 22.12.1939, Bl. 95, Text identisch mit Bl. 90, Datum 15.2. 1940 Stempel des Reichstatthalters.

741 Ebd., Bl. 99, RMWEV an Reichsstatthalter, 3.7.1940, zum Bericht 15.2.1940.

Nach den Plänen von Senator Offerdinger, sollte jedoch möglichst kein Kieferchirurg von Rang, sondern ein „Vertreter der reinen Zahnheilkunde“ den Lehrstuhl übernehmen<sup>742</sup>. Er richtete entsprechende Schreiben an Kaufmann und Staatssekretär Georg Ahrens (1896-1946) in Hamburg:

*„Kommt nach Hamburg ein ausgesprochener Kieferchirurg, so muß sein Bestreben darin bestehen, kieferchirurgisch tätig zu sein, seine Klinik entsprechend auszuweiten und damit ein Universitätsinstitut zu schaffen, das in ausgesprochener Konkurrenz zur Nordwestdeutschen Kieferklinik steht“<sup>743</sup>.*

Er regte auch an, die Räume der Universitätskieferklinik an Abteilungen anderer Kliniken abzugeben, was wohl auch teilweise umgesetzt wurde. Durch die Zahnärztliche Universitätsklinik sollte nur noch die zahnärztlich-chirurgische Versorgung von Krankenhauspatienten anderer Kliniken gewährleistet bleiben. Alle anderen Kieferkranken sollten an die NWDKK überwiesen werden<sup>744</sup>.

Mitte April wurde die Aufforderung an Hammer, vertretungsweise in Hamburg tätig zu sein, vom Reichsminister wieder zurückgezogen, weil sie so schnell nicht umsetzbar war<sup>745</sup>. Bei den Berufungsverhandlungen im April 1940 stellte Hammer tatsächlich erhebliche Forderungen, die genau den „wunden Punkt“ der Hamburger trafen. Er forderte u. a. die Wiederherstellung des alten Zustandes in der Universitätskieferklinik, die Rücknahme der Anordnung von Senator Offerdinger, alle Kieferkranken in die Nordwestdeutsche Kieferklinik zu verlegen, und ging sogar soweit, vorzuschlagen, ihn gleichzeitig zum Leiter der Nordwestdeutschen Kieferklinik zu ernennen und diese Klinik an die Universität zu überführen. Hammer soll sich im Klaren darüber gewesen sein, daß seine weitreichenden Einrichtungs- und Personalforderungen während des Krieges nicht zu verwirklichen waren; denn er schlug vor, mit seinem Wechsel nach Hamburg bis zur Beendigung des Krieges zu warten<sup>746</sup>. Erwartungsgemäß kamen die Berufungsverhandlungen zum Erliegen. Der Vertreter des Ressorts Hochschulwesen H. Ipsen unterrichtete den Dekan der Medizinischen Fakultät Peter Mühlens im Juli 1940 über den Stand der Verhandlungen:

*„Ich fasse mein Urteil dahingegen zusammen, daß die Wiederbesetzung der freien Professur der Universität mit einem Kieferchirurgen wegen der Existenz der Nordwestdeutschen Kieferklinik nicht durchführbar sein wird ... Ich würde es daher begrüßen, wenn die Medizinische Fakultät unter Würdigung dieser Gesichtspunkte die Frage der Wiederbesetzung erneut überprüft“<sup>747</sup>.*

Im Oktober ging das Dekanat wegen Überlastung von Mühlens, der von 1938-1940 im Amt gewesen war, erneut an Eduard Keeser<sup>748</sup>, der sich sogleich für die Kieferklinik der Universität und die Berufung Hammers einsetzte. Gleichzeitig kam er für den Fall des Ausscheidens von Hammer auf alte Berufungskandidaten zurück, von denen er den prothetisch orientierten Greve aus Breslau favorisierte<sup>749</sup>. Der Mitbewerber Heinrich Fabian, der als Leiter der konservierenden Abteilung das Hamburger Zahnärztliche Institut seit Prechts Tod kommissarisch führte, hatte im Juni 1940 ein außerplanmäßiges Extraordinariat für Zahnheilkunde an der Hansischen

742 Ebd., Bl. 99a-b, Senator Offerdinger an Staatssekretär Ahrens, 11.3.1940; Ebd., Bl. 99c, Senator Offerdinger an Reichsstatthalter Kaufmann, 11.3.1940. Ahrens war für das Wirtschaftswesen zuständig, siehe ebd., vorletztes Bl., Hammer an Oberbürgermeister von Hamburg, 11.6.1945.

743 Ebd., Bl. 99 b.

744 Ebd., Bl. 112, Besprechung mit Professor Hammer am 20.4.1940; ebd., vorletztes Bl.

745 Ebd., Bl. 110, 111, beide 13.4.1940.

746 Ebd., Bl. 112-115, Besprechung mit Professor Hammer am 20.4.1940.

747 Ebd., Bl. 129.

748 Uhlmann, Weisser 1989, S. 102.

749 Ebd., Bl. 132, Dekan Keeser an Rektor der Hansischen Universität, vom 23.10.1940; ebd., Bl. 133, Dekan Keeser durch den Rektor an Staatsverwaltung, Hochschulwesen, 29.10.1940. Vgl. auch ebd., Bl. 157-158, Rektor der Hansischen Universität, Keeser, an Staatsverwaltung, Hochschulwesen, 6.5.1941. Eduard Keeser war von 1941-1945 Rektor der Hansischen Universität, siehe Häntsch 1989, S. 568.

Universität erhalten und trat dadurch als Kandidat in den Hintergrund<sup>750</sup>. Die Verzögerungen in der Berufungsverhandlung mit Hammer führten zu der Drohung von Berliner Seite, das zahnärztliche Institut in Hamburg vollständig zu schließen<sup>751</sup>. Davon unbeeindruckt, gab Kaufmann erst im Januar 1941 den „neuen“ Berufungsvorschlag der Fakultät, Greve, nach Berlin weiter<sup>752</sup>. Wie zu erwarten, wurde dieser Vorschlag vom Reichsministerium abgelehnt mit der Begründung:

*„daß in der Universitäts-Zahnklinik 1.) kieferchirurgische Fälle nicht von einem voll ausgebildeten Kieferchirurgen behandelt werden können, 2.) kieferchirurgischer Unterricht den Studierenden der Zahnheilkunde sowie in den Fortbildungskursen nicht ordnungsgemäß erteilt werden könne“*<sup>753</sup>.

Die Vertreter des Reichsministeriums äußerten auch, daß durch die Errichtung der Nordwestdeutschen Kieferklinik die Besetzung des Lehrstuhls mit einer besonders qualifizierten Kraft schwierig sei, andererseits hielten sie den Leiter der Klinik, Steinbach, für wissenschaftlich nicht ausreichend qualifiziert, um ihm etwa auch den Lehrstuhl zu übertragen<sup>754</sup>. Das Ministerium ordnete wenig später Verhandlungen mit dem Kieferchirurgen Hermann Wolf (1889-1978) aus Würzburg an<sup>755</sup>. Auch gegen diesen Kandidaten, konnte sich Reichstatthalter Kaufmann erfolgreich zur Wehr setzen<sup>756</sup>. Er begründete seine Absage Ende Oktober 1941 wie folgt:

*„Die Berufung von Professor Wolf, wie eines kieferchirurgisch ausgebildeten Professors überhaupt, würde dazu führen, daß neben der Nordwestdeutschen Kieferklinik auch die Universitäts-zahnklinik eine Kieferstation unterhielte. In Hamburg jedoch zwei Stellen für den gleichen Zweck zu unterhalten, wäre nicht zu verantworten, ... Da die Nordwestdeutsche Kieferklinik mit ihrem umfangreichen Material auch der kieferchirurgischen Ausbildung der Studierenden der Zahnheilkunde zur Verfügung gestellt werden kann, ist meines Erachtens eine gute kieferchirurgische Ausbildung der Studierenden, auf die das Ministerium wert legt, hier gewährleistet.“*<sup>757</sup>.

Die wiederholte Forderung Kaufmanns, den Lehrstuhl mit Greve zu besetzen, führte jedoch nicht zum Erfolg. Seine Anregung, die Nordwestdeutsche Kieferklinik für die Ausbildung der Studierenden der Zahnheilkunde heranzuziehen, hielt der Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung für untragbar. Unerwartet ordnete er im November 1941 an:

*„Unter Zurückstellung aller bisherigen Bedenken habe ich mich daher entschlossen, den außerplanmäßigen Professor Dr. Pflüger nunmehr zu berufen ... und darf annehmen, daß dieser Plan Ihre [Kaufmanns] Zustimmung findet“*<sup>758</sup>.

Damit erhielt mit dreijähriger Verzögerung der erste Kandidat der Fakultät von 1939, Hans Pflüger, den vakanten ordentlichen Lehrstuhl für Zahnheilkunde in Hamburg. Nach dem Abschluß der Berufungsverhandlungen übernahm er am 27.11.1941 das Ordinariat<sup>759</sup>. Laut Hammer ging Pflüger auf die Forderungen des Gesundheitssenators ein, verzichtete auf eine Bettenstation und verpflichtete sich, sämtliche stationär zu behandeln-

750 StAH, Hochschulwesen II Ai 6/2, Bl. 136, notierte Äußerung des Dekan Keeser, vom 18.11.1940; ebd., Bl. 92, am 20.12.1939 wurde vom Dekan Mühlens der Staatsverwaltung, Hochschulwesen, im Zusammenhang mit Hammers Berufung auf den Ordentlichen Lehrstuhl für Zahnheilkunde vorgeschlagen, ein Extraordinariat Prothetik mit Fabian oder Grewe zu besetzen.

751 Ebd., Bl. 136, Vermerk über ein Telefonat mit Dekan Keeser, 15.11.1940.

752 Ebd., Bl. 147, an RMWEV, vom 20. Januar 1941.

753 Ebd., Bl. 158, Rektor Keeser an Staatsverwaltung Hochschulwesen, 6.5.1941.

754 Ebd., Bl. 148, Vertretung der Hansestadt Hamburg in Berlin an Staatsverwaltung, Hochschulwesen, Ipsen, 21.1.1941.

755 Ebd., Bl. 177, Reichsstatthalter Kaufmann an RMWEV, 30. 7. 1041, Erlaß vom 23.5.1941, Berufung Wolf.

756 Ebd., Bl. 184, RMWEV an Reichsstatthalter Kaufmann, 4.11.1941.

757 Ebd., Bl. 177, Reichsstatthalter Kaufmann an RMWEV, 30. 7. 1941.

758 Ebd., Bl. 184, RMWEV an Reichsstatthalter Kaufmann, 4.11.1941.

759 Bussche et al. 1989, S. 211.

den Kieferkranken in die Nordwestdeutsche Kieferklinik zu verlegen<sup>760</sup>. Im Dezember 1945 wurde Pflüger von der Britischen Militärregierung entlassen<sup>761</sup>.

Abschließend soll noch auf die Situation der Nordwestdeutschen Kieferklinik bei Kriegsende eingegangen werden. Das im Altbau der Nordwestdeutschen Kieferklinik untergebrachte Reservelazarett VIII, dem Steinbach in Personalunion vorstand, war 1943 unter der Bezeichnung Kieferabteilung in ein Lüneburger Lazarett verlegt worden, weil die Wehrmacht den Unterhalt von zusätzlichen Lazaretten neben dem Standortlazarett Wandsbek und der Einrichtung im Rote-Kreuz-Krankenhaus am Schlump untersagt hatte. Die Kieferabteilung in Lüneburg stand neben der Nordwestdeutschen Kieferklinik weiterhin unter Steinbachs Leitung. Wegen der weiten Anfahrtswege war er bestrebt, für die Kieferabteilung wieder in Hamburg ein Quartier zu finden<sup>762</sup>. Der von der Wehrmacht geräumte Altbau in der Eckernförder Straße wurde als Lager für 200 italienische Kriegsgefangene genutzt<sup>764</sup>. Im April 1945 wurde für Kranke unter den Gefangenen eine vom Hafenkrankehaus eingerichtete Station in einem Bunker unter der Simon-Utrecht-Brücke zur Verfügung gestellt. Die Überweisung dorthin oblag der Nordwestdeutschen Kieferklinik<sup>765</sup>. Wer dort die Behandlung durchführte war nicht zu ermitteln. Nach dem Feuersturm im Sommer 1943 stellte Kaufmann der Nordwestdeutschen Kieferklinik das Wohngrundstück des Bankiers Max M. Warburg (1867-1946) an der Kösterbergstr. 56 in Hamburg-Blankenese als Ausweichquartier zur Verfügung, weil er die Klinik als gefährdet einstufte. Warburgs Besitz war vermutlich im Zuge antisemitischer Verfolgung durch die Nationalsozialisten beschlagnahmt worden. Das Grundstück wurde als Anlage am Falkenberg<sup>766</sup> und die dort befindlichen zwei größeren Gebäude, als Rotes und Weißes Haus bezeichnet<sup>767</sup> (Abb. 54). Die NWDKK hatte in Blankenese 85 Betten. In der Eckernförder Straße waren 65 Bet-



Abb. 54. Ausschnitt des Lageplans Kösterbergstr. 56, gezeichnet von Kurt Steinbach 1945.

760 StAH, Hochschulwesen II Ai 6/2, vorletztes Bl., Hammer an Oberbürgermeister von Hamburg, 11.6.1945.

761 Universität Hamburg 1969, S. 206. Vgl. Uhlmann, Weisser 1989, S. 121-122.

762 StAH, Gesundheitswesen I, 230, Generalkommissar für das Gesundheitswesen an Reichsstatthalter Kaufmann, 20.11.1944.

764 Ebd., Senator Offerdiger an Bürgermeister Krogmann, 5.6.1944.

765 Ebd., Verfügung, unterzeichnet Offerdinger, 5.3.1945.

766 Ebd., Generalkommissar für das Gesundheitswesen an Reichsstatthalter Kaufmann, 20.11.1944.

767 Ebd., Lageplan der Kösterbergstr. 56.

ten verblieben. Täglich betreute die Klinik zusätzlich 100 Kranke ambulant<sup>768</sup>. Der Neubau in Eckernförder Straße wurde im Frühjahr 1945 durch Bomben stark beschädigt. Nur das Erdgeschoß, in dem sich die zahnärztliche Poliklinik befand, blieb nutzbar<sup>769</sup>. Auch der Altbau erlitt erhebliche Schäden. Der erste Stock konnte aber für die Kriegsgefangenen und für Personalwohnungen wieder hergestellt werden<sup>770</sup>. Die Kriegsgefangenen wurden im Juli 1945 entlassen<sup>761</sup>. Im neuen Schwesternhaus hatten sich bei Kriegsende einige Privatpersonen, darunter auch Angestellte der Nordwestdeutschen Kieferklinik notdürftig Wohnungen eingerichtet<sup>772</sup>.

## 2.7.2 Integration und Neubau der Nordwestdeutschen Kieferklinik

Die politische Neuordnung Hamburgs nach dem zweiten Weltkrieg hatte auch unmittelbaren Einfluß auf den Verwaltungs- und Beamtenapparat der Stadt. Nach der Besetzung Hamburgs durch Britische Truppen am 3.5.1945 wurden im Rahmen der Entnazifizierung viele Ämter neu besetzt. Das Amt des Präsidenten der Gesundheitsbehörde übertrug die Britische Militärregierung dem Pädiater Rudolf Degkwitz (1889-1973)<sup>773</sup>. Degkwitz, der von 1932 bis 1944 Ordinarius für Kinderheilkunde in Hamburg gewesen war, bevor er 1944 wegen seiner antinationalsozialistischen Haltung vom Volksgerichtshof in Berlin<sup>774</sup> zu einer mehrjährigen Freiheitsstrafe verurteilt wurde, konnte bei Kriegsende aus der Haft fliehen und seinen Lehrstuhl in Hamburg wieder einnehmen. Degkwitz führte in der Gesundheitsbehörde ein strenges Entnazifizierungsprogramm durch<sup>775</sup>, das auch zur Entlassung des Leiters der Nordwestdeutschen Kieferklinik, Kurt Steinbach, führte (siehe oben).

Fünf Wochen nach Kriegsende am 26.6.1945 vertraute Degkwitz die kommissarische Leitung der Nordwestdeutschen Kieferklinik Karl Schuchardt an, der in Itzehoe als Stabsarzt ein Hilfslazarett für gesichts- und kieferverletzte Soldaten leitete (siehe 2.6.3). Seine Dienstbezeichnung an der Nordwestdeutschen Kieferklinik lautete Chefarzt<sup>776</sup>. Zwei Tage später trat er seinen Dienst an<sup>777</sup>. Am 11.9.1945 wurde er definitiv als ärztlicher Leiter der NWDDK bestätigt<sup>778</sup> und am 20.8.1946 zum ärztlichen Direktor ernannt<sup>779</sup>. In welcher Weise sich Schuchardt für diese Stelle bewarb und warum die Wahl auf ihn fiel, konnte nicht rekonstruiert werden. Die Entscheidung einen habilitierten Kieferchirurgen zum Leiter der Nordwestdeutschen Kieferklinik zu ernennen, erfolgte bereits in Vorbereitung auf die von der Gesundheitsbehörde und der Schulverwaltung geplante Integration der Nordwestdeutschen Kieferklinik in die Universität und ihre Vereinigung mit der Hamburger Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik. Die Initiative dazu ergriff Degkwitz im Einverständnis mit der medizinischen Fakultät. Die personelle Vereinigung gelang unkompliziert,<sup>780</sup> die institutionelle dagegen nahm einen Zeitraum von zwölf Jahren in Anspruch. Deshalb blieb die Nordwestdeutsche Kieferklinik noch bis 1957 der Gesundheitsbehörde unterstellt<sup>781</sup>. Die Hauptursache war das Fehlen von geeigneten Gebäuden auf dem Gelände des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf. Es handelte es sich also zunächst um zwei institutionell und auch örtlich getrennte Kliniken.

768 Ebd., Generalkommissar für das Gesundheitswesen an Reichsstatthalter Kaufmann, 20.11.1944.

769 Ebd., Ernst Henze [Prediger] an Senator Dettmann, 13.12.1945.

770 Ebd., Ders. an Senator Dettmann, 6.12.1945.

771 Ebd., Bericht betrifft Kieferklinik, Beschwerden des Predigers Ernst Henze an Senator Dettmann, 6.12.1945, 13.12.1945 (zwei).

772 Ebd., Ders. an Senator Dettmann, 13.12.1945.

773 Bierich 1989, S. 472.

774 Keck, 1989, S. 269-270.

775 Bierich 1989, S. 472.

776 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. 5, Gesundheitsverwaltung Degkwitz, Verfügung, 26.6.1945.

777 Ebd., Bl. [1 ], Personalbogen.

778 Ebd., Bl. 7, Verfügung von Degkwitz 11.9.1945.

779 Ebd., Bl. 22, Präsident des Senats Petersen an Schuchardt, 20.8.1946. Siehe auch StAH, Gesundheitsbehörde I, 230, 1102 an S, P, V usw., 26.9.1946.

780 Hausser, Rottke 1989, S. 316, Fischer 1980, S. 83.

781 StAH, Gesundheitsbehörde I, 230, 3-300- an -10-, 18.10.1957 und -10- an S, P, V usw., 29.10.57 sowie 3-300- an Schuchardt, 28.1.1957.

Im Universitäts-Krankenhaus konstituierte sich am Tag der Übergabe der Stadt an die Britische Regierung aus Lehrkörper, Angestellten und Studenten ein antinationalsozialistischer Ausschuß, der erste Entlassungen von Regimtreuen am UKE einleitete. Danach wurde von der medizinischen Fakultät der von NS-Ämtern unbelastete Physiologe Rudolf Mond (1894-1960) zum Dekan gewählt und ein Fakultätsausschuß zur Überprüfung der Mitglieder des Lehrkörpers gebildet. Dieser war bestrebt, im Interesse der Wiederaufnahme des Lehrbetriebs für die Militärregierung eine Liste einsetzbarer Dozenten zusammenzustellen. Die Verfügungen der Militärregierung über den Verbleib oder Nichtverbleib von Angehörigen des Lehrkörpers im Amt vom Juli und August 1945 stimmten aber häufig nicht mit den Beurteilungen des Fakultätsausschusses überein und wurden von der Militärregierung noch mehrfach revidiert. Nur sechs von den 16 Klinik- und Institutsleitern wurden zunächst bestätigt<sup>782</sup>. Der Ordinarius für Zahnheilkunde Hans Pflüger befand sich seit dem 5.6.1945 in Haft<sup>783</sup> und wurde am 27.12.1945 aus seinem Amt entlassen aber erst 1954 emeritiert<sup>784</sup>. Er hielt danach noch vom Wintersemester 1954/55 bis zum Wintersemester 1956/57 Vorlesungen an der Universität Hamburg<sup>785</sup>. Der Extraordinarius für Zahnheilkunde Heinrich Fabian wurde aufgrund seiner NS-Vergangenheit am 9.8.1945 entlassen<sup>786</sup> und war wie Pflüger inhaftiert<sup>787</sup>. Er kehrte am 8.10.1949 in sein Amt zurück und arbeitete bis zum 30.9.1958<sup>788</sup>.

Die medizinische Fakultät der Hansischen Universität beantragte bereits am 12.9.1945 Schuchardts Einsatz als kommissarischer Leiter der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik<sup>789</sup>. Zwei Tage später am 14.9.1945 wurde ihm von der Schulverwaltung dieses Amt übergeben<sup>790</sup>. Damit war schon drei Monate nach Schuchardts Ernennung zum kommissarischen Leiter der Nordwestdeutschen Kieferklinik eine Personalunion mit der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik hergestellt worden. Schuchardt trat sein Amt nach der Umhabilitation aus Berlin als Privatdozent an und wurde am 3.12.1945 zum außerplanmäßigen Professor der Universität Hamburg ernannt<sup>791</sup>. Für die vertretungsweise Besetzung des Lehrstuhls mit Schuchardt sprachen mehrere Gründe. Zum einen soll Professor Georg Ernst Konjetzky (1880-1957), Ordinarius für Chirurgie an der Universität Hamburg, Schuchardt nach den Bewerbungsgesprächen favorisiert haben, da ihn Schuchardts aktuelle Monografie „Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches“, sehr beeindruckte (siehe 2.6.3). Als Schuchardt sein Buch auf Konjetzkys Schreibtisch liegen sah, soll er ihn zu seiner Meinung darüber gebeten haben, worauf Konjetzky fragte: „Sind Sie der Schuchardt? Die Bestätigung der Frage führte prompt zur Einstellung“<sup>792</sup>. Zum anderen war Schuchardt nicht Mitglied der NSDAP gewesen<sup>793</sup>. Im März 1946 wurde Schuchardt „*primo et unico loco*“ für die Wiederbesetzung des ordentlichen Lehrstuhls

782 Uhlmann, Weisser 1989, S. 121.

783 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. 12, Schulverwaltung an Personalamt, 10.1.1946.

784 Universität Hamburg 1969, S. 206.

785 Universität Hamburg Personal- und Vorlesungsverzeichnis Wintersemester 1954/55-1956/57.

786 Universität Hamburg 1969, S. 206.

787 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. 1, Herrn Dr. Clemens, 12.9.1945.

788 Universität Hamburg 1969, S.206.

789 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. 1; ebd., Bl. 2, Medizinische Fakultät der Hansischen Universität an Schulverwaltung Hochschulabteilung, 12.9.1945.

790 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. 3, Schulverwaltung an Schuchardt 14.9.1945.

791 Ebd., Bl. 10, Ernennungsurkunde vom 2.12.1945; Kürschners Gelehrtenkalender 1983, S. 3837.

792 Persönliche Mitteilung von Pfeifer sowie von Krohn. Siehe dazu auch UKE-Personalakte Karl Schuchardt, darin Universität-Hamburg Akte, Bd I, Bl. 1, Dekan der medizinische Fakultät der Hansischen Universität (Mond) an Schulverwaltung Hamburg, Hochschulabteilung vom 21.9.1945, Zitat des Gutachten Konjetzkys über Schuchardt, speziell über seine Monografie aus dem Jahr 1944.

793 Archiv der Alexander-Humboldt-Universität zu Berlin, Sch 260 I, Bl. 15, Personalformular vom 15.9.1944, danach war Schuchardt Mitglied des Bundes Deutscher Ärzte, des „N.S.V.“ (Nationalsozialistische Volkswohlfahrt) und des „R.L.B.“ (Reichslandbund 1921-1933, Reichsluftschutzbund). In der UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Personalfragebogen Hochschulwesen, 24.10.1945, gab Schuchardt diese Mitgliedschaften nicht an.

für Zahnheilkunde an der Universität Hamburg in Vorschlag gebracht<sup>794</sup> und am 26.7.1946 vom Bürgermeister Karl Petersen zum Ordinarius ernannt<sup>795</sup>. Mit der Berufung, die bereits rückwirkend zum 1.4.1946 in Kraft trat, war auch seine Ernennung zum Direktor der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik verknüpft<sup>796</sup>.

1949 wurde die Zahnärztliche Universitätsklinik und Poliklinik, beantragt durch Schuchardt<sup>797</sup>, in Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten umbenannt<sup>798</sup>. Um die Notwendigkeit eines Neubaus für die Nordwestdeutsche Kieferklinik im Rahmen der ZMK zu verdeutlichen, muß hier auf deren Situation Anfang der 1950er Jahre eingegangen werden. Die bis dahin erreichten baulichen und einrichtungstechnischen Verbesserungen dieser beiden Kliniken gegenüber der Zeit unmittelbar nach Kriegsende werden dabei herausgestellt.

Die NWDKK war am 1.12.1945<sup>799</sup> als selbständiges Krankenhaus auf dem Gelände des Allgemeinen Krankenhauses Eilbek wieder eingerichtet worden<sup>800</sup>, da das ursprüngliche Gebäude der Klinik in der Eckernförder Straße 4 durch Bomben stark beschädigt und der Ausweichstandort der Klinik in Blankenese geräumt werden mußte<sup>801</sup> (siehe oben). Die zahnärztliche Poliklinik zog erst am 7.1.1946 aus der Eckernförderstraße nach Eilbek<sup>802</sup>. Im Haus 12 des AK Eilbek befanden sich sehr gut eingerichtete Operationssäle<sup>803</sup>, im Parterre des Hauses 9 die chirurgische Ambulanz der Kieferklinik, das Direktorzimmer und das Fotolabor<sup>804</sup>. Im Keller lagen Personalwohnungen. 1946 standen der Kieferklinik 160 Krankenbetten zu Verfügung, von diesen waren 40 mit Kriegsverletzten und 30 mit Kindern belegt, die mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten geboren worden waren. Da die Behandlung der ehemaligen Soldaten nach etwa fünf bis sechs Jahren abgeschlossen sein sollte, rechnete Schuchardt danach mit einem Bedarf von 130 Betten<sup>805</sup>. Tatsächlich hatte die Klinik 1950 eine Kapazität von 170 Betten<sup>806</sup> und 1952 noch 150<sup>807</sup>. Im Vergleich mit Kieferkliniken westdeutscher Universitäten, die im Jahr 1951 Bettenzahlen zwischen 21 und 36 aufwiesen, war die Zahl sehr hoch, nur die Westdeutsche Kieferklinik lag mit 180 Betten noch darüber<sup>808</sup>.

Das AK Eilbek ist vom Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 8 km entfernt. Aus der räumlichen Trennung der Nordwestdeutschen Kieferklinik von der Zahnklinik auf dem Gelände des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf ergaben sich große Schwierigkeiten<sup>809</sup>. Deshalb hielt es Schuchardt schon 1946 für zweckmäßig für die Kieferklinik und die Zahnklinik auf dem Eppendorfer Gelände ein großzügiges gemeinsames Gebäude zu errichten<sup>810</sup>. 1950 setzte er sich dafür ein, nach Aufstellung eines Gesamtplans zunächst einen Neubau der klinischen

794 Ebd., Bl. 16, Medizinische Fakultät an Hochschulabteilung, 19.3.1946.

795 Ebd., Bl. 25, Abschrift der Ernennungsurkunde, 26.7.1946.

796 Ebd., Bl. 19, Vereinbarung zwischen Schuchardt und der Schulverwaltung, 9.5.1946.

Haushaltsauschuß der Bürgerschaft, vom 9.8.1946 (S. 2).

797 StAH, Gesundheitsbehörde I, 230, Schulbehörde, Hochschulabteilung an Gesundheitsbehörde, 7.1.1949 und

798 Hausser 1982, S. 156

799 StAH, Gesundheitsbehörde I, 230, -B- 1025-950, 21.11.1945 handschriftlich geändert auf 8.1.1946.

800 Ebd., -S- Senator Dettmann 1025-950, 28.5.1946.

801 StAH, Hochschulwesen II, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 10, Neubau der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Gelände des UKE (vollständig Bl. 8-20), ca. Januar 1953.

802 StAH, Gesundheitsbehörde I, 230, -B- 1025-950, 14.1.1946 geändert auf 24.1.1946.

803 Ebd., Auszug aus der Niederschrift über die Besichtigung des AK Eilbek durch den Haushaltsauschuß der Bürgerschaft, 9.8.1946 (S. 4); persönliche Mitteilung von Schwester Hedwig Schlawinsky.

804 StAH, Hochschulwesen II, 31.04 - 17/1 Bd. 1, Bl. 18.

805 StAH, Gesundheitsbehörde I, 230, -B- 1025-950, Auszug aus der Niederschrift über die Besichtigung des AK Eilbek durch den Haushaltsauschuß der Bürgerschaft, 9.8.1946 (S. 3).

806 StAH, Hochschulwesen II, Gb 31, Bl. 15-17, Schuchardt an Hochschulabteilung, 14.6.1950.

807 StAH Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 14.

808 StAH, Hochschulwesen II, Gb 30, Bl. 114, Bettenzahlen der westdeutschen Universitätskliniken vom 1.4.1951.

Die jeweilige Universitäts-Kieferklinik in Freiburg hatte 21, in Heidelberg 36, in Kiel 35 und in Münster 25 Betten, siehe ebd.

809 StAH Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 18.

810 StAH, Gesundheitsbehörde I, 230, -B- 1025-950, Auszug aus der Niederschrift über die Besichtigung des AK Eilbek durch den Haushaltsauschuß der Bürgerschaft, 9.8.1946 (S. 3).

Abteilung (Kieferklinik) zu errichten und die poliklinischen Abteilungen vorerst nur mit neuen Einrichtungsgegenständen auszustatten, welche so variabel sein sollten, daß man sie in den späteren Neubau überführen könnte<sup>811</sup>.

Die Gebäude der Zahnklinik waren durch Luftangriffe 1942 und 1943 stark beschädigt worden. So war Raumnot neben Mangel an Heizmaterial und Ausrüstungsgegenständen eines der vordringlichsten Probleme mit denen die Zahnklinik wie alle anderen Kliniken und Institute zu kämpfen hatte<sup>812</sup>. Durch einfache Baumaßnahmen konnten aber in der Zeit bis zur Währungsreform und auch unmittelbar danach einige der ursprünglich zur zahnärztlichen Universitätsklinik gehörenden Gebäude (siehe oben) teilweise wieder nutzbar gemacht werden<sup>813</sup>. Die Kieferklinik der Universität, die sich in einer Hälfte des Pavillons 27 und in dem Verbindungsbau zum Pavillon 29 befand und nur 10 Betten umfaßte, wurde aufgelöst, da durch die Zusammenführung mit der Nordwestdeutschen Kieferklinik ausreichend Betten und Operationsräume zur Verfügung standen. In die freigewordenen Räume zog die chirurgische Poliklinik der zahnärztlichen Universitätsklinik<sup>814</sup>, da ihr vorheriges Quartier, das Hochparterre der Alten Pathologie<sup>815</sup>, vollkommen zerstört worden war. Die Unterrichtsbedingungen in der chirurgischen Poliklinik schätzte Schuchardt als eben ausreichend ein<sup>816</sup>. Für die prothetische Abteilung im Pavillon 39 konnten 25 Arbeitsplätze mit neuen Zahnarztstühlen und Bohrmaschinen der Firma Emda eingerichtet werden. Durch einen südöstlichen Verbindungsbau zwischen Pavillon 39 und Pavillon 41 wurden Räume für ein klinisch-prothetisches Studentenlaboratorium<sup>817</sup> mit 65 behelfsmäßigen Arbeitsplätzen gewonnen<sup>818</sup>. Dafür hatten Studenten aus den Trümmerbergen auf dem Gelände des UKE Steine geborgen und Schuchardt den nötigen Zement von der Alsenschen Zementfabrik aus seiner Heimatstadt Itzho besorgt (siehe 2.2.2). Dennoch ließen die Räumlichkeiten und die Einrichtung dieser Abteilung Wünsche offen. Die Vorkliniker hatten für ihre propädeutischen Kurse in der zahnärztlichen Prothetik sehr schlechte Bedingungen. Diese wurden in einer Holzbaracke (Ponndorfbaracke) abgehalten, die während des Krieges als Ersatz für den zerstörten Pavillon 25 errichtet worden und weit von den anderen Gebäuden der Zahnklinik entfernt war. Die Baracke konnte durch Einziehung eines neuen Fußbodens notdürftig wiederhergestellt werden<sup>819</sup>. In der konservierenden Abteilung im Pavillon 41 stand in den ersten Nachkriegsjahren noch die völlig veraltete Einrichtung aus der Zahnklinik am Alsterglaci<sup>820</sup> (siehe oben). Diese Abteilung konnte von 1950 bis 1951 modernisiert<sup>821</sup> und mit guten Apparaturen ausgestattet werden<sup>822</sup>. Darunter befand sich auch ein besonderer Schranktyp, der speziell für den Unterricht vermutlich von Mitarbeitern der Abteilung entworfen worden war<sup>823</sup>. Der für den 11. Deutschen Zahnärztetag im August 1951 in Hamburg erwartete Besucherstrom hatte den Anträgen Schuchardts dabei den erforderlichen Nachdruck verliehen<sup>824</sup>. Besonders unzureichend war die Situation der kieferorthopädischen Abteilung im Keller der alten Pathologie, deren Zugang zwischen stehengebliebenen

811 StAH, Hochschulwesen II Gb 31, Bl. 15-17, Schuchardt an Hochschulabteilung; ebd., Bl. 18, Vermerk, 26.10.1950.

812 Uhlmann, Weisser 1989, S. 122.

813 StAH Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 11-13.

814 Ebd., Bl. 12.

815 Ebd., Bl. 9.

816 StAH Hochschulwesen II, Gb 31, Bl. 15, Schuchardt an Hochschulabteilung, 14.6.1950.

817 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 11-12.

818 StAH, Hochschulwesen III, 21.35 - 9/3, Bl. 11, Schuchardt an Regierungsdirektor von Heppe, 13.10.1950.

819 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 11-13.

820 StAH, Hochschulwesen II, Gb 31, Bl. 15, Schuchardt an Hochschulabteilung 14.6.1950.

821 StAH, Hochschulwesen III, 21.35 - 9/3, Bl. 15, Hochschulabteilung an Schuchardt, 17.10.1950; ebd., Bl. 16, Ders. an Schuchardt, 22.3.1951.

822 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 12.

823 StAH, Hochschulwesen III, 21.35 - 9/3, Bl. 18, Schuchardt an Regierungsdirektor von Heppe, 11.12.1951.

824 Ebd., Bl. 11, Schuchardt an Regierungsdirektor von Heppe, 13.10.1950.



Abb. 55. Durchgang zur Kieferorthopädischen Abteilung des UKE 1945.

Mauerresten hindurchführte<sup>825</sup> (Abb. 55). Dagegen hatte der Hörsaal im Pavillon 47a den Krieg unbeschadet überstanden<sup>826</sup> und war mit 140 Sitzplätzen voll nutzbar<sup>827</sup>. Er diente auch mehreren anderen Kliniken als Vorlesungsgebäude<sup>828</sup>.

Auch in den Jahren nach der Währungsreform waren die finanziellen Mittel für den Wiederaufbau des Universitäts-Krankenhauses sehr begrenzt<sup>829</sup>. Im Februar 1951 wurde von den Sachbearbeitern der Abteilung der Schulbehörde und des Hochbauamtes der Baubehörde unter Mitwirkung der Baukommission der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg eine Denkschrift zum Wiederaufbau des UKE abgeschlossen. Sie enthält u. a. Informationen über den Gesamtcharakter der Bauvorhaben und deren Reihenfolge, die geplanten Bettenzahlen für die einzelnen Kliniken (insgesamt

2300) und Kostenvoranschläge<sup>830</sup>. Das Bauvorhaben entsprach im wesentlichen einer Modernisierung vorhandener Gebäudestrukturen, indem die ein- und zweigeschossigen Pavillons durch einen ostwestlich verlaufenden Kopftrakt zu geschlossenen Klinikgebäuden vereinigt und mit Anbauten ergänzt werden sollten. Aber auch gänzliche Neubauten waren geplant<sup>831</sup>. Für die Gesamtaufwendungen wurden 31,39 Millionen DM veranschlagt<sup>832</sup>. Vermutlich zur Bestimmung der Auslastung hatten alle Kliniken des UKE für das Jahr 1950 die Anzahl ihrer poliklinischen Neuaufnahmen und Behandlungsfälle angeben müssen. Dabei lag die Zahnklinik mit 14806 Neuaufnahmen an zweiter Stelle hinter der chirurgischen Klinik (15053) und mit 58016 Behandlungsfällen insgesamt an erster Stelle<sup>833</sup>. Trotzdem gehörte sie nicht zu den vordringlichen Bauprojekten des UKE und stand in der Prioritätenliste der Bauvorhaben an unterer Stelle<sup>834</sup>. Wie von Schuchardt 1946 gefordert, wurde zunächst ein Neubau der gesamten Zahn-, Mund- und Kieferklinik angestrebt:

*„Die Zahn- und Kieferklinik benötigt neben der Bettenstation umfangreiche Laboratorien und erhebliche Behandlungsräume. Es sind poliklinische Abteilungen für Kieferchirurgie, Prothetik, konservierende Zahnheilkunde und Kieferorthopädie vorgesehen. Die Einzelplanung für diese Klinik muß noch ausgearbeitet werden.“<sup>835</sup>*

825 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 13.

826 Ebd., Bl. 11.

827 Ebd., Bl. 14.

828 StAH, Hochschulwesen II, Gb 31, Bl. 15, Schuchardt an Hochschulabteilung, 14.6.1950.

829 Uhlmann, Weisser 1989, S. 125, S. 29

830 StAH, Hochschulwesen II, Gb 32, Denkschrift.

831 Ebd., S. 29.

832 StAH, Hochschulwesen II, Gb 32, Denkschrift, S. 32.

833 Ebd., Neuaufnahmen und Behandlungsfälle in den Polikliniken im Kalenderjahr 1950.

834 StAH, Hochschulwesen II, Gb 32, Denkschrift, S. 32-33. Siehe auch StAH, Hochschulwesen II, Gb 31, Bl. 2; ebd., Bl. 4; ebd., Bl. 20.

835 StAH, Hochschulwesen II, Gb 32 Denkschrift, S. 28-29.

Die Bettenzahl dieser Klinik wurde auf 100 begrenzt, was im Vergleich mit anderen Spezialkliniken des UKE, wie zum Beispiel der orthopädischen Klinik mit 150 und der Hals-Nasen-Ohren-Klinik mit 130 Betten relativ niedrig erscheint<sup>836</sup>. 1951 mußten alle Kliniken eine Kürzung der geplanten Bettenzahlen hinnehmen, wonach der Kieferklinik 90 Betten verblieben<sup>837</sup>. Die Lokalisation und die Architektur des zukünftigen Gebäudes wurde in der Denkschrift nur grob umrissen:

*„Die Zahn- und Kieferklinik würde ihren Platz finden in mehr oder weniger in der Höhe entwickelten Gebäuden östlich des Bettenhauses der chirurgischen Klinik nach der Frickestraße hin.“*<sup>838</sup>

Seit 1946 gab es Pläne für die Zahn- und Kieferklinik blockartige Flachbauten unter teilweiser Ausnutzung der Pavillons 17, 19, 27 und 29 zu errichten (siehe 2.2.4). Einer von drei Vorschläge zum Wiederaufbau des UKE, die Oberbaurat Rundhard im Oktober 1950 der medizinischen Fakultät erläuterte, enthielt die Idee, für das Bettenhaus der Kieferklinik einen Hochbau zu erstellen, der mit dem Bettenhaus der chirurgischen Klinik verbunden werden sollte<sup>839</sup>. Während der anschließenden Aussprache priorisierte Schuchardt eine vertikale Bauweise der Klinik<sup>840</sup>. Da das Bauvorhaben bis 1951 noch nicht durchgeplant war, wurde in der Denkschrift mit Vorbehalt ein Gesamtkostenvoranschlag von 3,5 Millionen DM angesetzt. Der Betrag war im Vergleich zu anderen Kliniken relativ hoch, so wurden zum Beispiel für den Bau der Kinderklinik (230 Betten) 1,32 Millionen und für die Hautklinik (160 Betten) 2,9 Millionen veranschlagt. Nur die 1. Medizinische Klinik einschließlich Röntgeninstitut (320 Betten) lag mit 4,5 Millionen darüber<sup>841</sup>. Den unerwarteten Überlegungen der Baukommission im September 1951 für die neue Zahn- und Kieferklinik den fertiggestellten Rohbau der Hautklinik nutzbar zu machen, konnte Schuchardt erfolgreich widersprechen<sup>842</sup>.

836 StAH, Hochschulwesen II, Gb 32, Denkschrift, S. 28. Siehe auch StAH, Hochschulwesen II, Gb 31, Bl. 8, Hochbauamt an Hochschulabteilung, 31.10.1950; ebd., Bl. 22, Kurzvermerk Sitzung der Baukommission am 3.7.1950.

837 StAH, Hochschulwesen II, Gb 31, Oberbaurat Peters, noch erforderliche bauliche Aufwendungen, 28. 12.1951.

838 StAH, Hochschulwesen II, Gb 32, Denkschrift, S. 32. Siehe auch StAH, Hochschulwesen II, Gb 31, Bl. 2.

839 StAH, Hochschulwesen II, Gb 31, Bl. 9-12, Hochbauamt, Entwurfsabteilung, Wiederaufbauplan UKE.

840 Ebd., Bl. 22, Vermerk, 26.10.1950.

841 StAH, Hochschulwesen II, Gb 32, Denkschrift, S. 32, zu den Bettenzahlen, siehe StAH, Hochschulwesen II, Gb 31, Oberbaurat Peters, noch erforderliche bauliche Aufwendungen, 28. 12.1951.

842 StAH, Hochschulwesen II, Gb 30, Bl. 115, Vermerk 15.9.1951, Wiederaufbau des UKE.



Abb. 56. Schuchardt als Dekan um 1951.

Vom Wintersemester 1950/51 bis zum Sommersemester 1953 gehörte Schuchardt dem Senat der Universität Hamburg an<sup>843</sup>. Am 4.7.1951 wurde er für das Amtsjahr 1951/52 zum Dekan der medizinischen Fakultät gewählt<sup>844</sup> (Abb. 56) und löste zum Wintersemester den Ordinarius für Neurologie Heinrich Pette (1887-1964) ab<sup>845</sup>. Schuchardt konnte während seines Dekanats die Vorbereitungen zum Bau der Zahn- und Kieferklinik etwas vorantreiben<sup>846</sup>. Im Wintersemester 1952/53 folgte ihm der Ordinarius für Physiologische Chemie Joachim Kühnau (1901-1983) im Amt<sup>847</sup>. Anfang 1953 kam es dann in der medizinischen Fakultät zu Auseinandersetzungen um die Reihenfolge der Jahresbauvorhaben<sup>848</sup>, die 1952 mit fünf Dringlichkeitsstufen festgelegt worden war. Erste Priorität hatte das Pathologische Institut. Dem folgten die Orthopädische Klinik, die Kinderklinik und das Physiologische Institut, das auch vom Physiologisch-chemischen Institut mitgenutzt werden sollte. An letzter Stelle stand die Zahnklinik. Sowohl für die Zahnklinik als auch für die Kinderklinik war nur ein Teil der Baufinanzierung bewilligt worden (1. Rate)<sup>849</sup>. Dekan Kühnau forderte, an der Prioritätenliste festzuhalten und ließ verlauten, daß der Neubau des Physiologischen Instituts für den Studentenunterricht wichtiger sei als der Neubau der Zahnklinik<sup>850</sup>. Entgegen diesen Planungen begann der Bau der Zahnklinik 1953, zwei Jahre vor dem des Physiologischen Instituts<sup>851</sup>.

Um die Notwendigkeit und die Modalität des Bauvorhabens zu verdeutlichen, schrieb Schuchardt vermutlich Anfang Januar 1953<sup>852</sup> eine zwölfseitige Denkschrift „Neubau der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Gelände des Universitätskrankenhauses Eppendorf“. Darin skizzierte er die Geschichte der Zahnklinik vor 1945, erklärte deren Situation bis Anfang der fünfziger Jahre und beschrieb ausführlich ein zweiphasiges Neubauprojekt für diese Klinik. Anders als Schuchardt es 1950 beabsichtigt hatte, umfaßte der erste Bauabschnitt nun neben der Kieferklinik auch die diagnostische Abteilung und die Ganzbehandlungsabteilung (Abteilung für Zusammenfassende Zahnheilkunde)<sup>853</sup> der neu zu erbauenden Zahnklinik sowie wissenschaft-

843 Universität Hamburg Personal- und Vorlesungsverzeichnis Sommersemester 1950 - Wintersemester 1953/54.

844 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Medizinische Fakultät an Schulbehörde, 10.7.1951.

845 Häntsch 1989, S. 577-578.

846 Hausser, Rottke 1989, S. 317.

847 Häntsch 1989, S. 577.

848 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 22, Dekan Kühnau an Hochschulabteilung, 5.2.1953; ebd., Bl. 24, Medizinische Fakultät, 21.1.1953.

849 Ebd., Bl. 23, Bauvorhaben 1953, 26.6.1952.

850 Ebd., Bl. 6, Vermerk über Rücksprache zwischen Prof. Kühnau und Senator Landahl, 27.1. 1953.

851 Holstein et al. 1989, S. 173.

852 StAH, Hochschulwesen, III 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 8-20, Neubau der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Gelände des UKE, undatiert, ca. Januar 1953.

853 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 16, hier waren zehn Arbeitsplätze für fortgeschrittene Studenten geplant, die dort lernen sollten, Patienten umfassend in allen Bereichen der Zahnheilkunde zu behandeln. Als Bezeichnung wurde später Abteilung für Zusammenfassende Zahnheilkunde gewählt, dort fanden auch Fortbildungen für frischapprobierte Zahnärzte statt, siehe Hausser 1982, S. 156.

liche Laboratorien. Der Neubau der prothetischen, der konservierenden und der kieferorthopädischen Abteilung sowie des Hörsaals sollte als zweiter Bauabschnitt in Ergänzung zum ersten Gebäude zu einem späteren Zeitpunkt entstehen. Der erste Bauabschnitt, mit den Gebäudeteilen Bettenhaus und Funktionstrakt<sup>854</sup>, wurde später, bedingt durch eine schrittweise Bewilligung der Baugelder, in drei Abschnitte unterteilt<sup>855</sup>, was zu Verwechslungen mit dem ursprünglichen ersten und zweiten Bauabschnitt führte<sup>856</sup>. Diese werden deshalb nachfolgend als erste und zweite Bauphase bezeichnet. Die Bauabschnitte I, II und III der ersten Bauphase entsprachen in der Reihenfolge den Gebäudeteilen Bettenhaus, Operationstrakt<sup>857</sup> und Behandlungstrakt mit Laboratorien<sup>858</sup> (Tab. 3) (siehe 2.2.4). Der Operationstrakt und der Behandlungstrakt werden hier, da sie organisatorisch nicht konsequent getrennt waren, unter dem ursprünglichen Begriff Funktionstrakt zusammengefaßt.

<b>I Bauabschnitt</b>	Bettenhaus mit 90 Krankenbetten, 2 Schwestern- und 2 Arztunterkünften sowie einem besonderen Quarantänepavillon, Isotopenlaboratorium
<b>II Bauabschnitt</b>	Operationstrakt mit Röntgenabteilung, chirurgischer Poliklinik, 7 Schwesternunterkünften und 1 Oberarztwohnung
<b>III Bauabschnitt</b>	Behandlungstrakt mit Aufnahme-Diagnostikabteilung, Ganzbehandlungsabteilung, Bibliothek, Leseräumen und Laboratorien

Tab. 3

Die Dringlichkeit des Bauvorhabens konnte vor allem durch die veränderte Ausbildungssituation der Zahnärzte untermauert werden. Man rechnete ab 1955 mit einer Verdoppelung der Studentenzahlen im Studiengang Zahnmedizin in der Bundesrepublik Deutschland, da mit dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31.3.1952 die Ausbildung zum Dentisten beendet und der Nachwuchs ausschließlich an den Universitäten ausgebildet wurde (siehe 2.2.1 und 2.7.4.3). Außerdem war eine Erhöhung der Semesterzahl von sieben auf zehn vorgesehen. Schuchardt hatte auch dazu Anfang 1953 Stellung genommen

Sommer- bzw. Wintersemester	Anzahl	Sommer- bzw. Wintersemester	Anzahl
1936	136	1946/47	238
1936/37	120	1947	198
1937	100	1947/48	170
		1948	245
		1948/49	263
		1949	220
		1949/50	172
		1950	155
		1950/51	173
		1951	183
		1951/52	194
		1952	192
		1952/53	186

Tab. 4

854 Ebd., Bl. 15-16.

855 Ebd., Bl. 110, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft; Ebd., Bl. 131, UKE an Finanzbehörde, 21.3.1957.

856 Ebd., Bl. 70-71, Schuchardt an Finanzbehörde, 13.1.1956.

857 Ebd., Bl. 110.

858 Ebd., Bl. 131; ebd., Bl. 163-164, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft 9.4.1957.

und für Hamburg ein Anstieg der Studenten von durchschnittlich 185 auf 370 prognostiziert. Seiner Meinung nach sollte die neue Hamburger Zahn- und Kieferklinik 300 Studenten ausbilden können<sup>859</sup>. Die Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Hamburger Studentenzahlen im Fach Zahnheilkunde für die Zeiträume vom Sommersemester 1936 bis Sommersemester 1937 und vom Wintersemester 1946/47 bis zum Wintersemester 1952/53<sup>860</sup>.

Ab Februar 1953 lagen die Baupläne für die Zahn- und Kieferklinik den beteiligten Stellen zur Besprechung vor<sup>861</sup>. Die architektonischen Ideen entwickelte Schuchardt in Zusammenarbeit mit dem Architekt Baudirektor Paul Seitz (siehe 2.2.4). Mit 6,2 Millionen Mark Gesamtkosten für die erste und zweite Bauphase, davon 4,2 Millionen Mark für die erste war dieses Projekt jedoch zu aufwendig<sup>862</sup>. Weder die Baukommission des UKE noch der zuständige Baudirektor gaben ihre Zustimmung<sup>863</sup>. Beanstandet wurden zu viele Arzt- und Schwesternzimmer, eine zu geräumige Bibliothek, zu große Wartezonen und zu große Patientenzimmer auf der Privatstation<sup>864</sup>. Durch Verkleinerung der Operations- und Laborbereiche konnten die Kosten für die erste Phase auf 3,85 Millionen Mark herabgesetzt werden<sup>865</sup>. Die zweite Bauphase verschob man um zehn Jahre und legte der Hamburger Bürgerschaft die Gesamtkosten nicht vor<sup>866</sup>. Am 10. 6. 1953 stimmte die Bürgerschaft dem Antrag des Senats zur Errichtung eines Neubaus für die Zahn- und Kieferklinik zu und gab für 1953 500.000 Mark als ersten Teilbetrag für die Baugrundsanierung und den Rohbau des Bettenhauses frei<sup>867</sup>.

Das Grundstück befindet sich im nordöstlichen Teil des Geländes angrenzend an die Frickestraße gegenüber der HNO-Klinik. Die Baugrundsanierung umfaßte den Abriß der Pavillons 9, 19, und 21, die Entfernung der Ruine des Pavillons 17, die Umsetzung der Baracke Pavillon 13 und den Abbruch eines Röhrenbunkers<sup>868</sup> (Pavillon 15 wurde während des Krieges völlig zerstört<sup>869</sup>). Da die äußere Formgebung des Gebäudes bereits im Kapitel 2.2.4 besprochen wurde, wird im folgenden nur auf die Aufgaben und die sich daraus ergebende räumliche Einteilung der Gebäudeteile Bettenhaus und Funktionstrakt eingegangen. Die übergeordneten funktionellen Komponenten waren die hochspezialisierte chirurgische Krankenversorgung, die wissenschaftliche Forschung und die Lehre. Diese Reihenfolge gibt von oben nach unten auch den baulichen Stellenwert wieder.

Das Bettenhaus hat vier Geschosse mit Krankenstationen. Im Erdgeschoß lag die Kinderstation, im ersten Obergeschoß eine weitere Kinder- und die Privatstation, im zweiten die Frauenstation und im dritten die Männerstation. Die räumliche Aufteilung der Stationen war, bis auf den Aufnahme- und Personalbereich im Erdgeschoß, identisch. Betrachtet man eine Ebene in der Längstachse, gingen von einem in der Mitte liegenden Gang südlich die Krankenzimmer und nördlich die Untersuchung- und Behandlungszimmer sowie Personal-, Küchen-

859 StAH Hochschulwesen III 31.04 - 17/1 Bd.1, Bl. 4-5, Schuchardt: Zur augenblicklichen Situation der Zahnärzte und Dentisten im Bundesgebiet und in West-Berlin, 19.1.1953; siehe auch Bl. 38-39, Vermerk Neubau Zahnklinik, 26.2.1953.

860 Ebd., Bl. 3 und StAH Hochschulwesen III 5413 - 4, Bd.1, Bl. 107.

861 Ebd., Bl. 34, Terminabsprache zu den Bauplänen der Zahnklinik, 9.2.1953.

862 Ebd., Bl. 38-39, Vermerk über den Neubau Zahnklinik, 26.2.1953.

863 Ebd., Bl. 21, Vermerk über den Anruf von Baudirektor Seitz, 3.2.1953, ebd., Bl. 25, Vermerk über die Sitzung der ärztlichen Leitung, ebd., Bl. 28-31.

864 Ebd., Bl. 36, Dekan Kühnau an Hochschulabteilung, 5.2.1953.

865 Ebd., Bl. 40, 42 Vermerk über die Sitzung der Baukommission, 7.3.1953.

866 Ebd., Bl. 38-39.

867 Ebd., Bl. 56, Senatskanzlei Hamburg an Schulbehörde und Finanzbehörde, 12.6.1953

868 Ebd., Bd.1, Bl. 27, Baubehörde-Hochbauamt Abt. Universitätsbauten, 20.1.1953, ebd., Bl. 63, Baubehörde-Hochbauamt Abt. Universitätsbauten, 14.2.1955.

869 StAH, Hochschulwesen II, Gb 32, Lageplan des UKE, 12.9.1943.

und Reinigungszimmer ab<sup>870</sup> (Abb. 57). Westlich des Bettenhauses schloß sich ein kleiner Pavillon an, der eine Quarantänestation mit neun Betten für Kinder beherbergte (siehe 3.2.7.1).

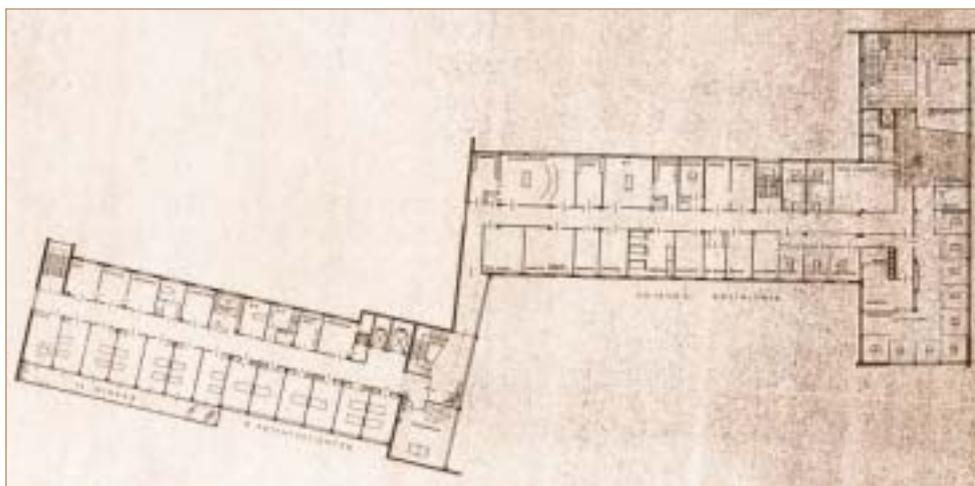


Abb. 57. Erstes Obergeschoß der Nordwestdeutschen Kieferklinik nach dem Bauplan von 1953.

Der Funktionstrakt war aufgeteilt in die Bereiche Diagnostik, Behandlung, Operation, Forschung, Verwaltung und Personal. Der diagnostische Bereich mit einer umfangreichen Röntgenabteilung und einem Fotolabor<sup>871</sup> befand sich im Erdgeschoß und war als zentrale Aufnahme- und Verteilungstelle für die gesamte Universitätszahnklinik konzipiert<sup>872</sup>. Im ersten Obergeschoß lag die chirurgische Poliklinik mit Behandlungs- und Operationsräumen sowie das Empfangszimmer des Chefs mit dem Vorzimmer<sup>873</sup>. Letztere waren 1953 noch im zweiten Obergeschoß geplant gewesen<sup>874</sup>; wurden aber während des III. Bauabschnitts verlegt. Die stationäre Operationsabteilung und die Ganzbehandlungsabteilung befanden sich im zweiten Obergeschoß<sup>875</sup>. Das dritte Obergeschoß beherbergte Bibliothek, Konferenzraum, Routinelabore<sup>876</sup> und ein zweites Fotolabor<sup>877</sup> sowie Arzt- und Schwesternwohnungen. Eine gestalterische Besonderheit des dritten Obergeschosses war die unbebaute Fläche auf der Südseite, die sich als Terasse an die Personalzimmer anschloß<sup>878</sup>. Das vierte Obergeschoß ist aus finanziellen und gestalterischen Gründen nur auf der halben Grundebene errichtet worden. Hier befanden sich verschiedene Laboratorien: ein chemisches, ein physikalisches und ein metallurgisches Laboratorium für Untersuchungen zahnärztlicher Materialien, ein biochemisches zur Durchführung von Untersuchungen auf dem Gebiet der Karies- und Speichelforschung, ein histologisches und ein bakteriologisches Laboratorium<sup>879</sup>. Im Keller- geschoß des Bettenhauses entstand noch in der ersten Bauperiode ein Isotopenlaboratorium<sup>880</sup> und ein Tier- stall<sup>881</sup>. Das Isotopenlaboratorium war eines von sieben, die in verschiedenen Kliniken und Instituten des UKE

870 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1 Bd. 2, Baupläne für die UKE Kieferklinik und Universitätszahnklinik 1953, Erdgeschoß, 1.-4. Obergeschoß.

871 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 162, Finanzbehörde an Schulbehörde, 26.4.1957. Die Zuordnung des Fotolabors zum Erdgeschoß erfolgte nach eigenen Erkundungen.

872 Ebd., Bl. 15-16.

873 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 2, Bl. 45, Hochbauamt an -HO-, 13.10.1958.

874 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 2, Baupläne für die UKE Kieferklinik und Universitätszahnklinik 1953, 3. Obergeschoß.

875 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 2, Baupläne für die UKE Kieferklinik und Universitätszahnklinik 1953, 2. Obergeschoß.

876 Ebd., Bl. 45, Hochbauamt an -HO-, 13.10.1958.

877 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 16 und Bl. 162, Finanzbehörde an Schulbehörde, 26.4.1957.

878 Ebd., Bl. 63, Baubehörde-Hochbauamt, 14.2.1955.

879 Ebd., Bl. 16. Das Bbiochemische Labor betreffend siehe auch ebd., Bl. 57, UKE-Verwaltung an Hochschulabteilung, 28.8.1953 und Bl. 58, Hochschulabteilung an UKE-Verwaltung, 28.9.1953.

880 Ebd., Bl. 97, UKE an Organisationsamt, 5.12.1956.

881 Ebd., Schuchardt an Finanzbehörde, 13.1.1956.

Mitte der 1950er Jahre angelegt werden sollten<sup>882</sup>. Das Laboratorium der Zahn- und Kieferklinik wurde später vermutlich wegen der hohen Kosten gemeinsam mit dem Physiologisch-chemischen Institut genutzt<sup>883</sup>, obwohl dieses ein eigenes Labor beantragt hatte<sup>884</sup>.

Am 7. Juli 1954 feierte die Zahn- und Kieferklinik Richtfest des ersten Bauabschnitts (Bettenhaus) gemeinsam mit der Kinderklinik<sup>885</sup> (Abb. 58). Der zweite Bauabschnitt sollte gemeinsam mit dem ersten am 15. Juli 1957 zur Nutzung übergeben werden<sup>886</sup>, die Übergabeverhandlungen zogen sich aber wegen baulicher Mängel<sup>887</sup> noch bis zum 26.9.1957 hinaus<sup>888</sup>. Fünf Tage später am 1.10.1957 war die Nordwestdeutsche Kieferklinik offiziell aus dem AK Eilbek ins UKE verzogen und somit nach 23 Jahren aus dem Verband der Gesundheitsbehörde<sup>889</sup> zur Schulbehörde übergetreten<sup>890</sup>. Die Gesundheitsbehörde erklärte sich damit einverstanden, daß nun die chirurgische Abteilung der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Hamburg den Titel „Nordwestdeutsche Kieferklinik“ führt<sup>891</sup>. Der dritte Bauabschnitt konnte im Oktober 1958 fertiggestellt werden<sup>892</sup>. Das Isotopenlaboratorium wurde ein Jahr später im Juni übergeben<sup>893</sup>.



Abb. 58

Die Einrichtungskosten der Zahn- und Kieferklinik waren mit 45,5% der Baukosten im Vergleich mit anderen Klinikneubauten des UKE sehr hoch (Tab. 5). Beim Bau der Orthopädischen Klinik betrug sie zum Beispiel 20,7% und bei der Kinderklinik 24,0% der Baukosten<sup>894</sup>. Ursprünglich waren 1 300 000,- DM für die Einrichtung veranschlagt worden, was 33,3% der Baukosten entsprachen hätte. Im November 1956 beantragte Schuchardt jedoch statt dieser Summe 2 290 000,- DM, was das Verhältnis zu den Baukosten auf 59% ansteigen ließ. Dadurch kam es zu heftigen Auseinandersetzungen mit der Finanzbehörde, welche die gesetzlichen Grundsätze der sparsamen Verwendung öffentlicher Mittel in Gefahr sah<sup>895</sup>. In einem weiteren Antrag be-

882 Ebd., Bl. 99, Medizinische Fakultät an Baubehörde, 6.11.1956.

883 Ebd., Bl. 114, Textvorschlag für die Mitteilung des Senats, undatiert. Siehe auch StAH, Hochschulwesen III, 6021 - 10, Bl. 9, Schuchardt an Schulbehörde, 28.10.19.57.

884 Ebd., Bl. 99, Medizinische Fakultät an Baubehörde, 6.11.1956.

885 Ebd., Bl. 59 Einladung an Oberregierungsrat Bähring zu den Richtfeiern Kinderklinik und Zahn- und Kieferklinik.

886 StAH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 2, Bl. 16, Kopie der Übergabeverhandlung am 15.7.1957; Bl. 6, als Übergabetermin für die Zahn- und Kieferklinik I. und II. Bauabschnitt wurde der 15.7.1957 vorgeschlagen. Vgl. ebd., Bl. 9, Übergabeverhandlung; ebd., Bl. 11, Übergabeverhandlung, 6 Exemplare 16.7.1957; ebd., Bl.13-14, Exemplare der Übergabeverhandlung.

887 Ebd., Bl. 15, die Übergabeverhandlungsexemplare wurden von der Klinikleitung und von der Verwaltungsdirektion unterschrieben, 26.9.1957.

888 Ebd., Bl. 12, Übergabeprotokolle, danach war die Ergänzung baulicher Mängel nötig; ebd., Bl. 17-19, Mängelliste.

889 StaH, Gesundheitsbehörde I, 230, 3-300- an -10-, 18.10.1957.

890 StaH, Gesundheitsbehörde I, 230, -10- an S, P, V usw., 29.10.1957.

891 StaH, Gesundheitsbehörde I, 230, 3-300- an Schuchardt, -43-, 28.1.1957.

892 StaH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 2, Bl. 45, Hochbauamt an -HO-, 13.10.1958, als Übergabetermin wurde der 31.10.1958 vorgeschlagen; ebd., Bl. 46, Zeitungsausschnitt aus „Die Welt“ 23.10.1958. Vgl., ebd., Bl. 47, UKE Verwaltung an Hochschulabteilung 26.1.1959, Ausfertigung der Übergabeverhandlung 17.11.1958 übersandt.

893 Ebd., Bl. 59, Baubehörde an Schulbehörde, 29.5.1959.

894 StaH, Hochschulwesen III, 31.04 - 17/1, Bd. 1, Bl. 164, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, 9.4.1957.

895 Ebd., Bl. 119, Finanzbehörde an Schulbehörde, 28.1.1957.

Bauabschnitt	Bauteil	veranschlagte Baukosten in DM	veranschlagte Einrichtungskosten in DM	veranschlagte Gesamtkosten in DM	Verhältnis der Einrichtungskosten zu den Baukosten
I	Bettenhaus	1 360 000,-	470 000,-	1 830 000,-	34,5 %
II	Operationstrakt	1 180 000,-	472 000,-	1 652 000,-	40,0 %
III	Behandlungstrakt	1 370 000,-	753 000,-	2 123 000,-	54,9 %
	Zwischensumme	3 910 000,-	1 695 000,-	5 605 000,-	43,3 %
	Isotopenlaboratorium	126 600,-	140 000,-	260 600,-	54,9 %
	<b>Insgesamt</b>	<b>4 030 600,-</b>	<b>1 835 000,-</b>	<b>5 865 600,-</b>	<b>45,5 %</b>

Tab. 5

schränkte sich Schuchardt auf 1 940 000,- DM<sup>896</sup>, von denen dann 1 835 000,- DM von der Hamburger Bürgerschaft bewilligt wurden. Die Einrichtungskosten beinhalteten auch die Aufwendungen für die Ausstattung des Isotopenlaboratoriums. Die Zahn- und Kieferklinik wurde mit kostenaufwendigen zahnärztlichen Behandlungsplätzen und Operationsräumen ausgestattet. Die Klinikräume mußten völlig neu eingerichtet werden, da das Inventar der Nordwestdeutschen Kieferklinik bis auf wenige Spezialgeräte im AK Eilbek verblieb. Kliniken, die schon vorher zum Universitätskrankenhaus gehörten, konnten vorhandene Ausstattungen teilweise weiterverwenden. Ein Streitpunkt waren neben elektrischen Handtrockenapparaten und Sonnenrollos u. a. verchromte Stahlrohrmöbel, die an Stelle von allgemein üblichen lackierten Möbeln für die Einrichtung der Krankenzimmer, Tages- und Warteräume vorgesehen waren. Nach ausführlichen hygienischen, wirtschaftlichen und gestalterischen Begründungen Schuchardts stimmte der Hamburger Senat mit dem Hinweis zu, damit zu erproben ob diese teurere Ausstattung auf die Dauer wirtschaftlicher sei<sup>897</sup>.

Abschließend werden drei unterschiedliche Baupläne aus den Jahren 1954, 1961 und 1964 für die bisher nicht berücksichtigten zahnärztlichen Abteilungen und den Hörsaal vorgestellt, die vielleicht gerade deshalb interessant sind, weil sie nicht umgesetzt wurden. Das vorgesehene Gebäude sollte sich im Nordosten an den Funktionsbau der ersten Bauphase anschließen und eine direkte Verbindung zu dessen Eingangshalle erhalten. Nachdem schon Anfang 1960er die ursprüngliche Gestaltung aus dem Jahr 1954 verworfen (Abb. 59) und durch ein Gebäude mit satellitenartigen Baukörpern ersetzt worden war<sup>898</sup> (Abb. 60), entwickelte Seitz als Privatarchitekt vermutlich in Zusammenarbeit mit Schuchardt 1964 einen noch großzügigeren Erweiterungsbau, der verglichen mit dem späteren Zweckbau aus den 1980er Jahren nahezu spektakulär und sehr repräsentativ erscheint (Abb. 61). Neben den Räumen für die konservierende und die prothetische Abteilung im Erdgeschoß und der Kieferorthopädie im Obergeschoß, war u. a. ein kleiner Hörsaal mit 250 Sitzplätzen und ein teilbarer großer Hörsaal mit 800 Sitzplätzen geplant. Der Neubau sollte drei Lichthöfe und über der konservierenden Abteilung ein Dach mit Oberlichteinfall erhalten<sup>899</sup>. 1969 wurde für die Bebauung des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf ein neuer Plan mit einer einheitlichen Gestaltung veröffentlicht, der auch für die Zahnklinik einen nochmals veränderten Entwurf beinhaltete, der jedoch auch keine Umsetzung fand<sup>900</sup>.

896 Ebd., Bl. 131, UKE-Verwaltung an Finanzbehörde, 23.3.1957.

897 Ebd., Bl. 163-164, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, 9.4.1957.

898 Seitz 1961, S. 3. Siehe auch Hamburgisches Architekturarchiv, PS, Phot 0033 und PS, Phot 0038.

899 Ebd., PS, Gut 0007, S. 2-3, 10-11; ebd., PS, BLP 0022-0025.

900 Universität Hamburg 1969, S. 195.

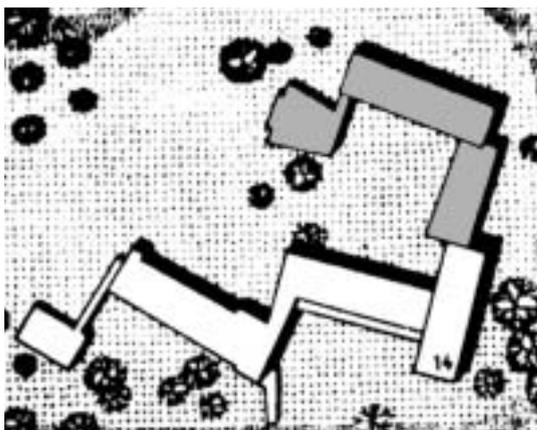


Abb. 5. Bauplan für die zweite Bauphase der ZMK, 1954.

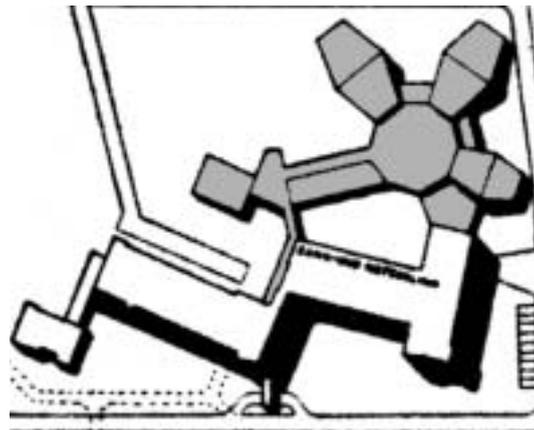


Abb. 60. Bauplan für die zweite Bauphase der ZMK, 1961.

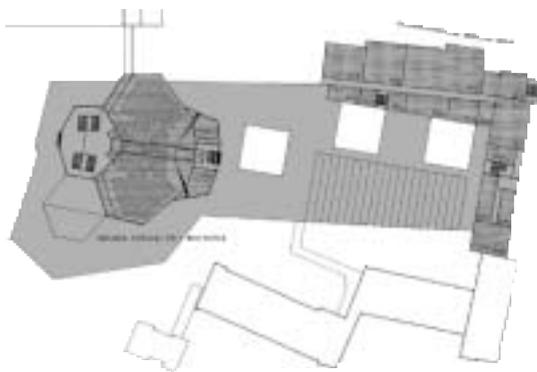


Abb. 61. Bauplan für die zweite Bauphase der ZMK, 1964.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß Schuchardt nach Kriegsende die Leitung der teilweise zerstörten und ausgelagerten Nordwestdeutschen Kieferklinik und wenig später der ebenso baulich völlig unzulänglichen Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik in Hamburg übernahm. Durch hartnäckigen persönlichen Einsatz konnte er nach zwölf Jahren mit einem vorausschauend geplanten, kostenaufwendigen Neubau der Kieferklinik auf dem Gelände des UKE die institutionelle Zusammen-

führung verwirklichen. Dabei wurden besonders für die chirurgische Krankenversorgung und für die wissenschaftliche Grundlagenforschung moderne Bedingungen geschaffen. Die Veränderungen an den zahnärztlichen Abteilungen, wo auch der Großteil der Studentenausbildung stattfand, gerieten über bauliche und einrichtungstechnische Verbesserungen nicht hinaus, da die Umsetzung eines Neubaus nicht gelang.

Abschließend soll kurz beschrieben werden wie die Mitarbeiterin des Pflegepersonals, Inge Frieß, Schuchardt als Arzt und Klinikchef erlebte. Inge Fries war seit 1964 auf der Privatstation der NWDDK tätig. Sie zeichnet Schuchardt als strengen Chef, der besonders im Operationssaal bei Unzufriedenheiten mit seinen Mitarbeitern sehr ungehalten reagieren konnte. Den Patienten gegenüber zeigte er sich als verantwortungsbewußter, verständnisvoller Arzt mit erquickendem Humor, dem es gelang ein vertrautes menschlichen Verhältnis zu seinen Patienten aufzubauen. Sie erinnert sich auch, daß Schuchardt seinen Patienten, wenn eine längere Behandlungspause Langeweile heraufbeschwor, Beschäftigung verschaffte, indem er sie z. B. zum Herbstlaubkehren in seinen Garten einlud, wo es neben der ersehnten Ablenkung durch körperliche Arbeit auch eine gute Bewirtung gab<sup>901</sup>.

901 Laut Brief der ehemaligen Krankenschwester Inge Fries an Gunnar Riemer, 1997.

### 2.7.3 Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Unter der Ägide Karl Schuchardts habilitierten 13 Wissenschaftler und erhielten die Venia legendi für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Hamburg<sup>902</sup>. Für einen weiteren seiner Mitarbeiter fungierte er als Korreferent<sup>903</sup>. Außerdem wurde ein Wissenschaftler seiner Klinik unter dem Ordinarius für medizinische Mikrobiologie, Hans Harmsen (1899-1989), habilitiert<sup>904</sup>. Die Habilitanden werden in chronologischer Reihenfolge der Habilitationen kurz vorgestellt. Auf die Probevorträge und Antrittsvorlesungen wird nicht eingegangen. Die wichtigsten Quellen waren die Habilitationsakten der Wissenschaftler im Universität-Krankenhaus Eppendorf.

Der erste Habilitand der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Schuchardts Amtsperiode war Alfred Rehrmann<sup>905</sup> mit dem Schuchardt schon seit 1933 mehrere Jahre in Berlin zusammengearbeitet hatte (siehe 2.4.3). Er war danach vom 1.2.1946 bis zum 13.1.1948 als Assistent an der Nordwestdeutschen Kieferklinik, dann bis zum 31.1.1950 als Oberarzt an der Hamburger Zahnärztlichen Universitätsklinik und ab dem 1. 2. 1950 als Oberarzt wieder an der NWDDK tätig gewesen<sup>906</sup>. Schuchardt hatte auch seine medizinische Dissertation betreut (siehe 7.). Das Thema der Arbeit mit der er am 25.2.1953 habilitiert wurde, lautete „Untersuchungen über Trichloräthylen bei seiner Verwendung als zentrales Analgetikum“<sup>907</sup>. Das Korreferat lieferte der Ordinarius für Pharmakologie Eduard Keeser<sup>908</sup> (siehe oben). Bereits wenige Tage nach seiner Habilitation am 1.3.1953 ging er an die Westdeutsche Kieferklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf, wo er die Leitung der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie übernahm. Der Wechsel erfolgte so schnell, weil die Leitung der Abteilung schon länger vakant war. Nach Absprache zwischen Schuchardt und Karl Häupl (1893-1960)<sup>909</sup>, dem Direktor der Westdeutschen Kieferklinik, hielt Rehrmann seine Antrittsvorlesung nicht in Hamburg sondern im Juni 1953 in Düsseldorf, was dort kaum nachvollziehbar zu einer erneuten Habilitation führte<sup>910</sup>, die jedoch nach vielen Bemühungen von seiten der Hamburger Universität als Umhabilitation richtiggestellt werden konnte<sup>911</sup>. In Düsseldorf wurde Rehrmann zum Professor ernannt<sup>912</sup>.

Am 11.7.1955 folgte dann als zweiter Rudolf Naujoks (\*1919)<sup>913</sup>, der sich wissenschaftlich mit biochemischer Kariesforschung und Histotopochemie des Zahnorgans beschäftigte<sup>914</sup>, mit der Habilitationsschrift „Histotopochemische Untersuchungen am Zahnorgan. (Die Wirkung alkalischer und saurer Phosphatasen und das Vorkommen reduzierender Verbindungen bei der Mineralisation der Zahnsbstanzen, bei der Milchzahnre-

902 UKE-Habilitationsakten Günther Ahrens, Horst Günther, Adolf Kröncke, Eberhard Krüger, Jürgen Lentrodt, Hans Georg Luhr, Rudolf Naujoks, Gehrhard Pfeifer, Alfred Rehrmann, Horst Ritze, Bernhard Rottke, Friedrich Schröder, Bernhard Spiessl. Vgl. Personal- und Vorlesungsverzeichnisse der Universität Hamburg 1946-1970.

903 UKE-Habilitationsakte Wolfgang Götze.

904 UKE-Habilitationsakte Ulrich Berger, Referat Harmsen.

905 UKE-Habilitationsakte Alfred Rehrmann, Referat Schuchardt.

906 Ebd., Lebenslauf.

907 Ebd., Kopie der Ernennungsurkunde.

908 Ebd., Referat Keeser.

909 Lebenslauf von Karl Häupl in Stichworten: geboren am 12.4.1893 in Seewalchen/Attersee, Abitur an der Klosterschule Klosterneuburg, ab 1912 Studium der Medizin und Zahnmedizin in Innsbruck, 1919 Assistent bei einem Zahnarzt in Bergen in Norwegen, 1923 Assistent an der chirurgischen Abteilung der Zahnärztlichen Hochschule in Oslo, 1927 Habilitation und Ernennung zum Dozenten an der Universität Oslo, 1929 Leiter der Abteilung für allgemeine und spezielle Pathologie an der Zahnärztlichen Hochschule in Oslo, 1933 Ernennung zum beamteten Professor und Wahl zum Rektor der Universität Oslo. 1934 Übernahme des Prager Lehrstuhls für Zahnheilkunde, 1944 Ordinarius für Prothetik und Direktor des Zahnärztlichen Instituts in Berlin, nach 1945-1951 Direktor des Zahnärztlichen Instituts in Innsbruck, 1951 Direktor der Westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf, siehe Eschler 1953, S. 347-349, gestorben 1960.

910 Ebd., Häupl an Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf, 13.3.1953; Schuchardt an Häupl, 3.11.1953.

911 Ebd., letzte Seite.

912 Kürschners Gelehrtenkalender 1970, S. 2370.

913 UKE-Habilitationsakte Rudolf Naujoks, Leitblatt.

914 Ebd., Lebenslauf.

sorption und bei der Zahnkaries)“<sup>915</sup>. Als Korreferenten fungierten die Ordinarien für Anatomie Karl Zeiger (1895-1959) und physiologische Chemie Joachim Kühnau<sup>916</sup> (siehe oben). Naujoks war seit 1948 Assistent an der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik in Hamburg gewesen und hatte dort betreut von Schuchardt auch seine zahnmedizinische Dissertation abgeschlossen (siehe 7.). 1958 wurde er Oberarzt<sup>917</sup>. Ab 1959 leitete er die Abteilung für Zusammenfassende Zahnheilkunde<sup>918</sup>. 1961 wurde Naujoks zum außerordentlichen Professor der Universität Hamburg ernannt<sup>919</sup>. Im Sommersemester 1962 ging er für drei Monate als Gastprofessor an die Harvard School of Dental Medicine in Boston<sup>920</sup>. Am 17.4.1963 übernahm er dann das Ordinariat für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Würzburg<sup>921</sup>.

Im Jahr 1956 habilitierten drei weitere Mitarbeiter Schuchardts, zwei davon unter seiner Obhut<sup>922</sup>. Am 15.2.1956 erhielt Horst Ritze (1916-1994)<sup>923</sup>, der sich auf Prothetik, Werkstoffkunde und Histologie spezialisiert hatte<sup>924</sup>, mit der Arbeit „Werkstoffkundliche Untersuchungen von Einstückgußprothesen aus der Chrom-Kobalt-Legierung Wisil sowie der Stahleinbettmassen R&R, Hartex, Pyrophan und Litiotil“ seine Lehrbefähigung<sup>925</sup>. Das Korreferat hatte der Extraordinarius für Röntgenologie Robert Prévôt (1901- ?) übernommen<sup>926</sup>. Wie Naujoks war Ritze Doktorand Schuchardts (siehe 7.) und seit 1948 als Assistent an der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik tätig gewesen, 1953 war er zum Oberarzt ernannt worden. Am 22.1.1963 erhielt er eine außerordentliche Professur an der Universität Hamburg<sup>927</sup> und übernahm die Leitung der prothetischen Abteilung, der er bis zum 16.3.1983 vorstand<sup>928</sup>.

Ulrich Berger (\*1919), der seit 1951 das bakteriologische Laboratorium der ZMK leitete<sup>929</sup>, konnte sich am 9.5.1956 unter Harmsen mit der Arbeit „Die Treponemen der Mundhöhle und ihre Bedeutung für die Pathogenese der oralen Fusospirochätosen“<sup>930</sup> für das Fach Medizinische Mikrobiologie habilitieren<sup>931</sup> (siehe oben). Am 4.9.1962 wurde Berger zum außerordentlichen Professor ernannt<sup>932</sup>. Am 1.4.1963 trat er am Hygienischen Institut der Universität Heidelberg eine Oberarztstelle an<sup>933</sup>. 1969 wurde er dort zum außerplanmäßigen Universitätsprofessor ernannt<sup>934</sup>.

Am 30.5.1956 habilitierte sich Adolf Kröncke (\*1922)<sup>935</sup>, der sich seit 1949 mit biochemischer Kariesforschung beschäftigte<sup>936</sup>, mit der Arbeit „Freie Zucker im menschlichen Nüchternspeichel und deren Beziehungen zur Zahnkaries. Papierchromatographische Untersuchungen“ für das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheil-

915 Ebd., Referat Schuchardt.

916 Ebd., Referate Kühnau und Zeiger.

917 Ebd., Schulbehörde an Dekan der Medizinischen Fakultät, 29.1.1958.

918 Ebd., Lebenslauf, 9.3.1961. Dort wurden fortgeschrittene Studenten und frisch approbierte Zahnärzte in chirurgischer, konservierender und prothetischer Zahnheilkunde unterrichtet und weitergebildet. 15

919 Ebd., Schulbehörde an Dekan der Medizinischen Fakultät, 30.6.1961.

920 Ebd., Medizinische Fakultät an Naujoks, 17.1.1962.

921 Ebd., Naujoks an Dekan der Medizinischen Fakultät, 17.4.1963.

922 UKE-Habilitationsakten von Ulrich Berger, Adolf Kröncke und Horst Ritze.

923 UKE-Habilitationsakte Horst Ritze, Referat Schuchardt.

924 Ebd., Lebenslauf.

925 Ebd., Leitblatt.

926 Ebd., Referat von Prévôt.

927 Ebd., Schulbehörde an Dekan der Medizinischen Fakultät, 8.2.1963.

928 Ebd., Ärztlicher Direktor des UKE an Ritze, 16.3.1983.

929 UKE-Habilitationsakte Ulrich Berger, Lebenslauf.

930 Ebd., Referat von Harmsen.

931 Ebd., Leitblatt.

932 Ebd., Ernennungen.

933 Ebd., Berger an Dekan der Medizinischen Fakultät, 15.2.1963.

934 Kürschners Gelehrtenkalender 1970, S. 173.

935 UKE-Habilitationsakte Adolf Kröncke, Referat Schuchardt.

936 Ebd., Lebenslauf.

kunde<sup>937</sup>. Als Korreferent hatte Kühnau fungiert<sup>938</sup>. Kröncke war von 1949 bis 1950 als Volontärassistent und von 1951 an als Assistent an der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik tätig gewesen. Am 1.3.1959 wechselte Kröncke an die Konservierende Abteilung des Zahnärztlichen Instituts der Universität Tübingen, wo er die Stelle eines Oberarztes annahm<sup>939</sup>. 1967 wurde er in Erlangen Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde<sup>940</sup>.

Mit der Arbeit „Zur Verwendung gestielter Lappen in der plastischen Chirurgie des Kiefer-Gesichtsgebietes“<sup>941</sup> erlangte Friedrich Schröder (\*1912) am 9.11.1960 die Lehrbefähigung<sup>942</sup>. Das Korreferat lieferte der Ordinarius für Chirurgie, Ludwig Zukschwerdt (1902-1974)<sup>943</sup>. Schröder war von 1946 bis 1950 als Assistent an der Nordwestdeutschen Kieferklinik beschäftigt gewesen und hatte danach zwei Jahre als Oberarzt die Poliklinik der NWDDK geleitet. Von 1952 bis 1953 war er von seiner Tätigkeit beurlaubt worden, um kurzzeitig in Düsseldorf als Oberarzt an der chirurgischen Abteilung der Westdeutschen Kieferklinik zu arbeiten, bis Rehrmann die Leitung der Abteilung übernehmen konnte. Danach kehrte er nach Hamburg zurück<sup>944</sup>. Ein Jahr nach seiner Habilitation wechselte er am 25.11.1961 an die Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn<sup>945</sup>, wo er später ordentlicher Universitätsprofessor und Abteilungsvorsteher für Kieferchirurgie wurde<sup>946</sup>.

Im Jahr 1962 schafften erneut drei Mitarbeiter Schuchardts den Sprung zur Habilitation<sup>947</sup>. Am 9.5.1962 habilitierte Horst Günther (\*1926)<sup>948</sup> mit der Arbeit „Grundsätze und Problematik der Entschädigung immateriellen Schadens bei Verletzungen des Kopfes oder der Gesundheit aus der Sicht des ärztlichen Gutachters. Mit einem Vorschlag zur systematischen Analyse und Bewertung der Fälle und einer Klassifikation der Schädigungsfolgen im Bereich des Gesichts und der Mundhöhle“<sup>949</sup>. Günther hatte seine Tätigkeit an ZMK am 1.4.1956 aufgenommen und war seit dem 25.5.1956 wissenschaftlicher Assistent. 1961 übernahm er die Leitung der chirurgischen Abteilung<sup>950</sup>. Am 8.3.1968 wurde er zum außerordentlichen Professor der Universität Hamburg ernannt<sup>951</sup>. Bereits am 1.10.1968 schied er aus dem Mitarbeiterstab des UKE aus und eröffnete eine Praxis<sup>952</sup>.

Am 12.12.1962 erlangte Eberhard Krüger (\*1927)<sup>953</sup> mit der Arbeit „Die Knorpeltransplantation. Experimentelle Grundlagen und klinische Anwendung in der Kiefer- und Gesichtschirurgie“ seine Lehrbefähigung<sup>954</sup>. Korreferate schrieben die Ordinarien für Pathologie Karl August Krauspe (1895-1983) und für Chirurgie Ludwig Zukschwerdt sowie der Extraordinarius für Zahnheilkunde Josef Franke (\*1912)<sup>955</sup>. Krüger war seit dem 1.11.1957 an der ZMK der Universität Hamburg zunächst in der Poliklinik und später als Stationsarzt tätig

937 Ebd., Leitblatt.

938 Ebd., Referat Kühnau.

939 Ebd., letzte Seite.

940 Kürschners Gelehrtenkalender 1980, S. 2125.

941 UKE-Habilitationsakte Friedrich Schröder, Referat Schuchardt.

942 Ebd., Leitblatt.

943 Ebd., Referat von Zukschwerdt.

944 Ebd., Lebenslauf.

945 Ebd., Schröder an Dekan der Medizinischen Fakultät, 21.12.1961.

946 Kürschners Gelehrtenkalender 1970, S. 2721.

947 UKE-Habilitationsakten Horst Günther, Eberhard Krüger und Bernhard Spiessl.

948 UKE-Habilitationsakte Horst Günther, Referat von Schuchardt.

949 Personal- und Vorlesungsverzeichnis der Universität Hamburg 1962/63, S. 68.

950 UKE-Habilitationsakte Horst Günther, Referat von Schuchardt.

951 Ebd., Schulbehörde an Dekan der Medizinischen Fakultät, 12.3.1968.

952 Ebd., letzte Blatt.

953 UKE-Habilitationsakte Eberhard Krüger, Leitblatt.

954 Ebd., Referat Schuchardt.

955 Ebd., Referate Krauspe, Zukschwert und Franke.

gewesen<sup>956</sup>. Schuchardt hatte auch seine medizinische Dissertation betreut (siehe 7.). 1964 wurde er beurlaubt, um an der Universität in Bonn die Aufgaben eines Leiters der chirurgischen Abteilung der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten wahrzunehmen<sup>957</sup>. Am 25.11.1966 erfolgte seine Umhabilitation nach Bonn<sup>958</sup>. Dort wurde er später zum ordentlichen Professor für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ernannt<sup>959</sup>.

Am selben Tag wie Krüger konnte Bernhard Spiessl (\*1921)<sup>960</sup>, der sich wissenschaftlich mit Osteomyelitis der Kieferknochen und mit Tumoren beschäftigte<sup>961</sup>, mit der Arbeit „Grundlagen für die Klassifikation und Stadieneinteilung der Plattenepithel-Karzinome der Mundhöhle als Voraussetzung für eine differenzierte Indikationsstellung der Therapieverfahren und eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse“<sup>962</sup> seine Habilitation erlangen. Das Korreferat erstellte Krauspe<sup>963</sup>. Spiessl hatte seine Tätigkeit als Assistent an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg ca. 1954 aufgenommen. 1959 war er beauftragt worden, die Geschäfte eines Oberarztes wahrzunehmen<sup>964</sup>. Seine zahnmedizinische Dissertation aus dem Jahr 1961 hatte Schuchardt referiert (siehe 7.). Zum 1.3.1966 wechselte er an die Universität in Basel und übernahm dort das Extraordinariat für Kieferchirurgie<sup>965</sup>.

1964 konnten wiederum zwei Mitarbeiter Schuchardts habilitieren<sup>966</sup>. Am 26.2.1964 erhielt Gerhard Pfeifer (\*1921) seine Lehrbefähigung<sup>967</sup>. Das Thema seiner Arbeit lautete „Über Entstehung und Erkennung von regionalen Entwicklungs- und Wachstumsstörungen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten als Grundlagen der Therapie“<sup>968</sup>. Pfeifer hatte unterbrochen von einer kurzzeitigen Tätigkeit an der II. Medizinischen Klinik des UKE von 1954 bis 1957 und von 1958 bis 1961 als Assistent an der Nordwestdeutschen Kieferklinik gearbeitet. Seine zahnmedizinische Dissertation aus dem Jahr 1957 wurde von Berger und Schuchardt betreut (siehe 7.). 1962 wurde er dort Oberarzt und ca. ab 1963 Leiter der Poliklinik<sup>969</sup>. Zum 1.12.1967 übernahm er die Aufgabe, an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Tübingen eine stationäre kieferchirurgische Abteilung aufzubauen und zu leiten<sup>970</sup>. Nach der Emeritierung Schuchardts am 1.4.1970 übernahm Pfeifer dessen Lehrstuhl und das Direktorat der chirurgischen Abteilung der ZMK. Er trat seinen Dienst am 1.9.1970<sup>971</sup> an und wurde am 1.9.1987 emeritiert<sup>972</sup>.

Am 29.6.1964 habilitierte Günther Ahrens<sup>973</sup> (1926-1999) mit der Arbeit „Klinische und biochemische Untersuchungen über die Beziehung zwischen Karies und Speichel“<sup>974</sup>. Das Korreferat lieferte Franke<sup>975</sup>. Ahrens hatte seine Tätigkeit an der ZMK 1957 als wissenschaftlicher Assistent begonnen. Zuvor war er 1956 unter Kröncke und Schuchardt als Zahnarzt promoviert worden (siehe 7.). 1963 war ihm als Nachfolger von Naujoks

956 Ebd., Lebenslauf.

957 Ebd., Krüger an Dekan der Medizinischen Fakultät, vom 22.2.1967.

958 Ebd., letzte Seite.

959 Kürschners Gelehrtenkalender 1980, S. 2133.

960 UKE-Habilitationsakte Bernhard Spiessl, Leitblatt.

961 Ebd., Lebenslauf.

962 Ebd., Referat Schuchardt.

963 Ebd., Referat Krauspe.

964 Ebd., Lebenslauf.

965 Ebd., Auszug aus dem Protokoll der Sitzung der medizinischen Fakultät am 22.3.1966.

966 UKE-Habilitationsakten Gerhard Pfeifer und Günther Ahrens.

967 UKE-Habilitationsakten Gerhard Pfeifer, Leitblatt.

968 Ebd., Referat Schuchardt.

969 Ebd., Lebenslauf.

970 Ebd., Pfeifer an Dekan der medizinischen Fakultät, 19.8.1967.

971 Ebd., Pfeifer an Sprecher des Fachbereichs Medizin, 18.8.1970.

972 Ebd., Ausschnitt aus Hamburger Zahnärztebl. 29 Nr. 9 (1989) 4-16.

973 UKE-Habilitationsakte Günther Ahrens, Leitblatt.

974 Ebd., Referat Schuchardt.

975 Ebd., Referat Franke.

die Leitung der Abteilung für Zusammenfassende Zahnheilkunde übertragen worden<sup>976</sup>. 1965 wurde er Oberarzt und 1967 Abteilungsleiter. Zwei Jahre später ernannte ihn die Hamburger Universität zum Professor. 1975 nahm er einen Ruf auf den Lehrstuhl für Zahnerhaltungskunde an die Universität Marburg an. Von 1982 bis 1988 war er erneut an der Universität Hamburg als Direktor der Abteilung für Zahnerhaltungskunde tätig<sup>977</sup>.

Am 13.12.1967 bekam Jürgen Lentrodt (\*1934) die Lehrbefähigung<sup>978</sup>. Das Thema seiner Habilitationsschrift lautete „Tierexperimentelle Untersuchungen zur gestielten Fettgewebstransplantation“<sup>979</sup>. Als Korreferenten fungierten die Ordinarien für Anatomie Ernst Horstmann (1909-1972), für Pathologie Gerhard Seifert (\*1921) und für Chirurgie Ludwig Zukschwerdt<sup>980</sup>. Lentrodt war seit 1961 als wissenschaftlicher Assistent später als Oberarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik tätig gewesen<sup>981</sup>. 1972 erhielt er die akademische Bezeichnung Professor<sup>982</sup>. Am 2.11.1979 übernahm er als Nachfolger des verstorbenen Alfred Rehrmann die ordentliche Professur für Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie an der Universität Düsseldorf<sup>983</sup>.

Die Habilitationsschrift von Wolfgang Götze (\*1928), dem leitenden Oberarzt der konservierenden Abteilung der ZMK<sup>984</sup>, „Untersuchungen über den Stoffwechsel der gesunden und der erkrankten Gingiva propria“ referierte Josef Franke<sup>985</sup>. Schuchardt fungierte als Korreferent<sup>986</sup>. Götze wurde am 17.1.1968 zum Privatdozent ernannt<sup>987</sup> und nahm 1980 einen Ruf an die Universität Freiburg an<sup>988</sup>, wo er später ordentlicher Universitätsprofessor und Direktor der Abteilung Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde I wurde<sup>989</sup>.

Am 10.7.1968 konnte sich Bernhard Rottke unter Schuchardt an der Universität Hamburg für das Lehrgebiet Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter besonderer Berücksichtigung der zahnärztlichen Radiologie habilitieren<sup>990</sup>. Das Thema seiner Arbeit lautete: „Histochemische Befunde im Zahn und ihre Beeinflussung durch Röntgenstrahlen“<sup>991</sup>. Rottke hatte seine Tätigkeit an der ZMK in Hamburg am 1.4.1961 als wissenschaftlicher Assistent begonnen<sup>992</sup>. 1971 übernahm er den Abteilungsvorstand für Röntgenologie an der ZMK<sup>993</sup>. 1972 wurde er auf das frisch geschaffene Extraordinariat für zahnärztliche Röntgenologie an der Universität Hamburg berufen und zum Direktor der Abteilung für Röntgendiagnostik ernannt<sup>994</sup>. Von 1974 bis 1980 übernahm er zusätzlich das Amt des geschäftsführenden Direktors der ZMK<sup>995</sup>. 1975 übertrug man ihm für zwei Jahre auch die kommissarische Leitung der Abteilung für Kariesforschung und zusammenfassende Zahnheilkunde<sup>996</sup>, der zuvor Ahrens vorgestanden hatte. 1994 ging Bernhard Rottke in den Ruhestand<sup>997</sup>.

976 Ebd., Lebenslauf.

977 Platzer 1999, S. 50.

978 UKE-Habitationsakte Jürgen Lentrodt, Leitblatt.

979 Ebd., Referat Schuchardt.

980 Ebd., Referate Horstmann, Seifert und Zukschwerdt.

981 Ebd., Lebenslauf.

982 Ebd., Universität Hamburg an Behörde für Wissenschaft und Kunst, Hochschulverwaltung, 7.6.1972.

983 Ebd., Minister für Wissenschaft und Forschung Nordrheinwestfalen, 2.11.1979.

984 UKE-Habitationsakte Wolfgang Götze, Leitblatt.

985 Ebd., Referat Krauspe.

986 Ebd., Referat Schuchardt.

987 Ebd., Leitblatt.

988 Ebd., Götze an Sprecher des Fachbereichs Hölzer, 17.11.1980.

989 Kürschners Gelehrtenkalender 1987, S. 1352.

990 UKE-Habitationsakte Bernhard Rottke, Leitblatt.

991 Ebd., Referat Schuchardt.

992 Ebd., Lebenslauf.

993 Ebd., Behörde für Wissenschaft und Kunst an Hochschulamt, 5.3.1971.

994 Schmelzle 1991, S. 672. Siehe auch UKE-Habitationsakte Bernhard Rottke, Mitteilung der Verwaltung, 29.8.1972.

995 Hausser, Rottke 1989, S. 318.

996 UKE-Habitationsakte Bernhard Rottke, Behörde für Wissenschaft und Kunst, Hochschulamt an Rottke, 18.8.1975.

997 Ebd., Hölzer an Rottke, vom 21.2.1994.

Am Ende der Reihe von Wissenschaftlern die Schuchardt zur Habilitation führte, steht Hans Georg Luhr (\*1932), dessen wissenschaftliche Arbeiten sich auf Traumatologie, Tumor- und Wiederherstellungschirurgie konzentrierten<sup>998</sup>. Seine Habilitationsschrift trug den Titel „Die Kompressionsosteosynthese bei Frakturen des zahnlosen Unterkiefers, experimentelle Untersuchungen und klinische Erfahrungen“<sup>999</sup>. Das Korreferat erstellte Gerhard Seifert<sup>1000</sup>. Luhr erhielt am 1.7.1969 die Lehrbefähigung<sup>1001</sup>. Er hatte am 1.1.1963 als wissenschaftlicher Assistent an der chirurgischen Abteilung ZMK seine Arbeit am UKE aufgenommen<sup>1002</sup>. Seit 1968 übte er die Funktion eines Oberarztes aus und 1969 wurde er zum Oberarzt ernannt<sup>1003</sup>. Am 12.2.1974 wurde ihm in Hamburg die akademische Bezeichnung Professor verliehen<sup>1004</sup>. Vier Jahre später ging er als ordentlicher Professor für Kieferchirurgie an die Georg-August-Universität nach Göttingen<sup>1005</sup>.

## 2.7.4 Beiträge zur Gestaltung der zahnmedizinischen und medizinischen Ausbildung sowie zur berufsständischen Entwicklung der Zahnärzte

### 2.7.4.1 Stärkung der Selbständigkeit von Fachabteilungen und Vorlesungstätigkeit

In diesem Kapitel wird untersucht, wie in der Amtsperiode Schuchardts die Selbständigkeit von Fachabteilungen verwirklicht wurde und welche Lehrveranstaltungen für Studierende der Zahnmedizin und der Medizin Schuchardt eigenständig oder gemeinsam mit anderen Lehrbeauftragten durchführte (siehe Anhang Tab. 9-13).

Die personelle Situation an der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik war zu Beginn seiner Tätigkeit unzureichend. Von 1945 bis 1949 war Schuchardt dort der einzige Habilitierte<sup>1006</sup> und somit für die gesamte zahnärztliche Ausbildung der zum Teil über 250 Studierenden verantwortlich (siehe oben, Tab. 4), da der außerordentliche Lehrstuhl für Zahnheilkunde seit der Entlassung Heinrich Fabians, der das Gebiet der Zahnerhaltungskunde vertrat, vier Jahre unbesetzt blieb<sup>1007</sup>. Neben den beiden Lehrstühlen standen der Zahnklinik 1945 neun Stellen für wissenschaftliche Assistenten, eine Pflichtassistentenstelle und vier Volontärstellen zu<sup>1008</sup>. 1946 war der wissenschaftliche Assistent Simon Egert noch nicht aus dem Kriegsdienst zurückgekehrt und nur eine der Volontärstellen besetzt<sup>1009</sup>. Allein im Sommersemester 1948 hatten Schuchardt und seine Assistenten zusammengenommen 135 Stunden pro Woche unterrichtet<sup>1010</sup>. Hinzu kam, daß Schuchardt den Vorsitz der Prüfungskommissionen für die Zahnärztliche Vorprüfung und die Zahnärztliche Prüfung inne hatte<sup>1011</sup>. So waren Examina, die in seinem VW-Käfer während der Fahrt zwischen dem UKE und dem AK Eilbek<sup>1012</sup> oder erst um 22.30 Uhr in Eilbek stattfanden<sup>1013</sup>, keine Seltenheit. Wegen der starken Belastung durch die Lehre, die er parallel zu seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit zu bewältigen hatte und für eine zeitgemäße Strukturierung des Lehrkörpers im Fach Zahnheilkunde an der Hamburger Universität war Schuchardt bestrebt, nicht nur die Quantität sondern vor allem die Qualität der Personalstellen zu erhöhen. Der Selbständigkeit der drei

998 UKE-Habitationsakte Hans Georg Luhr, Wissenschaftlicher Lebenslauf.

999 Ebd., Referat Schuchardt.

1000 Ebd., Referat Seifert.

1001 Ebd., Leitblatt.

1002 Ebd., Lebenslauf.

1003 Ebd., Wissenschaftlicher Lebenslauf.

1004 Ebd., Behörde für Wissenschaft und Kunst, Hochschulamt.

1005 Ebd., Niedersächsischer Minister für Wissenschaft und Kunst an Luhr; Mitteilung der Verwaltung 15.8.1978.

1006 Hochschulwesen II, Al 16, Schuchardt an Hochschulbehörde, 11.9.1948.

1007 Universität Hamburg 1969, S. 214.

1008 Hochschulwesen II, Al 16, Fabian an Hochschulwesen, 23.7.1945.

1009 Ebd., Schuchardt an Hochschulabteilung, 31.1.1946.

1010 Ebd., Schuchardt an Hochschulbehörde, 29.11.1948.

1011 Universität Hamburg Personal- und Vorlesungsverzeichnisse 1948, 1950, S. 52.

1012 Persönliche Mitteilung von Krohn, danach soll Schuchardt bei einer dieser Examenfahrten beinahe mit einer Straßenbahn zusammengestoßen sein.

1013 Bublitz 1982, S. 6.

Fachabteilungen zahnärztliche Chirurgie, konservierende Zahnheilkunde und Prothetik war durch die Schaffung von Extraordinariaten an einigen Universitäten längst Rechnung getragen worden, zum Beispiel in Berlin 1907<sup>1014</sup> und in München 1936<sup>1015</sup> (siehe 2.5.1). Doch die Mehrzahl der zahnärztlichen Universitätskliniken erwarfen die Differenzierung erst in den neunzehnhundertfünfziger Jahren<sup>1016</sup>, wobei Schuchardt eine der treibenden Kräfte war. Den Mangel an qualifizierten Lehrkräften an der eigenen Klinik vor Augen forderte Schuchardt als Vorsitzender der Vereinigung der Dozenten der Zahnheilkunde an den Deutschen Universitäten auf der 1. Ordentlichen Hauptversammlung des Verbandes der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen im März 1949 in Hannover diese drei Lehrstühle als Ordinariate oder Extraordinariate an allen zahnärztlichen Instituten einzuführen und auch für das Fach Kieferorthopädie ein Extraordinariat zu errichten. Den Lehrstuhl-inhabern sollte ein erfahrener Oberarzt zur Seite stehen und für sechs Studenten in den praktischen Kursen jeweils ein Assistent zuständig sein<sup>1017</sup>. Die Dozentenvereinigung stimmte diesen Forderungen auf ihrer Sitzung am 22. August 1951 einstimmig zu und beschloß, sich für deren Umsetzung stark zu machen<sup>1018</sup>. Die Hamburger Klinik erhielt im Januar 1948 zunächst zusätzlich eine Oberarztstelle, die der chirurgischen Abteilung zufiel und von Alfred Rehrmann bekleidet wurde<sup>1019</sup> (siehe oben). Auf Drängen Schuchardts<sup>1020</sup> konnten 1949 auch in der konservierenden und in der prothetischen Abteilung Oberarztstellen durch Umwandlung von zwei Stellen wissenschaftlicher Assistenten eingerichtet werden<sup>1021</sup>. Diese waren für Kurt Nehse und Martin Pape bestimmt, die als ältere Assistenten in schlecht bezahlter Stellung schon seit 1945 die Ausbildung der Studenten in Prothetik bzw. in konservierender Zahnheilkunde in vollem Umfang gewährleisteten<sup>1022</sup>. Trotz der neuen Positionen beendeten beide 1950 ihre Tätigkeit<sup>1023</sup> und Schuchardt erklärte in diesem Zusammenhang 1951 auf dem Zahnärztetag in Hamburg, daß im Lehrkörper neuartige, gut dotierte Stellen für sogenannte Instrukturen eingerichtet werden sollten, welche die Ausbildung der Studierenden durchführen, u. a. weil ältere in der praktischen Arbeit und im Unterricht sehr versierte Assistenten, welche nicht die Habilitation anstreben aus wirtschaftlichen Gründen in die Praxis abwanderten und durch weniger erfahrene ersetzt werden müßten. Im Gegensatz zu den Instrukturen könnten sich die Habilitierten dann in erster Linie der Forschung widmen. Diese Forderung beruhte auf einem vom Studiausschuß für die Hochschulreform 1948 ausgearbeiteten Gutachten, wo für diese Kategorie von Lehrern die Bezeichnungen Studiendozenten und Studienprofessoren gewählt worden waren<sup>1024</sup>.

Ende 1949 kehrte Fabian trotz seiner NS-Vergangenheit auf das Extraordinariat für Zahnheilkunde zurück. Neun Jahre später übernahm Josef Franke 1958 das Amt<sup>1025</sup>. 1951 entstand noch vor einem Lehrstuhl für zahnärztliche Prothetik ein Extraordinariat für Kieferorthopädie, vermutlich weil Schuchardt eine leistungsstarke Kieferorthopädie aufbauen wollte, die für eine fortschrittliche Behandlung von Patienten mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ein Schwerpunkt der operativen Tätigkeit unter Schuchardt, unablässig war. Möglicherweise wegen der kaum zumutbaren räumlichen Situation der Abteilung wurde der Lehrstuhl erst 1954 mit

1014 Hoffmann-Axthelm 1984, S. 2735.

1015 Maier 1994., S. 67.

1016 Hoffmann-Axthelm 1984, S. 2732.

1017 Schuchardt 1949 c, S. 153-154.

1018 Ders. 1951, S. 424-425. Siehe auch StAH, Hochschulwesen III, 54.13-4, Bd. 1, Bl. 33.

1019 Ebd., Hochschulwesen II, Al 16, Hochschulabteilung an Senat, 16.12.1948.

1020 Ebd., Schuchardt an Dekan der medizinischen Fakultät, Marchesani, 16.3.1947; Schuchardt an Hochschulbehörde, 11.9.1948.

1021 Ebd., Senat an Schulbehörde, Hochschulabteilung, 2.4.1949

1022 Ebd., Schuchardt an Dekan der medizinischen Fakultät, Marchesani, 16.3.1947; Schuchardt an Hochschulbehörde, 11.9.1948.

1023 Ebd., UKE / O an Zahnärztliche Universitätsklinik und Poliklinik, 26.1.1950 und ebd., Heppe an Senat, Organisationsamt, 14.11.1950.

1024 Schuchardt 1951, S. 425.

1025 Universität Hamburg 1969, S. 214.

Erich Hausser (1911-1988) besetzt<sup>1026</sup>. Das Ordinariat für Zahnheilkunde erhielt 1956 den Namen „Ordentlicher Lehrstuhl für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“<sup>1027</sup>. 1963 erhielt auch das Fach Zahnärztliche Prothetik einen außerordentlichen Lehrstuhl, den der langjährige Oberarzt der Abteilung Horst Ritze übernahm<sup>1028</sup> (siehe oben). Alle drei außerordentlichen Lehrstühle wurden 1966 in Ordinariate umgewandelt<sup>1029</sup>. Damit hatte Hamburg in der Differenzierung der Lehrstühle im Fach Zahnmedizin aufgeholt und einen modernen Stand erreicht, der zum Beispiel an der Münchner Universität erst vier Jahre später verwirklicht wurde<sup>1030</sup>.

Die Lehrveranstaltungen die an der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik von 1946 bis 1970 stattfanden, wurden den Fächern Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einschließlich Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, Zahnerhaltungskunde, Zahnersatzkunde, Kieferorthopädie, Soziale Medizin und Geschichte der Medizin zugeordnet<sup>1031</sup>. Während seiner 25jährigen Tätigkeit als Ordinarius war Schuchardt nur im Wintersemester 1968/69 wegen eines Forschungssemesters von der Vorlesungspflicht befreit<sup>1032</sup>.

Im Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einschließlich Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie änderten sich im Verlauf der Amtszeit von Schuchardt sowohl die Titel und Themen als auch die Anzahl der Lehrveranstaltungen. So wurden als Minimum in den Semestern 1946/47, 1947 und 1948/49 acht Lehrveranstaltungen und als Maximum 1956/57 17 angeboten. Im Sommersemester 1946 hielt Schuchardt von den neun verzeichneten Vorlesungen und Kursen fünf eigenständig und die anderen vier gemeinsam mit Assistenten ab. Die Zahl der von Schuchardt in diesem Fachbereich durchgeführten Lehrveranstaltungen schwankte pro Semester zwischen drei und fünf. In seiner gesamten Amtszeit ließ er zu den Themen „Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ und „Operationen im Kiefer- und Gesichtsbereich“ außerdem führte er die „Klinische Visite“ durch. Vom Sommersemester 1947 bis zum Wintersemester 1955/56 gewährleistete er allein die Ausbildung der Medizinstudenten im Teilgebiet „Pathologie der Kauorgane“. Im Wintersemester 1949/50, sowie vom Sommersemester 1956 bis zum Sommersemester 1970 lehrte er „Spezielle Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie“. Nur in den letzten beiden Semestern unterstützte ihn dabei Jürgen Lendrodt. Vom Sommersemester 1951 bis zum Wintersemester 1957/58 unterrichtete er Studierende im „Kurs der chirurgischen Zahnheilkunde nur für das 8. Semester“. Im Wintersemester 1954/55 führte Schuchardt die Lehrveranstaltung „Das Kauorgan als Faktor der Sprechfunktion“ ein, die er im Sommersemester 1956 an Naujoks übergab. Außer den genannten Vorlesungen und Kursen war Schuchardt im Laufe seiner Amtszeit bei weiteren neun gemeinsam mit Mitarbeitern als Lehrender tätig (siehe Anhang Tab. 9).

Im Fach Zahnerhaltungskunde unterrichtete Schuchardt vom Sommersemester 1946 bis zum Wintersemester 1949/50 gemeinsam mit dem wissenschaftlichen Assistenten Martin Pape (\*1904), der die Vorlesung und die Kurse jedoch im wesentlichen eigenständig durchführte. Es fanden Vorlesungen zur „Pathologie der Zahn-

1026 Ebd., S. 215.

1027 Ebd., S. 206.

1028 Ebd. S. 218.

1029 Ebd. S. 214-218.

1030 Maier 1994., S. 76.

1031 Nachstehend werden nur noch Quellen und Literaturangaben durch Fußnoten gekennzeichnet die nicht den Vorlesungsverzeichnissen der Universität Hamburg vom Sommersemester 1946 bis zum Sommersemester 1970 entstammen. In diesen Vorlesungsverzeichnissen sind außer Schuchardt als Lehrende aufgeführt (ungeachtet der Zeiträume ihrer Tätigkeit alphabetisch geordnet): Günther Ahrens, Anders, Bergemann, Ulrich Berger, Hans Bonath, Bramstedt, Friedrich Brosch, Brünger, Alois Eckstein, Simon Egert, Heinrich Fabian, Josef Franke, Gertraude Franz, Wolfgang Götz, Graffius, Horst Günther, Erich Hausser, Ernst Heitmann, Kaminski, Michael Kapovitz, Adolf Kröncke, Eberhard Krüger, Wilhelm Kühl, Volker Küstermann, Jürgen Lendrodt, Markus, Martens, Helmuth Müller, Erich Müller, Rudolf Naujoks, Kurt Nehse, Martin Pape, Gerhard Pfeifer, Hans Pflüger, Bruno Ranke, Rautmann, Alfred Rehrmann, Horst Ritze, Bernhard Rottke, Walter Schindler, Schmitt-Föhre, Heinrich Schröder, Friedrich Schröder, Norbert Schwenzer, Bernhard Spiessl, Horst Towae, Vollborn, Rudolf Vonderlinn, Max Wieland, Joachim Winkler.

1032 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, darin Universität Hamburg Akte, Bd. II, Bl. 76, Schulbehörde, Hochschulabteilung an Schuchardt, 23.7.1968.

erkrankungen und Parodontopathien“ und insgesamt drei Kurse der konservierenden Zahnheilkunde, darunter ein Phantomkurs statt. Nach der Rückkehr von Fabian war Schuchardt bis zum Dienstantritt von Franke 1958 in diesem Fach nicht mehr als Lehrender eingetragen. Danach beteiligte er sich für insgesamt sechs Semester vom Wintersemester 1958/59 bis zum Sommersemester 1964 an der Lehrveranstaltung „Diagnose und Therapie der marginalen Parodontopathien mit klinischen Demonstrationen“ (siehe Anhang Tab. 10).

Auch für alle sieben Lehrveranstaltungen in der Zahnersatzkunde, darunter drei Kurse war Schuchardt bis zur Habilitation von Horst Ritze 1956 als Dozent verantwortlich. Er wurde dabei jedoch im wesentlichen bis 1950 von dem wissenschaftlichen Assistenten Kurt Nehse und anderen vertreten. Ab Sommersemester 1951 übernahm Horst Ritze nach und nach die verschiedenen Lehrveranstaltungen. Zu den genannten sieben Lehrveranstaltungen, die über den gesamten Zeitraum von 25 Jahren konstant blieben, erschienen zu unterschiedlichen Zeitpunkten noch weitere fünf Übungen, Kolloquien oder Kurse im Vorlesungsverzeichnis, welche zum Teil nur kurzlebig waren (siehe Anhang Tab. 11).

Im Fach Kieferorthopädie verantwortete Schuchardt, vertreten von dem wissenschaftlichen Assistenten Simon Egert, vom Sommersemester 1947 bis Sommersemester 1951 die Vorlesung „Theoretische Grundlagen der zahnärztlichen Orthopädie“ sowie den „Zahnärztlich orthopädischen Kurs“. Vor Egerts Rückkehr aus dem Kriegsdienst hatte vermutlich kein Unterricht stattgefunden. Ab 1950 kamen schrittweise weitere fünf Lehrveranstaltungen hinzu, die jedoch nur im Sommersemester 1954 alle angeboten wurden. Ab Sommersemester 1950 war Heinrich Schröder wieder an der kieferorthopädische Abteilung tätig geworden und übernahm unterstützt von Volker Küstermann bis zur Berufung Haussers nach und nach alle Lehrveranstaltungen (siehe Anhang Tab. 12).

Der Unterricht in Sozialer Zahnheilkunde begann im Wintersemester 1950/51 und wurde mit mehrmaligen Unterbrechungen von jeweils einem Semester bis zum Wintersemester 1967/68 von dem Zahnarzt und Vorsitzenden des Verbandes der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen Erich Müller (1899-1992) abgehalten, der als Lehrbeauftragter der medizinischen Fakultät angehörte<sup>1033</sup>. Vom Wintersemester 1958/59 bis Sommersemester 1964 unterstützte ihn Norbert Schwenger, danach Günther Ahrens, der die Lehrveranstaltung nach Müllers Ausscheiden auch übernahm (siehe Anhang Tab. 13).

Das Fach „Geschichte der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Zahnheilkunde“ wurde von 1956 bis 1958 jeweils im Sommersemester von Adolf Kröncke unterrichtet. Danach lehrte bis zum Wintersemester 1969/70 Heinrich Fabian (siehe Anhang Tab. 13).

---

1033 Schuchardt 1957, S. 218.

#### 2.7.4.2 Zum Handbuch „Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ 1957 und 1959

Anfang der 1930er Jahre begannen beim Verlag Urban & Schwarzenberg erste Planungen zur Herausgabe eines für die zahnärztliche Praxis konzipierten Handbuchs über Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Sie kamen aber über Vorarbeiten nicht hinaus. 1950 wurde das Konzept erneut aufgegriffen<sup>1034</sup>, 1957 erschienen die Bände I bis III Teil 1 und 1959 die Bände III Teil 2 bis V<sup>1035</sup>. Das Werk erlebte nur eine Auflage.

Die Herausgeber des Handbuches waren die Ordinarien für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Medizinischen Akademie Düsseldorf Karl Häupl (siehe oben), der Universität Göttingen Wilhelm Meyer (1896-1982) und der Universität Hamburg Karl Schuchardt. Schuchardt und Häupl kannten sich aus Berlin, wo Häupl Ordinarius für Prothetik sowie Direktor des Zahnärztlichen Universitätsinstituts und Schuchardt Habilitand und später Privatdozent war. Schuchardt und Meyer arbeiteten in der Vereinigung der Dozenten der Zahnheilkunde an den Deutschen Universitäten zusammen, wo Schuchardt von 1948 bis 1952 Vorsitzender war und Meyer u. a. eine Kommission leitete, die den Entwurf für die neue Prüfungsordnung von 1952 überarbeitete<sup>1036</sup>.

Band I befaßt sich mit Anatomie, Physiologie und Pathologie. Er wurde wie auch der zweite Band von Meyer herausgegeben. Band II hat Pharmakologie, Röntgenologie, Mikrobiologie und konservative Therapie zum Inhalt. Band III „Allgemeine und spezielle Chirurgie des Mundes und der Kiefer“ wurde von Schuchardt betreut. Thema des IV. Bandes ist die zahnärztliche Prothetik. Er wurde wie Band V, der sich der Kieferorthopädie und der Materialkunde widmet, von Häupl herausgegeben<sup>1037</sup>.

Mitarbeiter an Teil 1 des III. Bandes waren Ulrich Berger (siehe 2.7.3), Friedrich Brosch (1903-1981), Eugen Fröhlich (siehe 2.4.3), Aloys Immenkamp (\*1906) (siehe 3.4.2.5), Erwin Reichenbach, Fritz Schön (\*1902), Gerhard Steinhardt (1904-1995) und Rudolf Ullik (\*1900)<sup>1038</sup>. Schuchardt selbst schrieb die Beiträge: „Der Operationbetrieb“, „Grundzüge aus der allgemeinen Operationlehre für die zahnärztliche Praxis“ und „Die lokale Anästhesie“(6.1.2). An Teil 2 wirkten Hermann Böttger, Franz Doubek, Alois Eckstein, Eugen Fröhlich, Karl Häupl, Georg Jung, Bruno Lindemann, Wilhelm Meyer, Hugo Obwegeser (\*1920), Alfred Rehrmann (siehe 2.4.3), Erwin Reichenbach, Bernd Spiessl (siehe oben), Gerhard Steinhardt und Richard Trauner (1900-1980) mit<sup>1039</sup>. Schuchardt lieferte die Beiträge „Vorbereitende chirurgische Maßnahmen zur Eingliederung von Prothesen“ (mit Eugen Fröhlich), „Spezifische Infektionen im Gesichts-Kiefer-Bereich“ und „Plastische Operationen im Mund-Kiefer-Bereich“(6.1.2), letzterer wurde auch separat veröffentlicht (siehe 6.1.1).

1034 Meyer, W. 1957, S. 7-8.

Alfred Kantorowicz hatte 1929 das „Handwörterbuch der gesamten Zahnheilkunde“, Bd. 1-4, im Verlag Barth und Meusser, Leipzig und Berlin herausgegeben.

1035 Schuchardt 1957 [a].

1036 StAH, Hochschulwesen III, 54.13-4, Bd. 1, Bl. 22, Schuchardt an Regierungsdirektor von Heppe, 17.5.1952.

1037 Meyer, W. 1957, S. 7-8.

1038 Schuchardt 1957 [a], S. V-XV.

1039 Schuchardt 1959 [a], S. V-XVI.

### 2.7.4.3 Bemühungen Schuchardts um die Integration der Dentisten

Aus Raumgründen war eine ausführliche Recherche von Schuchardts berufspolitischen Bemühungen im Vereinigungsprozeß der beiden zahnheilkundlichen Berufsstände nicht möglich (siehe 2.2.1). Dennoch soll auf seinen Einsatz dabei kurz hingewiesen werden. Voraussetzend, daß eine Anregung zur Vereinigung von seiten der Dentisten im Jahr 1883 den ersten Anstoß gab, dauerte er fast 70 Jahre. Kurz vor dem Ende der nationalsozialistischen Herrschaft war unter maßgeblicher Regierungsbeteiligung ein Gesetzesentwurf erarbeitet worden, der die Bildung eines einheitlichen, akademisch ausgebildeten Berufsstandes vorsah. Nach der Kapitulation wurden zuerst von den zahnärztlichen Landesorganisationen in der britischen Besatzungszone die Einigungsbestrebungen wieder aufgenommen. So fanden am 24.10.1945 in Hannover, am 5.12.1945 in Kiel und am 19.1.1945 in Hamburg Kommissionsbesprechungen zwischen Vertretern der Zahnärzte und der Dentisten statt. Die Hamburger stand unter der Leitung von Karl Schuchardt. Die Gesprächspartner revidierten die Kieler Verhandlungsergebnisse im wesentlichen durch eine Einigung über die Abschaffung der Kurierfreiheit auf dem Gebiet der Zahnheilkunde. Daneben verhandelten sie über eine Reform der zahnärztlichen Ausbildung. Auf der Grundlage der Hamburger Vereinbarungen und unter Mitwirkung der Regierung schlossen die Stände fünf Monate später, 16.6.1946 in Lage (Lippe) ein Abkommen, welches 1947 von den Dentisten widerrufen wurde, weil es nicht für alle Besatzungszonen Gültigkeit besaß<sup>1040</sup>. Die Hauptkritik richtete sich jedoch gegen den § 2 Absatz 2 des Abkommens, der einen sechsmonatigen Fortbildungskurs mit Abschlußprüfung auch für Dentisten vorsah, die bereits eine Zulassungsprüfung zur Reichsversicherungsordnung absolviert hatten, wenn sie unter 40 Jahre alt waren. Nach dem Zusammenschluß der drei westlichen Besatzungszonen im März 1948 wurden am 3.10.1948 in Ansbach die Verhandlungen fortgesetzt. Am 13.11.1948 erreichten die Berufsverbände in Bonn eine Einigung<sup>1041</sup>. Das daraus resultierende Bonner Abkommen erleichterte die Bedingungen für die Dentisten bei der Übernahmen in den Zahnärztestand<sup>1042</sup>. Da es in den Reihen der Dentisten nur auf einer schwachen Mehrheit basierte<sup>1043</sup>, rief Schuchardt 1949 deren Standesvertreter auf, die Vereinbarungen einzuhalten<sup>1044</sup>. Das Abkommen hatte Erfolg und bildete mit den im Bundesministerium des Innern ausgearbeiteten Durchführungsbestimmungen die Grundlage des am 14.2.1952 im Deutschen Bundestag verabschiedeten und am 31.3.1952 verkündeten Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde, daß die Vereinigung des dentistischen und des zahnärztlichen Standes in Deutschland besiegelte<sup>1045</sup>.

Das Gesetz sah in § 2 Absatz 3 den Erlass einer neuen Prüfungsordnung für Zahnärzte durch das Bundesministerium des Innern vor. Dabei ging es im Vergleich zur Prüfungsordnung von 1909 um eine Ausweitung des medizinisch-wissenschaftlichen Inhalts und um die Erweiterung der zahntechnischen Ausbildung<sup>1046</sup> (siehe 2.3.1). Als Vorsitzender der Vereinigung der Dozenten der Zahnheilkunde<sup>1047</sup> an den Deutschen Universitäten arbeitete Schuchardt an dem Entwurf für die neue Prüfungsordnung mit. Leiter der dazu einberufenen Kommission war Wilhelm Meyer (siehe oben). Das Bundesministerium des Innern gab im Mai 1952 den Entwurf heraus<sup>1048</sup> und

1040 Kuhn 1952, S. 25-26. Laut Erich Müller 1972, S. 47, förderte Schuchardt den Einigungsprozeß beachtlich.

1041 Marezky, Venter 1974, S. 253-255. Vgl. Kuhn 1952, S. 26.

1042 Kuhn 1952, S. 26-27

1043 Marezky, Venter 1974, S. 254.

1044 Schuchardt drohte, bei einem Scheitern, sein Streben ausschließlich darauf zu richten, die Zahnärzte medizinisch so optimal auszubilden, daß ihre Leistungen von keinem anderen Berufsstand erbracht werden könnten, siehe Schuchardt 1949, S. 154.

1045 Kuhn 1952, S. 26-27.

1046 Marezky, Venter 1974, S. 260-261.

1047 Sie wurde umbenannt in Vereinigung der Dozenten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den deutschen Universitäten, siehe StAH, Hochschulwesen III, 54.13-4, Bd. 1, Bl. 33, Schuchardt an die Kultusministerien der Länder und an die medizinischen Fakultäten, 6.8.1952.

1048 Marezky, Venter 1974, S. 261.

forderte Schuchardt zur Stellungnahme sowie zur Teilnahme an der Besprechung des Entwurfs am 27.5.1952 auf<sup>1049</sup>. Parallel dazu bat auch die Hochschulabteilung der Kulturbehörde Hamburgs die medizinische Fakultät, der Schuchardt zu dieser Zeit als Dekan vorstand, um eine Begutachtung, da die Kultusminister der Länder ebenfalls an der Besprechung des Entwurfs teilnahmen<sup>1050</sup>. Schuchardt unterbreitete der Hochschulbehörde nach einer Besprechung mit Meyer folgende vier Änderungsvorschläge. Die gemeinsame Prüfung in Physiologie und physiologischer Chemie (§ 25)<sup>1051</sup> sollte aufgeteilt werden in animalische Physiologie und chemische Physiologie. Die in § 41 festgehaltene Zulassung von Vertretern der Zahnärztekammern zur Zahnärztlichen Prüfung hielt er für nicht wünschenswert und bat um Streichung dieses Passus. Nach § 48 des Entwurfs erfolgte die Prüfung der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde innerhalb der Prüfung über Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Schuchardt schlug vor, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde als eigenes Prüfungsfach einzutragen. Als Letztes kritisierte er die Fassung für die Chirurgische Prüfung (§ 49), deren Darlegung er in der alten Prüfungsordnung für günstiger hielt. Außerdem forderte er eine gesonderte Prüfung der allgemeinen Chirurgie durch einen Fachvertreter<sup>1052</sup>. An der Besprechung des Entwurfs im Bundesministerium des Innern nahm Schuchardt nicht teil, da er zu dieser Zeit eine Dienstreise nach Madrid unternahm<sup>1053</sup>. In der am 28.1.1955 gesetzlich verankerten Prüfungsordnung wurden sinngemäß nach dem ersten Vorschlag Schuchardts die Prüfungen in Physiologie und chemische Physiologie getrennt und auch gemäß des dritten Vorschlags die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde eigenständig geprüft. Der zweite und vierte Vorschlag wurden nicht umgesetzt<sup>1054</sup>.

1049 StAH, Hochschulwesen III, 54.13-4, Bd. 1, Bl. 6, Bundesminister des Innern an Vereinigung der Dozenten der Zahnheilkunde an den deutschen Universitäten, Schuchardt, Hamburg, 6.5.1952.

1050 Ebd., Bl. 21, Regierungsdirektor von Heppe an Dekan der medizinischen Fakultät, vom 13.5.1952 (siehe auch handschriftlicher Zusatz Rückseite).

1051 Ebd., Bl. 9, Entwurf zu einer Prüfungsordnung für Zahnärzte.

1052 Ebd., Bl. 22, Schuchardt an Regierungsdirektor von Heppe, 17.5.1952.

1053 Ebd., Bl. 21, Regierungsdirektor von Heppe an Dekan der medizinischen Fakultät, handschriftlicher Zusatz Rückseite, 13.5.1952.

1054 StAH, Hochschulwesen III, 54.13-4, Bd. 2, Bl. 94-98, Prüfungsordnung der Zahnärzte, 26.1.1955. Siehe § 23, 39, 46, 48.

## 2.8 **Beiträge zur wissenschaftlichen Entwicklung des Fachgebietes Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

In diesem Kapitel wird nur auf eine Auswahl von Beiträgen näher eingegangen. Dazu zählen als Beispiel für grundlegende wissenschaftliche Publikationen, welche die Stellung des Faches Kiefer- und Gesichtschirurgie innerhalb der Chirurgie markierten, Schuchardts Buchbeiträge im Handbuch „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“. Exemplarisch für seine Herausgeberschaft werden Ausführungen zur Jahrbuchreihe „Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie“ gemacht (siehe auch 2.7.4.2). Zusätzlich dazu können Informationen zum Sammelwerk „Treatment of Patients with Clefts of Lip, Alveolus and Palate“ und zu den von Schuchardt begründeten und organisierten „Internationalen Hamburger Symposien über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten“ dem Kapitel 3.2 entnommen werden (siehe 3.2.5.1). Auf das Halbjahrbuch „Chirurgia Plastica et Reconstructiva“ (siehe 3.1.1) und das Sammelwerk „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ wird aus Gründen der Begrenzung nicht eingegangen (siehe 6.1.4). Als Beispiel für die überaus zahlreiche internationale Vortragstätigkeit Schuchardts<sup>1055</sup> und seine wissenschaftlichen Kontakte mit Fachvertretern anderer Länder wurde die Gründung des „Schuchardt-Clubs“ in Japan gewählt. Zusätzlich sind eine Reihe von nichtveröffentlichten internationalen Vorträgen zum Themengebiet „Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten“ im Kapitel 3.2. (siehe 3.2.4) festgehalten worden. Sollte der Vortragstätigkeit Schuchardts im Rahmen einer anderen Arbeit intensiver nachgegangen werden, so kann hier auf seine Personalakte im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf hingewiesen werden, die entsprechende Angaben enthält.

### 2.8.1 **Zu den Beiträgen Schuchardts in „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“ 1954 und 1981**

Schuchardt war mit Beiträgen an der siebten und achten Auflage des chirurgischen Handbuches „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“ beteiligt, das beim Johann Ambrosius Barth Verlag in Leipzig erschien<sup>1056</sup>. Die erste bis fünfte Auflage dieses Handbuches (1912-1923) stand unter der Herausgeberschaft von August Bier (1861-1949), Heinrich Braun (1862- ?) und Hermann Kümmell (siehe 2.7.1). Die erste Auflage umfaßte drei, die folgenden bis zur sechsten Auflage fünf, die siebente Auflage sechs<sup>1057</sup> und die achte Auflage neun Bände<sup>1058</sup>. Die siebte Auflage wurde 1952 bis 1954 von Albert Wilhelm Fischer (1892- ?), Erwin Gohrbandt und Ferdinand Sauerbruch herausgegeben<sup>1059</sup>. Gohrbandt waren Schuchardts wissenschaftliche und chirurgische Leistungen durch dessen Habilitationsschrift bekannt, wofür er ein Korreferat erstellt hatte (siehe 2.6.3), vermutlich wählte er ihn deshalb als Autor. Schuchardt lieferte in Band 2 „Operationen an Kopf und Wirbelsäule“ insgesamt 19 eigenständige Beiträge zum Kapitel V „Die Operationen am Gesichtsteil des Kopfes“, das er mit Walther Reichling (1894- ?) bearbeitete. Sie haben einen Umfang von 360 Seiten<sup>1060</sup> (siehe 6.1.2). Die achte Auflage erschien 1969 bis 1981 unter der Herausgeberschaft von Ernst Derra (1901- ?), Paul Huber (1901- ?) und Walter Schmitt (1911-?)<sup>1061</sup>. Schuchardt verfaßte im Teil II des zweiten Bandes, „Operationen an

1055 Reichenbach 1966 S. 384.

1056 In der Publikationszeit Schuchardts gehörte der Barth-Verlag zu den Verlagsanstalten der Deutschen Demokratischen Republik, siehe Fischer, A. et al. 1952-1956 und Derra et al. 1981, Bd. 2, Teil II, Rückseite des Titelblatts. Vermutlich hatte das eine Auswirkung auf die Beachtung und die Verbreitung im Vergleich zu Handbüchern, die in der Bundesrepublik Deutschland verlegt wurden. Das betrifft besonders die achte Auflage, bei der Auswirkungen durch die damals über dreißig Jahre bestehende politische und wissenschaftliche Abgrenzung der DDR feststellbar sein könnten.

1057 Derra et al. 1981, Bd. 2, Teil II, Rückseite des Titelblatts.

1058 Derra et al. 1969-1981, Bd. 1-9.

1059 Derra et al. 1981, Bd. 2, Teil II, Rückseite des Titelblatts.

1060 Fischer, A. et al. 1954, Bd. 2, Inhaltsverzeichnis.

1061 Derra et al. 1981, Bd. 2, Teil II, Titelblatt.

Kopf, Nervensystem und Wirbelsäule“, eigenständig fünf Beiträge und in Zusammenarbeit mit seinen ehemaligen Mitarbeitern Jürgen Lentrodt, Hans-Georg Luhr und Gerhard Pfeifer weitere vier. Die eigenständigen Beiträge erstrecken sich insgesamt über 124 Seiten<sup>1062</sup> (siehe 6.1.2).

## 2.8.2 Jahrbuchreihe „Fortschritte der Kiefer- und Gesichts-Chirurgie“

1955 begründeten Karl Schuchardt und Martin Waßmund das Publikationsorgan der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie<sup>1063</sup>, das als Jahrbuchreihe unter dem Titel „Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie“ im Georg Thieme Verlag erscheint<sup>1064</sup>. Schuchardt hatte 1953 nach Waßmund den Vorsitz der Gesellschaft übernommen und blieb bis 1964 im Amt<sup>1065</sup>. Nach Waßmunds Tod 1956 standen die Bände III (1957) bis XV (1972) unter alleiniger Herausgeberschaft von Schuchardt (siehe 6.1.4.2). 1964 erschien das Inhalts- und Sachverzeichnis für die Bände I bis VIII, das von Horst Günther erstellt wurde<sup>1066</sup>. Ab 1973 bis 1981 waren neben Schuchardt Rüdiger Becker (\*1927), Gerhard Pfeifer, Wilfried Schilli (\*1928), Horst Scheunemann (1927-1990) Norbert Schwenzer, Bernhard Spiessl, Gerhard Steinhardt (1904-1995) und Rudolf Stellmach (\*1924), jeweils für einen oder maximal für drei Bände mit als Herausgeber tätig (siehe 6.1.4.2). 1982 trat Schuchardt nach 27 Jahren von seiner Tätigkeit als Herausgeber zurück<sup>1067</sup>. Die „Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie“ enthalten jeweils die Vorträge einer Jahrestagung, beginnend mit der 4. Tagung 1954<sup>1068</sup>. Seit 1959 wurde auf die Veröffentlichung freier Vorträge verzichtet<sup>1069</sup>. Mit der Herausgabe eines solchen Periodikums folgten sie dem Beispiel anderer wissenschaftlicher Gesellschaften<sup>1070</sup>. Sein Stellenwert für die Entwicklung der deutschen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie wird dadurch besonders deutlich, daß es bis dahin keine deutschen fachspezifischen Periodika gab. Veröffentlichungen dieses Themenkomplexes erschienen in rein zahnärztlichen, in stomatologischen und seltener in chirurgischen und rhinologischen<sup>1071</sup> Zeitschriften. Zur Unterlegung dieser Problematik können als Beispiel Schuchardts Zeitschriftenaufsätze zum Themenbereich Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in deutschsprachigen Zeitschriften für den Zeitraum von 1937 bis 1954 herangezogen werden (siehe 6.1.4). Von den 32 Artikeln erschienen 29 in zahnärztlichen und stomatologischen Periodika. Nur vier Artikel wurden in chirurgischen bzw. orthopädischen Zeitschriften aufgenommen, darunter auch einer, der bereits in einer zahnärztlichen Zeitschrift veröffentlicht worden war. Nach der Begründung der Jahrbuchreihe änderten sich die von Schuchardt genutzten Publikationsorgane merklich, was auch sein wachsendes Ansehen als Spezialist zum Ausdruck bringt. Ab 1955 veröffentlichte er von seinen 63 deutschsprachigen Artikeln 28 in der Jahrbuchreihe Fortschritte der Kiefer-Gesichtschirurgie, 15 in „Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie“, zwei in „Der Chirurg“, zwei in dem Halbjahrbuch „Chirurgia Plastica et Reconstructiva“ und sechs in anderen medizinischen Zeitschriften. Nur noch zehn Aufsätze wurden in zahnärztlichen oder stomatologischen Periodika veröffentlicht. Die Jahrbuchreihe wurde für Karl Schuchardt zum Hauptpublikationsort. Gleichzeitig hatte er als Herausgeber auch eine gewisse Vormachtstellung, die er auch nutzte, was

1062 Ebd., Inhaltsverzeichnis, S. III-XIV.

1063 Die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie wurde, angeregt durch Waßmund auf der Mitgliederhauptversammlung des Facharztverbandes für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, am 28.4.1951 in Bad Nauheim ins Leben gerufen. Waßmund übernahm den Vorsitz. Bereits einen Tag danach fand die von ihm vorbereitete erste wissenschaftliche Sitzung der Gesellschaft unter dem Thema „Erkrankungen des Kiefergelenks“ statt, siehe Pfeifer 1976, S. 8-9.

1064 Schuchardt, Waßmund (Hrsg.) 1955, Vorwort.

1065 Fromm 1972, S.1.

1066 Schuchardt (Hrsg.) 1964, Vorwort.

1067 Pfeifer, Schwenzer (Hrsg.), Titelblatt.

1068 Schuchardt, Waßmund (Hrsg.) 1955, Vorwort.

1069 Schuchardt (Hrsg.) 1959, Vorwort.

1070 Schuchardt, Waßmund (Hrsg.) 1955, Vorwort.

1071 Pfeifer 1995, S. 286.

sich u. a. an der Anzahl der Beiträge aus seiner Klinik und an der Auswahl der Gastreferenten ablesen läßt. So waren z. B. im Band X 1965 neun der 30 Beiträge von Mitarbeitern der Hamburger Zahn-, Mund-, und Kieferklinik<sup>1072</sup>. Zu den Gastreferenten zählten auch Wissenschaftler, deren Hinzuziehung sich vermutlich auch daraus ergab, daß Schuchardt bereits in anderer Form mit ihnen zusammengearbeitet hatte, so z. B. Rudolf Thiel (2.6.3) und Friedrich Lenze<sup>1073</sup> (siehe 2.4.3), was als gegenseitige Anerkennung interpretiert werden kann.

Im Vorwort des ersten Bandes formulierten Schuchardt und Waßmund die Zielstellung und die Notwendigkeit des Publikationsorgans. Dabei sprachen sie vor allem von dem Vorteil, alle auf einer Jahrestagung gehaltenen Vorträge, auch solche aus angrenzenden Fächern wie zum Beispiel der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, in einem Organ zu veröffentlichen<sup>1074</sup>. 1964 erweiterte Schuchardt die Zielstellung. Er maß der Jahrbuchreihe jetzt nicht mehr nur die Aufgabe zu, die Vorträge gebündelt zu veröffentlichen, sondern er sah auch deren Funktion als „Handbuch“ für das Fach der Kiefer- und Gesichtschirurgie mit dem besonderen Vorteil, es entsprechend der wissenschaftlichen Entwicklung des Fachgebietes punktuell zu aktualisieren, was bei traditionellen Handbüchern nur in größeren Zeiträumen möglich ist.

*„Die Jahrbuchreihe: „Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie“ unterscheidet sich ihrer ursprünglichen Bestimmung nach grundsätzlich von einem Handbuch des gleichen Fachgebietes. Ein Handbuch besitzt eine Gliederung nach einer bestimmten, mehr oder weniger traditionellen didaktischen Systematik. Hierin liegt sein Vorzug als Nachschlagewerk. Sein unvermeidlicher Nachteil liegt in der auf dem Stand eines bestimmten Zeitabschnittes der klinischen und wissenschaftlichen Entwicklung festgelegten Darstellung der einzelnen bearbeiteten Abschnitte, die zudem verschieden schnell veralten. Einer Jahrbuchreihe fehlt die durchgehende organische Systematik. Dafür besitzt sie den Vorzug, fortlaufend die Entwicklung auf den einzelnen Sektoren des Faches widerzuspiegeln. Dieser Vorzug wächst mit der Zeit aufgrund der Wiederholung“<sup>1075</sup>.*

Die Aktualisierung der Jahrbuchreihe erfolgte durch die Wahl der Hauptthemen für die Jahrestagungen. Durch Vergleich von Veröffentlichungen zum gleichen Themengebiet lassen sich neue Herangehensweisen und weiterführende Ideen leicht erkennen. Als Beispiel kann das Themengebiet „Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten“ angeführt werden (siehe 3.2.5.2). Die Jahrbuchreihe hat ihre Rolle als Standard und Nachschlagewerk der Kiefer-Gesichtschirurgie nicht eingebüßt<sup>1076</sup>. 1999 erschien der 44. Band. Mit der Begründung und dem Ausbau dieses Publikationsorgans gelang Schuchardt ein sehr wertvoller Beitrag zur Fachentwicklung.

### 2.8.3 Der „Schuchardt-Club“ in Japan

Ende der 1950er Jahre begannen intensive wissenschaftliche Kontakte zwischen japanischen Kieferchirurgen und dem Direktor der Nordwestdeutschen Kieferklinik Karl Schuchardt. Zunächst hospitierten und arbeiteten die japanischen Kollegen als Gastärzte in Hamburg, um sich mit Schuchardts Operationstechniken vertraut zu machen. Der erste Gastarzt aus Japan war Tadasio Ueno, der später Klinikdirektor an der Tokyo Medical and Dental University wurde. Er kam von 1957 bis 1958 für zehn Monate an die Nordwestdeutschen Kieferklinik<sup>1077</sup>. Seinem Beispiel folgten mehrere seiner Berufskollegen, darunter Masao Murase, Noboru Sonoyama<sup>1078</sup> und Masatsugu Shimizu<sup>1079</sup>. Ueno kommentierte das Interesse von japanischer Seite mit folgenden Worten: „Wer

1072 Schuchardt (Hrsg.) 1965, Inhaltsverzeichnis.

1073 Schuchardt (Hrsg.) 1957, Inhaltsverzeichnis; Schuchardt (Hrsg.) 1964, Inhaltsverzeichnis.

1074 Schuchardt, Waßmund (Hrsg.) 1955, Vorwort.

1075 Schuchardt (Hrsg.) 1964 [b], Vorwort.

1076 Pfeifer 1976, S. 9.

1077 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 6, Ausschnitt aus dem Hamburger Abendblatt, 23.12.1966, Nr. 299, „Japanische Ärzte ehren einen Hamburger Kollegen“.

1078 Nachlaß Schuchardt bei Gouse, Zeitungsausschnitt aus einer japanischen Zeitschrift, auf dem der Ausweis des Schuchardt-Clubs abgebildet ist. Die Lebensdaten von Tadasio Ueno und Masao Murase konnten nicht ermittelt werden.

1079 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 6, Ausschnitt aus dem Hamburger Abendblatt, 23.12.1966, Nr. 299, „Japanische Ärzte ehren einen Hamburger Kollegen“; Shimizu 1982, S. 12-17. Die Lebensdaten von Asatsugo Shimizu konnten nicht ermittelt werden.

ein guter Kieferchirurg werden will, muß einmal in Eppendorf gewesen sein“<sup>1080</sup>. Die ehemaligen Gastärzte luden Karl Schuchardt und seine Frau<sup>1081</sup> im Oktober 1961 zu einer 14tägigen Vortragsreise nach Japan ein<sup>1082</sup>, der noch zwei weitere Reisen in den Jahren 1972 und 1978 folgten<sup>1083</sup>. Während der ersten Reise hielt Schuchardt im Rahmen eines internationalen Zahnärztekongresses, der vom 16.10.1961 bis zum 21.10.1961 in Tokio stattfand, einen Vortrag über „Diagnostik und Behandlung des Mundhöhlencarcinoms“. Darüberhinaus referierte er über weitere Themen aus der Kiefer-Gesichtschirurgie<sup>1084</sup> am Tokyo Dental College sowie an der Osaka University Dental School. Auch Frau Schuchardt hielt am Tokyo Dental College einen Vortrag. Neben den wissenschaftlichen Veranstaltungen kam es zu Treffen Schuchardts mit führenden Standesvertretern der japanischen Zahnärzteschaft, z. B. mit den Präsidenten der Japan Dental Association und der Japan Dental Society<sup>1085</sup>. Anlässlich des ersten Besuchs von Schuchardt gründeten seine Schüler am 18.10.1961 in Tokyo den „Schuchardt-Club“ und ernannten ihn zum Ehrenpräsidenten. Der Klub setzte sich zum Ziel die freundschaftlichen und wissenschaftlichen Beziehungen zwischen Medizinern beider Länder zu fördern. Da darüber im Nachlaß Schuchardts nur ein sehr verblaßter Zeitungsausschnitt existiert, auf dem der Klubausweis abgebildet ist (Abb. 62), wird dessen Wortlaut hier zitiert.

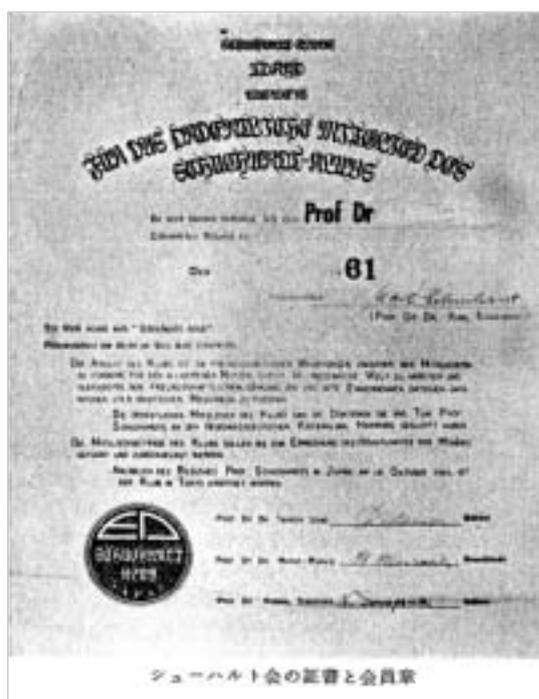


Abb. 62. Ausweis des Schuchardt-Klubs in Tokio von 1961.

*„SCHUCHARDT-KLUBS TOKIO AUSWEIS FÜR  
DAS ORDENTLICHE MITGLIED DES SCHUCHARDT-KLUBS*

*Es wird hiermit bestätigt, daß Herr Prof Dr Ordentliches  
Mitglied ist.*

*Den 1961*

*Ehrenpräsident Karl Schuchardt [Unterschrift]  
(Prof. Dr. Dr. Karl Schuchardt)*

*Der Klub nennt sich 'Schuchardt Klub' Ehrenpräsident ist  
Prof Karl Schuchardt.*

*Die Absicht des Klubs ist, die freundschaftlichen Beziehun-  
gen zwischen den Mitgliedern zu fördern, für den allge-  
meinen Nutzen durch die medizinische Welt zu arbeiten  
und gleichzeitig den freundschaftlichen Umgang und  
das gute Einvernehmen zwischen japanischen und deut-  
schen Medizinern zu fördern.*

*Die ordentlichen Mitglieder des Klubs sind die Doktoren,  
die ans Tor Prof. Schuchardts an der Nordwestdeutschen  
Kieferklinik Hamburg geklopft haben. Die Mitglieds-  
beiträge des Klubs sollen bis zur Erreichung des Höhe-  
punktes des Mondes geführt und zurückgelegt werden.  
Anlässlich des Besuches Prof. Schuchardts in Japan  
am 18. Oktober 1961 ist der Klub  
in Tokyo eröffnet worden.*

*Prof. Dr. Dr. Tadasio Ueno T. Ueno [Unterschrift] Präsident*

*Prof. Dr. Dr. Masao Murase M. Murase [Unterschrift]  
Generalsekretär*

*Prof. Dr. Noboru Sonoyama N. Sonoyama [Unterschrift]  
Kassierer“<sup>1086</sup>*

1080 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 6, Ausschnitt aus dem Hamburger Abendblatt, 23.12.1966, Nr. 299, „Japanische Ärzte ehren einen Hamburger Kollegen“.

1081 Nachlaß Schuchardts bei Gouse, Fotoalbum der Japan-Reise Schuchardts 1961, gestaltet von Y. Nagano u. Tadasio Ueno.

1082 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten Bd. I, Schuchardt an Schulbehörde, Hochschulabteilung, Münzner, 25.8.1961.

1083 Nachlaß Schuchardts bei Gouse, Fotos der Japan-Reisen Schuchardts 1972, 1978.

1084 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten Bd. I, Schuchardt an Schulbehörde, Hochschulabteilung, Münzner, 25.8.1961

1085 Nachlaß Schuchardts bei Gouse, Fotoalbum der Japan-Reise Schuchardts 1961, gestaltet von Y. Nagano u. Tadasio Ueno.

1086 Nachlaß Schuchardts bei Gouse, Zeitungsausschnitt aus einer japanischen Zeitschrift, auf dem der Ausweis des Schuchardt-Clubs abgebildet ist.

Nach 1961 setzten sich die wissenschaftlichen Kontakte fort. So reiste Masao Murase, der inzwischen als Direktor am Tokyo Women's Medical College tätig war, gemeinsam mit einem Berufskollegen der Universität Nagoya im Jahr 1968 für eine Woche nach Hamburg an die Nordwestdeutsche Kieferklinik, um sich über neue Behandlungsmethoden zu informieren<sup>1087</sup>.

Auch nach der Emeritierung von Karl Schuchardt im Jahr 1970 pflegten die japanischen Kollegen, von denen einige inzwischen zu seinen persönlichen Freunden zählten, die Kontakte zu ihrem hochverehrten Lehrer, was u. a. durch Fotos von Besuchen in Hamburg<sup>1088</sup> sowie durch Aufnahmen von den Aufenthalten des Ehepaars Schuchardt in Japan in den 1970er Jahren dokumentiert ist.

---

1087 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten, Bd. II, 5.11.1968, Pressestelle, Informationen.

1088 Nachlaß Schuchardts bei Gouse, Fotos von einem Besuch Masao Murases bei Schuchardt in Hamburg im November 1972; ebd., Fotos der Familie von Yoshio Watanabe aus den Jahren 1967-1984, ebd.; siehe auch Shimizu 1982, S. 12-17.

## 2.9 ***Ehrungen und Auszeichnungen, Mitgliedschaften Schuchardts in wissenschaftlichen Gesellschaften und Standesorganisationen***

### 2.9.1 Ehrendoktorwürde

Medizinische Fakultät der Universität Helsinki (1966)<sup>1089</sup>

### 2.9.2 Ehrenzeichen

Silberne Medaille der Medizinischen Fakultät der Universität Helsinki (1963)<sup>1090</sup>

Goldene Medaille der Medizinischen Fakultät der Universität Helsinki<sup>1091</sup>

Silberne Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft (1971)<sup>1092</sup>

Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft (1972)<sup>1093</sup>

Medaille der Universität Hamburg mit Universitätswappen<sup>1094</sup>

Großes Bundesverdienstkreuz (1973)<sup>1095</sup>

Caspar Taliacotius Philep MD Medaille

Medaille der Pierre Fauchard Akademie

Medaille der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina (1977)<sup>1096</sup>

Goldene Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft (1982)<sup>1097</sup>

### 2.9.3 Ehrenvorsitz

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (1966)<sup>1098</sup>

### 2.9.4 Senatorenwürde

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (1968)<sup>1099</sup>

### 2.9.5 Ehrenmitgliedschaften

Spanische odontologische Gesellschaft (1941)<sup>1100</sup>

Italienische Gesellschaft für Plastische Chirurgie (1954)<sup>1101</sup>

Miembro académico Universidad De Concepcion Chile Facultad de Odontologia (1955)<sup>1102</sup>

Société Belge de Stomatologie (1960)

Svenska Tandläkare Sällskapet (Schwedische Zahnärztliche Gesellschaft) (1960)<sup>1103</sup>

Japanische Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (1962)

Griechische Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (1962)<sup>1104</sup>

European Association for Maxillo-Facial Surgery<sup>1105</sup>

- 
- 1089 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten Bd. II, Bl. ungezählt, Ausschnitt aus der Zeitung „Abendecho“, 20.9.1966. Siehe auch ebd., Bl. 45, Dekan u. a. der medizinische Fakultät Helsinki (Teir) an Schuchardt, vom 11.3.1966; ebd., Bl. 46, Zahnärztliches Institut Helsinki, Igmar Virtanen an Schuchardt, 16.8.1966.
- 1090 Ebd., Bl. 17, Schuchardt an Schulbehörde Hamburg, Hochschulabteilung, Oberregierungsrat Münzner, 21.1.1963.
- 1091 Nachlaß Schuchardt bei Gouse, Sammlung der Ehrenzeichen
- 1092 Pfeifer 1985, S. 66.
- 1093 Fromm 1972, S. 1
- 1094 Nachlaß Schuchardt bei Gouse, Sammlung der Ehrenzeichen
- 1095 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, A, Bl. ungezählt, Fischer-Appelt an Schuchardt, 5.2.1973.
- 1096 Nachlaß Schuchardt bei Gouse, Sammlung der Ehrenzeichen
- 1097 Osborn 1982, S. 135.
- 1098 Fromm 1972, S. 1.
- 1099 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten Bd. II, Bl. 79, Pressestelle der Universität Hamburg, Informationen, 23.12.1968.
- 1100 Archiv der Humboldt-Universität, Univerversitätskurator, Sch 260 I, Bl. 15, Karteiblatt, 15.9.1944.
- 1101 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 3, Bl. 45, Schuchardt an Präsident der Gesundheitsbehörde Hamburg, Glaser und an Schulbehörde, Hochschulabteilung, Bahring, 19.5.1954.
- 1102 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten, Bd. I, Bl. 59, Schuchardt an Syndikus der Universität Hamburg, 28.11.1955. Siehe auch UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 6, Ausschnitt aus der Zeitung „Die Welt“, 24.12.1966.
- 1103 Ebd., Bl. 72, Schuchardt an Pressestelle der Universität Hamburg, 26.8.1960.
- 1104 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten Bd. II, Bl. 95, Schuchardt an Schulbehörde Hamburg, Hochschulabteilung, Oberregierungsrat Münzner, 10.4.1962.
- 1105 Osborn 1982, S. 135.

- Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie  
 Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen (1980)<sup>1106</sup>  
 Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (1982)<sup>1107</sup>  
 Bundesverband Deutscher Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (1982)<sup>1108</sup>
- 2.9.6 Vorsitz in wissenschaftlichen Gesellschaften, Vereinigungen und Beiräten**  
 Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (1948-1952)<sup>1109</sup>  
 Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (1953-1964)<sup>1110</sup>  
 Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (1969-1970)<sup>1111</sup>
- 2.9.7 Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften, Vereinigungen und Beiräten**  
 Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (1948)<sup>1112</sup>  
 Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (1955)<sup>1113</sup>  
 Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (1951)<sup>1114</sup>  
 Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (1962)<sup>1115</sup>  
 Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen (1962)<sup>1116</sup>  
 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (1965)  
 American Society of Maxillofacial Surgeons  
 Fédération Dentaire International<sup>1117</sup>
- 2.9.8 Korrespondenzmitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften**  
 Svenska Tandläkare Sällskapet (1942)  
 Finnische Zahnärzteschaft (1942)<sup>1118</sup>  
 Société Française De Chirurgie Plastique et Reconstructive (1954)<sup>1119</sup>  
 American Society of Plastic and Reconstructive Surgery (1954)<sup>1120</sup>  
 American Society of Head and Neck Surgeon (1963)<sup>1121</sup>  
 Anglo-Continental Dental Society (1964)<sup>1122</sup>
- 2.9.9 Mitgliedschaften in Standesorganisationen**  
 Bundesverband Deutscher Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.<sup>1123</sup>

---

1106 Pfeifer 1982 [a], Karl Schuchardt - Lebenslauf, S. ungezählt, vor S. 1.

1107 Kristen 1982, S. 3.

1108 Osborn 1982, S. 135.

1109 Kristen 1982, 3.

1110 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 6, Bl. ungezählt, Ausschnitt aus dem Hamburger Anzeiger, 23.9.1953, „Schuchardt wurde Präsident“; Fromm 1972, S. 1.

1111 Laut Fromm 1972, S. 1, wählte ihn die Gesellschaft 1969 zu ihrem Vorsitzenden. Laut Pfeifer 1982 [a], Karl Schuchardt - Lebenslauf, S. ungezählt, vor S. 1, oblag ihm das Amt zwei Jahre.

1112 Kristen 1982, S. 3.

1113 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten, Bd. I, Bl. ungezählt, Ausschnitt aus der Zeitung „Die Welt“ vom 7.3.1955, Hochschulnachrichten.

1114 Pfeifer 1982 [a], Karl Schuchardt - Lebenslauf, S. ungezählt, vor S. 1. Die Gesellschaft wurde 1951 gegründet, siehe Pfeifer 1995, S. 277.

1115 Pfeifer 1995, S. 310.

1116 Pfeifer 1982 [a], Karl Schuchardt - Lebenslauf, S. ungezählt, vor S. 1.

1117 Reichenbach, Fröhlich 1966, S. 384

1118 Archiv der Humboldt-Universität, Univeritätskurator, Sch 260 I, Bl. 15, Karteblatt, 15.9.1944; UKE-Personalakte Karl Schuchardt, darin Universität Hamburg Akte, Bd. I, Bl. 1, Dekan der medizinische Fakultät der Hansischen Universität (Mond) an Schulverwaltung Hamburg, Hochschulabteilung, 21.9.1945.

1119 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, darin Universität Hamburg Akte, Bd. I, Bl. 42, Schuchardt an Münzner, 15.10.1954; UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 6, Ausschnitt aus dem Hamburger Fremdenblatt, 22.10.1954.

1120 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten, Bd. I, Bl. 44, Schuchardt an Münzner, 8.11.1954.

1121 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten, Bd. II, Bl. 18, Schuchardt an Münzner, 19.8.1963.

1122 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten, Bd. II, Bl. 27, Schuchardt an Oberregierungsrat Münzner, Universität Hamburg, 24.7.1964.

1123 Hochreiter 1982, S. 4.

### 3. **Wissenschaftliche Schwerpunkte Schuchardts und Einordnung seiner Leistungen als Operateur und Wissenschaftler**

Das wissenschaftliche Werk Schuchardts umfaßt fünf Monografien, 52 Beiträge zu Sammelwerken und 108 Artikel in Periodika (siehe 6.1). Zusätzlich veröffentlichte er drei berufspolitische Artikel (6.2.11) und vier zur Ehrung führender Persönlichkeiten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (6.2.12). Daneben war er als Herausgeber von drei Sammelwerken und zwei Periodika tätig (siehe 6.1.4). Nach Erstellung der thematischen Bibliografie Schuchardts wurden anhand der Anzahl der Veröffentlichungen folgende fünf Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Arbeit ermittelt: die plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich, die Chirurgie der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, die Behandlung von Frakturen des Gesichtschädels, die orthopädische Chirurgie des Gesichtschädels sowie die Therapie von Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Auf Schuchardts Publikationen zu weiteren Arbeitsgebieten wie z. B. zur Diagnose und Therapie von Infektionen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sowie zur konservativen und chirurgischen Behandlung des Kiefergelenks wird nicht näher eingegangen. Die Titel können seiner thematischen Bibliografie entnommen werden (siehe 5.2).

#### 3.1 **Schwerpunkt 1: Plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich**

##### 3.1.1 **Schuchardts Publikationen über plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich**

Schuchardt publizierte zum Themengebiet plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich 1944 seine Habilitationsschrift „Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichtskieferbereiches“ (siehe 2.6.3) und 1959 die Monografie „Plastische Operationen in Mund-Kiefer-Bereich“. Dabei handelt es sich um eine separate Veröffentlichung des gleichnamigen Buchbeitrags im 2. Teil des III. Bandes des zahnärztlichen Handbuchs „Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (siehe 2.7.4.2). Im Zeitraum von 1954 bis 1981 veröffentlichte er 23 Buchbeiträge, davon zehn in der 7. Auflage des chirurgischen Handbuchs „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“ und sieben in der 8. Auflage (siehe 2.8.1) sowie im Zeitraum von 1940 bis 1976 schrieb er 35 Artikel in Periodika (siehe 6.2.3). Allein die Anzahl der Publikationen im Vergleich mit den vier anderen Schwerpunkten (siehe 6.2) zeigt die Priorität der plastischen und wiederherstellenden Chirurgie in seinem wissenschaftlichen Werk. Bis auf zwei Buchbeiträge und drei Artikel war er alleiniger Autor, was seinen Ehrgeiz auf diesem Gebiet unterstreicht. Der zeitliche Verlauf belegt, daß er bis auf die ersten Berufsjahre in seiner gesamten Schaffensperiode auf diesem Gebiet tätig war. Die zahlreichen Handbuchbeiträge untermauern Schuchardts Anerkennung als Fachgröße. Daß nur drei der Zeitschriftenartikel und zwei Monografien bis 1945 entstanden, könnte den Schluß zulassen, daß sich ein Großteil dieses Reifungsprozesses an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg vollzog (siehe 2.7.2), was im weiteren mit untersucht wird.

Wie sehr sich Schuchardt als plastischer Chirurg verstand, wird auch an seiner Rolle als einer der Wegbereiter der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie deutlich. Sie ging 1962 aus der gleichnamigen Arbeitsgemeinschaft innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hervor, die 1956 von dem Chirurgen und Schüler Erich Lexers, Hans von Seemen (1898-1972), ins Leben gerufen worden war (siehe 2.2.2). Der Chirurg Heinz Bürkle de la Camp (1895-1974), ebenfalls ein Schüler Lexers, und Karl Schuchardt waren ihre Gründer<sup>1124</sup>. Gemeinsam gaben sie auch das Publikationsorgan der Gesellschaft, das Halbjahrbuch

1124 Pfeifer 1995, S. 310. Vgl. Bürkle de la Camp 1965, S. 2.

„Chirurgia Plastica et Reconstructiva“, heraus, dessen sechs Bände von 1966 bis 1969 erschienen<sup>1125</sup>. Von 1969 bis 1970 fungierte Schuchardt als Vorsitzender (siehe 2.9.6). Die Gesellschaft war offen für alle Fachgebiete der Medizin, die sich mit plastischer und wiederherstellender Chirurgie befaßten. Unter den Mitgliedern waren neben Allgemeinchirurgen u.a. auch Ophthalmologen, Orthopäden und Urologen, was viele unterschiedliche Auffassungen und Interessen hervorrief. Bereits 1969 organisierten sich die ausschließlich plastisch tätigen Chirurgen in der „Vereinigung der Deutschen plastischen Chirurgen“ neu und grenzten sich gegenüber den anderen Disziplinen durch Ausbildungsrichtlinien, wie Fachabschluß in der allgemeinen Chirurgie und zweijährige Weiterbildung in plastischer Chirurgie ab<sup>1126</sup>, womit vermutlich der Stellenwert der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie geschwächt wurde, was hier jedoch nicht weiter untersucht werden kann. Neben Schuchardts nationaler Rolle im Fach gibt es zahlreiche Belege für seine internationale Anerkennung als plastischer Chirurg. Hierzu zählen Ehren- und Korrespondenzmitgliedschaften in wissenschaftlichen Fachvereinigungen anderer Länder (siehe 2.9), Lehr-<sup>1127</sup> und Vortragstätigkeiten<sup>1128</sup> im Rahmen wissenschaftlicher Veranstaltungen im Ausland.

Werden alle Arbeiten einschließlich der Handbuchbeiträge und der Kapitel in der Habilitationsschrift thematisch gegliedert, so erarbeitete Schuchardt sieben Grundsatz- und Überblicksdarstellungen, darunter drei über plastische Chirurgie und Ästhetik (siehe 6.2.3.1). Wesentliche Punkte dieser Darstellungen waren die

---

1125 Bürkle de la Camp, Schuchardt (Hrsg.) 1966-1969.

1126 Schmidt-Tintemann 1983, S. 175-176.

1127 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, darin Universität Hamburg Akte, Bd. I, Bl. 83, Schuchardt an Syndikus der Universität Hamburg, Münzner, 15.11.1960.

1128 Vortrag über Wiederherstellung der Augenhöhle bei schweren Gesichtdefekten auf dem Kongreß der Amerikanischen Gesellschaft für plastische Chirurgie, der vom 12. bis 15.12.1950 in Hollywood Beach, Florida stattfand, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 3, Bl. ungezählt, Schuchardt an Hochschulbehörde, von Heppe, 4.11.1949;

Vortrag vor der Gesellschaft für plastische Chirurgie in New York, 1951, siehe ebd., Schuchardt an Hochschulbehörde, von Heppe, 5.12.1951.

Zwei Referate auf einem internationalen Kongreß für Chirurgie im Mai 1952 in Madrid, siehe ebd., Schuchardt an Hochschulbehörde, 9.5.1952; siehe ebd., Schuchardt an Gesundheitsbehörde, 13.5.1952.

Vortrag über Wiederherstellungschirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich vor der Wiener Chirurgischen Gesellschaft am 18.2.1954, ebd., Hochschulabteilung an Schuchardt, vom 8.2.1954.

Vortrag auf dem Kongreß der englischen Gesellschaft für plastische Chirurgie in London, siehe ebd., Schuchardt an Präsident der Gesundheitsbehörde, Glaser, und an Hochschulwesen, Bahring, 19.5.1954.

Vortrag auf der Tagung der italienischen Gesellschaft für plastische Chirurgie 1954, siehe ebd.

„Chairman“ für das Gebiet Kiefer- und Gesichtschirurgie auf dem ersten internationalen Kongress für plastische Chirurgie, der im August 1955 in Stockholm und Uppsala stattfand, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, darin Universität Hamburg Akte, Bd. I, Bl. 55, Schuchardt an Syndikus der Universität, Münzner, 30.7.1955. Siehe auch UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 6, Bl. ungezählt, Ausschnitt aus dem Hamburger Echo vom 16.8.1955.

„Chairman“ auf dem Internationalen Kongreß für plastische Chirurgie vom 12.7.1959 bis 15.7.1959 in London, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 3, Bl. ungezählt, Schuchardt an Rektor der Universität Hamburg, 23.6.1959.

Ehrengast und Sprecher auf dem Kongreß der Amerikan Society of Plastic and Reconstructive Surgery im September 1961 in New Orleans, siehe ebd., Schuchardt an Schulbehörde Hamburg, Hochschulabteilung, 25.8.1961.

Teilnahme an einem Symposium über plastische Wiederherstellungschirurgie des Gesichts vom 28.5.1962 bis 29.5.1962 an der New York University, siehe ebd., Schuchardt an Schulbehörde Hamburg, Hochschulabteilung, 7.5.1962. Die Aufzählung der Teilnahmen an wissenschaftlichen Veranstaltungen über plastische Chirurgie im Ausland ist nicht vollständig, sondern dient nur als grobe Veranschaulichung der internationalen Vortragstätigkeit Schuchardts.

Definition des Arbeitsgebietes<sup>1129</sup>, die Indikation plastischer Eingriffe<sup>1130</sup>, die Charakterisierung der Methoden<sup>1131</sup> und das Aufzeigen eigener, repräsentativer Fallbeispiele<sup>1132</sup>. Schuchardt definierte das Arbeitsgebiet 1958 so: „Die Gesichtsplastik umfaßt alle operativen Maßnahmen, die der Beseitigung angeborener und erworbener Defekte, Deformationen und Funktionsstörungen dienen.“<sup>1133</sup> Dabei bezog er den gesamten Gesichtsschädel und die angrenzenden Gewebe mit ein. Er zählte dazu z. B. die Behandlung von Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten ebenso<sup>1134</sup> wie die chirurgische Behebung von Dysgnatien<sup>1135</sup> (siehe 3.2. und 3.4). Weil er in praxi keinen Gegensatz zwischen plastischer und wiederherstellender Chirurgie sah, hielt er sich dabei an die Definition für die Wiederherstellungschirurgie, wie sie Erich Lexer 1931 in seiner Monografie „Die gesamte Wiederherstellungschirurgie“ formulierte. Die Differenzierung der plastischen Chirurgie in wiederherstellende, herstellende und kosmetische Chirurgie wurde damals diskutiert<sup>1136</sup> und später durch die Begriffe rekonstruktiv plastische, konstruktiv plastische und anaplastische Chirurgie eindeutig voneinander abgegrenzt<sup>1137</sup>. Die dominierende Komponente bei der Indikation plastischer Operationen im Gesicht sah Schuchardt nicht in der Behebung einer Funktionsstörung, sondern in der Schaffung einer ästhetischen Form, wobei er den Handlungsbedarf als sehr individuell einstuft, ohne jedoch kritiklos kosmetische Eingriffe zu befürworten<sup>1138</sup>. Hier zeigt er sich als Vorkämpfer für psychische Indikationstellungen, die von den Chirurgen in Deutschland anders als in den USA und Großbritannien sehr skeptisch betrachtet wurden<sup>1139</sup>. Vermutlich nicht ohne sich seines eigenen künstlerischen Talentes bewußt zu sein, betonte er, daß ein „ausgeprägtes Gefühl für Form und Maß des menschlichen Gesichts“<sup>1140</sup> neben der Beachtung der biologischen Gesetzmäßigkeiten bei der Gewebstransplantation der Schlüssel zum Erfolg sei<sup>1141</sup>. Schuchardts Interesse für diesen Aspekt wird auch durch die Wahl des Themas „Ästhetische Faktoren in der plastischen Chirurgie des Gesichts-Kieferbereiches“ für die 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie deutlich, die 1960 unter seiner Leitung stattfand<sup>1142</sup> und zu der anerkannte plastische Chirurgen wie Gustav Aufricht (1894-1980) aus New York und David C. Matthews aus London<sup>1143</sup> als Vortragende geladen waren<sup>1144</sup>.

1129 Schuchardt 1955 [e], S. 435-436; ders. 1958 [g], S. 432; ders. 1959 [a2], S. 1; ders. 1961 [b], S. 1.

1130 Ders. 1939 [c], S. 669; ders. 1955 [e], S. 43; ders. 1958 [g], S. 432; ders. 1959 [a2], S. 1; ders. 1961 [b], S. 3; Günther, Schuchardt 1964 [g], S. 589-593.

1131 Schuchardt 1959 [a2], S. 2-22; ders. 1961 [b], S. 1-3; ders. 1944, S. 11-17; Vgl. ders. 1954 [a], S. 204-207; ders. 1950, S. 1377-1383; ders. 1958 [d], S. 490-491; ders. 1981, S. 1-4.

1132 Ders. 1939 [c], S. 666-669; ders. 1955 [e], S. 436-447; ders. 1961 [b], S. 3-4; Günther, Schuchardt 1964 [g], S. 589-59.

1133 Schuchardt 1958 [g], S. 432.

1134 Ebd., S. 432-433; Vgl. ders. 1954 [a], S. 203-204 u. ders. 1981, S. 1; Schuchardt (Hrsg.) 1961, Vorwort.

1135 Ders. 1954 [a1], S. 1287; ders. 1954 [a2], S. 1.

1136 Ders. 1955 [e], S. 435-436. Schuchardt nannte hier versehentlich das Jahr 1930 als Erscheinungsjahr für Lexers Werk. Lexers Definition lautete: „Alle Operationen, die zur Beseitigung angeborener und durch Krankheit, Verletzung oder Operation erworbener Gewebslücken, Fehlformen und Bewegungsstörungen Verwendung finden, lassen sich, ihrem gemeinsamen Ziel entsprechend, als Sondergruppe der Chirurgie unter dem Namen: Wiederherstellungschirurgie zusammenfassen.“, siehe Kemmler 1968, S. 3; siehe dazu auch Schuchardt 1963 [a], S. 21.

1137 Schmidt-Tintemann 1983, S. 175.

1138 Schuchardt 1954 [a1], S. 204.

1139 Schmidt-Tintemann 1983, S. 173-175. Neben Schuchardt bestätigte u.a. auch Hans Seemen 1955 den Wert ästhetischer Eingriffe, ebd. S. 174-175, siehe 2.8.

1140 Schuchardt 1954 [a1], S. 204.

1141 Ebd., S. 203-204.

1142 Schuchardt (Hrsg.) 1961, Vorwort.

1143 Der zweite Vorname und die Lebensdaten konnten nicht ermittelt werden. Laut UKE-Personalakte Karl Schuchardt, Universität Hamburg Akte, Personalakte Dozenten, Bd. I, Bl. 43, Schuchardt an Münzner, vom 4.11.1954, war Matthews 1954 Präsident der britischen Gesellschaft für plastische Chirurgie.

1144 Schuchardt (Hrsg.) 1961, Inhaltsverzeichnis.

Zurück zu weiteren Themenstellungen in Schuchardts Publikationen. 20 Arbeiten, größtenteils Zeitschriftenartikel, befassen sich allgemein mit der Hautplastik und mit der Transplantation von Haut-, Fett-, Knorpel- und Knochengewebe oder alloplastischem Material im Gesicht, ohne daß sich Schuchardt dabei auf eine bestimmte Region, wie z. B. die Wiederherstellung der Wange oder der Nase festlegte (siehe 6.2.3.2). Nach 1949 steht in sechs davon therapeutisch die freie Hauttransplantation im Mittelpunkt, was mit den gestiegenen Erfolgsaussichten dieser Therapie durch die Entwicklung geeigneter Apparate zur Hautentnahme (siehe unten), durch den Einzug von Antibiotika in den medizinischen Alltag<sup>1145</sup> und durch verbesserte Narkoseverfahren<sup>1146</sup> in Verbindung gebracht werden kann. Drei dieser Arbeiten, publiziert in den 1960er und 1970er Jahren, haben die Behandlung von Hautverbrennungen zum Inhalt (siehe 6.2.3.2.1). Vier Arbeiten aus den Jahren 1961 und 1962 betreffen die Behandlung von Gesichtdefekten nach Strahlentherapie (siehe 6.2.3.2.2). Drei davon erschienen im Zusammenhang mit der 11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie 1961, die nach Schuchardts Vorschlag unter dem Hauptthema „Chirurgische Maßnahmen zur Ergänzung der Strahlentherapie und zur Behandlung von Strahlenfolgen im Kiefer-Gesichtsbereich“ stattfand<sup>1147</sup>.



Abb. 63. Schuchardt: Patientin mit Naevus flammeus, Zustand nach Radiotherapie.



Abb. 64. Schuchardt: Zustand der Patientin nach Lid-, Lippen- und Wangenplastik mit Spalthautlappen, um 1958.

In der Summe dokumentieren die Arbeiten Schuchardts breitgefächerte Erfahrung und seine ausgezeichneten Operationskünste (Abb. 63, 64). Ihre Bedeutung liegt im einzelnen in der problemgerechten Auswahl<sup>1148</sup> und Beschreibung bewährter<sup>1149</sup> oder neuerer plastisch-chirurgischer Verfahren<sup>1150</sup> sowie in der Darstellung seiner Operationsergebnisse<sup>1151</sup>. Vier der Arbeiten sind besonders zu beachten, weil sie eigene technische Neuerungen zum

Inhalt haben. Dabei handelt es sich um die Entwicklung von Operationsunterlagen<sup>1152</sup>, das Dermatom nach Schuchardt<sup>1153</sup> die gestielte Fettplastik<sup>1154</sup> und eine Modifikation der Wangenrotation nach Johannes Esser (1877-1946)<sup>1155</sup> (siehe unten).

1445 1908 wurden die Sulfonamide synthetisiert. 1935 entdeckte der deutsche Bakteriologe Gerhard Domagk (1895-1964) deren Heilwirkung, siehe Neues Fischer Lexikon. Der englische Bakteriologe Sir Alexander Fleming (1881-1955) entdeckte 1928 die Wirkung des Penicillins, siehe ebd., S. 4618-4619. Es wurde Anfang der 1940er Jahre in die Medizin eingeführt. Der amerikanische Mikrobiologe Selman Abraham Waksman (1888-1973) entdeckte 1943/44 das Streptomycin, siehe ebd., S. 6358.

1446 In Deutschland entwickelte sich erst nach dem zweiten Weltkrieg eine eigenständige Anästhesiologie, siehe Goerig 1999, S. 2-3.

1147 Schuchardt (Hrsg.) 1962, Vorwort.

1148 Schuchardt 1940, S. 323; ders. 1944, S. 48-63; ders. 1949.

1149 Ders. 1944, S. 18-48; ders. 1949, S. 503-505.

1150 Ders. 1940, S. 323-324; ders. 1949, S. 505-506.

1151 Ders. 1944, S. 49-63.

1152 Ders. 1942 [b], S.127-131.

1153 Ders. 1953 [a].

1154 Ders. 1944, S. 37-38; Schuchardt, Krüger 1961 [d], S. 55-57.

1155 Schuchardt 1961 [c], S. 105-107, Abb. 33-36.

Die Mehrzahl der Publikationen Schuchardts über plastische Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich befassen sich mit der Wiederherstellung oder funktionellen und ästhetischen Verbesserung bestimmter Regionen, dazu zählen zwölf Beiträge über plastische Chirurgie erworbener Kieferdefekte (Vestibulum, Alveolarfortsatz und Gaumen), zehn über plastische Chirurgie der Lider, der Augenhöhle und der angrenzenden Teile des Gesichts (siehe 6.2.3.4), sechs über plastische Chirurgie am äußeren Ohr (siehe 6.2.3.5), fünf über plastische Wiederherstellung der Nase (siehe 6.2.3.6) und jeweils drei über plastische Wiederherstellung der Lippen (siehe 6.2.3.7) und des Kinns (siehe 6.2.3.8) sowie zwei über plastische Wiederherstellung der Wangen (siehe 5.2.3.9). Insgesamt konnten aus diesen Arbeiten weitere 17 von Schuchardt entwickelte oder modifizierte Verfahren ermittelt werden<sup>1156</sup>, auf die größtenteils noch eingegangen wird.

Bevor nun Schuchardts Habilitationsschrift inhaltlich besprochen wird, sei noch erwähnt, daß von den 229 Dissertationen (siehe 7.), die von 1946 bis 1970 an der Hamburger Universitätsklinik für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde fertiggestellt wurden, nur vier das Themengebiet plastische Chirurgie berührten<sup>1157</sup>. Zwei davon standen unter dem Referat<sup>1158</sup> und zwei unter dem Korreferat von Schuchardt. Insgesamt betreute Schuchardt 56 Doktorarbeiten als Referent und 76 als Korreferent (siehe 7.). Die im Vergleich zu anderen Gebieten<sup>1159</sup> geringe Anzahl von Forschungsarbeiten zur plastischen Chirurgie kann darauf hindeuten, daß Schuchardt diesen Themenbereich nicht für geeignet hielt oder daß er hier vorwiegend als Einzelkämpfer arbeitete, was auch seine Publikationen belegen. Für den letzten Punkt spricht ebenfalls, daß nur drei Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen unter Schuchardt mit Themen aus der plastischen Chirurgie habilitierten<sup>1160</sup>.

### 3.1.1.2 Zur Habilitationsschrift

Da über Modalitäten, Material, Vorarbeiten und Gliederung seiner Habilitationsschrift bereits berichtet wurde (siehe 2.6.3), steht hier die inhaltliche Betrachtung im Vordergrund. Dabei wird das Augenmerk auf den Stand von Schuchardts operativen Anschauungen und Methoden gelenkt, um diese mit früheren und späteren Arbeiten zu vergleichen. Die Rundstiellappenplastik ist eine Fernlappenplastik, was bedeutet, daß das Hauttransplantat nicht in der unmittelbaren Umgebung eines Defektes, sondern in einer anderen Körperregion gebildet und danach zum Defekt verlagert wird<sup>1161</sup>. Wenn die Verlagerung wegen der Entfernung in mehreren Etappen erfolgt, wird von einem Wander- oder Transportlappen gesprochen<sup>1162</sup>. Die von Schuchardt 1944 beschriebene Rundstiellmethode besteht in der Bildung eines Brückenlappens aus Haut und subkutanem Fettgewebe durch zwei gleichlange parallele Hautschnitte, dessen Schnittränder nach Abpräparation von der Faszie und Einrollung nach innen so miteinander vernäht werden, daß ein runder Lappen entsteht<sup>1163</sup>, der am ehesten mit einem Henkel beschrieben werden kann, weil er durch die zwei gegenüberliegenden Ernährungsbrücken mit der intakten Haut in Verbindung steht. Dem schließt sich das Zusammenziehen und Vernähen der Ränder der Entnahmestelle an, die zuvor mobilisiert wurden. Die danach verbliebenen paarigen, dreieckigen Restdefekte am Übergang zu den Ernährungsbrücken werden ebenfalls durch Naht adaptiert, so daß weder der gerollte Hautlappen

1156 Ders. 1944, S. 80-83; ebd., S. 84-94; ebd., S. 94-100; ebd., S. 162-168; ebd., S. 175; ebd., S. 187-190; ders. 1952 [c], S. 366-369; ders. 1953 [c], S. 367-369; ders. 1954 [a], S. 343; ebd., 402; ebd., 412; ebd., S. 462-464; Schuchardt et al. 1958 [c], S. 133; Schuchardt, Fröhlich 1959 [a], S. 1121-1123; Schuchardt 1965 [b], S. 107-113; ders. 1965 [e], S. 139-140; Schuchardt, Luhr 1981, S. 336-338.

1157 Dietrich 1961; Koob 1969; Münzenberg 1970; Rehrmann 1948.

1158 Dietrich 1961; Rehrmann 1948.

1159 Zum Gebiet der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten entstanden im gleichen Zeitraum 19 (siehe 3.2.5.4), zum Gebiet Frakturen des Gesichtsskeletts zwölf (siehe 3.3.2) und zum Gebiet Tumoren 21 Dissertationen (siehe 3.5).

1160 Krüger 1962; Lentrodt 1967; Schröder 1960.

1161 Horch (Hrsg.) 1991, S. 44.

1162 Schuchardt 1942 [a], S. 127-131.

1163 Ders. 1944, S. 27.



Abb. 65. Schuchardt: Bildung eines bis auf die Faszie reichenden Brückenlappens, 1944.

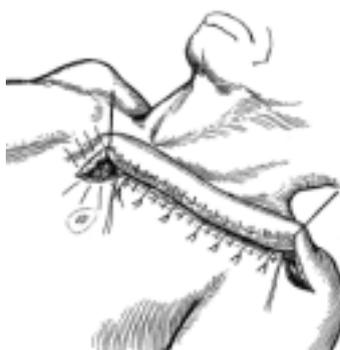


Abb. 66. Schuchardt: Nach Anlegung von zwei Haltefäden wurden der Rundstiel und die Entnahmestelle bis auf die Restdefekte an den Ernährungsbrücken geschlossen, 1944.



Abb. 67. Schuchardt: Beendigung der Rundstielbildung durch Verschluss der Wundflächen an den Ernährungsbrücken, 1944.

noch die Entnahmestelle offene Wundflächen aufweist<sup>1164</sup> (Abb. 65-67). Im Verlauf der Verlagerung des Rundstiels zum Defekt wird immer nur eine Ernährungsbrücke abgetrennt und der so angefrischte Lappenfuß z. B. vom Bauch zu einer Zwischenstation am Arm transplantiert, dessen Haut dafür an geeigneter Stelle und in entsprechender Größe halbmondförmig mobilisiert, zu einer kreisförmigen Wunde umgeschlagen und mit dem Lappenfuß vernäht wird. Während sich Schuchardt in seiner ersten Arbeit über den Rundstiellappen 1942 noch ausschließlich auf Hugo Ganzer bezog (siehe 2.6.1), dessen Methode in Deutschland u. a. von Lexer, Axhausen, Pichler und Waßmund benutzt wurde<sup>1165</sup>, gab er 1944 an, daß das von ihm angewandte Verfahren im wesentlichen dem von Gillies entspricht<sup>1166</sup>. Vermutlich wurde Schuchardt durch Waßmund mit der Rundstiellappenplastik vertraut<sup>1167</sup>, begann sie 1940 selbst zu nutzen (siehe 2.6.3) und beschäftigte sich erst später im Zuge der Erarbeitung seiner Habilitationsschrift eingehender mit der Vorgehensweise von Gillies (siehe 2.6.1). Gillies baute im Vergleich zu den beiden anderen Erfindern der Rundstiellappenplastik die Technik am weitesten aus. Nutzte er zunächst wie Filatow (siehe 2.6.1) und Ganzer den Rundstiel nur als Ernährungsstrang für einen planen Ergänzungslappen, der das eigentliche Transplantat darstellte, so ging er wenig später dazu über, die Haut des Rundstiels zur Deckung des Defektes zu verwenden<sup>1168</sup>. Dieser wurde dafür durch Einschneiden und Präparation wieder zu einer Fläche abgerollt. Nach den Untersuchungen von Kemmler war es in Deutschland aber vor allem Schuchardt, der zur weiteren Verbreitung und Entwicklung beitrug, weil er 1944 differenziert auf die Grundlagen, das heißt Eigenschaften und Auswahl des Lappens, Bildung des Rundstiels und technische Hilfsmittel sowie auf spezielle Anwendungen im Kiefer- und Gesichtsbereich wie Ersatz von Haut, Wange und Kinn, Deckung großer Oberkiefer- und Gaumendefekte, partielle und totale Nasenplastik, Lid- und Augenhöhlenplastik und Ohrmuschelplastik einging. Einen Vergleich zwischen den Arbeiten Schuchardts und Gillies führte Kemmler jedoch nicht<sup>1169</sup>. Das erscheint interessant, kann aber hier aus zeitlichen Gründen nicht verfolgt werden.

1164 Ebd.

1165 Schuchardt 1942 [a], S. 127.

1166 Ders. 1944, S. 26-27.

1167 Ders. 1942 [a], S. 128.

1168 Kemmler 1963, S. 25-33.

1169 Ebd., S. 33-34.

In seiner Einleitung setzte sich Schuchardt 1944 mit den Vorteilen und Grenzen der Nahlappenplastik sowie mit der Entwicklung und Problematik der Fernlappenplastik im Kiefer-Gesichtsbereich auseinander. Er forderte bei der Verwendung von Nahlappen im Gesicht sparsamste Schnittführung und die Vermeidung operativ entstehender freier Wundflächen, welche die Deckung mit freien Hauttransplantaten erforderten, weil dadurch entstehende, sekundäre Narben entstünden. So sprach er sich z. B. gegen die indische Methode, die Nutzung von Stirnhaut, zur Bildung einer neuen Nase aus und reduzierte die generelle Anwendung von Stirnlappen auf eine Größe, die den sofortigen Nahtverschluß des sekundären Defekts ermöglichte<sup>1170</sup>, eine Haltung die er Ende der 1940er Jahre änderte, als er die freie Hauttransplantation in größerem Umfang zu nutzen begann<sup>1171</sup>. An anderer Stelle betonte er 1944, daß es vorteilhaft sei, größere Defekte im Gesicht durch Nahlappen zu verkleinern. Daran anschließend erklärte er übereinstimmend mit Ganzer<sup>1172</sup> seine ablehnende Haltung gegen den Ersatz behaarter Haut an Lippen und am Kinn durch Kopfhaut<sup>1173</sup>, dessen sich vor allem Erich Lexer häufig bedient hatte<sup>1174</sup>. Kritisch beurteilte er bei der Fernlappenplastik die sogenannte „Lappenvorbereitung in situ“ nach Georg Perthes (1869-1927), wobei er die Steifheit des Lappens und die Infektionsgefährdung der offenen Wundflächen am Lappenstiel als Begründungen anführte. Er lehnte diese Technik jedoch nicht vollständig ab, sondern beschränkte ihre Anwendung auf die Formung eines breiten Lappendes bei einem Rundstiel<sup>1175</sup>. Auch hier änderte er seine Meinung Anfang der 1950er Jahre<sup>1176</sup>.



Abb. 68. Schuchardt: Entnahmestellen von Rundstiellappen bei der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts, 1944.

Als Vorteile des Rundstiellappens führte Schuchardt sechs Punkte an, u. a. betonte er, daß durch die Vermeidung offener Wundflächen die Infektionsgefahr gering sei, der Lappen eine weitgehende Unempfindlichkeit gegen Torsion aufweise und daß das Gewebe nach der Verpflanzung in den Defekt nur noch einer geringen Schrumpfung unterliege. Er unterschied nach der Entnahmestelle am Hals, an der Brust, am Rücken, am Arm und am Bauch sechs gebräuchliche Lappenarten (Abb. 68). Für farblich besonders geeignet hielt er Hals- und Brustlappen. Ästhetisch nachteilig empfand er die blaßgelbe Haut des Oberarms. Wenn es galt auffällige Narben zu vermeiden, bei starker Behaarung und zur Gewinnung dicker Rundstiellappen, nutzte er Bauch- oder Flankenlappen, wie er die Lappen bezeichnete, die vom seitlichen Thorax bis zum Epigastrium reichten. Er bevorzugte Flankenlappen wegen der geringeren Bewegungseinschränkung bei der temporären Verpflanzung des Lappenfußes auf den Oberarm.

1170 Ebd., S. 11-12.

1171 Schuchardt 1949 [b], S. 18; siehe auch ders. 1958 [d], S. 493, ders. 1961 [c], S. 94-97.

1172 Treuenfels 1975, S. 47.

1173 Ders. 1944, S. 48-49.

1174 Treuenfels 1975, S. 47.

1175 Ebd., S. 12-17.

1176 Ders. 1950, S. 1378-1379.



Abb. 69. Schuchardt: Ruhigstellung des Armes zur Einheilung eines Flankenlappens am Oberarm, 1944.



Abb. 70. Schuchardt: Vollständige Transplantation des Rundstiellappens auf den Oberarm zur Wiederherstellung der Bewegungsfreiheit während einer Behandlungspause, 1944.



Abb. 71. Schuchardt: Transplantation des Rundstiellappens vom Arm zum Kinn, Ruhigstellung durch Gipsverband, 1944.

Auf notwendige Zwangsstellungen während des Einheilungsprozesses ging er ausführlich ein<sup>1177</sup> und empfahl verschiedene fixierende Verbände<sup>1178</sup>. Desweiteren nahm er Stellung zur Größenbestimmung, Anästhesie und Nahttechnik, zu Verbänden und zahnärztlich-prothetischen Hilfsmitteln sowie zur Verlängerung, Ablösung und Verlagerung des Rundstiels. Zusätzlich zeigte er drei Sonderformen des Rundstiellappens für spezielle Zwecke. Bezüglich der Breite und Länge wies Schuchardt ein Verhältnis von 1 : 3 an, wobei Hals-, Brust- und Nackenlappen mindestens eine Breite von 5 cm und Bauch- oder Flankenlappen eine von 7 cm aufweisen sollten. Die maximale Länge eines in einem Operationsakt gebildeten Rundstiels legte er mit 20 cm fest, wobei die Hautschnitte 24 cm betragen, da jeweils 2 cm an den Lappenfüßen wieder vernäht wurden. Nach 14 Tagen konnte eine Verlängerung bis zu ca. 30 cm erfolgen. Dementsprechend wurde auch mit der schrittweisen Ablösung eines Lappenfußes, die mit mehrtägigen Pausen erfolgte, frühestens nach zwei, besser jedoch nach drei bis vier Wochen begonnen. Bei der Transplantation in den Defekt war zu beachten, daß aus Gründen der Blutversorgung nur maximal die Hälfte des Rundstiels zu einem Hautlappen abgerollt werden sollte. Die Einheilung in den Defekt nahm drei bis vier Wochen in Anspruch. Danach konnte der Lappenstiel abgetrennt werden<sup>1179</sup>. Diese von Schuchardt aufgrund klinischer Beobachtung festgelegten Parameter wurden später experimentell bestätigt<sup>1180</sup>. Eingerechnet der Wartezeiten benötigte er z. B. für eine Gaumenplastik bei der Benutzung eines Flankenlappens drei<sup>1181</sup> und für eine Weichteilplastik des Kinns vier Monate<sup>1182</sup> (Abb. 69-71). Später verlängerte er die Wartezeiten, um die Vaskularisations- und Durchblutungsverhältnisse des Lappens zu optimieren<sup>1183</sup>. Unter den Sonderformen des Rundstiellappens nannte Schuchardt die Bildung einer doppelten Epitheldecke<sup>1184</sup>, die vorherige Einlagerung von Knorpel oder Knochen in den Rundstiel und die gestielte Fettgewebstransplantation<sup>1185</sup>, welche besonders interessant erscheint, weil Schuchardt diese 17 Jahre nach seiner Habilitation

1177 Schuchardt 1944, S. 18-24.

1178 Ebd., S. 41-43.

1179 Ebd., S. 27-34.

1180 Lentrodt 1982, S. 14-19.

1181 Schuchardt 1942 [a], S. 131.

1182 Ders. 1944, S. 96.

1183 Ders. 1961 [d], S. 56-57.

1184 Schuchardt gab hierfür fünf Methoden an: 1. Freie Hauttransplantation, 2. Umklappung des flächigen Lappenendes, 3. Bildung eines Kipplappens aus der Umgebung des distalen Lappenfußes, 4. Präparation eines zusätzlichen Brückenlappens, dem der abgerollte Lappenfuß untergelagert wurde, und 5. Benutzung zweier Rundstiele, siehe ders. 1944, S. 35-37.

1185 Ebd., S. 37-38.



Abb. 72. Schuchardt: Ein am Wangendefekt eingeeilter Rundstiellappen mit mangelndem Unterhautfettgewebe, 1944.



Abb. 73. Schuchardt: Gestieltes Fettgewebe nach der Abpräparation der Haut vom Rundstiellappen, 1944.

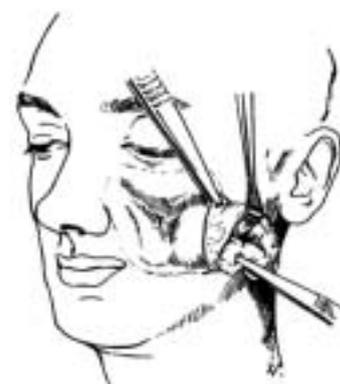


Abb. 74. Schuchardt: Implantation des Fettgewebes unter die Wangenhaut, 1944.

nochmals gesondert als eigene Technik veröffentlichte, wobei er auf das Jahr 1944 verwies<sup>1186</sup>. Bei dieser Sonderform der Rundstiellmethode wird nach Einnähung des Lappenfußes in den Defekt die Haut des Rundstiels abpräpariert und das verbliebene Unterhautfettgewebe unter den Lappenfuß geschoben<sup>1187</sup> (Abb. 72-74). Das auf diese Weise verpflanzte Fettgewebe verfügt über eine ausreichende Gefäßversorgung und weist deshalb einen geringeren Gewichts- und Volumenverlust auf als frei transplantiertes Fettgewebe, was später durch Schuchardts Mitarbeiter Jürgen Lentrodt tierexperimentell bewiesen wurde<sup>1188</sup>, der 1967 mit der Arbeit „Tierexperimentelle Untersuchungen zur gestielten Fettgewebstransplantation“ habilitierte (siehe 2.7.3).

Im Rahmen seiner Habilitation stellte Schuchardt außerdem eine Rotationsplastik zur Wiederherstellung der Unterlippe<sup>1189</sup> und mehrere Rundstiellappenplastiken zur Rekonstruktion des Kinns<sup>1190</sup>, der Augenhöhle<sup>1191</sup>, des Ohrs<sup>1192</sup> und der Nase<sup>1193</sup> vor, deren Eigenständigkeit er in späteren Publikationen noch einmal gesondert herausstellte<sup>1194</sup>, was noch eingehender untersucht wird. Insgesamt griff Schuchardt das Thema Rundstiellappenplastik nach 1944 in weiteren 30 Publikationen auf<sup>1195</sup>. Dabei handelt es sich zum Teil um Wiederholungen, so veröffentlichte er z. B. den Abschnitt „Grundlagen der Rundstiellplastik“ in überarbeiteter Form viermal<sup>1196</sup> und Teile aus dem Abschnitt „Die Lid- und Augenhöhlenplastik“ sechsmal, zuletzt 1981<sup>1197</sup> (siehe unten). Die letzte Veröf-

1186 Ders. 1961 [d], S. 55.

1187 Ders. 1944, S. 38.

1188 Lentrodt 1982, S. 18.

1189 Schuchardt 1944, S. 80-84.

1190 Ebd., S. 84-100.

1191 Ebd., S. 172-179.

1192 Ebd., S. 185-194.

1193 Ebd., S. 162-165.

1194 Zur Rotationsplastik für die Unterlippe siehe ders. 1954 [a], S. 457-459; zu Kinnplastiken siehe ebd., 463-468; zur Augenhöhlenplastik, siehe ders. 1950, S. 1441-1443; zur Ohrmuschelplastik siehe ders. 1954 [a], S. 371-375; zur Nasenplastik, siehe ders. 1950, S. 1456,1473 und ders. 1954 [a], S. 415-418.

1195 Schuchardt 1945, S. 7-30; ders. 1947, S. 214-215; Schuchardt, Bimler 1948, S. 279-283; ders. 1949 [b], S. 17-18; ders. 1950, S. 1380-1392, 1414-1418, 1427-1433, 1439-1456, 1460-1470, 1475-1477; ders. 1954 [a], S. 314-315, 347-352, 371-375, 415-418, 457-459, 463-468, 614-617; ders. 1955 [e], S. 439-443; ders. 1956 [c], S. ; ders. 1958 [d], S. 493; ders. 1959 [a1], S. 1293-1295, 1322-1323, 1327, 1331-1340, 1342-1343; ders. 1959 [a2], S. 6-9, 36-37, 41, 45-54, 56-57; Schuchardt, Schröder 1959 [b], S. 104-106; Schuchardt, Krüger 1961 [d], S. 55-57; ders. 1961 [c], S. 101-105; ders. 1961 [f], S. 178-184; ders. 1962 [e], S. 174-176; ders. 1962 [d], S. 101, 104-107; 1962 [e], S. 174-176; ders. 1963 [a], S. 28-29, 31-33, 36-40; ders. 1964 [a]; Schuchardt, Spiessl 1965 [f], S. 104-105; ders. 1967 [b], S. 183; Schuchardt et al. 1968 [b], S. 250-251; Schuchardt 1969 [c], S. 241-243; ders. 1981, S. 188-189, 216-223, 261, 276-277, 289-293; Schuchardt, Luhr 1981, S. 349-355; Schuchardt et al. 1986, S. 346.

1196 Schuchardt 1945, S. 8-17; ders. 1950, S. 1380-1392; ders. 1959 [a1], S. 1293-1295; ders. 1959 [a2], S. 6-9.

1197 Ders. 1950, S. 1442-1443; ders. 1955 [e], S. 439; ders. 1954 [a], S. 349-352; Schuchardt, Schröder 1959 [b], S. 104-106; ders. 1963 [a], S. 28-29, ders. 1981, S. 188-189.

fentlichung unter Schuchardts Namen, die das Thema Rundstiellappen anspricht, erscheint 1986<sup>1198</sup>, ein Jahr nach seinem Tod. Es ist jedoch anzunehmen, daß die Mitautoren, Schuchardts Schüler, ihren Lehrer hier ehrenhalber als Autor nennen, denn Schuchardt war aus gesundheitlichen Gründen spätestens seit Anfang der 1980er Jahre nicht mehr wissenschaftlich aktiv. Über die Habilitationschrift hinausgehende Darstellungen zur Rundstiellappenplastik publizierte Schuchardt u. a. zur Extremitätenchirurgie<sup>1199</sup>, zur chirurgischen Behandlung der Lippen-, Kiefer-, und Gaumenspalten<sup>1200</sup> und zur Rekonstruktion des Gesichts nach Tumorchirurgie<sup>1201</sup>. Ab 1949 ging er dazu über, den Hautdefekt an der Entnahmestelle des Rundstiellappens mit Spalthautlappen zu decken, weil dadurch die langwierigen Granulationen an den Lappenfüßen vermieden wurden und außerdem der Blutdurchfluß nicht durch Entspannungsnähte eingeengt wurde. Er übernahm diese Vorgehensweise aus den USA<sup>1203</sup>. Generell ist festzustellen, daß Schuchardt bei reinen Hautdefekten ab 1949<sup>1203</sup> und besonders bei Hautdefekten nach Verbrennungen nachweisbar ab 1959 statt Rundstiellappen Spalthautlappen benutzte<sup>1204</sup>.

### 3.1.1.3 Von Schuchardt entwickelte Hilfsmittel und Geräte für plastische Operationen

#### 3.1.1.3.1 Dental befestigte Hilfsmittel zur Stützung und Formgebung

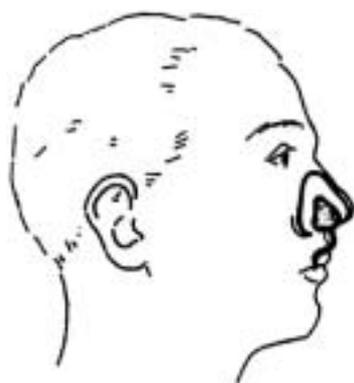


Abb. 75. Ganzer: An den Zähnen befestigte Kegel zur Formgebung bei der Nasenplastik, um 1916, publiziert 1943.

Wie vor ihm Ganzer<sup>1205</sup> war auch Schuchardt von der Wichtigkeit prothetischer Hilfsmittel zur Stützung und Formgebung bei plastisch-chirurgischen Maßnahmen überzeugt<sup>1206</sup>. Während Ganzer seine Ansicht noch gegenüber chirurgischen Fachgrößen wie Erich Lexer, Johann Soerensen (1862-1928) und teilweise auch Martin Waßmund verteidigen mußte<sup>1207</sup>, waren diese Apparaturen in den 1940er Jahren als Bestandteil der Wiederherstellungschirurgie anerkannt<sup>1208</sup>. Ganzer benutzte massive, aus Zinn gegossene Operationsunterlagen<sup>1209</sup> und an den Zähnen<sup>1210</sup> (Abb. 75) oder an einem Kopfverband befestigte Drahtkonstruktionen zur Formgebung und Sicherung der Einheilung von Transplantaten. Später verzichtete er bei der temporären Fixation von Transplantaten zunehmend auf Halteapparaturen und bediente sich dazu der perfazialen Draht-Knopfnaht<sup>1211</sup>, welche Ende der

1198 Schuchardt et al. 1986, S. 346.

1199 Schuchardt 1945, S. 7-30; Schuchardt, Bimler 1948, S. 279-283.

1200 Schuchardt 1947, S. 214-215; ders. 1954 [a], S. 614-617; ders. 1959 [a1], S. 1331-1338; ders. 1959 [a2], S. 45-52; ders. 1961 [f], S. 178-184.

1201 Schuchardt, Spiessl 1965 [f], S. 104-105; ders. 1967 [b], S. 183; Schuchardt et al. 1968 [b], S. 250-251.

1202 Schuchardt 1949 [b], S. 17-18.

1203 Ebd., S. 13-17. Vgl. Ders. 1944, S. 60-63.

1204 Ebd., S. 17, 18. Siehe auch ders. 1959 [a2], S. 44-45. Vgl. ders. 1944, S. 49, 56-59.

1205 Treuenfels 1975, S. 46; Bannwart 1994, S. 67.

1206 Schuchardt 1944, S. 42-48.

1207 Treuenfels 1975, S. 47.

1208 Schuchardt 1944, S. 42.

1209 Treuenfels 1975, S. 46.

1210 Ebd., S. 56-57, 62.

1211 Ebd., S. 56, 59-60.



Abb. 76. Schuchardt: Apparatur zur Sicherung der Einheilung eines Rundstiellappens am Gaumen, um 1932, publiziert 1942.

1940er Jahre zum Beispiel auch an der Zahn- und Kieferklinik der Innsbrucker Universität bei der Rundstiellappenplastik wegen der geringeren Beeinträchtigung des Patienten bevorzugt wurde<sup>1212</sup>. Schuchardt sammelte seine ersten Erfahrungen bei der Entwicklung prothetischer Hilfsmittel für die Gesichtsplastik Anfang der 1930er Jahre (siehe 2.4.3), als er während seiner Tätigkeit bei Martin Waßmund für einen Patientenfall eine Halterung zum Andrücken eines Rundstiellappens an den Gaumen konstruierte<sup>1213</sup>, was wegen des erheblichen Eigengewichts des Lappens und zu dessen Schutz vor Bißverletzungen von Nöten war (Abb. 76). Da er das Befestigungsprinzip der Apparatur später auch für andere prothetische Hilfsmittel nutzte<sup>1214</sup>, wird diese kurz beschrieben. Sie bestand aus einer Drahtleiter zur Stützung des Rundstiells<sup>1215</sup>, wie sie auch Ganzer angewandt hatte<sup>1216</sup> und einer Drahtschnecke zur Druckerzeugung<sup>1217</sup>, was neu war, denn Ganzer benutzte dazu Gazetampons<sup>1218</sup>. Beide Teile waren abnehmbar an einer Oberkieferdrahtschiene angebracht, wozu Kanülen und ein Splint dienten. Durch eine Aufbißschiene aus Kautschuk im Unterkiefer wurde der Biß gesperrt. Ganz im Sinne Waßmunds war die Apparatur aus einfachen Materialien und vermutlich von einem Zahnarzt ohne Zuhilfenahme eines zahntechnischen Labors herstellbar (siehe 2.4.2). Waßmund veröffentlichte sie 1939 im zweiten Band seines „Lehrbuchs der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer“.



Abb. 77. Schuchardt: Patient mit Apparatur zur Sicherung der Einheilung eines Rundstiellappens am Gaumen, 1942.

Als Schuchardt im Zuge seiner Tätigkeit als Militärmediziner Anfang der 1940er Jahre begann, die Rundstielplastik anzuwenden, kam er auf seine Apparatur zurück<sup>1219</sup> (Abb. 77) und entwickelte, deren Befestigungsprinzip wieder aufgreifend, ein äußerst vielseitig verwendbares und für Zahnärzte oder Zahn techniker leicht nachbaubares Gerät zur Stützung und Formgebung bei der plastischen Deckung von Weichteil- und Knochen defekten. Statt der Halterung für den Rundstiellappen konnten nun auch Operationsunterlagen oder prothetische Hilfsmittel an der Oberkieferdrahtschiene abnehmbar eingesetzt werden. Dazu diente neben Kanülen zusätzlich ein Blechgeschiebe, das an der Drahtschiene angelötet war. Die Patrizie, welche die individuell aus Kunststoff geformte Prothese trug, wurde mittels Splint an einer Kanüle und an der Geschiebematrix arretiert. Anwendungsmöglichkeiten waren u. a. die Befestigung von Kegeln zur Stützung trauma-

1212 Ströger 1949, S. 199.

1213 Schuchardt 1942 [a], S. 128.

1214 Schuchardt 1942 [c], S. 496-499.

1215 Ders. 1942 [a], S. 128.

1216 Treuenfels 1975, S. 62.

1217 Schuchardt 1942 [a], S. 128.

1218 Treuenfels 1975, S. 62.

1219 Ders. 1942 [a], S. 128.

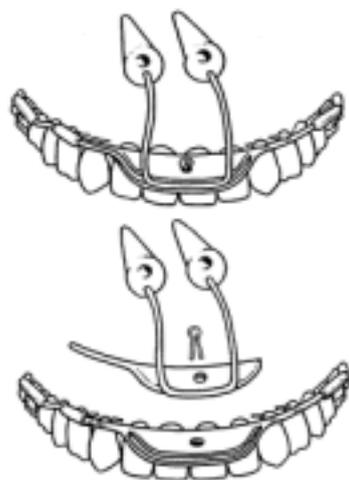


Abb. 78. Schuchardt: An einer Oberkieferdrahtschiene befestigte Kegel zur Formgebung bei der Nasenplastik, 1942.

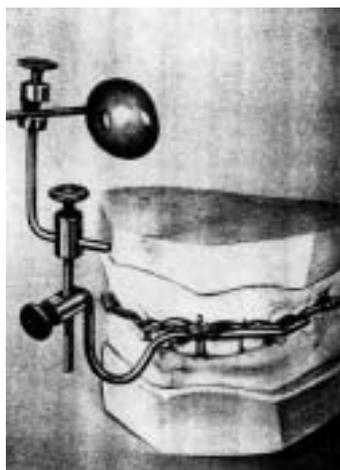


Abb. 79. Schuchardt: An einer Oberkieferdrahtschiene befestigte Bulbusprothese als Operationsunterlage für die Lid- und Augenhöhlenplastik, 1942.



Abb. 80. Schuchardt: Apparatur zur Sicherung der Einheilung eines Rundstiellappens, 1959.



Abb. 81. Schuchardt: Gaumenverband mit Zahnbändern und Drahtschnecke, 1957.

tisierter Nasenteile (Abb. 78) und die Anbringung einer temporären Bulbusprothese zur Bildung einer Augenhöhle mittels Rundstiellappenplastik (Abb. 79). Die Apparatur konnte auch als Halterung für Lippen- oder Kinnschilder sowie für Pelotten zur Reposition von Kieferstümpfen bei Defektfrakturen dienen. Schuchardt hob besonders die Einfachheit seines Gerätes gegenüber den damals gebräuchlichen Hilfsmitteln hervor, die er für Überkonstruktionen hielt. So kritisierte er z. B. bei einem zerlegbaren Kinnschild dessen komplizierte Verschraubung und bei der Nutzung von Gußschienen zur Befestigung von Operationsunterlagen am Oberkiefer die Notwendigkeit eines zahntechnischen

Labors<sup>1220</sup>. Letzteres war in der Kriegszeit ein Nachteil, der aber durch die wirtschaftliche Entwicklung nach dem Krieg wegfiel. So ersetzte Schuchardt ab den 1950er Jahren die beim Einsetzen viel zahnärztliches Geschick abfordernde Drahtschiene durch eine Gußschiene<sup>1221</sup>. Auch die Halterung für den Rundstiellappen gestaltete er graziler (Abb. 80), was mit der Nutzung der Rundstiellappenplastik zur Behandlung von Kindern mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten im Zusammenhang stand<sup>1222</sup>. Außerdem nutzte er die dental verankerte Drahtschnecke für Gaumenverbände<sup>1223</sup> (Abb. 81). Auf Gründe für die Bevorzugung von dental befestigten Apparaturen gegenüber perfazialen Draht-Knopf-Nähten ging Schuchardt nicht ein. Möglicherweise hielt er die Beeinträchtigung der Patienten für akzeptabel oder die Narbenbildung durch die Nähte für nachteilig.

1220 Schuchardt 1942 [c], S. 496-499.

1221 Ders. 1950, S. 1401-1402.

1222 Jungkamp 1952, S. 12-14, 18; Schuchardt 1959 [a2], S. 49, Abb. 130.

1223 Ders. 1957 [a], S. 103, Abb. 64 a, b.

### 3.1.1.3.2 Dermatom und Präparationskugel nach Schuchardt

Dermatome oder die nach ihrer Funktionsweise benannten Vakutome sind Geräte zur Entnahme von größeren Hauttransplantaten mit gleichmäßiger Dicke. Das erste und bekannteste Gerät dieser Art war das Trommeldermatom des in Kansas City wirkenden Chirurgen Earl Calvin Padgett (1893-1946), das dieser 1939 entwickelte<sup>1224</sup>. Es funktionierte mit einem Klebstoff, der die mit dem Messer abzutrennende Hautschicht so lange auf einer halben Hohltrummel fixierte, bis sie vollständig von ihrer Unterlage gelöst war. Die Dicke der Hautschicht, die abgetragen werden sollte, konnte den Erfordernissen entsprechend bestimmt werden. Die Länge und die Breite des Transplantats waren aber durch die Größe der Trommel von vornherein festgelegt. Das 1946 entwickelte Vakutum hielt die Haut mit Hilfe einer Unterdruckkammer zum Messer parallel<sup>1225</sup>. Spätestens Anfang der 1950er Jahre wurde das Elektrodermatom nach H. M. Brown<sup>1226</sup> im deutschsprachigen Raum bekannt<sup>1227</sup>, was dort in der Folgezeit zu einer breiten Anwendung elektrisch betriebener Geräte führte<sup>1228</sup>. Hier hielt eine unter der Klinge befindliche schwere Metallplatte die Haut flach und gespannt. Es konnten jedoch nur schmale Hautlappen entnommen werden<sup>1229</sup>. Sowohl beim Vakutum als auch beim Elektrodermatom war neben der Schichtdicke auch die Länge des Hautlappens wählbar.



Abb. 82. Schuchardt: Dermatom, 1953.

Schuchardt sammelte Ende der 1940er Jahre Erfahrungen mit dem Trommeldermatom und dem Vakutum<sup>1230</sup>. Da er mit deren Funktionsweisen und Resultaten unzufrieden war, konstruierte er Anfang der fünfziger Jahre ein Dermatom, das rein mechanisch durch Muskelkraft arbeitete und im Gegensatz zu den genannten Geräten auch die Auswahl der Breite des Hautlappens ermöglichte (Abb. 82). Der Apparat wurde von der Firma Waldemar Link in Hamburg

hergestellt, die Schuchardt vermutlich auch bei der technischen Umsetzung seiner Konstruktionspläne behilflich war. Das Gerät bestand aus einem Metallblock, an dem ein hin- und herziehbarer, mit einem Messerblatt versehener Metallrahmen befestigt war. Durch sein Eigengewicht lag das Dermatom der Hautoberfläche gut an. Der zur Transplantation bestimmte Hautlappen konnte durch einfaches Hin- und Herbewegen des Messers abgetrennt werden. Seine Schichtdicke wurde durch den Abstand des Messers zur Unterfläche bestimmt, der mit Millimeterschrauben einstellbar war. Die Lappenbreite konnte 4, 7 oder 10 cm betragen. Dafür wurde eine Metallplatte, welche mit einer Aussparung in der gewünschten Breite versehen war, am Boden des Metallblocks befestigt. Die wechselbare Breitereinstellung ermöglichte z. B. die Entnahme eines schmalen Probestücks. Besonders gut war das Gerät auch zur Entnahme von Cutislappen nach Eduard Rehn (1880-1972) geeignet<sup>1231</sup>.

1224 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 267. Laut Schuchardt 1959, S. 14, trug das Gerät den Namen Dermatom nach Padgett-Hood. Auch Zoltán gibt Padgett und Hood als Erfinder des Gerätes an, siehe Zoltán 1962, S. 132.

1225 Schuchardt 1959, S. 14.

1226 Vorname und Geburtsdatum konnten nicht ermittelt werden.

1227 Schuchardt 1953 [a], S. 47.

1228 Laut Neumann 1995, S. 268, fand das Elektrodermatom nach Günter Mollowitz (\*1920) und Pohl im deutschsprachigen Raum weite Verwendung. Vgl. Schuchardt 1959 [a2], S. 14.

1229 Zoltán 1962, S. 136.

1230 Zoltán 1949, S. 6-9.

1231 Schuchardt 1953 [a], S. 47. Rehn war Chirurg in Jena und Freiburg i. Br., siehe Hoffmann-Axthelm (Hrsg.) 1995, S. 346.

Vermutlich ebenfalls in den 1950er Jahren entwickelte Schuchardt eine Präparationskugel (Abb. 83), die zur temporären Lagerung eines entnommenen Vollhautlappens diente, dessen Fettgewebe entfernt werden sollte<sup>1232</sup>. 1949 bediente er sich noch einer einfachen Halbkugel als Unterlage, auf der die Haut mittels vierer an den Ecken des Transplantats angebrachter Seidenfäden per Hand gespannt wurde<sup>1233</sup>. Von dieser manuellen Leistung machte er sich unabhängig, indem er die Halbkugel etwas oberhalb des Äquators mit einer Metallspirale umspannte, in deren Windungen die Seidenfäden fixiert werden konnten<sup>1234</sup>.

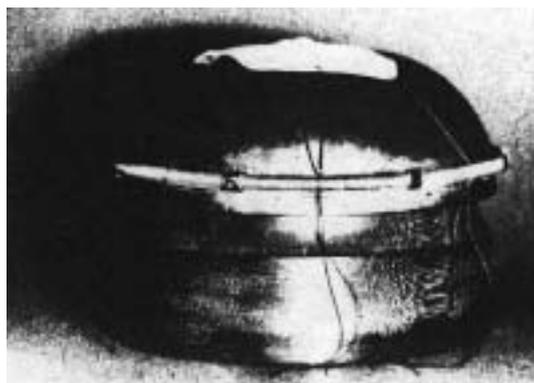


Abb. 83. Schuchardt: Präparationskugel, um 1950.

### 3.1.1.4 Schuchardts Beiträge zur plastischen Chirurgie erworbener Kieferdefekte

In diesem Abschnitt werden von Schuchardt modifizierte Verfahren zur plastisch-chirurgischen Behandlung von traumatisch, infektiös oder artifiziell entstandenen Defekten des Ober- und Unterkiefers vorgestellt. Seine Kompetenz auf diesem Gebiet wird unterstrichen durch die Handbuchbeiträge „Plastische Deckung erworbener Oberkieferdefekte“<sup>1235</sup> und „Die plastische Deckung von Knochendefekten der Kiefer“<sup>1236</sup>, erschienen 1954 im „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“ (siehe 2.8.1) sowie „Vorbereitende chirurgische Maßnahmen zur Eingliederung von Prothesen“<sup>1237</sup>, erschienen 1959 in „Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (siehe 2.7.4.2) in Zusammenarbeit mit Eugen Fröhlich (siehe 2.4.2).

1942, 1944 und 1961 publizierte Schuchardt Darlegungen zum Verschluss von Gaumendefekten mit Hilfe der Rundstiellappenplastik. Die ersten beiden sind Erfahrungsberichte über die 1917 von Hugo Ganzer<sup>1238</sup> veröffentlichte Technik<sup>1239</sup>, die Schuchardt 1942 dadurch abwandelte, daß er nicht nur Lappen am Arm, Hals oder an der Brust<sup>1240</sup>, sondern auch an der Flanke bildete, um störende Narben zu vermeiden<sup>1241</sup>. Auf seine Apparatur zur Fixierung des Lappens am Gaumen wurde schon eingegangen (siehe oben). Die Arbeit aus dem Jahr 1961 beinhaltet eine neuartige Kombination bekannter Methoden für die Sekundäroperation am Gaumen bei Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten (siehe 3.2.5.3.3). Im folgenden wird auf Nahlappenplastiken, die zum Teil mit freier Hauttransplantation kombiniert wurden, eingegangen.

#### 3.1.1.4.1 Schuchardts Modifikationen der plastischen Deckung von Mund-Antrum-Verbindungen nach Rehrmann und Kazanjan

Schuchardt äußerte sich in sechs Publikationen zum plastischen Verschluss von Mund-Antrum-Verbindungen, die erste erschien 1939, die letzte 1964<sup>1242</sup>. Dabei legte er den Schwerpunkt auf den Vergleich verschiedener Techniken und die Möglichkeit, diese mit der Kieferhöhlenoperation nach George Walter Caldwell (1834-1918)

1232 Maerker 1982, S. 76-77.

1233 Schuchardt 1949 [b], S. 6.

1234 Maerker 1982, S. 76-77.

1235 Ders. 1954 [a], S. 483-499.

1236 Ebd., S. 499-516.

1237 Schuchardt, Fröhlich 1959 [a], S. 1085-1142.

1238 Treuenfels 1975, S. 61.

1239 Schuchardt 1942 [a], S. 127-131; ders. 1944, S. 100-111.

1240 Treuenfels 1975, S. 82.

1241 Schuchardt 1942 [a], S. 130-131

1242 Schuchardt 1939 [b]; ders. 1939 [c], ders. 1953 [c], ders. 1954 [a], S. 483-492; ders. 1955; Schuchardt et al. 1964 [g].

und Henri Luc (1855-1925) zu kombinieren<sup>1243</sup>. Ausgangspunkt war die große Anzahl an Patienten, welche mit diesem Krankheitsbild infolge einer Zahnextraktion und mit zusätzlicher Kieferhöhlenkomplika­tion zu ihm überwiesen worden waren (siehe 2.5). Das einzeitige Operieren der Perforation und der Kieferhöhle sah er als therapeutischen und wirtschaftlichen Vorteil an<sup>1244</sup>, was jedoch in Regel weder von einem Zahnarzt noch von einem Hals-Nasen-Ohrenarzt geleistet werden konnte. Hier war der Kieferchirurg als Spezialist gefragt<sup>1245</sup>. Schuchardt bevorzugte das von Alfred Rehrmann 1936<sup>1246</sup> während dessen Tätigkeit bei Waßmund<sup>1247</sup> publizierte Verfahren<sup>1248</sup>. Es beinhaltet die Bildung eines trapezförmigen Mukoperiostlappens am defektnahen vestibulären Alveolarfortsatz, dessen Basis am Vestibulum gestielt ist und der nach Schlit­zung des Periostes über den Defekt gezogen und mit der palatinalen Schleimhaut vernäht wird. Schuchardt unterließ es nicht, darauf hinzuweisen, daß diese Verfahrensweise bereits vor der Publikation durch Rehrmann von ihm und Waßmund geübt worden sei und daß Waßmund die Entspannung eines Mukoperiostmuskellappens durch Periostschlit­zung in anderem Zusammenhang erwähnt habe<sup>1249</sup>. Vermutlich deshalb benutzte Schuchardt später die Bezeichnung „vestibulärer Trapezlappen nach Waßmund-Rehrmann“<sup>1250</sup>. Nach Bildung des Trapezlappens wurde die Kieferhöhle ausgehend von einem horizontal geradlinigen Schnitt in der Umschlagfalte eröffnet, der mesial und distal des Lappenfußes ansetzte<sup>1251</sup>. Aus dem von ihm benutzten operativen Zugang zur Kieferhöhle ergab sich möglicherweise auch seine Schnittführung bei der Resektion von Wurzelspitzen. Hier wandte er ebenfalls einen horizontal geradlinigen Schnitt an<sup>1252</sup>, der in der beweglichen Schleimhaut parallel zur mukogingivalen Grenzlinie lag. Obwohl Schuchardt nicht der Erfinder dieses operativen Zugangs war<sup>1253</sup>, ging dieser als „horizontal geradliniger Schnitt nach Schuchardt“ in die Fachliteratur ein<sup>1254</sup>. 1964 modifizierte Schuchardt die Rehrmannsche Vorgehensweise durch einen flächigen Wundverschluß. Er entepithelisierte den Trapezlappen an seinem alveolären Rand, schob diesen Lappenteil unter den vom Knochen gelösten palatinalen Wundrand und fixierte ihn durch Naht<sup>1255</sup> (Abb. 84).



Abb. 84. Schuchardt: Entepithelisierter Trapezlappen, 1964.

1243 Schuchardt 1939 [b], ders. 1953 [c], ders. 1954, S. 483-492; ders. 1955.

1244 Ders. 1939 [b], S. 593.

1245 Ders. 1955, S. 173.

1246 Chirurgenverzeichnis 1969, S. 711.

1247 Ders. 1939 [b], S. 594.

1248 Ebd., S. 595; Schuchardt et al. 1964 [g], S. 133.

1249 Ders. 1939 [b], S. 594-595.

1250 Schuchardt et al. 1964 [g], S. 133.

1251 Ders. 1939 [b], S. 595.

1252 Persönliche Mitteilung von Krohn.

1253 Wohlschon 1993, S. 5.

1254 Mrzilek, Dehen 1991, S. 78,79.

1255 Schuchardt et al. 1958 [c], S. 133.

Bereits 1953 hatte er eine 1949 von Varaztad Hovhannes Kazanjian (1879-1974) veröffentlichte Methode zum Verschluss von Antrumperforationen abgewandelt, die nur am zahnlosen Alveolarfortsatz anwendbar ist. Sie beruht auf der Bildung eines Brückenlappens aus Mundschleimhaut quer zum Verlauf des Alveolarfortsatzes. Kazanjian bildete den Lappen in der Tuberregion und verlagerte ihn nach mesial zum Defekt. Weil die Narbenbildung am Tuber den Halt einer Prothese ungünstig beeinflusst, lokalisierte Schuchardt die Entnahmestelle statt dessen mesial des Defektes und transplantierte den Brückenlappen nach distal<sup>1256</sup> (Abb. 85).



Abb. 85. Schuchardt: Modifikation der Brückenlappentechnik Kazanjanians, 1953.

### 3.1.1.4.2 Schuchardts Kombination und Verbesserung der Mundvorhofplastiken nach Ganzer und Pichler

Die Mundvorhofplastik ist ein Verfahren, das durch Vertiefung des Vestibulums unter Ablösung und Mobilisation der am Alveolarfortsatz haftenden Schleimhaut, des Bindegewebes und Muskulatur auf die Bildung eines relativ höheren und damit prothesenfähigen Alveolarkamms abzielt<sup>1257</sup>. Ausgehend von einem von Hugo Ganzer 1916<sup>1258</sup> für die Behandlung von Kriegsverletzten entwickelten Verfahrens zur Wiederherstellung des Vestibulum oris, das 1931 von Martin Waßmund für die Behandlung atrophischer Kiefer ausgebaut wurde<sup>1259</sup>, und unter Einbeziehung der 1930 von Hans Pichler weiterentwickelten freien Epidermistransplantation in den Mundvorhof<sup>1260</sup> veröffentlichte Schuchardt 1952 seine Vorgehensweise<sup>1261</sup>. Die Schnittführung verläuft im Oberkiefer, wie von Waßmund angegeben<sup>1262</sup>, auf dem Kieferkörper 2 mm lateral des Alveolarkamms und dazu parallel von Tuberositas zu Tuberositas. Unter Belassung des Periostes wird die abgelöste Kamm- und Wangen- bzw. Lippenschleimhaut, gegebenenfalls auch Muskulatur, wie zuerst von Ganzer beschrieben<sup>1263</sup>, in der Höhe des Fornix des neuzubildenden Vestibulums am Periost des Kieferkörpers mit Naht fixiert<sup>1264</sup>. Während Ganzer die Wundfläche auf dem lateralen Alveolarfortsatz der Epithelisierung durch offene Granulation überließ<sup>1265</sup>, bedeckt Schuchardt diese Fläche mit einem freien Epidermislappen nach Karl Thiersch (1822-1895)<sup>1266</sup> oder mit einem Spalthautlappen<sup>1267</sup>. Epidermislappen benutzte zuerst Johannes Esser (1877-1946) 1918 für die Abdeckung der bukkalen Wundfläche bei der Erweiterung des traumatisch verengten Vestibulums im Unterkiefer. Seine Technik, die mit einem von extraoral unter die Submukosa eingelagerten Epidermislappen begann<sup>1268</sup>, wurde von Pichler dadurch weiterentwickelt, daß er den Thierschlappen von intraoral auf dem

1256 Schuchardt 1953 [c], S. 367-369.

1257 Schuchardt, Fröhlich 1959 [a], S. 1107.

1258 Treuenfels 1975, S. 82.

1259 Schuchardt 1951 [a], S. 65.

1260 Ders. 1952 [c], S. 364-365.

1261 Ebd. S. 366-369.

1262 Schuchardt, Fröhlich 1959 [a], S. 1108. Vgl. ebd., S. 1112.

1263 Schuchardt 1951[a], S. 65.

1264 Ders. 1952 [c], S. 366.

1265 Ders. 1951 [a], S. 65.

1266 Ders. 1952 [c], S. 366.

1267 Ebd. S. 368.

1268 Schuchardt, Fröhlich 1959 [a], S. 1111.

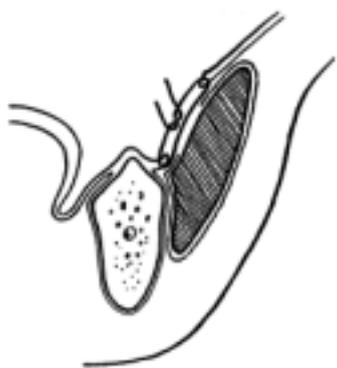


Abb. 86. Pichler: Mundvorhofplastik mittels Epidermisträger aus Stenzmasse durch Nähte fixiert, 1930.



Abb. 87. Schuchardt: Mundvorhofplastik, 1953.

Kieferkörper und dem bukkalen Schleimhautdefekt zum Einheilen brachte<sup>1269</sup> (Abb. 86). Wie Esser benutzte er zum Transport und zur Förderung der Adhäsion des Lappens einen Druckverband aus Stenzmasse<sup>1270</sup>. Zur Befestigung des Wundverbands in Form einer Stenzschiene läßt Schuchardt die zur Befestigung der Mucosa

am Periost gelegten Fäden lang und legt zusätzlich einige Haltenähte am freien Rand der Schleimhaut des Alveolarkammes. Das Transplantat wird durch die über der Schiene verknöteten Fäden an den Defekt gepreßt<sup>1271</sup> (Abb. 87). Wie schon 1952 als Abwandlung seiner Vorgehensweise beschrieben<sup>1272</sup>, benutzte er später nur noch Spalthaut, die er an den Wundrändern durch Naht fixierte und mit einer Vasenolgazerolle flächig am Alveolarfortsatz zur Einheilung brachte<sup>1273</sup>. Schuchardts Technik ist insofern neuartig, als er nur den Alveolarkamm mit einem freien Hauttransplantat bedeckte und dazu Spalthaut benutzte. Beides verringert die Gefahr eines Rezidivs infolge narbiger Schrumpfung. Abschließend sei noch darauf hingewiesen, daß Schuchardt auch bei der Tuberplastik leicht von den Techniken Franc Celesnics (1911-1973) und Erwin Reichenbachs (1897-1973) abwich. Beide haben unabhängig von einander 1956 bzw. 1955 gleiche Methoden zur Schaffung prothesenfähiger Tuberositas alveolares maxillae entwickelt<sup>1274</sup>.

### 3.1.1.5 Schuchardts Beiträge zur periorbitalen plastischen Chirurgie

Schuchardts Vordringen in plastische Chirurgie der periorbitalen Region ergab sich notgedrungen bei der Behandlung von Kiefer-Gesichtsverletzungen während des zweiten Weltkrieges. Über seine Erfahrungen bei der Wiederherstellung defekter und fehlender Augenlider sowie bei der Schaffung prothesenfähiger Augenhöhlen berichtete er erstmals im Rahmen seiner Habilitationsschrift<sup>1275</sup>. Ausführungen dazu finden sich später in gestraffter Form in der 1950 von Rudolf Thiel herausgegebenen Lieferung 4 der „Ophthalmologischen Operationslehre“<sup>1276</sup> (siehe 2.6.3). Dort äußerte sich Schuchardt zusätzlich zur operativen Wundversorgung<sup>1277</sup>, zur Narbenplastik<sup>1278</sup>, zur Wiederherstellung des Orbitalrandes<sup>1279</sup> und zum Hautersatz mit Nahlappen<sup>1280</sup> sowie mit freier Transplantation<sup>1281</sup>. Vier Jahre später folgten dann zwei Buchbeiträge für die siebente Auflage des chirurgischen Handbuchs „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“, in denen Schuchardt gängige plasti-

1269 Ders. 1952 [c], S. 364-365.

1270 Schuchardt, Fröhlich 1959 [a], S. 1111.

1271 Ders. 1952 [c], S. 366.

1272 Ebd., S. 368-369.

1273 Schuchardt, Fröhlich 1959 [a], S. 1112-1114.

1274 Ebd., S. 1121-1123.

1275 Schuchardt 1944, S. 168-185.

1276 Ders. 1950, S. 1427-1435, 1441-1454.

1277 Ebd., S. 1403-1407.

1278 Ebd., S. 1408-1409.

1279 Ebd., S. 1435-1440.

1280 Ebd., S. 1410-1413.

1281 Ebd., S. 1418-1426.

sche Operationsmethoden an der Stirn, den Schläfen, der Kopfhaut, den Augenbrauen, an den Lidern sowie im Bereich der Orbita im Überblick darstellte<sup>1282</sup>, wobei er Teile seiner zuvor erschienenen Publikationen einfließen ließ<sup>1283</sup>. Erstmals berichtete er hier von einer von ihm entwickelten Modifikation eines Verfahrens zur Beseitigung eines Ektropiums nach Entfernung des Bulbus oculi<sup>1284</sup>, auf die hier aber wegen mangelndem Material nicht eingegangen wird. In der 8. Auflage 1981 erschienen die Beiträge noch einmal in leicht überarbeiteter Form<sup>1285</sup>.

### 3.1.5.1 Schuchardts Modifikation der „Total-Orbital-Ersatzplastik“ nach Ganzer

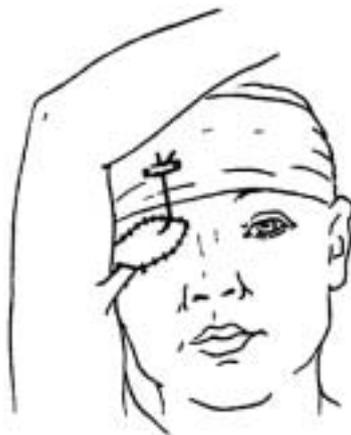


Abb. 88. Ganzer: Lappeneinlagerung bei der Total-Orbital-Ersatzplastik, 1940.



Abb. 89. Schuchardt: Patient nach Verust von Bulbus, Konjunktiva und Lidern des rechten Auges mit cervico-thoracalem Rundstiellappen, 1944.

Schuchardt unterschied 1944 die einfache Höhlenplastik von der komplizierten. Unter einfacher Höhlenplastik verstand er die operative Herstellung einer Prothesenhöhle bei phthisischem<sup>1286</sup> oder fehlendem Bulbus, wenn der Konjunktivalsack ganz oder teilweise zerstört, die Augenlider aber erhalten waren oder bestehende Liddefekte durch Narben- bzw. Nahlappenplastik beseitigt werden konnten

<sup>1287</sup>. Von komplizierter Höhlenplastik sprach er, wenn außer dem Bulbus und dem Konjunktivalsack auch die Augenlider fehlten, unabhängig davon ob auch knöcherne Defekte vorlagen<sup>1288</sup>. Später benutzte er die Begriffe totale Höhlenplastik<sup>1289</sup> für die erste Form und komplizierte totale Höhlenplastik<sup>1290</sup> für die zweite. Wenn auch Schuchardt seine Vorgehensweise bei der einfachen Höhlenplastik als eigenes Verfahren darstellte<sup>1291</sup>, so bediente er sich doch sowohl bei der einfachen als auch bei der komplizierten Form im Prinzip der 1940<sup>1292</sup> von Hugo Ganzer veröffentlichten „Total-Orbital-Ersatzplastik“ (Abb. 88). Ganzer hatte diese Methode für den Fall von vollständigem Lid- und Konjunktivalsackverlust entwickelt<sup>1293</sup>, was nach Schuchardt der komplizierten Höhlenplastik entsprach (Abb. 89). Deshalb soll mit dieser Verfahrensweise begonnen werden.

In Analogie zu Ganzer<sup>1294</sup> ergänzte Schuchardt einen vier Wochen zuvor am Oberarm gebildeten Rundstiel durch einen runden Hautfettlappen, wobei er von tennisschlägerartiger Umschneidung des Rundstiels sprach

1282 Schuchardt 1954 [a], S. 307-320, 320-359.

1283 Ebd., S. 310, vgl. ders. 1953 [a], S. 47; S. 312-313 vgl. ders. 1950 [a], S. 1425-1426; S. 314, vgl. ders. 1950 [a], S. 1481; S. 318, vgl. ders. 1950 [a], S. 1434; S. 347, vgl. ders. 1950[a], S. 1402; S. 347-352, vgl. ders. 1950 [a], S. 1442-1452.

1284 Ders. 1954 [a], S. 343.

1285 Ders. 1981, S. 183-193; 197-225.

1286 Der Begriff steht für eine Augapfelatrophie infolge einer entzündlicher Erkrankung der Tunica vasculosa bulbi (Uvea), siehe Roche Lexikon Medizin 1987, S. 1354, 1759.

1287 Schuchardt 1944, S. 172.

1288 Ebd., S. 179.

1289 Ders. 1954 [a], S. 345.

1290 Ebd., S. 350.

1291 Ders. 1944, S. 175; ders. 1950 [a], S. 1441, vgl. ebd. S. 1444; ders. 1954 [a], S. 347, vgl. ebd., S. 350.

1292 Treuenfels 1975, S. 84.

1293 Ebd., S. 59-60.

1294 Ebd., S. 43, Abb. 13; S. 45.

(Abb. 90). Entsprechend der Lappenvorbereitung nach Perthes<sup>1295</sup> wurde der Lappen abgelöst und sofort wieder eingenäht. Nach 14 Tagen wurde der Lappen erneut mobilisiert und so umgestülpt, daß die äußere Haut innen und die Wundfläche außen lag. In das Innere wurde eine Bulbusprothese aus Methacrylat zur Formgebung und zur Förderung der Adhäsion des Lappens eingelagert. Dem folgte die Vernähung der Ränder bis auf eine Öffnung für den ernährenden Rundstiel (Abb. 91). Das nun wie eine Blase geformte Rundstielende transplan-



Abb. 90. Schuchardt: Lappenbildung am Arm für die Höhlenplastik rechts, 1944.



Abb. 91. Schuchardt: Umhüllung der Bulbus-prothese durch Bildung einer Kapsel am Ende des Armlappens, 1944, publiziert 1950.



Abb. 92. Schuchardt: Einlagerung des Armlappens in die Augenhöhle und abgerollter Halslappen, 1944, publiziert 1954.



Abb. 93. Schuchardt: Einlagerung beider Lappen in die Augenhöhle und dentalverankerte Hilfsapparatur, 1944.



Abb. 94. Schuchardt: Patient nach beendigter Plastik mit Glasauge, 1944.

tierte er auf das neu geschaffene Wundbett der Augenhöhle, wobei der Rundstiel am seitlichen Augenwinkel und die Naht in Höhe der späteren Lidspalte positioniert wurde. Der zentrale Teil des gedoppelten Lappens bildete die Innenauskleidung der Augenhöhle und die zwei periferen die Innenseite der Augenlider<sup>1296</sup>. Die äußeren Augenlider bildete Schuchardt im Unterschied zu Ganzer, der einen Temporallappen benutzte<sup>1297</sup>, aus einem zweiten Rundstiellappen von Hals und Brust, der gleichzeitig mit dem Rundstiel am Arm angelegt worden war (Abb. 92). Die durch Spaltung und Abrollung geschaffene Wundfläche des Lappens lagerte er der noch zu bedeckenden Wundfläche des Armlappens auf und vernähte randständig. Beide Rundstiele lagen dicht aneinander. Für die Paladonprothese, die mit Draht an einer Oberkieferschiene befestigt wurde (siehe Oben), schuf er eine kleine Perforation im Decklappen (Abb. 93). Nach der Einheilung folgten die Abtrennung der Rundstiele, korrigierende Operationen zur Schaffung der Lidspalte und der Lidränder sowie die epithetische Versorgung mit einem Glasauge<sup>1298</sup> (Abb. 94).

1295 Schuchardt 1944, S. 14-17.

1296 Ebd., S. 179-180.

1297 Treuenfels 1975, S. 59-60.

1298 Schuchardt 1944, S. 180-185.



Abb. 95. Schuchardt: Freies Ende des Armlappens tütenförmig vernäht, 1944.



Abb. 96. Schuchardt: Zur Transplantation vorbereitete Wundhöhle, 1944.

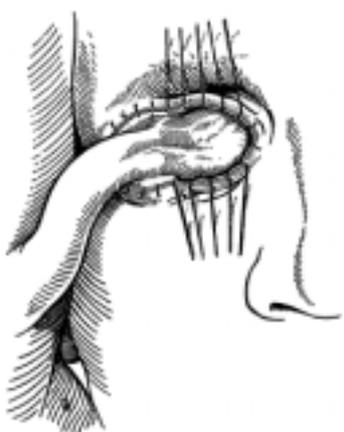


Abb. 97. Schuchardt: Einnähung des Armlappens in die Augenhöhle, 1944.



Abb. 98. Schuchardt: Knüpfen der Fäden über einem Vasenolgazetampon, 1944.

Für die einfache Höhlenplastik, das heißt zum vollständigen Ersatz der Konjunktiva, war die von Esser ausgearbeitete<sup>1299</sup>, freie Transplantation eines Epidermislappens nach Thiersch die Methode der Wahl<sup>1300</sup>. Schuchardt hielt dieses Verfahrens wegen der Schrumpfung<sup>1301</sup> und wegen eigener Mißerfolge für ungeeignet. Ähnlich seinem späteren Vorgehen bei der Mundvorhofplastik nutzte er als Träger für den Epidermislappen einen Gazetampon (siehe oben), der hier mit Jodoform und Borsalbe präpariert war. Wenn die Einheilung des freien Transplantats nicht gelang oder wenn wegen größerer Verluste an Orbitalfett ein sagittales Einsinken der Bulbusprothese zu befürchten war, bediente er sich der

Rundstiellappenplastik<sup>1302</sup>. Er änderte damit die Indikation der „Total-Orbital-Plastik“ Ganzers und wandelte sie in soweit ab, daß er den Ergänzungslappen vom Arm nach der Dopplung nur an seinen seitlichen Rändern vernähte, ihn auf das neu geschaffene Wundbett der Orbita auflagerte und die horizontalen Ränder der Lappens mit den angefrischten Rändern von Ober- und Unterlid vernähte, (Abb. 95-98). Ab 1954 fixierte er zusätzlich den medialen Umbruch des Transplantats durch eine Knopfnahm am inneren Augenwinkel<sup>1303</sup>. Während Schuchardt die Form des Transplantats bei der komplizierten Höhlenplastik als Blase beschrieb, bezeichnete er es bei der einfachen als tütenförmig. Die Fäden ließ er lang und verknüpfte sie wie bei der freien Transplantation über einem Gazetampon, der mit Vasenol imprägniert war. So entstand nun auch eine Blasenform. Nach etwa zehn Tagen konnte der Tampon durch eine Bulbusprothese aus Methacrylat ersetzt werden, die an einer Oberkieferschiene befestigt wurde. Nach drei Wochen wurde der Rundstiel abgetrennt und nach einer weiteren Woche der in der Augenhöhle befindliche Teil zur Orbita hin ebenfalls tütenförmig eingestülpt und dort vernäht. Die Operation wurde durch Nahtverschluß der Kantotomie<sup>1304</sup> beendet<sup>1305</sup>.

1299 Schuchardt 1954 [a], S. 346.

1300 Ders. 1944, S. 173.

1301 Ders. 1954 [a], S. 346-347.

1302 Ders. 1944, S. 173.

1303 Ders. 1954 [a], S. 348. Statt einem Knopf benutzte Schuchardt eine Glasperle, siehe ebd.

1304 Kanthotomie ist die horizontale Spaltung des schläfenseitigen Augenlidwinkels, siehe Roche Lexikon Medizin 1987, S. 919.

1305 Schuchardt 1944, S. 1751

### 3.1.1.6 Schuchardts Beiträge zur plastischen Chirurgie am äußeren Ohr

Schuchardt veröffentlichte zur plastischen Chirurgie am äußeren Ohr 1944 im Rahmen seiner Habilitationsschrift ein Kapitel über die Anwendung der Rundstiellappenplastik zum partiellen und totalen Ersatz der Ohrmuschel, 1954 den Handbuchbeitrag „Operationen an der Ohrmuschel“ in der 7. Auflage des „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“, sowie 1942 einen und 1965 zwei Artikel in Periodika (siehe 6.2.3.5). Der erste war eine Vorarbeit zur Habilitationsschrift (siehe 2.6.3), einer der späteren beinhaltet ein Verfahren zur Befestigung von Ohrprothesen<sup>1306</sup> und der andere eines zur operativen Korrektur abstehender Ohrmuscheln<sup>1307</sup>. Zur Orientierung über die medizinhistorische Entwicklung der Plastiken am äußeren Ohr kann auf das Kapitel „Ohrmuschelplastiken“ von Hans-Joachim Neumann im Sammelband „Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ verwiesen werden<sup>1308</sup>. Im Handbuch gab Schuchardt entsprechend der Funktion eine Übersicht über damals gebräuchliche chirurgischen Methoden bei Verletzungen, Formveränderungen und Defekten der Ohrmuschel<sup>1309</sup>. Nur beim Teilersatz der Ohrmuschel stellte er seine eigenen Erfahrungen mit der Rundstiellappenplastik heraus. Dazu dienten ihm Abbildungen aus der Habilitationsschrift, die er durch Zeichnungen ergänzte oder ersetzte<sup>1310</sup>. Am Ende des Beitrags wies er auf die Vorgehensweise seines Mitarbeiters Horst Ritze bei der Herstellung von Ohrmuschelepithesen hin<sup>1311</sup>.

#### 3.1.1.6.1 Schuchardts Modifikation der totalen Ohrmuschelplastik nach Pierce

Ausgangspunkt war Schuchardts Artikel Ersatz des Ohrläppchens mit einem Rundstiellappen vom Hals aus dem Jahr 1942, der eine seiner ersten Anwendungen der Rundstiellappenplastik überhaupt dokumentiert (siehe 2.6.3), was möglicherweise an der Begrenztheit des Defektes lag<sup>1312</sup>. Das bedeutet nicht, daß dieses Problem besonders leicht gelöst werden konnte. Im Gegenteil stellt gerade die Nachbildung von Teilen der grazen Ohrmuschel den Chirurgen vor eine besonders diffizile Aufgabe<sup>1313</sup>. Die Eignung eines Rundstiellappens vom Hals zur Formung der Helix war seit der 1930 von George Warren Pierce<sup>1314</sup> veröffentlichten Methode zum Totalersatz der Ohrmuschel bekannt. Die anderen Teile der Ohrmuschel bildete Pierce, wie vor ihm Harold Delf Gillies und Johannes Esser, aus einem retroaurikulären Nahlappen und aus autologem Rippenknorpel, dem er die Form eines Ohres gab und ihn unter den Hautlappen implantierte. Der Einsatz autologen Rippenknorpels für Ohrmuschelplastiken geht auf Viktor von Schmieden (1847-1946) zurück, der damit 1908 hervortrat<sup>1315</sup>. Bei der partiellen Ohrmuschelplastik galten Nahlappen aus der retroaurikulären Region zum Teil in Verbindung mit freien Hauttransplantaten als Methode der Wahl<sup>1316</sup>. Schuchardt begann 1940 auch bei Teilverlusten der Ohrmuschel Rundstiellappen einzusetzen<sup>1317</sup>. (siehe 2.6.3). Er bildete sie vorwiegend am Hals, seltener am Oberarm. Indem er den Rundstiel nicht nur für die Helix, sondern auch zur Bildung von Anthelix, Antitragus und Lobulus

1306 Schuchardt 1944, S. 175.

1307 Schuchardt 1965 [e], S. 139-144.

1308 Neumann 1995, S. 254-262.

1209 Schuchardt 1954 [a], S. 365-377.

1310 Ebd., S. 371-376. Vgl. Schuchardt 1942 [a], S. 346-347 und Schuchardt 1944, S. 186, 191-192.

1311 Ebd. S. 376-377.

1312 Ders. 1942 [b], S. 345-346, Abb. 1-2.

1313 Ders. 1954 [a], S. 370.

1314 Pierce wirkte um 1925 und um 1952 als Chirurg in San Francisco. Die Geburtsdaten konnten nicht ermittelt werden, siehe Hoffmann-Axthelm (Hrsg.) 1995, S. 345.

1315 Neumann 1995, S. 258-260. Gillies veröffentlichte seine Vorgehensweise 1920 und Esser die seine 1921, ebd.

1316 Schuchardt 1944, S. 185-187. 1308 Neumann 1995, S. 254-262.

1317 Laut Schuchardt 1942 [a], S.128, deckte er 1940 eine Gaumenperforation mit einem Rundstiellappen von Hals und Brust. Laut Hoffmann-Axthelm 1982, S. 7, war die Nutzung eines Rundstiellappens vom Hals für die Rekonstruktion eine Ohrläppchens eine von Schuchardts ersten Erfahrungen mit dieser Technik. Hoffmann-Axthelm begann 1940 als Kriegszahnarzt bei Schuchardt (siehe 2.6.3). Daraus wird geschlußfolgert, daß Schuchardt 1940 mit Ohrmuschelplastiken mittels Rundstiellappen begann.

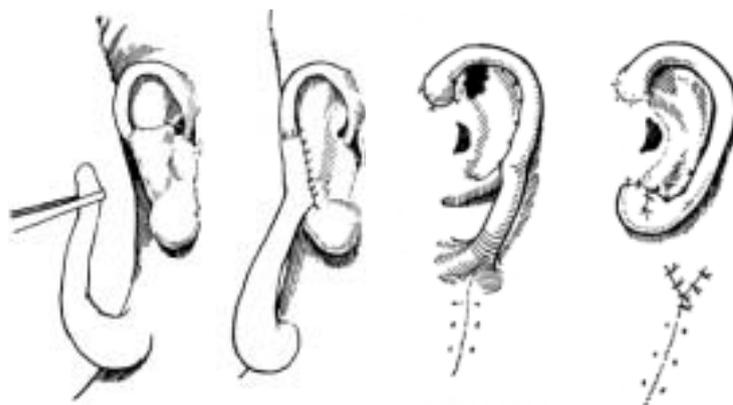


Abb. 99. Schuchardt: partielle Ohrmuschelplastik mit Rundstiellappen, dem Knorpel implantiert wurde, nach Abtrennung des Stiels und Nutzung desselben zur Ergänzung der Helix, 1944.

Abb. 100. Schuchardt: Bildung des Ohrläppchens aus dem Rundstiellende bei der Ohrmuschelplastik nach Pierce, 1944.

nutzte<sup>1318</sup> (Abb. 99, 100), erweiterte er die Indikation der Rundstiellappenplastik und nutzte sie differenzierter als Pierce. Dafür teilte Schuchardt den Rundstiel in mehrere Schenkel, verjüngte diese durch Excision von Fettgewebe und vernähte sie miteinander. Er begründete sein Vorgehen damit, daß so einzelne Teile des äußeren Ohrs schon vor ihrer Einnähung in den Defektbereich vorgebildet wer-

den konnten und daß das Transplantat formbeständiger als Plastiken aus Nahlappen ist. Häufig pflanzte er noch vor der Bildung des Rundstiels in dessen Entnahmegebiet Knorpelstücke aus der Rippe vor, die entsprechend des nachzubildenden Teils der Ohrmuschel geformt und plaziert wurden<sup>1319</sup>. Ein Nachteil der Rundstiellappenplastik ist der lange Behandlungszeitraum, der sich zum Teil auf vier Operationsschritte innerhalb von vier Monaten erstreckte<sup>1320</sup>. Außerdem werden die Narben am Hals als unvorteilhaft angesehen<sup>1321</sup>. 1956 veröffentlichte Schuchardt einen weiteren Beitrag zur totalen und partiellen Ohrmuschelplastik<sup>1322</sup>, auf den hier jedoch nicht eingegangen wird, da mir die Arbeit nicht vorlag.

### 3.1.1.6.2 Schuchardts Modifikation der Hautschlaufenbildung zur Befestigung von Ohrmuschelprothesen nach Rang

Wohl deshalb, weil Schuchardt den Vollersatz der Ohrmuschel durch Haut- und Knorpelplastiken als äußerst schwierig einstufte<sup>1323</sup>, zielte eine seiner letzten Arbeiten zur Ohrmuschelplastik auf eine sichere und beanspruchbare Befestigungsmöglichkeit von Ohrmuschelpthesen. Das erreichte er durch eine breite Hautschlaufe, die er aus einem retroauriculären Nahlappen mittels Umkipptechnik bildete (Abb. 101-102). Die äußere Wundfläche deckte er mit Spalthaut. Seiner Vorgehensweise, die er 1965 veröffentlichte, liegt ein 1953 von B. K. Rang<sup>1324</sup> publiziertes Verfahren zugrunde, dem jedoch der Nachteil anhaftete, daß die gegen mechanische Beanspruchung weniger widerstandsfähige Spalthaut auf die Innenseite der Schlaufe transplantiert wurde, weil er sie durch einen Brückenlappen bildete. Außerdem legte Rang statt einer breiten zwei schmale Hautschlaufen an<sup>1325</sup>.

1318 Schuchardt 1944, S. 187-190. Vgl. Schuchardt 1954 [a], S. 371, Abb. 440d und Neumann 1995, S. 259, Abb. IX 38a-f.

1319 Ebd., S. 187.

1320 Schuchardt 1942 [a], S. 347-348.

1321 Neumann 1995, S. 262.

1322 Schuchardt 1956 [c], S. 163-167.

1323 Schuchardt 1944, S. 190-194; ders. 1954 [a], S. 370; ders. 1965 [e], S. 139.

1324 Vornamen und Lebensdaten konnten nicht ermittelt werden.

1325 Ebd., S. 140.

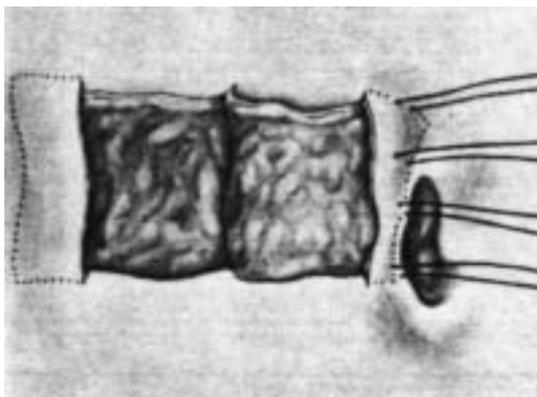


Abb. 101. Schuchardt: Bildung einer Hautschlaufe zur Befestigung einer Ohrprothese durch einen Umkipplappen, das Entnahme- und Transplantationsgebiet der dem Lappen anhängenden Fettschürze ist gepunktet, 1965.

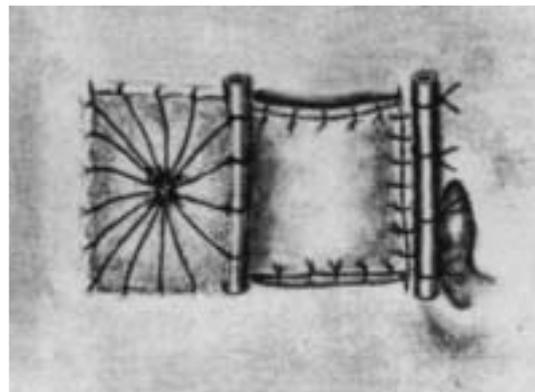


Abb. 102. Schuchardt: Die am Kipplappen und der Entnahmestelle bestehenden Wundflächen sind mit einem Vollhautlappen gedeckt, der durch Nähte, zwei Gummidrainen und einer Gazekompressen fixiert wird, 1965.

### 3.1.1.6.3 Operative Korrektur abstehegender Ohrmuscheln nach Schuchardt und Schwenzler

Gemeinsam mit Norbert Schwenzler gab Schuchardt 1965 ein Verfahren zur operativen Korrektur abstehegender Ohrmuscheln an, das im Gegensatz zu anderen nicht auf Inzisionen oder Exzisionen des Knorpels der Ohrmuschel beruhte, sondern ausschließlich auf dessen Schwächung durch Abschleifen. Durch Faltung der verdünnten Concha und Scapha wurde danach eine Anthelix gebildet und dadurch das Ohr angelegt. Der operative Zugang erfolgte von posterior. Die nach der Faltung dort überschüssige Haut wurde excidiert. Zur Fixierung nutzte Schuchardt zwei Röhrchen, die anterior und posterior der Anthelix anlagen und mit perkutanen Nähten befestigt wurden. Sie optimierten zusätzlich die Formgebung<sup>1326</sup>.

### 3.1.1.7 Schuchardts Beiträge zur plastischen Wiederherstellung der Nase, der Lippen, des Kinns und der Wangen

Zur plastischen Wiederherstellung der Wangen, der Lippen, des Kinns und der Nase publizierte Schuchardt im wesentlichen nur in seiner Habilitationsschrift und in Beiträgen zum chirurgischen Handbuch „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“. Seinen Einstieg in die plastische Chirurgie der genannten Gesichtsregionen dokumentiert eine Arbeit aus dem Jahr 1939, wo er u. a. über die Korrektur einer Sattelnase durch Implantation eines Knorpelspanns berichtete<sup>1327</sup>.

1326 Ders. 1965 [b], S. 107-113.

1327 Ders. 1939 [c], S. 669.

### 3.1.1.7.1 Schuchardts Modifikation der Nasenplastik mittels Rundstiellappen nach Ganzer



Abb. 103. Schuchardt: Patient mit subtotalem Nasendefekt nach Verletzung durch Granatsplitter, 1944.



Abb. 104. Schuchardt: Dreigeteilter Rundstiellappen zur Bildung der äußeren Nase, 1944.



Abb. 105. Schuchardt: Patient nach Implantation eines Profilgerüsts aus zwei Tibiaspänen, 1944.



Abb. 106. Schuchardt: Das mediale Ende des Rundstiels ist am oberen Defektrand eingnäht, 1954.

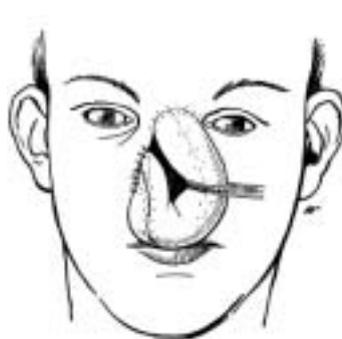


Abb. 107. Schuchardt: Das laterale Ende des Rundstiels ist am rechten Defektrand eingnäht, 1954.



Abb. 108. Schuchardt: Der Rundstiel nach der Teilung mit Darstellung der Innenauskleidung, 1954.



Abb. 109. Schuchardt: Zustand nach Bildung der Weichteilnase, 1954.

Seine Vorgehensweise beim Weichteilersatz der Nase unter Verwendung eines Rundstiellappens beschrieb Schuchardt erstmals 1944<sup>1328</sup> (Abb. 103-105). Weitere Veröffentlichungen dazu folgten 1950, 1954, 1972 und 1981<sup>1329</sup>, von denen die des Jahres 1954 als wichtigste hervorzuheben ist, weil er darin sein Verfahren standardisierte<sup>1330</sup>. Als Grundlage diente ihm die Methode Ganzers. Im Unterschied zu Ganzer, der den Rundstiellappen am Arm bildete<sup>1331</sup>, bevorzugte Schuchardt Brust- oder Flankenlappen<sup>1332</sup>. Erst 1950 verglich Schuchardt seine eigene Vorgehensweise mit der von Gillies aus der Zeit nach dem ersten Welt-

krieg<sup>1333</sup> und konstatierte, daß dieser die Rundstiellappenmethode für Nasendefekte unter Verwendung von Brustlappen (Akromio-pektoral-Lappen) bereits zu einem reproduzierbaren Verfahren entwickelt hatte und daß er nur

1328 Ders. 1944, S. 162-168.

1329 Ders. 1950, S. 1455-1456, 1460-1461, 1467-1474; ders. 1954 [a], S. 415-419; ders. 1972 [a], S. 241-243; ders. 1981, S. 289-293.

1330 Ders. 1954 [a], S. 415-419.

1331 Treuenfels 1975, S. 54-58.

1332 Schuchardt 1944, S. 122-123.

1333 Ders. 1950, S. 1455-1456. Vgl. Neumann 1995, S. 231, 275.

die Verwendung von Flankenlappen mit der Zwischenansatzstelle am Oberarm zur Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase von der Vorgehensweise Gillies abgrenzen konnte<sup>1334</sup>. Trotz dieser Schlußfolgerung gab Schuchardt 1954 seine Methode unter Benutzung eines Rundstiel-lappens von der Brust als eigenständig an. Der Rundstiellappen wird sechs Wochen nach seiner Bildung mit dem medialen Fuß an der Nasenwurzel eingepflanzt (Abb. 106). Das Bett bildet ein heruntergeklappter Glabellalappen. Nach frühestens sieben Wochen folgt der schrittweise gelöste laterale Lappenfuß, den Schuchardt zum rechten lateralen Defektrand transplantiert (Abb. 107). Die Teilung des Lappens nach weiteren vier bis fünf Wochen dient der Gewinnung von äußerer und innerer Nase. Aus dem kleineren lateral gestielten Teil des Rundstiels wird durch Inzision am Ansatz, Abrollung und Vernähung auf der Gegenseite die Innenauskleidung der Nase und ein Part der Kolumella gebildet, der noch durch einen aufgeklappten Oberlippenlappen ergänzt wird. Darüber wird der an der Nasenwurzel gestielte und bis auf eine kleine Hautinsel zur Ergänzung des cranialen Teils der Innenauskleidung abgerollte Rundstielteil gelegt, nachdem sein caudales Ende zuvor dreigeteilt wurde (Abb. 108), um die Nasenflügel und die äußere Kolumella nachzubilden. An den Rändern miteinander vernäht, kann so eine partielle oder totale Nasenplastik durchgeführt werden<sup>1335</sup> (Abb. 109). Eine eingehende Gegenüberstellung mit dem Verfahren von Gillies erscheint erforderlich, worauf aber aus zeitlichen Gründen verzichtet werden muß.



Abb. 110. Schuchardt: Bildung eines Stützgerüsts für die Nase aus geformtem Rippenknorpel, 1954.



Abb. 111. König: Verpflanzung des geformten Knochenknorpelkreuzes vom Sternum unter die Oberarmhaut, 1916.

Den Ersatz für das Stützgerüst der Nase bildete Schuchardt zunächst wie Ganzer aus zwei im Winkel zueinander gestellten Knochenspänen. Ganzer hatte diese Methode von Jacques Joseph (1865-1934) übernommen<sup>1336</sup>. Später nutzte Schuchardt Rippenknorpel, wofür er 1954 ein eigenes Verfahren vorstellte. Außer der Verwendung anderen Implantationsmaterials impo-

nierte die Methode dadurch, daß damit neben dem Gerüst für den Nasenrücken auch eines für die Nasenflügel gebildet wurde<sup>1337</sup> (Abb. 110), was 1916 in Form eines Knochenknorpelkreuzes vom Sternum schon einmal von Fritz König (1866-1952) angestrebt worden war<sup>1338</sup> (Abb. 111). Im Unterschied dazu bestand das Gerüst Schuchardts aus drei Einzelteilen<sup>1339</sup> und wirkt nach den Zeichnungen beurteilt statisch und ästhetisch günstiger.

1334 Schuchardt 1950, S. 1455-1456.

1335 Ders. 1954 [a], S. 415-419.

1336 Ders. 1944, S. 126, 142-144. Vgl. ders. 1950, S. 1456; Treuenfels 1975, S. 55.

1337 Schuchardt 1954 [a], S. 412-413.

1338 Neumann 1995, S. 230-231.

1339 Schuchardt 1954 [a], S. 412-413.

### 3.1.1.7.2 Unterlippenplastik nach Schuchardt

Das Verfahren wurde von Schuchardt 1944 publiziert und ist eine Rotationsplastik für median gelegene Unterlippendefekte<sup>1340</sup>. Es wurde meiner Meinung nach von der Rotationsplastik Hugo Ganzer für Oberlippen- und Unterlippendefekte abgeleitet, die dieser 1943 angab. Während Ganzer bei Unterlippendefekten die bogenförmigen Schnitte in die Nasolabialfalte legte<sup>1341</sup> (Abb. 112, 113), drehte Schuchardt die Schnitfführung um

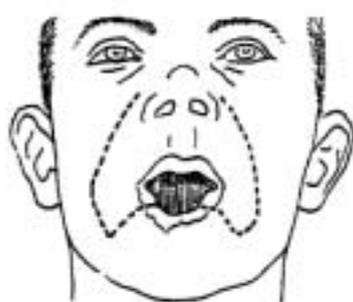


Abb. 112. Ganzer: Schnitfführung zur Bildung zweier Rotationslappen, 1943.



Abb. 113. Ganzer: Zustand nach Drehung der Lappen und Bildung der Unterlippe, 1943.



Abb. 114. Schuchardt: Schnitfführung an der äußeren Haut zur Bildung von zwei Drehlappen, 1944.



Abb. 115. Schuchardt: Vernähung der Schleimhaut parallel des Kieferkammes, 1944.



Abb. 116. Schuchardt: Nach oben und zur Mitte gedrehte Lappen mit vernähter Schleimhaut und Darstellung der Muskelnähte, 1944.

180° und begann mit einem bogenförmigen Haut-Muskelschnitt um die Kinnprominenz von submental lateral nach sublabial medial und kontralateral wieder nach submental. Da die Schnitfführung median bis an den Defekt reicht, werden damit zwei Bogenlappen umschnitten (Abb. 114). Zur Erleichterung der Rotation ex-

zidiert Schuchardt an den Schnittenden submental zwei Burowsche Dreiecke. Intraoral verläuft die Schnitfführung zunächst in der Umschlagfalte medial bis zur Regio 37 bzw. 47 und wird dort um 90° abgewinkelt in der Wangenschleimhaut ca. 1,5 cm nach cranial fortgesetzt, so daß sie beidseits unterhalb des Ductus parotidis endet (Abb. 115). Die Präparation der Bogenlappen erfolgt unter Schonung des Nervus mentalis<sup>1342</sup>. Nach Zusammenführung der Lippenstümpfe werden die Lappen, wie von Ganzer gefordert<sup>1343</sup>, schichtweise vernäht<sup>1344</sup> (Abb. 116). Eine kreisförmige Umschneidung der Kinnprominenz findet ebenfalls Anwendung bei dem von Schuchardt modifizierten Verfahren nach Gerhard Grimm (\*1926) zum Ersatz der Unterlippe nach Tumorsektion<sup>1345</sup>.

1340 Ders. 1944, S. 80-85. Vgl. ders. 1954 [a], S. 457-459.

1341 Treuenfels 1975, S. 48-49. Vgl. Neumann 1995, S. 239.

1342 Schuchardt 1944, S. 81-82.

1343 Bannwart 1994, S. 70.

1344 Schuchardt 1944, S. 82-83.

1345 Schuchardt, Luhr 1981, S. 336-338. Grimm veröffentlichte das Verfahren 1966, siehe ebd., S. 341. Vgl. Blankenstein 1998, S. 30.

### 3.1.1.7.3 Kinnplastiken nach Schuchardt



Abb. 117. Schuchardt: Patient mit Granatsplitterverletzung der Unterlippe und des Kinns, 1944.

Schuchardt ging bei der Behandlung osseomusculocutaner Kinndefekte auf unterschiedliche Weise vor<sup>1346</sup> (Abb. 117). Den Techniken, die alle aus seiner Zeit als Militärarzt stammen, liegt die Rundstiellappenplastik zugrunde. In vielen Patientenfällen führte er nach der Befestigung von Operationsunterlagen erst eine Weichteilplastik mit Hilfe eines Rundstiellappens aus der Flanke und dann einige Monate später die Knochenplastik durch<sup>1347</sup>. Seltener wandte er die Rundstiellappenplastik mit integrierter homologer Knochen transplantation an<sup>1348</sup>. Wenn auch die Unterlippe rekonstruiert werden mußte, kombinierte er die Fernlappenplastik mit einer Nahlappenplastik nach Ganzer, indem er die Lippenstümpfe mit Hilfe zweier Drehlappen aus der Wange aneinanderführte und entsprechend der Gewebeschichten ver-

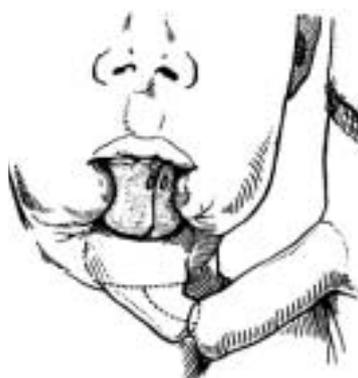


Abb. 118. Schuchardt: Patient mit Kinnschild und eingheiltem Rundstiellappen, Schnittführung markiert, 1944.



Abb. 119. Schuchardt: Das am Mundboden eingheilte Lappenende zum Schleimhautersatz ist mit der Wundseite nach außen ausgebreitet worden, 1944.



Abb. 120. Schuchardt: Die zuvor vereinigten Schleimhautränder der Drehlappen wurden mit dem Transplantat vernäht, 1944.

nähte. Sowohl die fehlende äußere Haut des Kinns als auch Schleimhaut ersetzte er mit dem Rundstiel. Den zum Ersatz der Schleimhaut bestimmten Teil gewann er aus dem proximalen Ende des am Oberarm zur Einheilung gebrachten Rundstiellappens von der Flanke, den er zum Kinn transplantierte, nach einer Wartezeit von fünf Wochen in benötigter Länge abtrennte (Abb. 118) und nach Abrollung mit nach außen gerichteter Wundfläche an der Schleimhaut der angefrischten Lippenstümpfe annähte (Abb. 119). Nach der Bildung der Unterlippe wurde in derselben Operation zur Bildung der äußeren Kinnhaut der am Arm verbliebenen Teil des Rundstiels ebenfalls abgerollt und auf die Wundfläche am Kinn transplantiert und mit Naht fixiert (Abb. 120, 121, 122). Erst nach weiteren vier Wochen erfolgte die Lösung des Rundstiels vom Arm<sup>1349</sup> (Abb. 123). Rehrmann

1346 Schuchardt 1944, S. 84-100; ders. 1954 [a], S. 462-468. Vgl. ders. 1959 [a2], S. 46-47, 56-57 und Schuchardt, Luhr 1981, S. 348-354.

1347 Schuchardt 1944, S. 84-94.

1348 Ebd., S. 94-100.

1349 Ebd., S. 84-94.

bezeichnete das Verfahren 1947 in seiner von Schuchardt betreuten zahnmedizinischen Dissertation „Weichteilersatz bei Unterlippen-Kinn-Mundbodendefekten“ als gekreuzte Dopplung von Rundstiellappen nach Schuchardt<sup>1350</sup>.



Abb. 121. Schuchardt: Zustand nach Vernähung der Rotationslappen mit abgerolltem Rundstiel zum Verschluss des Kinndefektes, 1944, publiziert 1954.



Abb. 122. Schuchardt: Patient mit Rundstiellappen nach Einnähung im Kinnbereich und Kopf-Armverband aus Gipsbinden, 1944.

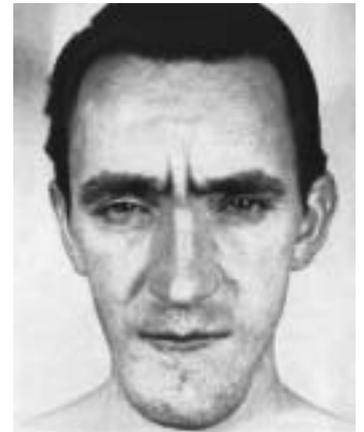


Abb. 123. Schuchardt: Patient nach der Weichteilplastik, die Knochenplastik und eine Verkleinerung des Kinns standen noch aus, 1944.

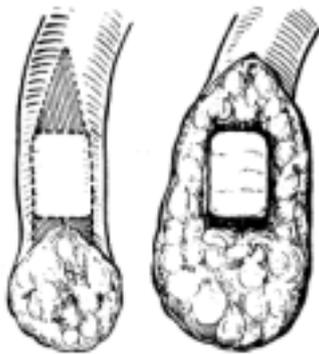


Abb. 124. Schuchardt: Abgerollter Rundstiellappen mit Hautinsel für den Schleimhautersatz, 1954.

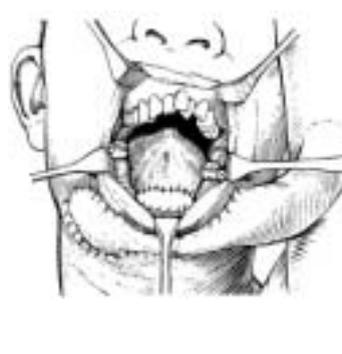


Abb. 125. Schuchardt: Lappen nach der Einnähung, 1954.

Nach 1944 rationalisierte er sein Verfahren, indem er auf die Teilung des Rundstiels verzichtete und den für die Schleimhaut bestimmten Teil des Rundstiels durch Belassung einer Hautinsel bildete<sup>1351</sup> (Abb.124), eine Technik die Ganzer u. a. zur doppelten Epitheldeckung bei Gaumendefekten angewandt und 1943 publiziert hatte<sup>1352</sup>.

Schuchardt lagerte den durch Abrollung angefrischten Lappen mit der Hautinsel nach oral in den Defekt ein<sup>1353</sup> (Abb. 125).

Bei der Rundstiellappenplastik zum Kinnersatz mit integrierter homologer Knochentransplantation wurde in einer ersten Operation ein Knochenspan aus dem Beckenkamm in die für den Rundstiellappen geplante Region an der Flanke implantiert. Nach sechs Wochen erfolgte die Bildung des Rundstiellappens. Nach weiteren fünf Wochen transplantierte er das laterale Rundstielende zum Oberarm. Nach wiederum sieben Wochen folgte die Verlagerung des medialen Rundstielendes zum Defekt. Während dieser Operation wurde in Verbindung mit der Weichteilplastik rechtsseitig die Osteoplastik vollzogen, wobei ein Spanende durch Auskerbung und Drahtnaht

1350 Rehrmann 1966, S. 320.

1351 Ders. 1954 [a], S. 462-464. Vgl. ders. 1959 [a2], S. 56-57.

1352 Treuenfels 1975, S. 63.

1353 Schuchardt 1954 [a], S. 462-464.



Abb. 126. Schuchardt: Gleichzeitiger Weichteil-Knochenersatz auf der rechten Defektseite mittels Rundstiellappen von der Flanke, 1944.

am freipräparierten Unterkieferstumpf befestigt wurde<sup>1354</sup> (Abb. 126). Die Formgebung des Knochentransplantats übernahm Schuchardt von Ganzer, der jedoch die Drahtnaht ablehnte<sup>1355</sup>. Die Ablösung des Rundstiellendes am Arm folgte nach vier, die Osteoplastik der linken Seite nach acht Wochen<sup>1356</sup>. Später veränderte Schuchardt seine Vorgehensweise, indem er zuerst den Rundstiel bildete und das Beckenkammimplantat erst sechs Wochen vor der Defektdeckung darin einlagerte<sup>1357</sup>.

Bei ausschließlichen Hautdefekten im Kinnbereich bediente Schuchardt sich etwa ab Mitte der 1950er Jahre gern eines Visierlappens von der Stirn<sup>1358</sup>, um die zeitbeanspruchende Rundstiellappenplastik zu umgehen<sup>1359</sup>.

#### 3.1.1.7.4 Schuchardts Modifikation der Wangenrotation nach Esser

Mit seiner 1916 veröffentlichten Wangenrotation gab Johannes Esser den Chirurgen eine noch heute aktuelle Standardmethode in die Hand, die es ermöglicht, Wangendefekte ohne sekundäre Wundflächen zu decken. Esser umschnitt einen annähernd halbmondförmigen Lappen, der vom Wangendefekt bis in die Halsregion reichte, und rotierte ihn nach dessen Ablösung von der Unterlage in den Defekt hinein. Die sekundäre Wundfläche am Kieferwinkel und am Hals deckte er durch Nahtvereinigung der Wundränder, die mittels Burowscher Dreiecke<sup>1360</sup> spannungsfrei gelingt<sup>1361</sup>. Schuchardt hielt die begriffliche Gleichsetzung der Wangenrotation Essers mit bogenförmigen Transpositions-lappen aus Wangenhaut für unzutreffend, weil Esser seinem Verständnis nach die Rotation eines Haut-Fett-Muskellappens beschrieb<sup>1362</sup>. 1961 gab Schuchardt eine Modifikation der Wangenrotation bekannt, indem er den Lappen nicht vollständig von der Unterlage löste, sondern in dessen Rotationszentrum eine zuvor markierte halbmondförmige Verbindung aller Schichten bestehen ließ (Abb. 127). Er begründete das mit der dadurch verbesserten Ernährung des Lappens<sup>1363</sup>, während Esser die Erhaltung der Arteria facialis für ausreichend hielt<sup>1364</sup>.

Abb. 127. Schuchardt: Darstellung des zu exzidierenden Bezirks und des Rotationslappens mit ernährendem Zentrum (schraffiert), der Abstand des Lappenrandes vom Drehpunkt soll gleich lang sein, markiert durch die Linien A, B und C, 1961.

1354 Ders. 1944, S. 94-96.

1355 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 100-101. Vgl. Treuenfels 1975, S. 51-53 und Bannwart 1994, S. 70-71.

1356 Schuchardt 1944, S. 96.

1357 Ders. 1954 [a], S. 463-465, 513-514..

1358 Laut Schuchardt 1958 [d], S. 493-494, 498, benutzte er einen Visierlappen zum Kinnersatz auch in einem Patientenfall, der 1955 publiziert wurde. Diese Arbeit, 1955 [c] in Schuchardts chronologischer Ergographie konnte nicht beschafft werden.

1359 Ders. 1981, S. 355.

1360 Karl August Burow (1809 bis 1874) veröffentlichte seine Technik 1853, siehe Prochno 1993, S. 68.

1361 Neumann 1995, S. 252-253, Abb. IX 32 a-c. Vgl. Prochno 1993, S. 73-74.

1362 Schuchardt 1962 [d], S. 102-104.

1363 Ders. 1961 [c], S. 105-107, Abb. 33-36.

1364 Prochno 1993, S. 73.

---

### 3.1.1.8 Zusammenfassende Würdigung der Leistungen Schuchardts auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich

Ab 1939 publizierte Schuchardt kontinuierlich über plastische und wiederherstellende Chirurgie, in der Regel als alleiniger Autor. Schon die Anzahl der Publikationen dazu zeigt ihre Priorität in seinem wissenschaftlichen Werk. 23 Handbuchbeiträge, davon die Mehrzahl in der 7. und 8. Auflage des chirurgischen Handbuchs „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“ untermauern Schuchardts Anerkennung als Fachgröße, was zusätzlich durch seine führende Rolle bei Gestaltung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie sowie durch zahlreiche Ehren- und Korrespondenzmitgliedschaften in wissenschaftlichen Fachvereinigungen anderer Länder belegt wird. Die dominierende Komponente bei der Indikation plastischer Operationen im Gesicht sah Schuchardt nicht in der Behebung einer Funktionsstörung, sondern in der Schaffung einer ästhetischen Form. Sein bedeutendstes Werk ist seine 1944 erschienene Habilitationsschrift „Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches“. Neben den Grundlagen der Rundstiellappenplastik beschrieb Schuchardt darin mehrere eigene oder modifizierte Operationsmethoden: die gestielte Fettplastik, eine Rotationsplastik zur Wiederherstellung der Unterlippe sowie mehrere Rundstiellappenplastiken zur Rekonstruktion des Kinns, der Augenhöhle, des Ohrs und der Nase. Urheber der Mehrzahl der von Schuchardt modifizierten Methoden war Hugo Ganzer. Neben dem Thema Rundstiellappenplastik, das Schuchardt nach 1944 in zahlreichen Publikationen aufgriff, beschäftigte er sich ab 1949 intensiv mit der freien Hauttransplantation. Ergebnisse dessen sind: das Dermatom und die Hautpräparationskugel nach Schuchardt, die Kombination der Mundvorhofplastiken nach Ganzer und Pichler sowie die Vereinfachung des Verfahrens zur Befestigung von Ohrmuschelepithesen nach Rang. Von den weiteren von Schuchardt entwickelten oder modifizierten Verfahren bzw. technischen Hilfsmitteln sind zu nennen: die Modifikation der Verfahren zum plastischen Verschluss von Mund-Antrum-Verbindungen nach Rehrmann und nach Kazanjian, eine Modifikation der Wangenrotation nach Esser, ein Verfahren zur Bildung eines osteochondralen Stützgerüsts für die Nase und die Entwicklung von Operationsunterlagen für die Gesichtsplastik. Drei Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen habilitierten sich unter Schuchardt mit Themen aus der plastischen Chirurgie. Vier Dissertationen an der NWDDK in Schuchardts Amtsperiode als Klinikdirektor behandelten dieses Themengebiet.

---

## 3.2 **Schwerpunkt 2: Chirurgie der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten**

### 3.2.1 Zur Häufigkeit, Ätiologie und Symptomatik der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten

Die Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten sind neben den Extremitätenanomalien und den Herzfehlern die häufigste Fehlbildungsform des Menschen<sup>1365</sup>. Nach neueren Erkenntnissen hat unter 500 Neugeborenen ein Kind eine solche Spaltbildung<sup>1366</sup>. Ende der 1950er Jahre gab Schuchardt noch ein Verhältnis von 1:800 bis 1:1000 Neugeborenen an<sup>1367</sup>. Es werden drei Gruppen unterschieden: die Lippen- oder Lippen-Kieferspalten (13%), die Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (57%) und die Gaumen- oder Gaumensegelspalten (30%)<sup>1368</sup>.

Die Genese ist nicht sicher geklärt. Die Lippen-Kieferspalten entstehen in der Embryonalperiode zwischen der 5. und 7. Woche<sup>1369</sup>, die Gaumenspalten in der 8. Woche<sup>1370</sup>. Die früher vertretene Ansicht, es handle sich um persistierende embryonale Spalten, deren Verschluss gehemmt wurde (Hemmungsmissbildung), wird heute nur noch für die Gaumenspalten, jedoch nicht mehr für die Lippen-Kieferspalten aufrecht erhalten<sup>1371</sup>. Als Ursache werden sowohl erbliche Faktoren (15-30%) als auch exogene Noxen angesehen<sup>1372</sup>.

Menschen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, die nicht behandelt werden, leiden neben ihrem auffälligen Äußeren<sup>1373</sup> primär an Sprechstörungen und sekundär an Störungen der Sprachentwicklung<sup>1374</sup> sowie an Atemwegs- und Mittelohrerkrankungen<sup>1375</sup>. Die Betroffenen können zudem in eine soziale Isolation geraten und seelisch erkranken<sup>1376</sup>. Schuchardt sah in den möglichen psychischen Folgen der Sprech- und Sprachstörung die zwingende Indikation für einen frühzeitigen chirurgischen Spaltverschluss<sup>1377</sup>. Bei Säuglingen war früher auch die Ernährung problematisch, da sie nicht saugen konnten, was u. a. eine Erklärung für die hohe Mortalität liefert<sup>1378</sup>. Zum Teil wurden solche Kinder aber auch ermordet; ihre Todesursache jedoch nicht als unnatürlich registriert<sup>1379</sup>.

1365 Heberer et al. 1993, S. 288.

1366 Krüger 1993, S. 226.

1367 Schuchardt 1958 [g] S. 432.

1368 Krüger 1993, S. 226.

1369 Körber et al. 1994, S. 72.

1370 Krüger 1993, S. 226.

1371 Körber et al. 1994, S. 68, 72. Lippen- und Lippen-Kieferspalten entstehen durch Störungen bei der Bildung der primitiven Nase. Zwei Formen werden diskutiert. Erstens, der laterale Nasenwulst ist unterentwickelt, wodurch es primär nicht zur Vereinigung mit dem medialen Nasenwulst kommt. Zweitens, die Epithelbrücke zwischen medialem und lateralem Wulst wird nicht vollständig von Mesenchym durchwachsen, deshalb kommt es durch Zug- und Scherkräfte zur sekundären Trennung. Die Gaumenspalte wird in Verbindung mit Lippen-Kieferspalten als deren mechanische Folge angesehen.

1372 Krüger 1993, S. 223.

1373 Kogge 1981, S. 24; Schuchardt 1954 [a], S. 518.

1374 Lamcke 1996, S. 1, 46-47; Kogge 1981, S. 25; Schuchardt 1954 [a], S. 519; Schuchardt 1954 [c], S. 354-355.

„Sprechen und Sprache liegen in ihrer Funktion so dicht nebeneinander, daß Störungen hier häufig falsch benannt oder die Begriffe sogar verwechselt werden, obwohl es sich grundsätzlich um verschiedene Funktionen handelt. Aus neurologischer Sicht ist Sprechen im wesentlichen eine motorische Funktion...“, Sprache eine neuropsychologische Funktion, siehe Kunze 1992, S. 57. „Sprechen ist eine komplexe Funktion, die sich aus Motorik, Stimmbildung und Atmung zusammensetzt. Von neurologischer Seite werden im wesentlichen motorische Störungen -als Dysarthrie bezeichnet- beurteilt... Aphasien sind Sprachstörungen, die sich sowohl auf die Sprachproduktion als auch auf das Sprachverständnis beziehen“, siehe ebd.

1375 Lamcke 1996, S. 1, 42-43; Kogge 1981, S. 24-26. Kariesanfällige Zähne sind ein weiteres Problem der Betroffenen, siehe Krüger 1993, S. 232; Kogge 1981, S. 24, 26, 28.

1376 Lamcke 1996, S. 1, 46; Schuchardt 1954 [c], S. 354-356.

1377 Schuchardt 1954 [c], S. 354-356.

1378 Kogge 1981, S. 24.

1379 Wolf, Härle 1994, S. 43.

### 3.2.2 Zur Geschichte der Brückenlappenplastik

Bei der Analyse der Publikationen Schuchardts<sup>1380</sup> und der neueren Fachliteratur zur Thematik der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten hat sich die Frage des Operationstermins für den harten Gaumen bei Patienten mit durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten als kontrovers herausgestellt<sup>1381</sup>. Deshalb erschien es als besonders interessant, hier die von Schuchardt vertretenen Ansichten dazu sowie die von ihm bevorzugten Operationstermine und -methoden herauszuarbeiten. Die vorhandene medizinhistorische Literatur zur Thematik Lippen-Kiefer-Gaumenspalten<sup>1382</sup> erwies sich für diese Problemstellung als unzureichend. Deshalb soll anhand der Geschichte der Brückenlappenplastik<sup>1383</sup> über die seit Mitte des 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts üblichen Behandlungsprinzipien für den Verschluss des harten Gaumens bei durchgehenden Lippen- Kiefer-Gaumenspalten orientiert werden.

Der Verschluss einer Spalte des weichen Gaumens gelang als erstem dem Berliner Chirurgen Carl Ferdinand von Graefe (1787-1840) im Jahr 1816. Graefe hatte die Spaltränder durch Ätzung angefrischt und danach vernäht. Jedoch glückte die Operation nur in einem Fall<sup>1384</sup>. Schuchardt übersetzte 1971 Graefes Veröffentlichung für die Zeitschrift „Plastic and Reconstructive Surgery“ ins Englische<sup>1385</sup>. Mehr Erfolg als Graefe hatte der Pariser Chirurg Philibert Joseph Roux (1780-1854), der eine entsprechende Operation unter chirurgischer Anfrischung der Spaltränder ohne Kenntnis der Graefeschen Technik<sup>1386</sup> seit 1819 praktizierte<sup>1387</sup>. Ihm gelang die Vereinigung des gespaltenen Gaumensegels bei rund 90 Patienten<sup>1388</sup>. In Amerika, geht dieses Verfahren auf den Bostoner Chirurgen John Collins Warren (1778-1856) zurück, der es 1820 zum ersten Mal durchführte<sup>1389</sup>.

Eine größere Aussicht auf Erfolg erhielt die Operation zur Vereinigung des gespaltenen Gaumensegels, als seitliche Entlastungsschnitte in die Schleimhaut und in die Muskulatur des geteilten Gaumensegels eingeführt wurden, wie sie Johann Friedrich Dieffenbach (1792-1847) frühestens ab 1826 empfahl. Sie führten zur Entspannung des zu bildenden Segels und erleichterten die Naht. Dieffenbach gab solche Entlastungsschnitte einschließlich einer palatinalen Osteotomie auch für Verschlussoperationen am harten Gaumen an. Jedoch sind Erfolge Dieffenbachs nur für Spalten des weichen Gaumens belegt<sup>1390</sup>. Durch die seitlichen Entlastungsschnitte

1380 Schuchardt 1953 [b], S. 406; ders. 1954 [a], S. 521-523; ders. 1954 [c], S. 348-353; Eckstein, Schuchardt 1955 [a], S. 129; Schuchardt 1960 [e], 853-855; ders. 1962 [b], S. 517-518, 522-524; Schuchardt, Pfeifer 1962 [f], S. 185; Schuchardt, Pfeifer 1962 [g]; Pfeifer, Schuchardt 1963 [c]; Schuchardt, Kriens 1969 [c], S. 273.

1381 Pfeifer 1995, S. 321; Krüger 1993, S. 236-238; Körber et al. 1994, S. 78.

1382 Die historische Entwicklung der Behandlungsmethoden für Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten war Thema zweier zahnmedizinischer Dissertationen an der Universität Bonn: „Zur Geschichte der operativen Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“ von Heinz Hermann Tübben (1972) und „Zur geschichtlichen Entwicklung der Behandlungsmaßnahmen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“ von Dorothea Kogge (1981). Kogge stellte jedoch keinen Bezug zur Arbeit ihres Vorgängers her. Sie legte den Schwerpunkt auf kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen. Interessant sind ihre Ausführungen zur Ätiologie, siehe Kogge 1981, S. 5-84. Inken Lamcke betrachtete in ihrer medizinischen Dissertation „Die historische Entwicklung der sprachverbessernden Maßnahmen durch Obturatoren und Operationen bei Gaumenspalten“ (1996) die Geschichte der Behandlungsmethoden nur für Gaumenspalten. Wertvolle Hinweise zur Geschichte der Chirurgie der Gaumenspalten, besonders zur Brückenlappenplastik konnten der Dissertation von Hans-Joachim Doege „Franz Ernst, seine Bedeutung für die Kieferchirurgie“ aus dem Jahr 1979 entnommen werden, siehe Doege 1979, S. 37-49. Kurze historische Abrisse der operativen Behandlungsmethoden von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten enthalten die Dissertation von Thilo Prochno „Die Geschichte der plastisch-rekonstruktiven Gesichtschirurgie“ aus dem Jahr 1993 (siehe Prochno 1993, S. 97-105) und das Kapitel „Chirurgie der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten“ von Robert Stiebitz in dem 1995 von Walter Hoffmann-Axthelm herausgegebenen Sammelwerk „Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“, siehe Stiebitz 1995, S. 189-222.

1383 Laut Schuchardt 1939 [c], S. 667 und ders. 1954 [a], S. 581, wandte er diese Technik ab 1938 und während seiner gesamten Tätigkeit an der Nordwestdeutschen Kieferklinik zum Verschluss von Gaumenspalten an, siehe ders. 1966 [a], S. 97-98.

1384 Lamcke 1996, S. 18-19; Tübben 1972, S. 19; Stiebitz 1995, S. 198.

1385 Schuchardt 1971 [a], S. 375-376.

1386 Prochno 1993, S. 103.

1387 Lamcke 1996, S. 19; Tübben 1972, S. 19-20; Stiebitz 1995, S. 199.

1388 Ebd.

1389 Lamcke 1996, S. 19. Vgl. In Amerika führte Warren 1924 die erste erfolgreiche Operation des weichen Gaumens durch, siehe Tübben 1972, S. 20.

1390 Ebd., S. 21-22; Stiebitz 1995, S. 200-203.

in beiden Anteilen des Gaumensegels entstanden zwei Brückenlappen, die als Kennzeichen dieser Verschiebetechnik jeweils anterior und posterior eine Gewebeverbindung aufwiesen. Damit geht die Idee der Brückenlappentechnik auf Dieffenbach zurück.

Eine Spalte des harten Gaumens wurde 1824 zum ersten Mal von dem Aachener Zahnarzt Wenzel Krimer (1795-1834) durch zwei am Spaltbereich gestielte umgeschlagene Schleimhautlappen gedeckt<sup>1391</sup>. Bis dahin wurde bei durchgehenden Spalten nur die Lippe operativ geschlossen und der Gaumenspalat durch einen Obturator abgedeckt. Der Verschluss von Hartgaumenspalten durch Verschiebelappentechnik mit palatinaler Mukosa wurde 1843 von dem Bostoner Chirurgen Jonathan Mason Warren (1811-1867) und in etwas anderer Form 1856 von dem Londoner Chirurgen George Pollock (1812-1897) beschrieben. Seit 1855 befaßte sich der Frankfurter Chirurg Gustav Passavant (1815-1893) mit der operativen Deckung des harten Gaumens. Er bildete Brückenlappen aus palatinaler Mukosa und konnte 1862 über gute Erfolge berichten<sup>1392</sup>. Beim Studium der Literatur fällt auf, daß die genannten Autoren nur von Mukosalappen, nicht jedoch von Mukoperiostlappen sprachen.

Als eigentlicher Urheber der Brückenlappenplastik gilt in Deutschland jedoch Bernhard von Langenbeck (1810-1887)<sup>1393</sup>. Mit seiner Methode war der Verschluss des harten und weichen Gaumens möglich. Langenbeck stellte sie 1861 auf einer Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft zum ersten Mal vor und machte sie mit zwei umfangreichen Arbeiten (1862 und 1863) im „Archiv für klinische Chirurgie“ bekannt<sup>1394</sup>. Nach palatinalen Entlastungsschnitten entlang der Zahnreihe von den Eckzähnen bis zum Beginn des Gaumensegels, die er unter Erhalt der Arteriae palatinae durchführte, sowie nach Abtrennung der Nasenschleimhaut an der Grenzlinie zum weichen Gaumen und nach Anfrischung des Spaltrandes mobilisierte er auf beiden Seiten des harten Gaumens mit einem Raspatorium einen Mukoperiostbrückenlappen. Die Lappen verschob er zur Mitte und vereinigte sie über dem Spalt durch Knopfnähte<sup>1395</sup>. Zur Vereinigung des Gaumensegels, die er später immer getrennt von der des harten Gaumens vornahm<sup>1396</sup>, myotomierte er auf beiden Seiten grob den Tensor und den Levator veli palatini mit einem Tenotom<sup>1397</sup>. Sowohl die Myotomie als auch die Bildung von Mukosabrückenlappen waren schon vor der Bekanntgabe des Langenbeck'schen Verfahrens inauguriert worden. Jedoch scheint Langenbeck als erster vollständig das Periost mit der Mukosa gelöst zu haben<sup>1398</sup>. Sein Verdienst war es zudem, die Methode gebräuchlich gemacht zu haben<sup>1399</sup>.

Mit seiner Operation kam jedoch ein kurzes und schlecht bewegliches Gaumensegel zustande. Die nasale Sprechweise der Patienten wurde dadurch nur unwesentlich verbessert. Deshalb erfuhr das Langenbeck'sche Verfahren einige Modifikationen, von denen hier die erwähnt werden, die auch Schuchardt anwandte. Wegen der unbefriedigenden Sprechergebnisse entwickelte man auch zusätzliche Operationsverfahren mit dem Ziel, den Übergang zwischen Meso- und Epipharynx zu verkleinern. Diese Operationen werden als funktionelle Korrekturen bezeichnet. Ein solches Verfahren wurde 1865 von dem schon erwähnten Gustav Passavant zum ersten Mal beschrieben. Theodor Billroth (1829-1894), ein Schüler Langenbeck's<sup>1400</sup>, modifizierte 1888 die Brückenlappenplastik, indem er anstelle der Myotomie die Abmeisselung des Hamulus einführte<sup>1401</sup>.

1391 Tübben 1972, S. 22.

1392 Stiebnitz 1995, S. 203.

1393 Ebd. 1995, S. 205; Prochno 1993, S. 104.

1394 Stiebnitz 1995, S. 203-204, 220.

1395 Tübben 1972, S. 24-25.

1396 Stiebnitz 1995, S. 203.

1397 Tübben 1972, S. 24-25.

1398 Stiebnitz 1995, S. 203.

1399 Ebd. S. 205.

1400 Ebd. S. 205-207, 221.

1401 Tübben 1972, S. 25-26. Durch Entfernung des Hamulus entspannen sich die Musculi tensor veli palatini, weil deren dorsale Sehnen um die Hamuli (Hypomochlion) zur Gaumenaponeurose verlaufen.

Im Jahr 1924 habilitierte sich der Berliner Zahnarzt und Kieferchirurg Franz Ernst (1887-1947) mit der Arbeit „Neue Wege chirurgischer Behandlung von Gaumenspalten zur Erlangung einer normalen Sprache“. Sein Verfahren, das als chirurgisch-orthopädische Methode des Gaumenverschlusses bezeichnet wurde, baute auf der Brückenlappenplastik Langenbecks auf. Ernst verbesserte es u. a. durch die dreischichtige Naht im Bereich des Gaumensegels<sup>1402</sup>. Diese sogenannte anatomische Naht wird häufig dem französischen Kinderchirurgen Viktor Veau (1881-1949) zugesprochen, auf den später eingegangen wird<sup>1403</sup>. Ernst verlängerte zudem die seitlichen Entlastungsschnitte bis in den Pharynx, um gleichzeitig eine zirkuläre Schlundverengung durchführen zu können. Zur weiteren Entspannung der Lappen durchtrennte er in einer Voroperation zweizeitig die Arteriae palatinae, damit sich Kollateralkreisläufe bilden konnten. Die seitlichen Wunden wurden ausgiebig über Wochen tamponiert, auch um eine Entspannung der Lappen zu bewirken. Bei dem orthopädischen Therapieschritt brachte Ernst eine Gaumenplatte aus Zelluloid zur Anwendung, von der er sich eine Verlängerung des Gaumensegels erhoffte, was sehr umstritten war<sup>1404</sup>. Da die Platte erst nach vollständigem Durchbruch aller Milchzähne eingesetzt werden konnte, und auch weil Ernst eine frühzeitigere Operation ablehnte, operierte er nach Abschluß der ersten Dentition, also nach dem 3. Lebensjahr. An die chirurgischen Therapie schloß Ernst eine Sprechbehandlung an, die er selbst durchführte<sup>1405</sup>. Ob die Indikation zur Sprechtherapie auf seinen eigenen Erkenntnissen fußte oder ob er sie von anderen übernahm, konnte nicht ermittelt werden. Nach seiner Ansicht sollte die Behandlung des Kindes mit dem Eintritt in die Schule abgeschlossen sein. Schuchardt wandte sowohl die seitliche Tamponade und die orthopädische Behandlung des Gaumensegels als auch die Sprechtherapie an. Ebenso folgte er Ernst in der Wahl des Zeitpunktes für den Operationsabschluß<sup>1406</sup>.

1922 hatte Viktor Veau<sup>1407</sup> erstmalig eine von der Langenbeckschen Technik abweichende Methode zum Verschluß von Gaumenspalten bekanntgegeben<sup>1408</sup>. Er vertrat die Ansicht, daß bei Spaltbildungen sämtliche Gewebebestandteile voll entwickelt, nur nicht miteinander verbunden seien, was u. a. Schuchardt und Mitarbeiter zu widerlegen suchten (siehe unten). Die Aufgabe des Chirurgen bestehe darin, die Gewebe anatomisch miteinander zu verbinden<sup>1409</sup>. 1931 sowie 1938 veröffentlichte er dann in seinen Monographien „Division palatine“ und „Bec-de-Lièvre“ ein vollständiges chirurgisches Konzept zur Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, das die Chirurgie nachhaltig prägte<sup>1410</sup>. Nach Veau sollte die chirurgische Behandlung im zweiten Lebensjahr abgeschlossen werden, um Sprechstörungen gar nicht erst auftreten zu lassen<sup>1411</sup>. Es ist für das Verständnis der Schuchardtschen Operationstechnik wichtig, kurz auf das Konzept Veaus einzugehen<sup>1412</sup>. Das Konzept sah bei vollständigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zwei zeitlich getrennte Operationen vor, die beide auch Interventionen am harten Gaumen umfaßten. Das Auseinanderhalten dieser beiden Schritte ist wichtig, um die Schuchardtsche Vorgehensweise nachvollziehen zu können. Ab der fünften Lebenswoche<sup>1413</sup> schloß Veau in einer Operation zunächst die Kieferspalte und den harten Gaumen, danach die Lippe, um die

1402 Ebd. S. 31, 33.

1403 Schuchardt 1954 [a], S. 229-230.

1404 Tübben 1972, S. 31-32.

1405 Doegge 1979, S. 44-45

1406 Schuchardt 1954 [a], S. 523, 586-587.

1407 Ders. 1939 [c], S. 667.

1408 Lamcke 1996, S. 27-28.

1409 Burian 1963, S. 176.

1410 Schuchardt 1954 [a], S. 521-522, 545-550, 579-590; Stiebitz 1995, S. 215-217, 219, 222; Tübben 1971, S. 45.

1411 Schuchardt 1954 [a], S. 521-522; Lamcke 1996, S. 27.

1412 Die Urheberchaften und die Chronologie der einzelnen Verfahren konnten von mir nicht angegeben werden, da in der oben erwähnten Literatur dazu keine Angaben gemacht wurden. Möglicherweise finden sich dazu Informationen in dem Artikel von John Marquis Converse: Viktor Veau (1871-1949). *Plast. reconst Surg* 30 (1962) 225-235, der von mir nicht eingesehen wurde.

1413 Stiebnitz 1995, S. 215.

Mundhöhle gegen die Nasenhöhle abzugrenzen und eine stabile Grundlage für den Nasenflügel zu bilden<sup>1414</sup>. Der knöcherne Spaltteil des Alveolarfortsatzes wurde einschichtig und der des Gaumens zweischichtig gedeckt. Die kraniale Schicht bildete er aus Nasenschleimhaut beider Kieferstümpfe und die kaudale aus einem distal gestielten nach medial verschobenen Palatinallappen der Spaltseite (Abb. 128). Die offene Wundfläche anterior barg die Gefahr narbiger Fixierung<sup>1415</sup>. Die Technik wird heute als Nasenbodenbildung nach Veau bezeichnet.



Abb. 128. Veau: Nasenbodenbildung, 1931.

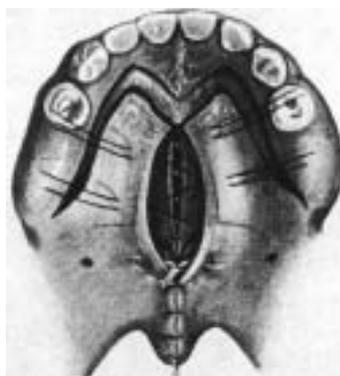
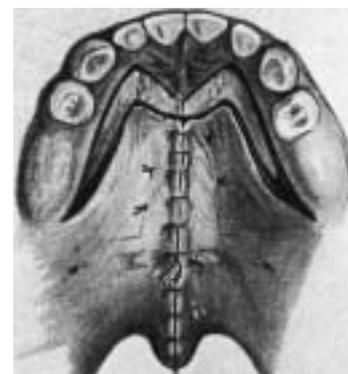


Abb. 129, 130. Veau: Stielappenplastik um 1930, publiziert von Schuchardt 1954.



Die nach der Nasenbodenbildung verbliebene Restspalte im distalen Drittel des harten Gaumens und im Gaumensegel schloß Veau im 15. Lebensmonat mit der Stielappenplastik<sup>1416</sup> (Abb. 129,130). Nach Anfrischung der Spaltränder und Mobilisierung der Nasenschleimhaut bildete er nun beidseitig distalgestellte Palatinallappen, die er zur Mitte und nach distal verschob und dann auf die zuvor vereinigte Nasenschleimhaut steppte. Im Bereich des Gaumensegels nähte Veau die Nasenschleimhaut, die Muskulatur und die Mundschleimhaut dreischichtig von kranial nach kaudal. Im Bereich der Muskulatur verwendete er eine Drahtnaht. Er operierte ohne Unterbrechung des palatinalen Gefäßstiels und ohne Myotomie oder Abtrennung des Hamulus<sup>1417</sup>. Da dadurch der Mukoperiostlappen nicht so weit nach medial mobilisierbar war, verblieb häufig ein Restloch im Bereich des harten Gaumens<sup>1418</sup>.

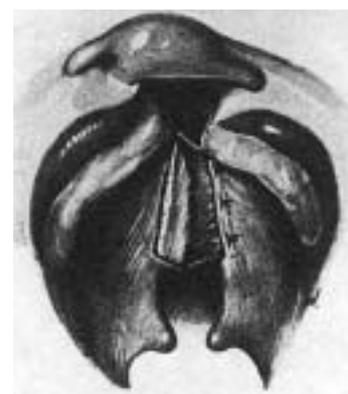


Abb. 131. Pichler: Verschluss des Spaltbereiches im harten Gaumen mit einem Vomerlappen, 1926, publiziert von Schuchardt 1954.

Neben Veau forderte auch Pichler die Bildung des Nasenbodens vor dem Lippenverschluß<sup>1419</sup>. Wie er 1926 veröffentlichte, mobilisierte er dazu einseitig die Nasenschleimhaut des Vomers und fixierte sie randständig unter der angefrischten Schleimhaut der gespaltenen Gaumenplatte, ohne die Wundfläche abzudecken (Abb. 131). Der Eingriff war weniger traumatisierend als das Vorgehen Veaus<sup>1420</sup>, jedoch ebenfalls mit dem Nachteil der offenen Granulation behaftet<sup>1421</sup>. Im vorderen Teil des Nasenbodens war die Deckung unvollständig, da das Material nicht ausreichte. Pichler ergänzte es durch zwei Schleimhautlappen vom Nasenseptum und der seitlichen Nasenwand<sup>1422</sup>. Ebenfalls 1926 hatte der in Edinburgh und Kapstadt tätige HNO-Chirurg Andrew Camp-

1414 Tübben 1972, S. 44.

1415 Waßmund 1939, S. 308-318.

1416 Stiebnitz 1995, S. 215.

1417 Lamcke 1996, S. 27.

1418 Tübben 1972, S. 33.

1419 Tübben 1972, S. 44.

1420 Burian 1963, S. 190.

1421 Waßmund 1939, S. 313-315

1422 Schuchardt 1954 [a], S. 553-554. Pichler übernahm später die Operationsmethode Veaus, siehe Waßmund 1939, S. 308.

bell (1884-1948) eine zweischichtige Uranoplastik publiziert, bei der die Schleimhaut des Vomers nasal mit Schleimhaut der unteren Nasenmuschel und des Gaumens abgedeckt wurde, wodurch weniger Narbengewebe entstand<sup>1423</sup>. Ohne Kenntnis der Vorgehensweise Campbells entwickelte Waßmund Anfang der 1930er Jahre eine gleiche Methode, die er 1939 dadurch abwandelte, daß er zu Gunsten eines besseren Verschlusses des anterioren Nasenbodens auf die Deckung der distalen Hälfte des harten Gaumens verzichtete<sup>1424</sup>.

1936 veröffentlichte Georg Axhausen seine Monographie „Techniken und Ergebnisse der Gaumenplastik“<sup>1425</sup> (siehe 2.4.2). Darin beschrieb er eine modifizierte Form der Brückenlappenplastik, die als neuzeitliche „Brückenlappenplastik“ bekannt wurde und heute den Namen Axhausen-von Langenbeck-Ernst-Veau trägt. Axhausen übernahm wesentliche Bestandteile der Ernstschen Verfahrensweise<sup>1426</sup>, u. a. die Tamponade, die Anwendung der Zelluloidplatte und die Operationstermine. Dem Veauschen Konzept entlehnte er die Mobilisation der nasalen Schleimhaut<sup>1427</sup> und die dreischichtige Naht<sup>1428</sup>. Auch er operierte bei durchgehenden Spalten zweizeitig. Im sechsten Lebensmonat schloß er die Lippenspalte und den Kiefer bis auf die Höhe des Alveolarkamms<sup>1429</sup> und im vierten Lebensjahr den harten und weichen Gaumen mit der Brückenlappenplastik<sup>1430</sup>.

Spätestens seit Ende der 1930er Jahre war der Verschuß des vorderen Spaltabschnitts als Einheit ein Grundsatz der modernen Spaltchirurgie<sup>1431</sup>, nur das Ausmaß der Einbeziehung des harten Gaumens war unterschiedlich; es reichte vom Alveolarkamm, wie es Axhausen empfahl, bis zum hinteren Drittel des harten Gaumens, wie es Veau propagierte. Schuchardt nutzte dafür ab 1945 eine 1940 von Josef Götz (\* 1911) modifizierte Form der Nasenbodenbildung nach Veau, die Elemente der Veauschen Stiellappenplastik beinhaltet<sup>1432</sup> (siehe 2.7.1; siehe unten). Seltener und etwa ab 1952<sup>1433</sup> bediente er sich einer Modifikation der Methode Pichlers<sup>1434</sup>. Die Brückenlappenplastik Axhausens bestimmte seine Operationstechnik für den Verschuß des Spaltteils im Bereich des weichen Gaumens maßgeblich<sup>1435</sup>.

Bei der chirurgischen Behandlung der durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten hatten sich in Deutschland bis zum Ende des zweiten Weltkrieges hauptsächlich die Behandlungsweisen nach Ernst-Axhausen und nach Veau etabliert<sup>1436</sup>. Sie werden heute unter dem Begriff „Traditionskonzept“ zusammengefaßt. Charakteristisch sind für beide die zweizeitige chirurgische Behandlung mit schematischen Operationsterminen und die fakultative postoperative logopädische Therapie<sup>1437</sup>. Die Bedeutung einer kieferorthopädischen Zusatzbehandlung wurde zwar zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts erkannt, jedoch bis zum Ende des zweiten Weltkrieges wegen der hohen Kosten in Deutschland nicht systematisch durchgeführt<sup>1438</sup>.

Ende der 1940er Jahre war es zu einer grundlegenden Erschütterung der traditionellen Behandlungsweisen gekommen, weil u. a. durch Publikationen der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Wolfgang Rosenthal aus Leipzig (siehe 2.7.1) und Reinhold Ritter (1903-1987) aus Heidelberg alarmierende Langzeitergebnisse bekannt

1423 Stiebnitz 1995, S. 215; Pfeifer, Schuchardt 1981, S. 424-425.

1424 Waßmund 1939, S. 306, 320.

1425 Winau, Vaubel 1983, S. 7; Hammer 1952, S. 300.

1426 Schuchardt 1954 [a], S. 579, 581.

1427 Tübben 1971, S. 45.

1428 Schuchardt 1954 [a], S. 529-30.

1429 Ebd. S. 527, 540-541.

1430 Tübben 1972, S. 45.

1431 Waßmund 1939, S. 272.

1432 Schuchardt 1966 [a], S. 56. Vgl. ders. 1953 [b], S. 405.

1433 Schuchardt 1954 [c], S. 352.

1434 Schuchardt 1954 [a], S. 553-554, 595. Schuchardt spricht zwar von der Methode Campbell-Pichler, meinte aber die einschichtige Verfahrensweise Pichlers.

1435 Schuchardt 1939 [c], S. 667; ders. 1954 [a], S. 581-587; ders. 1966 [a], S. 97.

1436 Ders. 1954 [a], S. 521-523, 579.

1437 Pfeifer 1995, S. 321.

1438 Kogge 1981, S. 48.

geworden waren<sup>1439</sup>. In der Adoleszenz trat bei vielen der als Säugling und Kleinkind operierten Patienten eine sagittale und transversale Minderentwicklung des Oberkiefers auf, was u. a. durch eine bilaterale konkave Kieferform (Kompression) und das klinische Bild einer Progenie charakterisiert war<sup>1440</sup>. Dadurch konnte sich auch die Fähigkeit zur korrekten Lautbildung bei den Patienten wieder verschlechtern<sup>1441</sup>. Als Ursache diskutierte man eine zu frühe Uranoplastik<sup>1442</sup>. Versuche an Hunden in den 1950er Jahren belegten, daß die Ablösung der Schleimhautperiosbedeckung vom Knochen das Oberkieferwachstum hemmte<sup>1443</sup>. Schuchardt zweifelte das als alleinige Ursache an<sup>1444</sup>. Auch andere Operateure hielten die Minderentwicklung des Oberkiefers nicht allein durch iatrogene Schäden erklärbar<sup>1445</sup>.

Rosenthal war Vertreter der Veauschen Behandlungsweise. Er hatte 1943 im Schloß Thallwitz bei Leipzig ein Spaltzentrum eingerichtet, in welchem auch ein Logopäde und ein Kieferorthopäde tätig waren. Damit kann er als Wegbereiter der interdisziplinären Therapie betrachtet werden<sup>1446</sup>, deren Notwendigkeit in Deutschland in den 1950er Jahren allgemein anerkannt wurde. Das bedeutete aber für diese Zeit, daß Chirurgen, Logopäden, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Kieferorthopäden und Prothetiker eine Zusammenarbeit anstrebten, ohne daß jedoch die institutionellen Voraussetzungen dafür gegeben waren. In den USA entstand 1954 das erste Cleft-Palate-Center an der Universität Illinois, das vermutlich erstmalig in der Welt auch die institutionellen Grundlagen für eine Teambehandlung bot<sup>1447</sup>. Die obligate interdisziplinäre Behandlungsweise wurde später als „Teamkonzept“ bezeichnet<sup>1448</sup>. Dabei scheint jedoch der Chirurg der Bestimmende gewesen zu sein.

Bereits 1948<sup>1449</sup> war der Glasgower Kieferorthopäde C. Kerr McNeil<sup>1450</sup> mit einem wichtigen neuen Therapieansatz hervorgetreten. Er setzte sofort nach der Geburt Stimulationsplatten ein, die das Saugen und damit die Oberkieferentwicklung förderten. Neben anderen Verfahren, auf die später noch eingegangen wird, war das der Anfang des „Wachstumskonzeptes“, das sich erst Ende der 1980er, Anfang der 1990er Jahre etablierte. Dabei wird die Therapie als Wachstumshilfe verstanden, sie ist interdisziplinär ausgerichtet und wird individuell abgestimmt. Sie beginnt postnatal mit kieferorthopädischer Behandlung. Chirurgische Eingriffe werden bis zum Wechselgebiß nur an den Weichteilen durchgeführt, was zu einer Spontanverschmälerung der Spalte führt. Der Kieferspalt- und Hartgaumenverschluß erfolgen erst nach dem 12. Lebensjahr<sup>1451</sup>. Heute kommen noch alle drei, Tradition-, Team- und Wachstumskonzept zur Anwendung. Ein heute ebenfalls gebräuchliche Methode ist der einzeitige chirurgische Spaltverschluß, das sogenannte „Totalkonzept“, auf das nicht näher eingegangen wird<sup>1452</sup>.

Etwa ab den 1950er Jahren wurden alle Eingriffe, die dem Verschluß der Spalten dienen, unter dem Begriff „primäre Operationen“ zusammengefaßt. Als „sekundär“ wurden Operationen bezeichnet, die ästhetische und funktionelle Korrekturen zum Inhalt haben<sup>1453</sup>. Auf diesen Begriffen bauen auch später eingeführte Bezeichnungen bestimmter operativer Verfahren in der Spaltchirurgie auf. So spricht man seit 1957 von der

1439 Pfeifer 1995, S. 319.

1440 Rosenthal 1956, S. 524-525.

1441 Ritter In: Schuchardt (Hrsg.) 1966 [a], S. 64.

1442 Rosenthal 1956, S. 524-525. Vgl. Tübgen 1972, S. 46; Feifel 1986, S. 51.

1443 Ebd., S. 52.

1444 Schuchardt 1954 [a], S. 522.

1445 Burian 1963, S. 172-188.

1446 Stiebnitz 1995, S. 213.

1447 Kogge 1981, S. 49-52.

1448 Pfeifer 1995, S. 321.

1449 McNeil In: Hotz 1965, S. 59.

1450 Der erste Vorname und die Lebensdaten konnten nicht ermittelt werden. McNeil wirkte an der Dental School der University of Glasgow, siehe Hotz 1965, S. 12.

1451 Pfeifer 1995, S. 321; Vgl. Horch 1991, S. 31-40.

1452 Pfeifer 1995, S. 321.

1453 Körber et al. 1994, S. 77-78.

„primären Veloplastik“, wenn im Säuglingsalter zuerst die Spalte im Gaumensegel, danach die Lippenspalte und erst im späteren Alter die Hartgaumenspalte geschlossen wird<sup>1454</sup>. Diese Operationstechnik wurde 1954 von dem Marburger Hals-Nasen-Ohrenarzt Hermann Schweckendieck (1884-1960) vorgestellt. Er ging seit 1944 auf diese Weise vor<sup>1455</sup> (siehe unten). 1958 wurde der Name „primäre Osteoplastik“ eingeführt für Knochentransplantationen in den Kieferspalt, die gleichzeitig mit dem Spaltverschluß erfolgen. Alle Knochentransplantationen, die nach dem Spaltverschluß durchgeführt werden, wurden danach als „sekundäre Osteoplastik“ bezeichnet<sup>1456</sup>. Diese neue therapeutische Komponente war 1954 in die Lippen-Kiefer-Gaumenspaltschirurgie eingeführt worden<sup>1457</sup> (siehe unten).

### 3.2.3. Schuchardts Publikationen über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten

Seine erste Stellungnahme zur Thematik „Chirurgie der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten“ publizierte Schuchardt 1939 noch in seiner Berliner Zeit unter dem Abschnitt „Plastische Operationen“ in *Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie*<sup>1458</sup>, der hier im Kapitel 2.4.3 behandelt wird. Alle weiteren Publikationen dazu erschienen in seiner Hamburger Zeit. 1954 veröffentlichte er sechs Beiträge in der 7. Auflage des Handbuchs „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“<sup>1459</sup> und 1981 einen in der 8. Auflage dieses Werkes als Koautor von Gerhard Pfeifer<sup>1460</sup>. 1966 gab Schuchardt unter dem Titel „Treatment of Patients with Clefts of Lip, Alveolus and Palate“ die Vorträge des 1964 von ihm organisierten 2. Hamburger Symposiums heraus<sup>1461</sup> (siehe unten). Zwischen 1947 und 1971 publizierte er zu dem Gebiet 17 Artikel in Zeitschriften und Jahrbüchern<sup>1462</sup> (siehe 6.2.2), neun davon zusammen mit Mitarbeitern: Alois Eckstein (\*1920), Gerhard Pfeifer und Otto Kriens (\*1930)<sup>1463</sup>.

Für die Einordnung von Schuchardts späteren Arbeiten ist es wichtig, seine Beiträge zum „Bier-Braun-Kümmellschen Handbuch“ zeitlich genauer einzustufen. Es ist anzunehmen, daß er sich frühestens ab 1945, spätestens jedoch ab 1948<sup>1464</sup> und etwa bis 1953 mit der Vorbereitung der Handbuchbeiträge beschäftigte. Die Hauptbearbeitung fand vermutlich 1952 und 1953 statt<sup>1465</sup>. In den sechs Kapiteln „Operationen bei Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten“, „Operationen bei Gaumenspalten“, „Operationsverfahren bei verschiedenen Formen der Gaumenspalten“, „Gaumensegelverlängerung“, „Rückverlagerung des Gaumensegels“ und

1454 Schweckendieck 1958, S. 167.

1455 Eckstein 1982, S. 7.

1456 Schuchardt, Pfeifer 1961 [e], S. 40-41, 57.

1457 Tübben 1972, S. 51.

1458 Schuchardt 1939 [c], S. 666-667, 669.

1459 Ders. 1954 [a], S. 516-577, 577-598, 599-604, 604-605, 605-617, 618-620.

1460 Pfeifer, Schuchardt 1981, S. 365-473.

1461 Schuchardt (Hrsg.) 1966 [a].

1462 Ders. 1947; ders. 1953 [b]; ders. 1954 [c]; Eckstein, Schuchardt 1955 [a]; Schuchardt 1960 [e]; Schuchardt, Pfeifer 1960 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1961 [e]; Schuchardt 1961[f]; Schuchardt, Pfeifer 1961 [g]; Schuchardt 1962 [b]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [g]; Pfeifer, Schuchardt 1963 [c]; Schuchardt 1966 [f]; Schuchardt, Kriens 1969 [c]; Schuchardt, Pfeifer, Kriens 1969 [d]; Schuchardt 1971 [a].

1463 Eckstein, Schuchardt 1955 [a]; Schuchardt, Pfeifer 1960 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1961 [e]; Schuchardt, Pfeifer 1961 [g]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [g]; Pfeifer, Schuchardt 1963 [c]; Schuchardt, Kriens 1969 [c]; Schuchardt, Pfeifer, Kriens 1969 [d].

1464 Es ist anzunehmen, daß die Dissertationen von Gerhard Hoffmann aus dem Jahr 1948 sowie von Egon Brinkmann und Paul Jungkamp aus dem Jahr 1952 mit den Handbuchbeiträgen in Zusammenhang standen. Die Arbeit von Brinkmann ging in den Beitrag Obturatorprothesen ein, siehe Schuchardt 1954 [a], S. 618-620.

1465 Die Veröffentlichung des insgesamt fünfbandigen Handbuchs war von den Herausgebern bereits für 1952/53 geplant gewesen (siehe 2.8.1). Redaktionelle Mängel der Schuchardtschen Beiträge, am Ende tauchen z. B. bereits besprochene Abschnitte erneut auf, könnten darauf hindeuten, daß er mit der Erstellung unter zeitlichen Druck geriet. Dafür fand sich auch in einem Brief Schuchardts an Karl Häupl ein Hinweis, siehe UKE-Habilitationsakte Alfred Rehrmann, Brief Schuchardts an Häupl 1953. Schuchardt gibt selbst einen Hinweis auf die Erstellungszeit, durch die Aussage „an meiner Klinik [wurde] während der letzten acht Jahre...“ siehe Schuchardt 1954 [a], S. 592-595. Er begann 1945 an der Klinik. Einen Hinweis für die Beendigung der Arbeit erhält man aus Schuchardts Personalakte B3, Bl. 37, Vermerk vom 14.10.1953, Schuchardt bittet um zwei Tage Urlaub am 15. und 16.10.1953 für eine Reise nach Berlin, wegen der Herausgabe eines Handbuchs.

„Obturatorprothesen“ referierte Schuchardt über gebräuchliche Primär- und Sekundäroperationen<sup>1466</sup>. Auf Operationstechniken, die er selbst anwandte, ging er besonders intensiv ein<sup>1467</sup>, so wiederholte er u. a. auszugsweise seinen Zeitschriftenartikel aus dem Jahr 1947<sup>1468</sup> (siehe unten). Aufgrund der eingangs geschilderten Problematik der schlechten Spätresultate früh operierter Kinder diskutierte er die Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden und Zeitpunkte der Primäroperationen<sup>1469</sup>. Er nahm die retrudierende Wirkung der vereinigten Oberlippe als Ursache für die sagittale Kompression an, die vermieden werden könnte, wenn der Verschluss erst nach dem Durchbruch der ersten Schneidezähne erfolgte. Auch zog er in Betracht, daß die Wachstumsstörungen eine Folge von Rachitis sein könnten. Er gab hier an, ab 1952<sup>1470</sup> seine langjährig geübte Methode zum Verschluss der Spaltbereiche im Kiefer und im harten Gaumen, die mit der Bildung von palatinalen Mucoperiostlappen verbunden war, umgestellt zu haben<sup>1471</sup>, um deren Ergebnisse mit der einer anderen Methode vergleichen zu können<sup>1472</sup>, was belegt, daß er prüfen wollte, ob das Ablösen von Mucoperiostlappen am Gaumen die Behinderung des Oberkieferwachstums verursacht. Außerdem legte Schuchardt seine Operationsergebnisse mit der Brückenlappenmethode bei Patienten unterschiedlicher Altersstufen und mit verschiedenen Formen von Gaumenspalten<sup>1473</sup> für den Zeitraum 1945 bis 1948 vor. Bei 141 von 151 Patienten erzielte er einen vollständigen Spaltverschluss nach der Primäroperation (93,4 %) <sup>1474</sup>. Zusätzlich führte er auch die Erfolge in der Sprechentwicklung seiner Patienten für den Untersuchungszeitraum 1946 bis 1949 an. Von 148 Patienten erreichten 81,8 % eine normale Umgangssprache<sup>1475</sup>. Die guten Resultate beruhten insbesondere auf einer zusätzlichen logopädischen Behandlung der Kinder, die bereits unter Schuchardts Vorgänger an der Nordwestdeutschen Kieferklinik, Rudolf Steinbach, durch die Schule für Sprachkranke in Hamburg gewährleistet wurde<sup>1476</sup> (siehe 2.7.1). Der damalige Leiter der Schule, Adolf Lambeck<sup>1477</sup>, konnte Steinbach davon überzeugen, eine „Sprachabteilung“<sup>1478</sup> in die Kieferklinik zu integrieren<sup>1479</sup>. Schuchardt hatte nach seiner Amtsübernahme dieses Prinzip übernommen und, bedingt durch die institutionellen Veränderungen nach 1945, eine „Abteilung für Sprachbehandlung“ innerhalb der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten geschaffen, deren Leitung der Nachfolger Lambecks, Johannes Wulff (1902-1981), nebenberuflich übernahm<sup>1480</sup>. Neben Wulff wirkte dort die Krankenschwester und Logopädin Ilse Rehr<sup>1481</sup>.

Bei den Artikeln Schuchardts in Periodika handelt es sich in der Mehrzahl um Veröffentlichungen eigener Vorträge. Die Artikel lassen sich thematisch im wesentlichen nach Primär-<sup>1482</sup> und Sekundäroperationen<sup>1483</sup> gliedern,

1466 Schuchardt 1954 [a], S. 516-620.

1467 Ebd. S. 545-556, 574-577, 581-587, 592-595, 615-617.

1468 Ebd. S. 574-577. Vgl. Schuchardt 1947.

1469 Schuchardt 1954 [a], S. 519-523, 548.

1470 Ders. 1954 [c], S. 352.

1471 Ders. 1954 [c], S. 522-523, 551-554, 595.

1472 Ebd. S. 553.

1473 Gemeint ist hier wahrscheinlich sowohl der Verschluss des Spaltbereiches im weichen Gaumen bei Patienten mit durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, bei denen die anderen Spaltbereiche bereits verschlossen worden waren, und der Verschluss von isolierten Gaumenspalten.

1474 Ebd. S. 595.

1475 Ebd. S. 597.

1476 STA, Gesundheitsbehörde 1, 230, Schule für Sprachkranke, Karolinenstr. 35, Hamburg an Sprachabteilung der Nordwestdeutschen Kieferklinik, 19.7.1945. Siehe auch Pfeifer 1995, S. 320.

1477 Pfeifer et al. 1981, S. 191. Die Lebensdaten Lambecks konnten nicht ermittelt werden.

1478 STA, Gesundheitsbehörde 1, 230, Schule für Sprachkranke, Karolinenstr. 35, Hamburg an Sprachabteilung der Nordwestdeutschen Kieferklinik, vom 19.7.1945.

1479 Pfeifer et al. 1981, S. 191.

1480 Ebd., S. 32.

1481 Ebd., Vorwort. Die Lebensdaten Rehrs konnten nicht ermittelt werden.

1482 Ders. 1954 [c]; Eckstein, Schuchardt 1955 [a]; Schuchardt 1960 [e]; Schuchardt, Pfeifer 1960 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1961 [e]; Schuchardt 1962 [b]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [g]; Pfeifer, Schuchardt 1963 [c]; Schuchardt 1966 [f]; Schuchardt, Kriens 1969 [c]; Schuchardt, Pfeifer, Kriens 1969 [d].

1483 Schuchardt 1947; Schuchardt 1953 [b]; Schuchardt 1961 [f].

nur zwei hatten einen anderen Inhalt<sup>1484</sup>. Seine ersten beiden Veröffentlichungen zu dem Gebiet in seiner Hamburger Zeit befaßten sich mit Korrekturoperationen<sup>1485</sup>. So erläuterte er 1947 die Technik der Wiederherstellung des Alveolarkamms im Bereich des Zwischenkiefers mit einem abdominalen Rundstiellappen, in den ein Knochenspan aus dem Beckenkamm implantiert worden war. Bei den drei Patientinnen aus dem Jahr 1946, die als Beispiele angeführt wurden, handelte es sich um Erwachsene, denen im Säuglingsalter zur Behandlung der doppelseitigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalte der Zwischenkiefer reseziert worden war<sup>1486</sup>. Die Operationen wurden von Schuchardt später dem Bereich der sekundären Osteoplastik zugeordnet<sup>1487</sup>. 1953 referierte er über Operationen am Gaumensegel zur Verengung des Pharynx mit dem Ziel der Sprechverbesserung. Die nach Schuchardt benannte Z-Plastik zur Verlängerung des Gaumensegels stellte er hier erstmalig dar<sup>1488</sup> (siehe unten). Bei diesem Artikel scheinen die entsprechenden Abschnitte im Handbuch als Grundlage genutzt worden zu sein<sup>1489</sup>. Er erschien in der Zahnärztlichen Rundschau (im „Sonderheft Hamburg“) im Rahmen einer Veröffentlichungsreihe über die Forschungs- und Lehrtätigkeit an zahnärztlichen Ausbildungsstätten Deutschlands und die dort üblichen Therapien<sup>1490</sup>.

Mit Primäroperationen zur Behandlung vollständiger Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, wie sie an der NWDKK zwischen 1945 bis 1969 angewandt wurden, befaßten sich zwölf Artikel<sup>1491</sup>. Die ersten zwei standen mit den Handbuchbeiträgen in Zusammenhang und präsentieren die Operationstechniken Schuchardts bis 1954<sup>1492</sup>. Acht Arbeiten beschäftigen sich mit der primären Osteoplastik. Sie entstanden zwischen 1960 und 1969, sechs davon in Zusammenarbeit mit Gerhard Pfeifer und eine mit Pfeifer und Kriens<sup>1493</sup> (siehe unten). Eine Arbeit über die primäre Veloplastik erschien 1969 unter dem Titel *Der primäre Velumverschluß* mit Kriens<sup>1494</sup>. Die Modifikation der Schweckendieckschen Vorgehensweise, die hier beschrieben wurde, wird als „intravelare Veloplastik“ bezeichnet<sup>1495</sup>. Sie wird in der neueren Fachliteratur als Leistung Kriens gewertet<sup>1496</sup>.

Bei der Betrachtung aller Veröffentlichungen Schuchardts zum Thema Lippen-Kiefer-Gaumenspalten lassen sich thematisch zwei Zeitabschnitte abgrenzen. Der erste, Ende der 1940er bis Mitte der 1950er Jahre, war zum großen Teil mit der Erstellung der Buchbeiträge zum „Bier-Braun-Kümmel“ ausgefüllt. Hinzu kamen vier Zeitschriftenartikel aus den Jahren 1947, 1953, 1954 und 1955. Der zweite Abschnitt Anfang bis Ende der 1960er Jahre wird durch Veröffentlichungen über die primäre Osteoplastik im Bereich des Alveolarkamms charakterisiert, die in Zusammenarbeit mit Pfeifer entstanden. Der letzte Handbuchbeitrag aus dem Jahr 1981 wurde nicht berücksichtigt, weil Pfeifer von mir als Hauptautor betrachtet wird<sup>1497</sup>.

1484 Schuchardt, Pfeifer 1961 [g]; Schuchardt 1971 [a], S. 375.

1485 Schuchardt 1947; Schuchardt 1953 [b].

1486 Schuchardt 1947, S. 209-218.

1487 Schuchardt, Pfeifer 1961 [f], S. 51.

1488 Schuchardt 1953 [b], S. 402.

1489 Schuchardt 1953 [b], S. 401-409. Vgl. Schuchardt 1954 [a], S. 604-613.

1490 Blum 1953, S. 401.

1491 Schuchardt 1954 [c]; Eckstein, Schuchardt 1955 [a], Schuchardt 1960 [e]; Schuchardt, Pfeifer 1960 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1961 [e]; Schuchardt 1962 [b]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [g]; Pfeifer, Schuchardt 1963 [c]; Schuchardt 1966 [g]; Schuchardt, Kriens 1969 [c]; Schuchardt, Pfeifer, Kriens 1969 [d].

1492 Das war erstens der Artikel „Zur Frage des günstigsten Termins für den operativen Verschluß von Gaumenspalten“ aus dem Jahr 1954 und zweitens der Artikel „Ergebnisse bei einseitigen durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in kieferorthopädischer und sprachlicher Hinsicht“ aus dem Jahr 1955, der in Zusammenarbeit mit Alois Eckstein entstand. In dem Artikel aus dem Jahr 1954 legte Schuchardt u. a. seine Meinung über die Bedeutung einer ungestörten Sprechentwicklung der Kinder für ihre seelische Entfaltung dar, die er sehr hoch einstufte, siehe Schuchardt 1954 [c], S. 354-356.

1493 Schuchardt, Pfeifer 1960 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1961 [e]; Schuchardt 1962 [b]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [f]; Schuchardt, Pfeifer 1962 [g]; Pfeifer, Schuchardt 1963 [c]; Schuchardt 1966 [g]; Schuchardt, Pfeifer, Kriens 1969 [d].

1494 Schuchardt, Kriens 1969 [c].

1495 Pfeifer, Schuchardt 1981, S. 421-422.

1496 Schwenzer, Grimm 1990, S. 413-414; Pfeifer 1995, S. 324.

1497 Schuchardt hatte Ende der 1970er Jahre seine wissenschaftliche Arbeit aus gesundheitlichen Gründen einstellen müssen., siehe Kapitel 2.2.3.

### 3.2.4 Schuchardts unveröffentlichte Vorträge über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten

Aus Schuchardts Personalakte im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf ist zu entnehmen, daß er in den Jahren 1960 bis 1969 auf internationaler Ebene weitere 15 nicht veröffentlichte Vorträge über die an der Nordwestdeutschen Kieferklinik angewandten Operationsverfahren hielt, darunter drei zum Thema „Primäre Osteoplastik bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“ 1965, 1968 und 1969<sup>1498</sup>. Außerdem stellte Schuchardt auf dem 7. Weltkongreß für Plastische und Wiederherstellungschirurgie 1967 in Rom eine Klassifikation für die Lippen-Kiefer-Gaumenspalten sowie für kraniofaziale Anomalien vor, die von den 40 dort vertretenen Ländern angenommen wurde. Die Klassifikationen waren von einer Arbeitsgruppe erstellt worden<sup>1499</sup>, in der vermutlich Pfeifer eine Schlüsselrolle spielte, weil er als Begründer der Klassifikationen in die Literatur eingegangen ist<sup>1500</sup>.

1498 Vortrag über „Moderne Methoden der Behandlung von Patienten mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, wie sie in der Nordwestdeutschen Kieferklinik im Universitätskrankenhaus Eppendorf von uns verwendet werden“ im Rahmen des „IX. Congresso Latino Americano e III Brasileiro de Cirurgia Plastica“, 3.-10.9.1960 in Sao Paulo, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, darin Universität Hamburg Akte, Bd. I, Schuchardt an Pressestelle der Universität Hamburg, 26.8.1960;

Vortrag über moderne Methoden der operativen Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten auf dem Kongreß der American Society of Plastic and Reconstructiv Surgery 24.-29.9.1961 in New Orleans, siehe ebd., Bl. 86, Schuchardt an Schulbehörde, Hochschulabteilung Münzner, 25.8.1961;

Vortrag über „Methoden, Ergebnisse und Dokumentation bei der Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“ auf dem Kongreß der Tschechoslowakischen Medizinischen Gesellschaft in Prag vom 12.-17.11.1962, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B3, Schuchardt über Dekan der medizinischen Fakultät an Schulbehörde, Hochschulbehörde, 6.11.1962;

Vortrag über „Moderne Methoden der Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenchirurgie“ Mitte April 1962 in London auf Einladung der zur Londoner Universität gehörenden Klinik für Plastische Chirurgie in Roehampton, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, darin Universität Hamburg Akte, Bd. II, Bl. 95, Schuchardt an Schulbehörde Hochschulabteilung Münzner, 16.4.1962,

Vorträge über die „An der Nordwestdeutschen Kieferklinik ausgearbeiteten Methoden“ auf Einladung von Universitäten in New York, Iowa, Cincinnati und Detroit im Rahmen von Kongressen über Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenchirurgie im Oktober 1963 siehe ebd., Bl. 20, Schuchardt an Regierungsdirektor Münzner, 21.11.1963;

Vortrag auf Einladung der Florida Cleft Palate Association, 6. - 7.2.1964 in Jacksonville, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B3, Schuchardt an Schulbehörde, Hochschulabteilung, 16.1.1964;

Vorträge über „Indikation und Technik der Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenchirurgie“ in der Zeit vom 4.-13.2.1964 in Jacksonville und in New York, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, darin Universität Hamburg Akte, Bd. II, „Schu. Mitt. Bl. Nr.42 März '64“;

Vortrag über „Erfahrungen, die an der Nordwestdeutschen Kieferklinik mit der Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und mit angeborenen und erworbenen Deformitäten der Kiefer gesammelt wurden“, auf dem 4. Arabian Congress of Dental and Oral Surgery vom 20.-25.4.1964 in Damaskus, siehe ebd., Bl. 24, Schuchardt an Syndicus der Universität Münzner, 8.5.1964;

Vortrag über „The role of dental work in the treatment of patients with hare-lip and cleft palate“ auf Einladung der Anglo-Continental Dental Society am 27.6.1964 in London, siehe ebd., Bl. 27, Schuchardt an Oberregierungsrat Münzner, 24.7.1964;

Vortrag über die Technik der primären Knochentransplantation bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten im Rahmen des Kongresses der Chirurgischen Gesellschaft Bratislava vom 28.6.-1.7.1965, siehe ebd., Bl. 34, Schuchardt an Münzner, 13.7.1965;

Vortrag „Primary Bone Grafts of Lip, Alveolus and Palate“, siehe UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B3, Programm des „Twenty-second annual meeting american society of maxillofacial surgeons with the german society of maxillofacial surgeons“ in Philadelphia, 28.-31.5. 1968;

Teilnahme Schuchardts an einem Rundgespräch über Lippen-Kiefer-Gaumenspalten mit fünf anderen internationalen Fachvertretern während des 11. Kongresses der Pan-Pacific Surgical Association vom 14.-22.10.1969 in Honolulu, von besonderem Interesse waren die Erfahrungen mit der „an der Nordwestdeutschen Kieferklinik entwickelten Methode über Knocheneinpflanzung bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“, siehe ebd., Schuchardt an Schulbehörde, Hochschulabteilung, 10.9.1969.

1499 Pfeifer 1995, S. 320. Vgl. Pfeifer 1972, S. 33-39.

1500 Schwenzer, Grimm 1990, S. 393.

### 3.2.5 Wissenschaftliche Veranstaltungen über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten unter Schuchardts Leitung und Mitwirkung

#### 3.2.5.1 Die Internationalen Hamburger Symposien über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten 1954 und 1964

Das 1. Internationale Hamburger Symposium über Lippen-Kiefer-Gaumenspalten fand vom 20. bis 23. Mai 1954<sup>1501</sup> im Allgemeinen Krankenhaus Eilbek statt<sup>1502</sup>, wo die Nordwestdeutsche Kieferklinik bis 1957 untergebracht war (siehe 2.7.2). Die Idee für ein solches Symposium entwickelte Schuchardt vermutlich im Zusammenhang mit der Erarbeitung seiner Beiträge für die siebte Auflage des „Bier-Braun-Kümmelschen Handbuchs“, bei der er sich mit unterschiedlichen Therapiestrategien auseinandersetzte und dabei auch die eigene Vorgehensweise in Frage stellte. In der Vorbereitungsphase traf er sich einmal mit dem Mailänder plastischen Chirurgen Gustavo Sanvenero-Rosselli (1897-1974), um das Symposium zu besprechen<sup>1503</sup>. Schuchardt lud neben acht deutschen Fachvertretern 21 Operateure und Wissenschaftler aus Großbritannien, Frankreich, Italien, Portugal, den Niederlanden, Belgien, Österreich, der Schweiz, Dänemark, Schweden, Finnland und aus Chile nach Hamburg ein. Die Nordwestdeutsche Kieferklinik war durch Schuchardt, Friedrich Schröder (siehe 2.7.3) und Alois Eckstein sowie durch Johannes Wulff vertreten. Die Teilnehmer vertraten ihre Standpunkte zur Operationsvorbereitung, zur Anästhesie sowie zur Lippen- und zur Gaumenplastik. Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Frage nach den Ursachen für die transversale und sagittale Minderentwicklung des Oberkiefers bei Patienten, die im Säuglings- und Kleinkindesalter operiert worden waren. Sowohl Mängel der operativen Techniken als auch die frühen Zeitpunkte für den Lippen- und den Gaumenverschluß wurden als Ursache angeführt. Trotz der Hinweise auf eine iatrogen verursachte Minderentwicklung des Oberkiefers durch frühzeitige Operation des harten Gaumens sprachen sich 16 der 21 Teilnehmer für eine Plastik am harten Gaumen bis zum zweiten Lebensjahr aus. Schuchardt selbst äußerte sich dazu nicht eindeutig. Einige Teilnehmer hielten eine anlagebedingte Hypoplasie für möglich<sup>1504</sup>. Hermann Schweckendieck gab hier seine zukunftssträchtige frühzeitige Veloplastik bekannt, die er später als primäre Veloplastik bezeichnete<sup>1505</sup>. Da keiner der Teilnehmer aussagekräftige Therapieergebnisse von Patienten nach abgeschlossenem Wachstum vorlegen konnte, schlug Schuchardt grundlegende Kriterien für die Dokumentation der Therapieergebnisse vor, um zu einem späteren Zeitpunkt die Langzeitergebnisse verschiedener Kliniken vergleichen zu können. Dazu zählten Gipsmodelle vom Ausgangspunkt, im sechsten, zwölften und achtzehnten Lebensjahr sowie Fernröntgenaufnahmen zur Messung der transversalen und sagittalen Kieferform. Wulff empfahl die Einteilung des Sprechvermögens in normale Umgangssprache, brauchbare Umgangssprache und mangelhafte Umgangssprache. Die Ergebnisse sollten nach der chirurgischen und logopädischen Behandlung sowie im 18. Lebensjahr mittels Tonbandaufnahmen festgehalten werden<sup>1506</sup>.

1501 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 3, „43/10 an 10“, 8.2.1954. Nähere Informationen zu den Hamburger Symposien sind dem Sammelwerk „Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“, das von Gerhard Pfeifer 1982 herausgegeben wurde, und dem Sammelwerk Schuchardts aus dem Jahr 1966 zu entnehmen.

1502 Pfeifer 1982, S. 3.

1503 UKE-Personalakte Karl Schuchardt, B 3, „43/10 an 10“, 8.2.1954.

1504 Eckstein 1982, S. 7-8.

1505 Pfeifer 1995, S. 321.

1506 Eckstein 1982, S. 8. Auch Schuchardt lagen zu dieser Zeit keine Langzeitergebnisse vor, siehe Schuchardt 1954 [a], S. 595; Pfeifer et al. 1981, S. 32.

Das 2. Internationale Hamburger Symposium über Lippen-Kiefer-Gaumenspalten fand zehn Jahre nach dem ersten vom 6. bis zum 8. Juli 1964 im Ärztehaus an der Alster statt<sup>1507</sup>. Auch dieses Treffen wurde von Schuchardt organisiert. Gerhard Pfeifer, Otto Kriens und Hans-Jürgen Metz standen ihm dabei zur Seite<sup>1508</sup>. Ziel des Treffens war es u. a., den Kontakt zu den Fachvertretern in den USA herzustellen<sup>1509</sup>. Die Teilnehmerzahl war auf 66 angestiegen<sup>1510</sup>. Drei Hauptthemen standen im Vordergrund: Primary Treatment of Patients with Clefts of Lip, Alveolus and Palate, Disorders of Growth and Function after Primary Operations and their Treatment und Documentation<sup>1511</sup>. Interessant ist, daß im April des gleichen Jahres am Zahnärztlichen Institut der Züricher Universität ein etwas größer angelegtes internationales Symposium (103 Teilnehmer) unter dem Thema „Early Treatment of Cleft Lip and Palate“ stattgefunden hatte, an dem Fachgrößen aus Europa und den USA teilnahmen, nicht jedoch die Nordwestdeutsche Kieferklinik<sup>1512</sup>. Möglicherweise hielt Schuchardt die Teilnahme nicht für notwendig, weil einige der Vortragenden des Züricher Symposiums auch in Hamburg eingeladen waren. Es könnte aber auch eine Konkurrenzsituation entstanden sein.

Auf dem Hamburger Symposium wurden insgesamt 19 Themen erörtert<sup>1513</sup>, die jeweils durch ein Grundsatzerferat eingeleitet wurden<sup>1514</sup>. Fünf der Referenten waren Professoren des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf<sup>1515</sup>. Schuchardt hielt das Referat auf der Sitzung über Dokumentationsfragen und wies dabei auf die Bedeutung anamnestischer, morphologischer und therapeutischer Sachverhalte hin<sup>1516</sup>. Als Korreferent der Sitzung über „Modern Procedures in Uni- and Bilateral Clefts of Lip, Alveolus and Hard Palate with Respect to Primary Osteoplasty“ erläuterte er zwei an der NWDKK angewandte Verfahren zur Schaffung eines Transplantationsbettes für die primäre Osteoplastik im Kieferspalt sowie im Gaumenspalt<sup>1517</sup>. In diesem Zusammenhang erklärte Schuchardt die tierexperimentellen Beweise des wachstumhemmenden Effekts einer frühzeitigen Entblößung der Gaumenplatten aus den Jahren 1954 und 1958 für nicht übertragbar auf den Menschen:

*„My experiences are incompatible with HERFERT's opinion that the detachment of the palatal muco-periosteum is the cause for the underdevelopment of the hard palate later on, which he had proved in experiments on dogs. The question arises, to what extent this observation is significant for operations on palat[in]al clefts in humans“<sup>1518</sup>.*

Statt dessen sah er in der einschichtigen Anwendung von nasaler Mucosa eine wesentliche Ursache für postoperative Deformationen<sup>1519</sup>. Ebenfalls als Korreferent nahm er zum Thema „Secondary Osteoplastic Completion of Maxilla and Palate“ Stellung. Hier belegte er anhand von Röntgenbildern therapeutische Erfolge<sup>1520</sup>. Zusätzlich beteiligte er sich noch mit vier kleineren Diskussionsbeiträgen am ersten<sup>1521</sup> und mit einem Beitrag am zweiten Hauptthema<sup>1522</sup>. In der Summe wirken seine Beiträge etwas übergewichtig, u. a. weil er z. B. den schon 1947 publizierten Zwischenkieferersatz mit einem Rundstiellappen erneut präsentierte. Gerhard Pfeifer sprach

1507 Pfeifer 1982, S. 3, 9.

1508 Schuchardt (Hrsg.) 1966 [a], Vorwort.

1509 Pfeifer 1995, S. 320.

1510 Schuchardt (Hrsg.) 1966 [a], Members of the Symposium.

1511 Pfeifer 1982, S. 9.

1512 Hotz 1965, S. 11- 15.

1513 Schuchardt (Hrsg.) 1966 [a], Table of Contents.

1514 Ebd., S. 4-233.

1515 Ebd., S. 14-24, 115-119, 210-212, 215-216, 228.

1516 Ebd., S. 228.

1517 Ebd., S. 54-59.

1518 Ebd., S. 56.

1519 Ebd., S. 57.

1520 Ebd. S. 134-136.

1521 Ebd. S. 64, 94, 97-98, 103.

1522 Ebd. S. 180-183.

über „Morphology of Formations of Clefts as a Basis for Treatment“<sup>1523</sup>. Erich Hausser, Leiter der Kieferorthopädischen Abteilung, referierte über „Procedures and Limits of the Orthodontic Treatment“<sup>1524</sup>. Horst Ritze, Leiter der Prothetischen Abteilung, eröffnete die Sitzung zum Thema „Indications and Techniques of Obturator Prosthesis in Palatal Clefts“<sup>1525</sup>. In das Thema „ENT-Aspects of Corrective Operations of the Palate“ führte der Leiter der Hals-Nasen-Ohren-Klinik des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf, Rudolf Link (1910-1988), ein<sup>1526</sup>.

### 3.2.5.2 Die Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie 1954, 1957 und 1958

Auf den Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie wurde das Thema Lippen-Kiefer-Gaumenspalten im Zeitraum 1945 bis 1971 fünfmal behandelt, in den Jahren 1954<sup>1527</sup>, 1957<sup>1528</sup> und 1958<sup>1529</sup> sowie nach zwölfjähriger Pause 1970<sup>1530</sup> und 1971<sup>1531</sup>. Schuchardt stand der Gesellschaft von 1954 bis 1964 vor. Er war somit aktiv an der Themenwahl und an der Organisation beteiligt (siehe 2.1 u. 2.8.2). Die Tagungen 1970 in Hamburg und 1971 in Salzburg behandelten ausschließlich Themen der Spaltchirurgie<sup>1532</sup>, sie wurden aber vermutlich nicht mehr von Schuchardt mitorganisiert.

Auf der 4. Jahrestagung der Gesellschaft im Juli 1954 in Hamburg, zwei Monate nach dem Symposium, wurde die Chirurgie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten als Hauptthema besprochen. Neben deutschen Fachvertretern waren auch internationale Gastredner geladen. Schwerpunkte waren Methoden, Zeitpunkte und Ergebnisse der Primäroperationen. Weitere Vorträge konzentrierten sich auf die Sekundäroperationen. Auch die Ätiologie und kieferorthopädische sowie logopädische Begleittherapien fanden Beachtung<sup>1533</sup>. Eine neue therapeutische Komponente wurde von dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Eduard Schmid (1912-1992) aus Stuttgart sowie von dem Kieferorthopäden Karl Erik Nordin in Zusammenarbeit mit dem Chirurgen Bengt Johanson (\*1920) aus Göteborg vorgestellt<sup>1534</sup>. Sie transplantierten Beckenknochen in die Kieferspalte. Als Erstbeschreiber gilt Schmid<sup>1535</sup>. Erste osteoplastische Versuche zur Spaltüberbrückung gab es seit Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts, diese waren jedoch nur teilweise von Erfolg gekrönt<sup>1536</sup>. Schuchardt beteiligte sich in Zusammenarbeit mit Alois Eckstein mit einem Vortrag. Sie hatten herausgearbeitet, daß außer der Methode und des Zeitpunkts der Operation auch morphologische Besonderheiten, die z. B. im Engstand der Milchzahnkeime zum Ausdruck kommen, die Minderentwicklung des Oberkiefers beeinflussen müssen. Sie vertraten entgegen der Ansicht Veaus die Hypothese, daß die Lippen- und Kiefertile bei Spaltbildungen häufig eine Hypoplasie aufweisen. Sie bestätigten den schädigenden Einfluß zu frühen und zu umfangreichen Operierens, doch hielten sie es für möglich, die Schäden durch eine rechtzeitige kieferorthopädische Behandlung auszugleichen. Die morphologische Untersuchung wurde vermutlich hauptsächlich von Eckstein durchgeführt, der als erster Autor

1523 Ebd. S. 14-24.

1524 Ebd. S. 115-119.

1525 Ebd. S. 210-212, .

1526 Ebd. S. 215-216.

1527 Schuchardt (Hrsg.) 1955, Vorwort

1528 Ders. (Hrsg.) 1958, Vorwort und Inhaltsverzeichnis.

1529 Ders. (Hrsg.) 1959, Vorwort.

1530 Ders. (Hrsg.) 1973, Vorwort.

1531 Ebd.

1532 Pfeifer 1995, S. 321. Vgl. Schuchardt, Steinhardt, Schwenzer (Hrsg.) 1973, Vorwort.

1533 Schuchardt (Hrsg.) 1955, Vorwort, Inhaltsverzeichnis.

1534 Pfeifer 1995, S. 326.

1535 Tübben 1972, S. 51.

1536 Pfeifer 1995, S. 326.

genannt wurde<sup>1537</sup>, und später weitere Arbeiten zu dieser Problematik veröffentlichte<sup>1538</sup>. Als weiterer Hamburger referierte Wulff über „Erfahrungen bei der Sprecherziehung von Gaumenspaltenpatienten“<sup>1539</sup>.

Auf der 7. Tagung 1957 stand an erster Stelle das Thema „Eingriffe am wachsenden Gesichtsschädel“. Zu diesem Thema wurden auch sieben Vorträge über Lippen-Kiefer-Gaumenspalten gehalten, die zum Teil auf den Referaten aus dem Jahr 1954 aufbauten. So ging Eckstein erneut auf Lageanomalien oberer Milchzahnkeime ein. Auch Wulff beteiligte sich wieder mit einem Vortrag zur Logopädie<sup>1540</sup>. Auf der Folgetagung im Jahr 1958 wurde das Thema „Erfahrungen und Methoden bei der Behandlung von Patienten mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten“ an zweiter Stelle neben zwei anderen großen Themengebieten behandelt mit dem Ziel, die Weiterentwicklung der operativen Methoden seit 1954 herauszuarbeiten<sup>1541</sup>. Besonders hervorzuheben ist der Vortrag von Josef Schrudde und Rudolf Stellmach (\*1924), beide Mitarbeiter der Westdeutschen Kieferklinik, „Primäre Osteoplastik und Kieferbogenformung bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“, in dem sie die Knochen- transplantation in den Kieferspalt bei gleichzeitigem Spaltverschluß als „Primäre Osteoplastik“ definierten<sup>1542</sup>. Die Nordwestdeutsche Kieferklinik beteiligte sich nicht mit einem Vortrag<sup>1543</sup>.

### 3.2.5.3 Die Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1960 und 1961

Neben den speziellen Veranstaltungen der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen sind auch zwei Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu nennen. Im Rahmen der 77. Tagung dieser Gesellschaft 1960 behandelte die Arbeitsgemeinschaft „Plastische und Wiederherstellungschirurgie“ das Thema „Die Behandlung von Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten“ unter der Leitung von Schuchardt. Er hielt auch den Übersichtsvortrag<sup>1544</sup>. Pfeifer stellte hier in einem Diskussionsbeitrag erstmalig die an der Nordwestdeutschen Kieferklinik angewandte Technik der primären Osteoplastik vor<sup>1545</sup>. Knochentransplantationen in den Spaltbereich im Verlauf der Primäroperation wurden an der Klinik erstmals 1953 erprobt. Ab 1958, also nach der Publikation von Schrudde und Stellmach, wurde die primäre Osteoplastik im Kieferspalt in größerem Umfang durchgeführt<sup>1546</sup>. Innerhalb von zwei Jahren (1958-1960) hatten Pfeifer und Schuchardt 28 Säuglinge mit dieser Technik operiert<sup>1547</sup>.

Auf der 78. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1961 leitete Schuchardt die Sektion „Freie Vorträge“<sup>1548</sup>. Er beteiligte sich mit dem Vortrag über eine spaltabdeckende und pharynxverengende Sekundäroperation bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten durch Transplantation eines Rundstiellappens, dessen Fettgewebe die Pharynxverengung erzeugte<sup>1549</sup>. Außer dieser Arbeit zeigten Schuchardt und Pfeifer ein teils manuelles und teils maschinelles Dokumentationssystem zur Langzeiterfassung von Daten<sup>1550</sup>, das für Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten an der NWDKK 1959 ausgearbeitet worden war. Das System bestand aus einer Randloch-Klartext-Schnellsichtkartei, kombiniert mit einer Terminliste für Kontrolluntersuchungen. Sie enthielt alle wesentlichen Befundergebnisse, die durch Hinweise auf Foto-, Röntgenbild-, Modell- und Tonbandarchive

1537 Eckstein, Schuchardt 1955 [a], S. 127-137.

1538 Eckstein 1958, S. 140-145.

1539 Schuchardt (Hrsg.) 1955, Inhaltsverzeichnis.

1540 Schuchardt (Hrsg.) 1958, Vorwort, Inhaltsverzeichnis.

1541 Schuchardt (Hrsg.) 1959, Vorwort.

1542 Schuchardt, Pfeifer 1962 [f], S. 186.

1543 Schuchardt (Hrsg.) 1959, Inhaltsverzeichnis.

1544 Schuchardt 1960 [e], S. 849-856.

1545 Schuchardt, Pfeifer 1960 [f], S. 881-885.

1546 Schuchardt, Pfeifer 1961 [e], S. 40.

1547 Schuchardt, Pfeifer 1960 [f], S. 881.

1548 Bauer, H. K. et al (Hrsg.) 1961, S. IV-VI.

1549 Schuchardt 1961 [f], S. 178-179.

1550 Schuchardt, Pfeifer 1961 [e], S. 45-46.

ergänzt wurden, und war an die elektronische Datenverarbeitung des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf angeschlossen<sup>1551</sup>. Das System integrierte auch Therapieschritte benachbarter Disziplinen, z. B. von Hals-Nasen-Ohrenärzten, Logopäden und Kieferorthopäden<sup>1552</sup>. Daran wird deutlich, daß man an der NWDDK bestrebt war, Kinder mit Spaltbildungen des Gesichts interdisziplinär zu behandeln. Das Dokumentationssystem wurde ab 1958 von Pfeifer erstellt und erhielt den Namen „Hamburger System“<sup>1553</sup>.

### 3.2.6 Dissertationen über Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten an der Nordwestdeutschen Kieferklinik im Zeitraum 1945-1971

Im Zeitraum 1948-1971 wurden an der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten 19 Dissertationen zum Themengebiet Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten fertiggestellt<sup>1554</sup>. Sie lassen sich thematisch, soweit das aus den Titeln hervorgeht, nach drei Schwerpunkten ordnen: Ätiologie, Morphologie und Therapie. Zwei Dissertationen aus den Jahren 1948 und 1959 beschäftigten sich mit der Ätiologie. Sie entstanden unter Anleitung von Schuchardt<sup>1555</sup>. Neun Doktorarbeiten aus den Jahren 1961 bis 1971 befaßten sich mit der Morphologie<sup>1556</sup> und vier aus der Zeit zwischen 1952 bis 1971 mit der Therapie<sup>1557</sup>, drei, aus den Jahren 1966, 1967 und 1971, behandelten alle drei Gesichtspunkte<sup>1558</sup>. Interessant ist dabei, daß morphologische Aspekte in elf Dissertationen bearbeitet wurden. Davon wurden die ersten beiden Arbeiten aus dem Jahr 1961 von Erich Hausser betreut, die Mehrzahl aber von Gerhard Pfeifer, der seit 1959 systematisch die Morphologie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten erforschte<sup>1559</sup>. Schuchardt wirkte bis auf eine Arbeit, bei der er Hauptgutachter war<sup>1560</sup>, bei fünf Dissertationen als Korreferent<sup>1561</sup>.

### 3.2.7. Operationstermine und -methoden bei durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten an der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter Schuchardt

Wie eingangs erwähnt, sollen die wissenschaftlichen Beiträge Schuchardts inhaltlich hinsichtlich der von ihm bevorzugten Operationszeiten und -methoden für den Verschluß des harten Gaumens bei vollständigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ausgewertet werden. Daneben finden auch Besonderheiten der Operationsvorbereitung Beachtung. Auf die logopädische und kieferorthopädische Nachbehandlung sowie auf Korrekturoperationen kann aus Raumgründen nicht eingegangen werden.

1551 Pfeifer In: Universität Hamburg, Pressestelle (Hrsg.) 1972, S. 34-35.

1552 Schuchardt, Pfeifer 1961 [g], S. 681-682.

1553 Schuchardt 1966 [a], S. 229-231.

1554 Brinkmann 1952; Fahrenberg; Geisenhainer 1971; Hoffens 1961; Hoffmann, G. 1948; Immeyer 1967; Jungkamp 1952; Kaiser 1961; Kranenberg 1965; Menden 1971; Meyer, H. 1970; Meyer-Bomke 1965; Muissus 1966; Pangert 1967; Peglow 1965; Spiessl 1961; Stein 1959; Teuchert 1967; Trost 1971; Uhl 1971; Wiegmann 1967.

1555 Hoffmann, G. 1948; Stein 1959.

1556 Fahrenberg 1967; Hoffens 1961; Kaiser 1961; Menden 1971; Meyer, H. 1970; Meyer-Bomke 1965; Peglow 1965; Teuchert 1967; Trost 1971.

1557 Brinkmann 1952; Jungkamp 1952; Spiessl 1961; Uhl 1971.

1558 Geisenhainer 1971; Muissus 1966; Pangert 1967.

1559 Pfeifer In: Universität Hamburg, Pressestelle (Hrsg.) 1972, S. 34-35.

1560 Pangert 1967.

1561 Fahrenberg 1967; Hoffens 1961; Kaiser 1961; Muissus 1966; Teuchert 1967.

### 3.2.7.1 Quarantänestation der Nordwestdeutschen Kieferklinik

In einem seiner Handbuchbeiträge aus dem Jahr 1954 erläuterte Schuchardt ausgiebig, wie die Säuglinge und Kinder zwischen 1945 und 1952 an der Nordwestdeutschen Kieferklinik für die Operation vorbereitet und welche anästhetischen Verfahren angewandt wurden<sup>1562</sup>. Später, beim Neubau der Nordwestdeutschen Kieferklinik 1954-1957, ließ er zum Zweck der Quarantäne einen besonderen Pavillon errichten (siehe 2.7.2). Daraus kann geschlossen werden, daß die Isolierung noch längere Zeit beibehalten wurde. Eine solche Station gab es speziell für Kinder mit Spaltbildungen auch in der Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin, die unter der Leitung von Martin Waßmund stand<sup>1563</sup> (siehe 2.4.2). Schuchardt gab an, daß Wolfgang Rosenthal in seiner Klinik in Thallwitz bei Leipzig ebenfalls eine Quarantänestation unterhalte<sup>1564</sup>, was aber zumindest nach 1954 nicht mehr zutraf, da Rosenthal zu dieser Zeit für die Unterbringung aller Kinder spezielle Boxen hatte einrichten lassen<sup>1565</sup>. Schuchardt bezog sich bei der Einrichtung einer solchen Station auch nicht auf Rosenthal, sondern auf seinen Lehrer Waßmund<sup>1566</sup>.

Die Säuglinge, die in die Quarantänestation der NWDKK zur Operationsvorbereitung aufgenommen wurden, sollten ein Mindestgewicht von 5000g erreicht haben und älter als drei Monate sein<sup>1567</sup>. Als optimale Ernährung wurde Muttermilch empfohlen, die nach der Anleitung durch Säuglingsschwestern von den Müttern mit Trinkhilfen verabreicht wurde<sup>1568</sup>. Freiluftbehandlung und Rachitisprophylaxe mit Vigantol (1-2 Stöße zu je 15mg)<sup>1569</sup> galten als wichtig. Die Kinder wurden 14 Tage vor der Operation auf die Quarantänestation der NWDKK gebracht, um den Ausbruch von Infektionserkrankungen wie Scharlach, Keuchhusten oder Diphtherie auf der Operationsstation zu vermeiden. Vor der Aufnahme wurden drei Abstriche zum Test auf eine inapparente Infektion mit *Corynebacterium diphtheriae* abgenommen. Nur bei negativem Testergebnis erfolgte die Aufnahme. Bei Kindern, die einen positiven Abstrich aufwiesen, wurde versuchsweise mit Honigpinselungen und Peryfer behandelt, um die Besiedlung der Mundhöhle zu beseitigen.

Alle Kinder, die älter als zwölf Monate waren, wurden aktiv gegen Diphtherie und Scharlach geimpft. Kariöse Läsionen der Zähne mußten vor der Operation behandelt werden. Eine Konsultation eines Hals-Nasen-Ohrenarztes war Routine. Große hyperplastische Tonsillen entfernte man. Die Eltern wurden über den Ablauf des Klinikaufenthaltes sowie über kieferorthopädische und logopädische Nachbehandlungen in Kenntnis gesetzt<sup>1570</sup>.

### 3.2.7.2. Götzsche Modifikation der Nasenbodenbildung nach Veau

Von 1946 bis 1963 wurden 588 Säuglinge mit durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zur Behandlung an der NWDKK aufgenommen. Schuchardt führte bei diesem Kollektiv insgesamt 504 Primäroperationen selbst durch. Wieviele davon dem Verschuß des vorderen oder hinteren Spaltbereichs dienten, wurde nicht differenziert<sup>1571</sup>. Schuchardt schloß bei einseitigen Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten zweizeitig, weil seiner Meinung nach durch einzeitiges Operieren die Belastbarkeit des Säuglings überschritten worden wäre<sup>1572</sup>. Von 1945 bis

1562 Schuchardt 1954 [a], S. 523-527. Schuchardt operierte unter Lokalanästhesie mit Novocain-Suprareninlösung sowie unter Intubationsnarkose mit einem Lachgas-Sauerstoff-Äthergemisch. Präoperativ wurden Kinder mit Luminal sediert, siehe ebd., S. 525-526.

1563 Waßmund 1939, S. 274-275.

1564 Schuchardt 1954 [a], S. 524.

1565 Eckstein 1982, S. 5.

1566 Schuchardt 1954 [a], S. 524-525.

1567 Schuchardt 1954 [a], S. 520.

1568 Ebd. S. 523.

1569 Eckstein, Schuchardt 1955 [a], S. 133.

1570 Schuchardt 1954 [a], S. 524-525.

1571 Geisenhainer 1972, S. 14, 22, 32.

1572 Schuchardt 1954 [a], S. 521.

1952 und nach einer kurzen Unterbrechung mindestens bis 1966 wurde in einem Operationsakt der Kiefer und der harte Gaumen mit einer 1940 von Josef Götz modifizierten Methode nach Veau geschlossen<sup>1573</sup>. Gleich daran anschließend vereinigte er die Lippe bis 1953 nach der Methode von Veau<sup>1574</sup>; später wendete er auch die Methode von Werner Hagedorn (1831-1894) und Arthur Baker Le Mesurier (\*1889) sowie etwa ab 1963 die Verfahrensweise von Charles Tennison (1908-1990) an<sup>1575</sup>. Meistens führte er die erste Operation im sechsten Lebensmonat<sup>1576</sup>, häufig aber auch im vierten oder fünften durch<sup>1577</sup>.

Im Gegensatz zu Veau wird bei Götz neben dem spaltseitigen Palatinallappen auch kontralateral ein Palatinallappen mobilisiert. Durch die Vereinigung der beiden Lappen wird die Nasenschleimhaut im gesamten Abschnitt des harten Gaumens abgedeckt<sup>1578</sup>. Schuchardt bevorzugte diese Technik, weil dadurch die Veloplastik erleichtert wurde<sup>1579</sup>. Er hat sie vermutlich erst 1945, als ihm die Leitung der Nordwestdeutschen Kieferklinik übertragen wurde, von dem Mitarbeiter dieser Klinik, Josef Götz, übernommen (siehe 2.7.1). Denn bis kurz vor dem zweiten Weltkrieg 1939 hatte er nur wenige, meist erwachsene Spaltpatienten behandelt, und während des Krieges war er größtenteils als Militärmediziner tätig (siehe 2.5 u. 2.6.3).

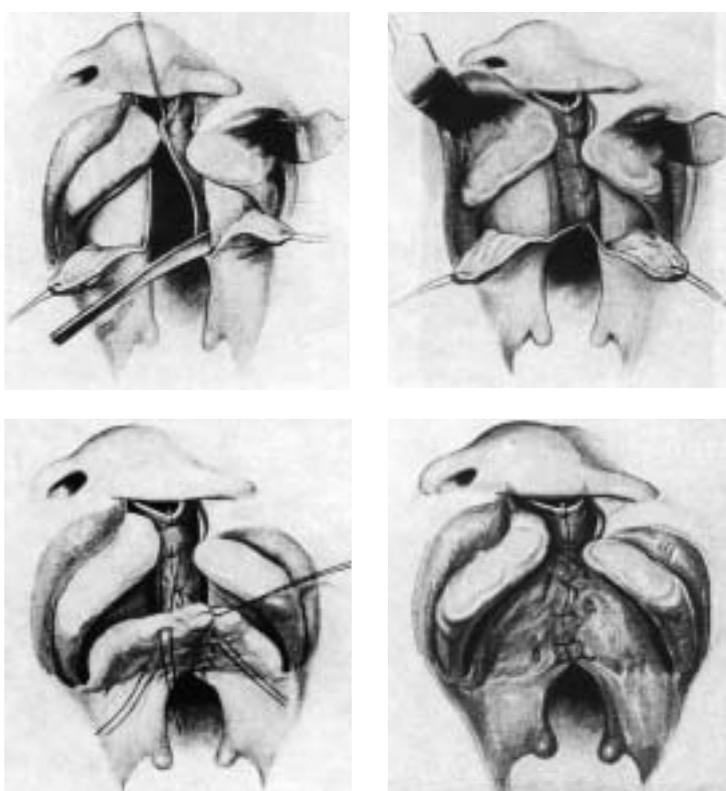


Abb. 132-135. Götz: Modifikation der Nasenbodenbildung nach Veau, 1940.

Die Operation begann mit der Anfrischung der Spaltränder vom distalen Ende des Hartgaumens bis zum Naseneingang. Danach wurden parallel der Zahnreihen zwei distalgestielte Palatinallappen mit dem Periost vom Knochen gelöst und zunächst nach außen geklappt. Veau benutzte beidseitige Palatinallappen erst bei der Stiellappenplastik. Nach der Bildung der Palatinallappen mobilisierte Schuchardt die nasale Schleimhaut oberhalb des Gaumens und des Kieferkamms und vereinigte sie in der Mitte des Spaltes durch Knopfnähte. Nun folgte

1573 Ders. 1966 [a], S. 56. Isolierte Lippenspalten wurden von Schuchardt möglichst unmittelbar nach dem 6. Lebensmonat operiert, weil die Kinder dann bereits stabiler und die anatomischen Strukturen größer und damit leichter operierbar waren, siehe Schuchardt 1954 [a], S. 520. Einseitige Lippenspalten schloß Schuchardt bis 1952 in der Regel nach der Operationstechnik von Veau, seltener nach der Methode von Langenbeck, siehe ebd., S. 531-535. Doppelseitige Lippenspalten operierte er nach Axhausen oder nach Veau, siehe ebd., S. 539. Die Technik Axhausens war im Gegensatz zu der von Veau mit einer Korrektur des Naseneingangs verbunden, siehe ebd., S. 530, 535, 540-541; Pfeifer, Schuchardt 1981, S. 378.

1574 Ebd. S. 548-550. Vgl. 531-535.

1575 Schuchardt 1966 [a], S. 55-57.

1576 Ders. 1954 [a], S. 523.

1577 Ebd., S. 551. Vgl. Mussius 1966, S. 36-37.

1578 Pfeifer, Schuchardt 1981, S. 426.

1579 Schuchardt 1962 [b], S. 524.

die Vereinigung der beiden Palatinallappen, die danach durch drei Matratzennähte mit der nasalen Schleimhaut verbunden wurden<sup>1580</sup> (Abb. 132-135). Durch die Anwendung von zwei Palatinallappen lag der Beginn der distalen Restspalte, transversal betrachtet, etwa in der Mitte des Gaumens, was günstige Voraussetzungen für den späteren Verschluss mit der Brückenlappenplastik schuf<sup>1581</sup>. Kinder mit doppelseitigen vollständigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten operierte Schuchardt mit der eben beschriebenen Technik bevorzugt im 4. Lebensmonat, weil bei ihnen die Operation nach Veau an zwei getrennten Terminen mit einem Abstand von acht Wochen durchgeführt wurde, ab dem 8. Lebensmonat aber die Rückverlagerung des Zwischenkiefers durch die zunehmende Verfestigung des Vomers erschwert wurde. Er schloß im ersten Operationsakt den harten Gaumen und die größere der Lippen-Kieferspalt und in einer zweiten Operation die andere Lippen-Kieferspalt<sup>1582</sup>.

Nach 1952 verließ er für kurze Zeit sein langjähriges Konzept und schloß die Spalte im Kiefer und im harten Gaumen mit einer Modifikation der Methode nach Pichler. Schuchardt kombinierte die Vomerlappenplastik anterior mit der Methode Veaus<sup>1583</sup> (Abb. 136). Daß er, um Operationsfolgen zu minimieren<sup>1584</sup>, die Methode Pichlers wählte, verwundert aus zwei Gründen: erstens weil er diese Methode des Hartgaumenverschlusses, wie zuvor, zusammen mit dem Lippen- und Kiefernverschluss im sechsten Lebensmonat ansetzte, und zweitens weil er im „Bier-Braun-Kümmelschen Handbuch“ 1954 schrieb, daß bei dieser Methode durch den einschichtigen Gaumenverschluss mit Nasenschleimhaut starke Narbenkontrakturen zu erwarten seien. Um den Unterschied zwischen der Methode nach Götz und einer Methode ohne Periostablösung an den Gaumenplatten zu erproben, hätte er auch die doppelschichtige Vorgehensweise nach Campbell oder Waßmund wählen können. Eine Erklärung findet sich in der Aussage Schuchardts, daß er die Denkweise Veaus übernommen habe und es als vorteilhaft ansah, mit der Lippenspaltenoperation bereits den harten Gaumen zu schließen. Campbells Vomer-

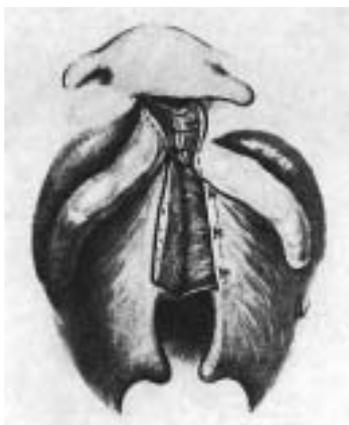


Abb. 136. Schuchardt: Modifikation der Pichlerschen Vomerplastik mit der Nasenbodenbildung nach Veau um 1952.

lappenplastik entsprach im anterioren Bereich des Nasenbodens nicht den Forderungen Veaus und Waßmunds nicht im distalen. Die Operationsergebnisse Schuchardts waren mit der Methode nach Pichler schlechter als bei dem Verfahren nach Götz; das heißt, die Entwicklung des Oberkiefers wurde stärker behindert. Schuchardt hob dabei besonders das ausgeprägtere transversale Wachstumsdefizit hervor<sup>1585</sup>. 1966 wurde im Rahmen einer Dissertation festgestellt, daß bei den unter Schuchardt innerhalb des ersten Lebensjahrs am Gaumen operierten Patienten mit doppelseitigen durchgehenden Spalten in der zweiten Dentition die Prämolaren stark zur Mitte eingezogen waren. Aussagen zum Größenverhältnis des Oberkieferzahnbogens zum Unterkiefer wurden allerdings nicht gemacht<sup>1586</sup>.

1580 Ebd. S. 545-550. Vgl. 531-535.

1581 Ebd., S. 548.

1582 Schuchardt 1954 [a], S. 523, 550-553.

1583 Ebd., S. 554.

1584 Schuchardt 1953 [b], S. 405.

1585 Schuchardt 1962 [b], S. 522-524; Geisenhainer 1972, S. 48-49. Vgl. Mussius 1966, S. XI-XII.

1586 Mussius 1966, S. 44.

Im Zusammenhang mit dem Einfluß der Operationstermine für den Verschuß des harten Gaumens auf die Behandlungsergebnisse müssen die Aussagen der Dissertation „Über Einseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Statistische Auswertung ätiologischer, morphologischer und therapeutischer Sachverhalte von 799 Patienten“ von Redmer Geissenhainer aus dem Jahr 1972 richtiggestellt werden, die unter der Leitung von Gerhard Pfeifer stand. Geissenhainer gibt darin fälschlicherweise an, daß an der Nordwestdeutschen Kieferklinik im Zeitraum 1939-1963 der harte Gaumen im vierten Lebensjahr verschlossen wurde<sup>1587</sup>. Dabei läßt sich unter Benutzung seines Zahlenmaterials<sup>1588</sup> zeigen, daß bei zwei Dritteln der Kinder der harte Gaumen zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb des ersten Lebensjahres geschlossen wurde, mit einem Maximum im fünften Lebensmonat (Abb. 137). Es zeigt sich folglich eine enorme Diskrepanz zwischen dem Zahlenmaterial, das die tatsächlichen Operationstermine wiedergibt, und den Schlußfolgerungen im Text. Da bei diesem einfachen Zahlenmaterial ein Rechenfehler auszuschließen ist, muß die Vermutung geäußert werden, daß hier vorsätzlich eine ungenaue Darstellung der Behandlungsweise an der NWDKK vorgenommen wurde. Möglicherweise sollte hier nachträglich die Operationsweise an der Klinik moderner dargestellt werden, als sie in Wirklichkeit war.

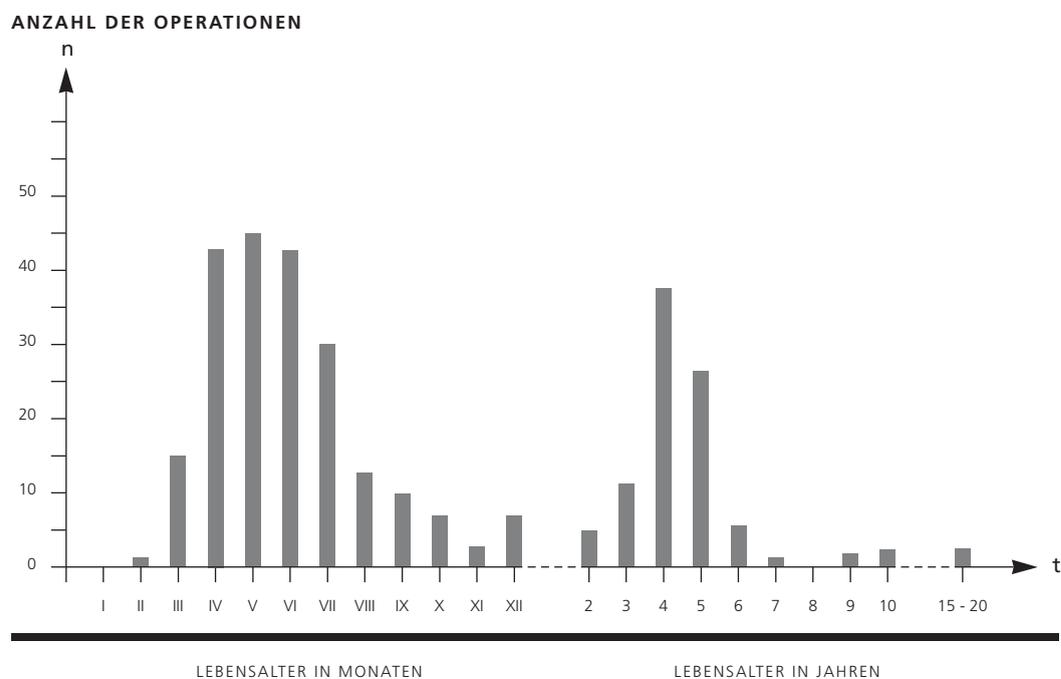


Abb. 137. Histogramm der Operationstermine für den primären Verschuß des harten Gaumens von 312 Patienten mit unilateralen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, die innerhalb des Zeitraumes 1939-1963 an der Nordwestdeutschen Kieferklinik operiert wurden. Die Abszisse zeigt die Zeitachse  $t$ , wobei I-XII die Lebensmonate des ersten Lebensjahres, 2, 3, etc. die folgenden Lebensjahre bezeichnen und die Ordinate die Anzahl  $n$  der Patienten im entsprechenden Zeitraum angibt. Von den 799 Patienten, deren Daten ausgewertet wurden, erhielten insgesamt 312 Patienten primäre Operationen am harten Gaumen, 220 im ersten Lebensjahr und 92 in den darauffolgenden Jahren. Die Abbildung gibt nur die mit „HG“ [Hartgaumen] bezeichnete Spalte der Tabelle 19 der Dissertation von Geissenhainer als Histogramm wieder.

1587 Geissenhainer 1972, S. 48-49. Vgl. auch S. 51.

1588 Ebd., S. 32.

### 3.2.7.3 Primäre Osteoplastik nach Schuchardt und Pfeifer

Ab 1958 kombinierten Schuchardt und Mitarbeiter die Götzsche Vorgehensweise mit einer autologen Osteoplastik aus Rippenknochen im Kieferspalt, ab 1963 wurde auch zwischen die Gaumenplatten Knochen eingelagert<sup>1589</sup>. Von 1958 bis zum 1.6.1964 wurde an der NWDKK bei 227 Patienten eine primäre Osteoplastik durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 239 autologe und 30 homologe Knochentransplantate eingepflanzt. Schuchardt und Mitarbeiter wendeten zwei verschiedene Verfahren zur Schaffung des Transplantationsbettes an; entweder wurde der harte Gaumen gleichzeitig verschlossen oder nur die Lippen-Kieferspalte. Letzteres vorrangig, wenn der Kiefer der gespaltenen Seite nach median verschoben war<sup>1590</sup>.



Abb. 138. Schuchardt: Primäre Osteoplastik im Kiefer- und Gaumenspalt mit Götzscher Nasenbodenbildung, Lippenschluß nach Tennison und oraler Transplantatdeckung nach Burian, publiziert 1966.



Abb. 139. Schuchardt: Primäre Osteoplastik im Kiefer- und Gaumenspalt mit Nasenbodenbildung nach Veau-Axhausen, Lippenschluß nach Tennison und oraler Transplantatdeckung nach Burian, publiziert 1966.

Bei gleichzeitigem Verschuß des harten Gaumens wurde die Götzsche Modifikation der Nasenbodenbildung nach Veau genutzt<sup>1591</sup>, seltener die modifizierte Methode Pichlers<sup>1592</sup>. Nach Stellmach und Schrudde wurde dabei in der Regel autologer Rippenknochen im alveolären Spaltbereich verkeilt. Im Unterschied zu diesen beiden Autoren führten sie gleichzeitig einen Verschuß der Lippenspalte und des harten Gaumens

durch. Erfolgte nur die Deckung des Kieferspalt in Kombination mit der Lippenplastik, so bediente man sich zur Bildung des Transplantatbettes der Nasenbodenbildung nach Veau-Axhausen<sup>1593</sup>. Im Bereich des Kieferspalt wurde das Transplantat anfangs mit einem Lippenrotlappen<sup>1594</sup>, später mit einem Schleimhautlappen nach Richard Trauner (1900-1980) und František Burian abgedeckt<sup>1595</sup> (Abb. 138-139).

Es scheint so, daß Pfeifer vorwiegend ohne und Schuchardt mit Hartgaumenverschuß operierte. Genaue Angaben zum zahlenmäßigen Verhältnis beider Vorgehensweisen konnten für den vollen Zeitraum 1958 bis 1970 nicht gefunden werden. 1961 wurde bei 38 von 59 Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten eine Plastik am harten Gaumen durchgeführt (64,4%)<sup>1596</sup>. Parallel zu autologen Transplantaten wurde auch wasserstoffsuperoxidbehandelter Rinderknochen, der sogenannte Kieler Span, eingesetzt. Zum Beispiel wurde bei doppelseitigen Spalten auf einer Seite homologes und auf der anderen Seite autologes Material transplantiert<sup>1597</sup>.

1589 Schuchardt 1966 [a], S. 57-58.

1590 Schuchardt, Pfeifer 1962 [f], S. 195.

1591 Schuchardt 1966 [a], S. 55-59.

1592 Schuchardt, Pfeifer 1961 [e], S. 45.

1593 Schuchardt 1966 [a], S. 55-56.

1594 Schuchardt, Pfeifer 1960 [f], S. 881-882; Schuchardt, Pfeifer 1961 [e], S. 43-45.

1595 Pfeifer, Schuchardt 1981, S. 413. Vgl. Schuchardt 1966 [a], S. 55. Laut Schuchardt 1962 [b], S. 525-526, kamen je nach Größe der Spalte auch Schleimhautlappen nach Pfeifer oder nach Stellmach zur Anwendung.

1596 Schuchardt, Pfeifer 1961 [e], S. 45-46.

1597 Ebd. S. 42-48.

Nach sehr guten Anfangserfahrungen mit der primären Osteoplastik, die sich u. a. in einer knöchernen Stabilisierung des Zwischenkiefers und sogar in Zahnkeimeinlagerungen ins Transplantat ausdrückten<sup>1598</sup>, folgte Ende der 1960er Jahre eine Ernüchterung. Es wurde von schlechten Zwischenergebnissen, z. B. Minderentwicklungen des Oberkiefers, berichtet. Viele Kliniken führten danach nur noch eine sekundäre Osteoplastik durch<sup>1599</sup>.

#### 3.2.7.4 Brückenlappenplastik einschließlich der Velumverlängerung nach Schuchardt

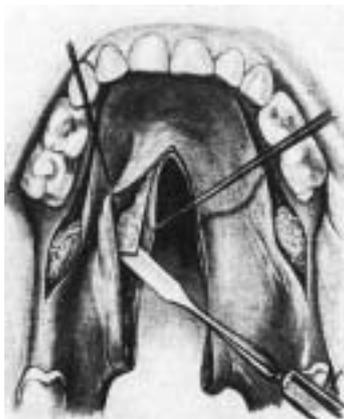


Abb. 140. Axhausen: Brückenlappenplastik, 1936, publiziert von Schuchardt 1954.

Die nach der ersten Operation verbliebene Spalte des weichen Gaumens operierte Schuchardt im fünften Lebensjahr<sup>1600</sup> mit Brückenlappenmethode nach Axhausen, die er seit 1938 anwandte<sup>1601</sup>. Isolierte Spalten des weichen Gaumens (Velum) operierte er frühestens im vierten Lebensjahr ebenfalls nach dieser Methode<sup>1602</sup>. Dabei führte er gleichzeitig eine von ihm selbst entwickelte Velumverlängerung durch<sup>1603</sup>. Die Operation begann etwa 1cm ventral vor der Kommissur der Spalte mit zwei seitlichen Schnitten parallel zur Eckzahnmolarentangente. Hinter den Molaren verliefen die Schnitte auf dem Kieferkamm noch 2cm nach distal. Nach Freilegung der Hammuli pterygoidei wurden diese mit einem Meißel reseziert (Abb.140). Danach unterband Schuchardt beide Gefäß-Nervenbündel an den Foramina

palatinae majora und durchtrennte sie. Nun wurden die Gaumenweichteile mit dem Zeigefinger von der seitlichen Pharynxwand vollständig abgelöst. Es folgte die Mobilisation der palatinalen Schleimhautperiostdecke im Bereich der Kommissur. Die Spaltränder wurden durch Aufspaltung an der Grenze zwischen Nasen- und Gaumenschleimhaut angefrischt. Im Bereich des harten Gaumens isolierte Schuchardt, beginnend von der Spina nasalis posterior, die Nasenschleimhaut, den Knochen und die Mundschleimhaut. Um die Nasenschleimhaut leichter lösen zu können, wurden die Ansätze der Gaumenmuskulatur am harten Gaumen durchtrennt. Im Bereich des weichen Gaumens stellte er die zwischen den Schleimhäuten befindliche Muskulatur nur bis zu einer Tiefe von 3mm dar. Der vorbereitete Brückenlappen war nun so beweglich, daß die Spaltränder entsprechend ihren Gewebeanteilen spannungslos vereinigt werden konnten.

1598 Schuchardt, Pfeifer 1962 [f], S. 192-194.

1599 Feifel 1986, S. 4-7, 51-55. Vgl. Pfeifer, Schuchardt 1981, S. 417; Pfeifer 1995, S. 321.

1600 Schuchardt 1954 [a], S. 523, 595.

1601 Schuchardt 1938 [c], S. 667.

1602 Ebd. S. 523, 595, 581-586.

1603 Schuchardt 1966 [a], S. 97-98.

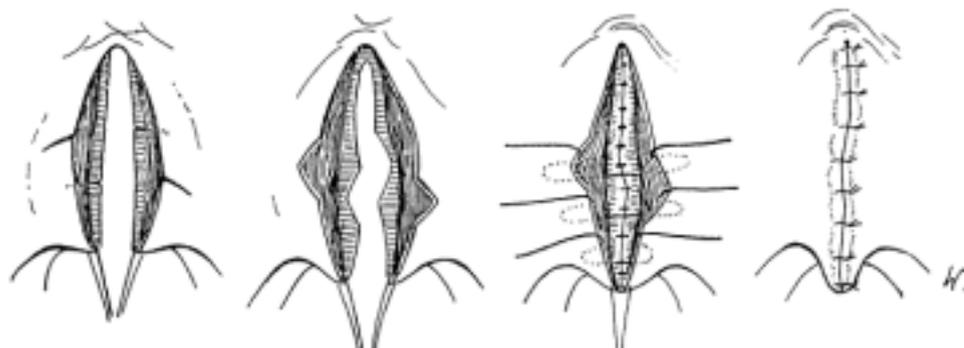


Abb. 141. Schuchardt: Velumverlängerung 1953.

Schuchardt nahm vor der Vereinigung zwei kurze, quere, gegeneinander versetzte Einschnitte in die nasalen und oralen Schleimhäute vor. Damit erreichte er nach Z-förmiger Dehnung eine Gaumensegelverlängerung um 1cm<sup>1604</sup> (Abb. 141). Dieses Verfahren wurde 1953 von Schuchardt erstmalig beschrieben<sup>1605</sup> und ist als Velumverlängerung nach Schuchardt in die Literatur eingegangen<sup>1606</sup>. Ein solches Verfahren war bereits vorher von dem Marburger Chirurgen Ernst Küster (1839-1930) publiziert worden, aber mit dem wesentlichen Unterschied<sup>1607</sup>, daß er auch die Muskulatur einschnitt, was sich vermutlich auf die Mobilität des Gaumensegels negativ auswirkte. Die Vereinigung der Brückenlappen begann an den nasalen Schleimhautteilen. Sie wurden von der Uvula (hier auch tiefere Schichten fassend mit Seide) bis zur Kommissur durch nasal gerichtete Knopfnähte aus Catgut geschlossen. Dem folgte die Vereinigung der Muskeln mit Randnähten aus Catgut und einem tiefgreifenden Haltefaden aus Chromcatgut. Als letzte Schicht wurde die orale Schleimhaut mit Knopfnähten aus Seide in der Mitte vereinigt. Zwei Fäden der nasalen Naht wurden langgelassen und in Form von Steppnähten durch die orale Schleimhaut gezogen und verknotet.

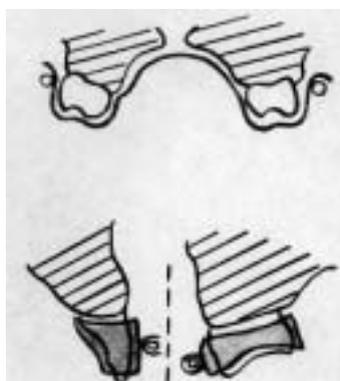
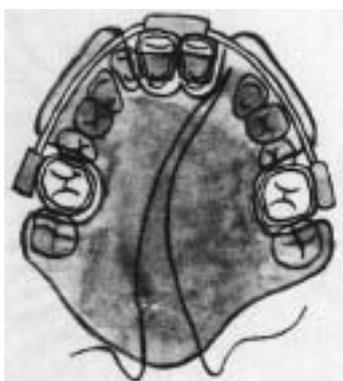


Abb. 142, 143. Schuchardt: Zelluloidplatte mit Fixationsbändern und -bogen, 1952.

Die lateralen Wundtaschen behandelte Schuchardt am Ende der Operation mit Penicillin-Sulfonamid-Puder und einer Tamponade mit Chlumskylösung. Als Wundverband und zur Ausformung des Gaumensegels kam postoperativ eine Kiefer-Gaumenplatte aus Zelluloid zum Einsatz, welche die Zähne überkappte, den harten

und weichen Gaumen abdeckte und zusätzlich mittels einer oder zweier Drahtligaturen an den Zähnen befestigt wurde. Diese Art der Fixation verbesserte Schuchardt 1952 durch das Anlegen von Zahnbändern bilateral an zwei Molaren und an zwei Frontzähnen, die Retentionsröhrchen trugen, an denen nach dem Einsetzen der Platte ein Drahtbogen wie ein Riegel eingeschoben werden konnte<sup>1608</sup> (Abb. 142, 143). Diese nach Ernst benannte Nach-

1604 Schuchardt 1954 [a], S. 581-585.

1605 Schuchardt 1953 [b], S. 402.

1606 Pfeifer, Schuchardt 1981, S. 423.

1607 Schuchardt 1954 [a], S. 604-605.

1608 Jungkamp 1952, S. 8-11.

behandlung dauerte fünf Wochen. Ab dem 19. Tag wurde zur Wölbung des weichen Gaumens schwarze Gut-tapercha auf den distalen Teil der Platte aufgetragen und schrittweise verstärkt<sup>1609</sup>. Sowohl Axhausen als auch Waßmund bedienten sich der Ernstschen Platte<sup>1610</sup>, was vermutlich Schuchardt von der Unerläßlichkeit dieses Behandlungsschrittes überzeugte.

1964 hatte er selbst die Methode bei fast 1000 Kindern und Erwachsenen mit kombinierten (Lippen- und Kiefer-) oder isolierten Gaumenspalten angewandt<sup>1611</sup>. Aus zwei Dissertationen geht hervor, daß im Zeitraum von 1939 bis 1963 insgesamt 666 Säuglinge mit durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten an der NWDKK behandelt worden sind, von denen 445 eine Plastik zum Verschuß des weichen Gaumens erhielten, für die unter Schuchardt die Brückenlappenmethode benutzt wurde<sup>1612</sup>. Die Ergebnisse der Behandlungen für dieses Patientenkollektiv sind hinsichtlich des Spaltverschlusses als sehr gut und hinsichtlich der Sprechentwicklung als gut zu bezeichnen. So wurden primäre Therapieerfolge für den Spaltverschluß zwischen 94,4%<sup>1613</sup> und 95,9%<sup>1614</sup> angegeben. Von Kindern, die eine logopädische Nachbehandlung an der NWDKK erhalten hatten, konnten 78,0%<sup>1615</sup> bis 81,7%<sup>1616</sup> normal sprechen, ohne eine sprachverbessernde Operation benötigt zu haben. Zur Entwicklung des Oberkiefers, speziell zur Lage des A-Punktes, die eine Aussage über das sagittale Größenwachstum zuließe, wurden keine Angaben gemacht. Das transversale Oberkieferwachstum war im Bereich der Prämolaren gemindert, was dort zum Kreuzbiß führte<sup>1617</sup>. Diese Minderentwicklung war bei einschichtig verschlossenem Hartgaumen stärker als bei zweischichtig erfolgter Operation<sup>1618</sup>. Betrachtet man die beiden von Schuchardt angewendeten Verfahren zum primären Gaumenverschluß, die Methode nach Götz und die Brückenlappenplastik, im Zusammenhang, so wird deutlich, daß er das Mukoperiost und die nasale Schleimhaut der Gaumenplatten zweimal ablöste, einmal im fünften Lebensmonat und einmal im fünften Lebensjahr, beim zweiten Mal kombiniert mit der Durchtrennung des Gefäß-Nervenstranges. Heute ist erwiesen, daß die Entblößung beider Gaumenplatten im Säuglingsalter eine Wachstumsverzögerung zur Folge hat<sup>1619</sup>.

---

1609 Schuchardt 1954 [a], S. 585-587.

1610 Waßmund 1939, S. 410.

1611 Schuchardt 1966 [a], S. 97-98.

1612 Geisenhainer 1972, S. 14, 22, 32 u. Mussius 1966, S. 13, 24-25, 36. Schuchardt und Kriens berichteten 1969, daß sie bei vier von 303 Patienten mit Gaumenspalten und bei 25 von 480 Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten eine primäre Veloplastik durchgeführt haben, siehe Schuchardt, Kriens 1969 [a], S. 273.

1613 Mussius 1966, S. 37.

1614 Geisenhainer 1972, S. 32

1615 Mussius 1966, S. 42.

1616 Geisenhainer 1972, S. 49

1617 Geisenhainer 1972, S. 48-49; Mussius 1966, S. 44.

1618 Geisenhainer 1972, S. 48.

1619 Pfeifer, Schuchardt 1981, S. 427.

### 3.2.8 Zusammenfassende Würdigung der Leistungen Schuchardts auf dem Gebiet der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten

Bei den Publikationen Schuchardts zum Thema Lippen-Kiefer-Gaumenspalten konnten thematisch zwei Zeitabschnitte abgegrenzt werden. Der erste 1953-1955 war mit der Erstellung seiner Handbuchbeiträge im „Bier-Braun-Kümmell“ verknüpft, der zweite 1960-1969 im wesentlichen von der primären Osteoplastik geprägt. Das bringt auch zum Ausdruck, daß die wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Gebiet erst an der Hamburger Universität begann. Schuchardt hielt zusätzlich zu den Vorträgen in deutschsprachigen Ländern, die größtenteils in Publikationen dokumentiert sind, Vorträge in den USA, in Großbritannien, Brasilien, Syrien und in der Tschechoslowakischen Republik über die Behandlungsstrategien an seiner Klinik.

Auf nationaler Ebene nahm Schuchardt bei der Organisation wissenschaftlicher Veranstaltungen eine zentrale Position ein. Sein Hauptziel dabei war, die internationale Zusammenarbeit von Experten auf dem Gebiet der Lippen-Kiefer-Gaumenspaltschirurgie zu intensivieren, um fortschrittliche Behandlungskonzepte zu erarbeiten. Als Ergebnisse dieser Bestrebungen sind an erster Stelle die Internationalen Hamburger Symposien über Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 1954 und 1966 zu nennen. Aber auch von den Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie gingen neue Impulse für die Therapie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten aus.

Die Behandlungsstrategien an der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter Schuchardt, die hinsichtlich des Gaumenverschlusses bei durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten näher untersucht wurden, waren eher traditionell geprägt, jedoch mit der wesentlichen Neuerung, daß 1958 die primäre Osteoplastik in das Therapiekonzept aufgenommen wurde. Schuchardts Verfahrensweise ist als systematisch und sicher zu bewerten und führte zu guten Sprechergebnissen. Im Hinblick auf das Knochenwachstum des Oberkiefers stellt sie sich jedoch nicht als schonend und vorausschauend genug dar, weil er aus Gründen der einfacheren Therapiefolge trotz wissenschaftlicher Warnungen auf einen frühzeitigen Verschluß des harten Gaumens innerhalb des ersten Lebensjahres beharrte.

Die Methode zum Verschluß des harten Gaumens und die logopädische Therapie übernahm Schuchardt von den vorherigen Mitarbeitern der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Schuchardt hat selbst eine große Anzahl der Operationen ausgeführt. Er war bemüht, das Teamkonzept an der Klinik weiterzuentwickeln. Viele Teilaufgaben im Bereich der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten delegierte Schuchardt an Gerhard Pfeifer. So beschäftigte sich Pfeifer vorrangig mit der primären Osteoplastik, der Dokumentation von Patientendaten und betreute die meisten Dissertationen. Diese befaßten sich hauptsächlich mit der Morphologie.

### 3.3 **Schwerpunkt 3: Frakturen des Gesichtsschädels**

#### 3.3.1 Zur Geschichte der intraoralen dentalen Schienen seit Mitte des 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts

Für das weitere Verständnis ist es notwendig, die geschichtliche Entwicklung der intraoralen dentalen Schienen, insbesondere der Drahtschienenverbände zu erläutern, weil Schuchardt fast ausschließlich diesen Schienentyp nutzte und ihn entscheidend verbesserte. Dabei wird nur bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts zurückgegangen. Sonderformen der intraoralen Schienenverbände für teilbezahnte oder zahnlose Kiefer werden nur am Rand besprochen. Nicht eingegangen wird auf intra-extraoral befestigte Schienen und auf die extraoralen Verbände.

Zur historischen Entwicklung der Behandlung von Frakturen des Gesichtsskeletts erschienen, abgesehen von zahlreichen Zeitschriftenartikeln, vier Dissertationen<sup>1620</sup>, darunter die zwei Hamburger zahnmedizinischen von Gerhard Schmidt und Wiltrut Hille. Schmidts Arbeit „Die geschichtliche Entwicklung der Unterkieferbruchschiene“ erschien 1953. Sie ist durch Abbildungen sehr anschaulich, aber nicht genügend systematisiert und chronologisch analysiert. Sie stand unter dem Referat des Hamburger Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Fritz Brosch (siehe 2.7.4.2). Leider ist diese Arbeit schlecht lesbar, weil die Schrift verblaßt ist<sup>1621</sup>. Hilles Dissertation „Die Behandlung der Gesichtsfra­kturen bis zum Jahre 1945“ aus dem Jahr 1971 ist eine breit angelegte Arbeit mit ausgiebiger Literaturrecherche. Hille stellte keine Verbindung zur Arbeit Schmidts her. Sie ging teilweise nicht über eine Aufreihung von Namen und Apparaturen hinaus und verzichtete auf Abbildungen. Die Arbeit vermittelt eine Vorstellung von der Vielzahl der Behandlungsmittel. Sie wurde von Karl Schuchardt betreut<sup>1622</sup>. Als hilfreich erwies sich die Münchner medizinische Dissertation von Karl Schmitt „Indikation und kritische Beurteilung der verschiedenen Methoden der Kieferbruchschienung untersucht an Hand der in- und ausländischen Literatur“ aus dem Jahr 1953, weil sie gute Abbildungen der Apparaturen enthält und die in Nordamerika üblichen Behandlungsmaßnahmen einbezog<sup>1623</sup>. Einen kurzen und prägnanten Überblick gibt Walter Hoffmann-Axthelm in dem von ihm herausgegebenen Sammelwerk „Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ aus dem Jahr 1995<sup>1624</sup>. Die Zuordnung der Schienungsapparaturen war in den genannten Arbeiten unterschiedlich. Angesichts der Vielzahl und des Variationsreichtums der Behandlungsmittel bedarf es einer Überarbeitung, die jedoch im Rahmen meiner Dissertation nicht geleistet werden kann.

Im folgenden wird der Versuch einer Systematisierung nur für die intraoralen Dentalschienen unternommen. Intraorale Kieferbruchverbände existierten ab den 1880er Jahren in zwei Typen, als Drahtschienen und als kompakte Schienen<sup>1625</sup>. Die Mehrzahl der Behandler bevorzugte einen der beiden Typen, was eine bis in die 1950er Jahre anhaltende Diskussion über ihre jeweiligen Vor- und Nachteile auslöste<sup>1626</sup>. Auch Schuchardt beteiligte sich an dieser Auseinandersetzung. Dentale Schienen werden heute wie damals danach unterschieden, ob ihre Anfertigung direkt am Patienten oder indirekt am Modell unter Zuhilfenahme eines zahntechnischen Labors

1620 Simon 1920; Schmidt, G. 1953; Schmitt, K. 1953; Hille 1971. Die medizinische Dissertation von Salomon Simon „Geschichte der zahnärztlichen Chirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Geschichte der Frakturbehandlung und Resektionsprothese“ wurde aus zeitlichen Gründen nicht in die Ausarbeitungen aufgenommen.

1621 Schmidt, G. 1953, S. 1-91.

1622 Hille 1971, S. 1-111 und Literaturverzeichnis.

1623 Schmitt, K. 1953, S. 1-61.

1624 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 145-166.

1625 Hille 1971, S. 9-18, 37-55. Der Begriff kompakte Schienen wurde von Erwin Reichenbach geprägt, siehe Schmitt, K. 1953, S. 18.

1626 Schmidt, G. 1953, S. 62-69, 71, vgl. Schmitt, K. 1953, S. 18, 22.

erfolgt<sup>1627</sup>, ob sie monomaxillär oder bimaxillär<sup>1628</sup>, abnehmbar oder nicht abnehmbar angelegt werden, ob sie die habituelle Okklusion gestatten oder nicht<sup>1629</sup>. Drahtschienen und kompakten Schienen gemeinsam ist ihre Fixierung an den Unterschnitten der Zähne. Als Befestigungsmittel an den Zähnen dienten bei Drahtschienen Drahtligaturen und Zahnbänder, bei kompakten Schienen außerdem Seide, Schrauben, Zement, Guttapercha sowie Kronen<sup>1630</sup>. Den wesentlichen Unterschied zwischen den beiden Typen machte meiner Meinung das Ausmaß des räumlichen Umschlusses der Zähne aus.

Die unter dem Begriff „kompakte Schienen“ (in der älteren Literatur „Plattenverbände“) subsumierten dentalen Schienungsmittel bestanden aus unterschiedlichen Materialien. Gemeinsam war diesen Verbänden, daß sie die Zähne und teilweise die Alveolarfortsätze eines oder beider Kiefer ausgeprägt räumlich umfaßten. Unter ihnen waren von der zweiten Hälfte des 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts die Kautschukschienen und die geprägten, später gegossenen Metallschienen von Bedeutung<sup>1631</sup>. Kautschuk, besser gesagt Vulkanit, wurde frühestens ab 1851 von Zahnärzten in Amerika zum Herstellen von Prothesen verwendet<sup>1632</sup>. Für dentale Kieferbruchschienen nutzten dieses Material erstmalig über ein Jahrzehnt später in der Zeit des amerikanischen Bürgerkrieges 1861-1865 vermutlich unabhängig voneinander die Zahnärzte Thomas Brian Gunning (1813-1889) 1862, A. L. Sands 1863<sup>1633</sup> und James Baxter Bean (1834-1870) 1864<sup>1634</sup>. Kautschukschienen erforderten ein Modell und den Vulkanisationsvorgang<sup>1635</sup>. Gunning fertigte zuerst mono-, später bimaxilläre Schienen, Sands<sup>1636</sup> monomaxilläre<sup>1637</sup> und Bean bimaxilläre Schienen, die jeweils die Kauflächen überzogen<sup>1638</sup>. 1865 wurde in Deutschland durch den in Paris tätigen deutschen Zahnarzt J. C. H. Weber die erste Kautschukschiene vorgestellt. Im Gegensatz zu den Schienen von Gunning, Sands und Bean handelte es sich um eine monomaxilläre Schiene für den Unterkiefer, welche die Okklusionsflächen freiließe. Auch Weber hatte, als einer der ersten in Europa, vulkanisierten Kautschuk zunächst zur Herstellung von Prothesen eingesetzt<sup>1639</sup>. Die Kautschukschienen erfuhren zahlreiche Abwandlungen. Sie wurden zum Beispiel durch Drähte verstärkt und durch Scharniere straffer anliegend und zugleich leichter abnehmbar gestaltet. Die erste Scharnierschiene entwickelte 1904 der Aachener Arzt für Mundkrankheiten und Zahnarzt Georg Kersting (1864- ?)<sup>1640</sup>. Sie wurde 1916 von dem Wiener Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Hans Pichler vervollkommen (siehe 2.6.1). Pichler zementierte auf einzelne Zähne Metallbänder mit vorstehenden Knöpfen, die ein Abgleiten der Schiene verhinderten<sup>1641</sup>.

1627 Horch 1991, S. 58-63. Vgl. Schuchardt 1939 [c], S. 708.

1628 Krüger 1993, Bd 2, S. 123, 125, vgl. Schmidt, G. 1953, S. 33-47.

1629 Schwenzler, Grimm 1990, S. 557; vgl. Schmidt, G. 1953, S. 33-47.

1630 Schmidt, G. 1953, S. 33-54. Guttapercha ist ein aus dem Milchsaft südasiatischer Bäume gewonnener Stoff, siehe Neues Fischer Lexikon 1979, S. 2427.

1631 Hille 1971, S. 8-12.

1632 Ring 1997, S. 242. Der amerikanischen Chemiker Charles Goodyear (1800-1860) erfand 1839 die Vulkanisation des Kautschuks zu Gummi sowie den Hartgummi, siehe Neues Fischer Lexikon 1979, S. 2299. Ring nennt den Bruder Charles Goodyears, Nelson Goodyear, als Erfinder des Hartgummis. Dieser entdeckte 1851 die Herstellung einer harten unnachgiebigen Substanz aus flexiblem Gummi, die er Vulkanit nannte. Diese Substanz wurde hauptsächlich als Prothesenmaterial gebräuchlich, siehe Ring 1997, S. 242. Ullik gab einen späteren Beginn des Einsatzes von Vulkanit für Prothesen an. Danach wurde 1858 von dem New Yorker Zahnarzt Putnam auf Ersuchen Goodyears 1855 ein Verfahren entwickelt, das Vulkanit als Prothesenmaterial nutzbar machte, siehe Ullik 1949, S. 60.

1633 Schmidt, G. 1953, S. 33. Die Lebensdaten von Sands konnten nicht ermittelt werden.

1634 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 148.

1635 Ring 1997, S. 242.

1636 Schmidt, G. 1953, S. 33.

1637 Hille 1971, S. 26.

1638 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 148.

1639 Ullik 1949, S. 60. Die Vornamen und Lebensdaten von Weber konnten nicht ermittelt werden.

1640 Schmidt 1953, S. 33-54. Sein Sterbedatum konnte nicht ermittelt werden. Er wurde 1888 approbiert, siehe Reichsmedizinalkalender 1904, S. 343, 344. Er promovierte 1889 in Würzburg, siehe Gesamtverzeichnis des deutschsprachigen Schrifttums 1700-1910.

1641 Ullik 1949, S. 61-63.

Otto Hofer (siehe 2.6.3), ein Schüler Pichlers, arbeitete mit einer grazilen lingualen Kautschukschiene, die an den distalen Molaren mit Klammern und an den übrigen Zähnen mit Drahtligaturen befestigt wurde (Abb. 144). Die Zähne wurden also lingual ausgeprägt räumlich gefaßt, vestibulär lagen nur die Ligaturen schmal bogenförmig an. Die Wiener Schule bevorzugte bis in die fünfziger Jahre kompakte Schienen aus Kautschuk<sup>1642</sup>. Fritz Brosch entwickelte 1939 eine Schiene, die der von Hofer ähnelte. Lingual bestand sie ebenfalls aus Kautschuk, vestibulär hatte sie jedoch einen den Zahnwölbungen angepaßten Drahtbogen. Halt fand sie durch distale Klammern und durch einen Riegel<sup>1643</sup> (Abb. 145). Eine Kombination beider Schienen war die Prothesenschiene nach Schön<sup>1644</sup>. Ein lingualer Schienenteil aus dem Polymethylmetacrylat Paladon war distal einseitig mit einem vestibulären Drahtbogen verbunden. Wie die Hofersche Schiene wurde sie mit Ligaturendraht

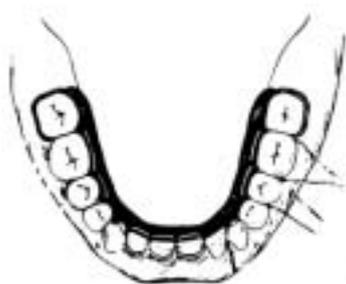


Abb. 144. Hofer: Schiene.



Abb. 145. Brosch: Schiene.



Abb. 146. Gußschiene um 1950.

eingebunden und war distal mit einer Klammer versehen<sup>1645</sup>. In der Art, wie die Zähne gefaßt wurden weist der 1956 von Schuchardt modifizierte Drahtschienenverband Gemeinsamkeiten mit der Schiene Hofers auf (siehe unten).

Eine andere zu den kompakten Schienen zählende Schienenart war die Metallkappenschiene, die besonders im englischen Sprachraum Bedeutung erlangte. Sie umschloß die oralen, die vestibulären und die okklusalen Flächen der Zähne eines Kiefers wie aneinandergereihte Kronen. Die Kappenschiene wurden wohl zunächst aus Blech geprägt<sup>1646</sup> und später gegossen<sup>1647</sup>. Die Technik wurde wahrscheinlich wie bei den Kautschukschienen auch der Prothetik entlehnt. 1847 verwendete der amerikanische Kieferchirurg Simson P. Hullihen (1810-1857) eine Metallkappen-

schiene<sup>1648</sup>. Daß Schienen aus Metallblech oder -guß auch nach der Erfindung des Vulkanit besonders in Nordamerika benutzt wurden, mag daran gelegen haben, daß die dortigen Zahnärzte bis 1881 für die Verwendung von Kautschuk eine kostspielige Lizenz erwerben mußten<sup>1649</sup>. Aber auch in Deutschland wurden Metallkappenschiene hergestellt. So prägte 1863 der Berliner Zahnarzt Friedrich Wilhelm Süersen (1827-1919) für jeden Zahn des Ober- und Unterkiefers eine Feinsilberkapsel, die er zu einer oberen und einer unteren Kappenschiene verlötete<sup>1650</sup>. Der hannoversche Zahnarzt Johannes Bimstein (1869- ?)<sup>1651</sup> soll 1911 in Deutschland als erster

1642 Schmitt, K. 1953, S. 18. Es ist zu vermuten, daß der Kautschuk danach durch Paladon ersetzt wurde, weil es dem Stand der Technik entsprach.

1643 Schmidt, G. 1953, S. 53-54.

1644 Vornamen und Lebensdaten konnten nicht ermittelt werden. Möglicherweise handelt es sich um Fritz Schön (\*1902).

1645 Schmitt, K. 1953, S. 44. Paladon wurde 1939 von der Firma Kulzer als Kombination von Pulver-Flüssigkeit patentiert, siehe Schwenzler 1982, S. 71.

1646 Hille 1971, S. 12-13.

1647 Schmitt, K. 1953, S. 37-41.

1648 Hille 1971, S. 13.

1649 Ring 1997, S. 242-243.

1650 Hille 1971, S. 13.

1651 Das Sterbedatum konnte nicht ermittelt werden.

gegossene Kappenschienen eingesetzt haben. Später wurden die gegossenen Schienen durch Aussparung der Okklusionsflächen graziler gestaltet<sup>1652</sup>. Man nannte sie Halbkappenschienen<sup>1653</sup> (Abb. 146). Schuchardt verwendete dafür u. a. den Namen „Gallerieschienen“<sup>1654</sup>. Gußmetall wurde aber auch in gleicher Weise wie Kautschuk angewandt. Der Unterschied zu den Kappenschienen bestand in der zusätzlichen Umschließung des Alveolarfortsatzes. So ersetzte der Essener Zahnarzt Friedrich Hauptmeyer (1882-1950) 1908 Kautschuk durch Zinnguß<sup>1655</sup>. Die meistgebrauchte Schiene im ersten Weltkrieg war die interdendale (bimaxilläre) Zinnschiene von Gottlieb Port (1864-1919)<sup>1656</sup>.

Die kompakten Schienen bedurften in der Regel eines Modells und zahntechnischer Apparaturen<sup>1657</sup>. Die Modelle wurden durch Gipsabdrücke des durch Zügel reponierten oder des unreponierten Kiefers gewonnen. Das Abdruckverfahren war schmerzhaft und barg die Gefahr von Ungenauigkeiten. Die Abformung des Unterkiefers in dislozierter Stellung entwickelte Süersen während des deutsch-französischen Krieges 1870-1871. Auf gleiche Weise war aber Bean schon während des amerikanischen Bürgerkrieges vorgegangen. Die Modelle wurden an den Dislokationsstellen zersägt und durch Okklusion mit dem Gegenkiefermodell annähernd in die ursprüngliche Lage gebracht<sup>1658</sup>. Erst durch die Anwendung elastischer Abformmaterialien in Deutschland in den 1950er Jahren verlor sich der Nachteil der schwierigen Modellgewinnung<sup>1659</sup>.

Abschließend dazu kann gesagt werden, daß mit der Anwendung zahnärztlich-prothetischer Verfahren die Frakturbehandlung des Gesichtsskeletts, die bis dahin zum Arbeitsbereich der Chirurgen zählte, in die Hände der Zahnärzte gelegt wurde. Das geschah in besonderem Maße ab den 1860er Jahren durch die Nutzung des Vulkanits<sup>1660</sup>.

Anders als bei den kompakten Schienen ist das Material für die Drahtschienen durch seine Form und Stoffgruppe eindeutig definiert. Seiner Form entsprechend kann der Verband nur punktförmig oder schmal bogenförmig an den Zähnen anliegen und nur an den Zahnhälsen befestigt werden. Die räumliche Fassung ist also sehr gering. Das Material wurde in Form von Drahtligaturen und Drahtschienenverbänden zur Kieferbruchschienung eingesetzt. In der von mir benutzten Literatur fand sich kein Hinweis, daß sich der Drahtschienenverband aus den einfachen Drahtumschlingungen der Zähne ableitet<sup>1661</sup>, wie sie schon im Corpus Hippocraticum im 5. und 4. Jahrhundert v. Chr. als Hilfsmittel zur Bruchschienung beschrieben wurden<sup>1662</sup>, was aber nahe liegend erscheint. Die ausgeprägteste Form von Drahtumschlingungen stellt der fortlaufende Drahtligaturenverband dar, auf den hier jedoch nicht weiter eingegangen wird<sup>1663</sup> (Abb. 147). Im Gegensatz dazu dienen die Ligaturen beim Drahtschienenverband nicht als alleiniger Verband, sondern zur Befestigung eines entlang den Zähnen verlaufenden Drahtbogens. Den ersten Drahtschienenverband im heutigen Sinne entwickelte der

1652 Schmidt, G. 1953, S. 77-81.

1653 Schmitt, K. 1953, S. 40.

1654 Schuchardt 1956 [a], S. 41.

1655 Schmidt, G. 1953, S. 44-45. Seit 1820 wurden in Amerika Prothesenbasen aus Zinn gegossen. Hauptsächlich nutzte man jedoch geprägtes Gold, siehe Ring 1997, S. 204, 211, 242-243.

1656 Schmidt, G. 1953, S. 35-36. Port war Arzt und Zahnarzt. Er leitete von 1900-1901 die technische Abteilung des Zahnärztlichen Instituts in München. Die von Port 1898 angegebene bimaxilläre Schiene aus Zinn soll bereits zuvor nach Anregung seines Vaters von dem Münchner Zahntechniker Neppel angewandt worden sein. Einen besonderen Vorteil des Zinns sah Port in dessen „aseptischer Eigenschaft“, siehe Maier 1994, S. 17.

1657 Ausgenommen z. B. die Guttaperchaschiene des Chirurgen Auguste Francois Morel-Lavallée (1811-1965), siehe Schmidt, G. 1953, S. 33.

1658 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 148-149.

1659 Schmitt, K. 1953, S. 18.

1660 Schmidt, G. 1953, S. 35; Hoffmann-Axthelm 1995, S. 148.

1661 Ullik 1949; Schmidt 1953; Hille 1971; Hoffmann-Axthelm 1995.

1662 Hille 1971, S. 53.

1663 Schmitt, K. 1953, S. 8-16.



Abb. 147. Fortlaufender Drahtligaturenverband.

Londoner Zahnarzt Gurnell Hammond (?-1909) während des deutsch-französischen Krieges<sup>1664</sup>. Dabei handelte es sich um einen am Modell angefertigten durchlaufenden doppelten Drahtbogen, der den Zähnen oral und lingual anlag und an einer Stelle verlötet wurde. Halt fand er durch Drahtligaturen. Ein solcher Verband wurde noch in den 1950er Jahren an der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Münchner Universität genutzt<sup>1665</sup>. Der Wiener Mund-Kiefer-Gesichtschirurg Rudolf Ullik (1900- ?) hielt es für möglich, daß Hammond erst durch die Kautschukschienen auf die Idee gebracht wurde, einen die ganze Zahnreihe umschließenden Drahtbogen einzusetzen, weil sich schwer begreifen läßt, warum die Fixierung der Ligaturen an einem breiteren Draht nicht bereits früher angewandt wurde.

In Deutschland wurde der Drahtschienenverband durch den Berliner Prothetiker Carl Sauer (1835-1892) weiterentwickelt. Sauer hatte im deutsch-französischen Krieg zunächst einen kompakten Kautschuk-Drahtverband benutzt. 1880 ließ er die Kautschukanteile weg<sup>1666</sup> und stellte einen lingual und vestibulär verlaufenden geteilten federnden Drahtschienenverband vor, der eine reponierende Wirkung hatte. 1887 ergänzte er diesen Verband durch Anbringung einer schiefen Ebene, die das Abweichen der Fragmente bei Defektbrüchen verhinderte<sup>1667</sup>. Schiefe Ebenen hatten Sauer<sup>1668</sup> und Hammond bereits 1870 eingesetzt<sup>1669</sup>. 1889 empfahl Sauer für Notfälle einen nur vestibulär angelegten Eisendrahtbogen. Dieser Sauersche Notverband, der freihändig am Patienten gebogen wurde, wies den weiteren Weg zur Entwicklung der heutigen Drahtschienenverbände<sup>1670</sup>.

Durchsetzen konnte sich der einfache Drahtbogen vermutlich erst dadurch, daß er an den Zähnen durch Zahnbänder fixiert wurde, die die Zähne räumlich faßten. 1893 verwendete der Heidelberger Zahnarzt Heinrich Löhers zur Befestigung einer geteilten vestibulären Drahtschiene zwei Ringmuttern mit angelöteten Röhrchen. Sie erinnern an die Zahnbänder des amerikanischen Orthodonten Edward Hartley Angle (1855-1930), doch ist nicht bekannt, ob Löhers auf dessen Idee zurückgriff. Angle hatte 1887 sein orthodontisches mit Bändern und Drahtbögen arbeitendes System auch für die Frakturbehandlung benutzt, jedoch ohne Erfolg<sup>1671</sup>. 1896 verwandte Giovanni Ambrogio Stoppany (1868- ?) in Zürich eine Kombination aus Sauerschem Notverband und Röhrchenbändern<sup>1672</sup>. 1911 übernahm der Berliner Prothetiker Hermann Schröder (1876-1942) in Zusammenarbeit mit dem Kieferchirurgen Franz Ernst die Röhrchenbänder zur beidseitigen Befestigung eines runden vestibulären Drahtbogens an je einem Molar. Zusätzlich wurde mit Ligaturendraht fixiert. Er ergänzte das System durch eine Gleitschiene für Defektfrakturen. Ein Vergleich mit Stoppany wird in der Literatur nicht hergestellt. Im Gegensatz zum Löhersschen Röhrchenband, das lingual Schrauben zum Anziehen und vestibulär angelötete Röhrchen hatte<sup>1673</sup>, nutzte Schröder für beide Funktionen Luckensche Hohlschrauben, die er vesti-

1664 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 152.

1665 Schmitt, K. 1953, S. 11.

1666 Ullik 1949, S. 62-63.

1667 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 152.

1668 Hille 1971, S. 57.

1669 Ebd., S. 37.

1670 Ullik 1949, S. 62-63.

1671 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 153. Die Lebensdaten von Löhers sind nicht bekannt, siehe ebd.

1672 Hille 1971, S. 64. Stoppany wurde 1903 in Zürich im Fach Medizin promoviert, siehe Biographisches Bulletin der Schweiz 1903, 221.

1673 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 153.

bulär befestigte<sup>1674</sup>. Dieses Röhrenband wurde als Schröderband bekannt<sup>1675</sup>. 1913 brachten Schröder und Ernst das fabrikmäßig hergestellte Kieferbruchbesteck nach Schröder-Ernst auf den Markt, mit dem ein Drahtschienenverband ohne Modell angelegt werden konnte (Abb. 148). Es fand Anwendung bei der Behandlung verwundeter Soldaten in Lazaretten während des griechisch-bulgarischen Krieges 1912-1913 und während des

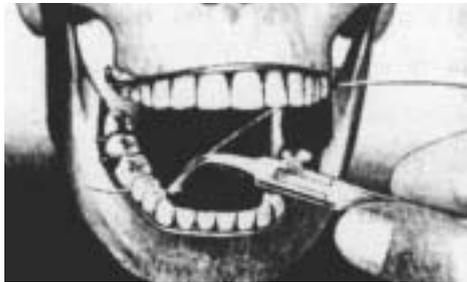


Abb. 148. Schröder und Ernst: Anlegen eines Drahtschienenverbandes aus dem Kieferbruchbesteck.

ersten Weltkrieges. Ob es speziell für militärmedizinische Zwecke entwickelt wurde, ging aus der Literatur nicht hervor<sup>1676</sup>. Es scheint so, daß Sauer, Schröder und Ernst zur Herstellung ihrer Drahtschienenverbände in der Regel doch Modelle benutzten. Insbesondere Schröder konstruierte sehr komplizierte Apparaturen mit künstlichen Gelenken<sup>1677</sup>. Nur beim Notverband und bei der Benutzung des Kieferbruchbestecks kam man ohne Modelle aus<sup>1678</sup>.

Außer den genannten Schienen gab es eine Vielzahl ähnlich konstruierter dentaler Verbände aus Drahtbügeln in Verbindung mit Zahnbändern und Ligaturen<sup>1679</sup>, die noch eines Vergleiches bedürfen. Es soll hier nur noch auf die Ringdraht- und Ringbandschienen hingewiesen werden, bei denen Zahnbänder um mehr als zwei Zähne gelegt und mit einem vestibulären oder zusätzlich einem lingualen Drahtbogen verlötet wurden. Diese Konstruktionen hatten Ähnlichkeit mit den Halbkappenschienen<sup>1680</sup>.

Nach dem ersten Weltkrieg war es 1927 Martin Waßmund, der sich durch sein Lehrbuch „Frakturen und Luxationen des Gesichtsschädels“ um den Drahtschienenverband verdient machte (siehe 2.4.2). Er entwickelte aus dem vestibulären Drahtbogen mit einfachsten Hilfsmitteln ein System, das ohne Abdruck und Modell direkt am Patienten angepaßt wurde und das er „freihändige Schienung“ nannte. Anders als Sauer, Schröder und Ernst verwendete er den vestibulären Drahtbogen nicht als Notverband, sondern als einzeitige definitive Versorgung<sup>1681</sup>. Das war für ihn eine Notwendigkeit, denn die Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses hatte kein zahntechnisches Laboratorium. Da die Kostenübernahme von seiten der Krankenkassen für Arbeiten von gewerblichen Technikern erst zeitaufwendig geklärt werden mußte, beschränkte sich Waßmund in der Regel auf einfachste Materialien<sup>1682</sup>. Laut Schuchardt bestand das Material für seinen Drahtschienenverband aus einem halbrunden 1,5 - 2,5mm starken Bronzedraht für den Drahtbogen, 2 -3mm starken runden Bronzedraht für extraorale Verbände, 0,3 - 0,5mm starken Bronzedraht für die Ligaturen, aus Röhrenbändern, aus Silberhartlot und dem Weichlot Tinnol sowie aus Bronzeblech für schiefe Ebenen. Dazu gehörten als zahntechnisches Instrumentarium eine Spirituslampe, eine Drahtschere, Zangen, Feilen und Pinzetten<sup>1683</sup>. Der federharte Drahtbogen wurde mit zwei Zangen so gebogen, daß die flache Seite vestibulär jedem Zahnhals der Ober- bzw. Unterkieferzähne spannungsfrei anlag. Er wurde an den zweiten Molaren mit Röhrenbändern und an allen übrigen Zähnen mit Drahtligaturen befestigt. Schiefe Ebenen und Haltevorrichtungen für extraorale Verbände wurden angelötet<sup>1684</sup>.

1674 Hille 1971, S. 40-41.

1675 Schmitt, K. 1953, S. 23.

1676 Doege 1979, S. 52-53.

1677 Schmidt, G. 1953, S. 69-70. Sauer benutzte die Modellherstellung nach Sürensen, siehe ebd. S. 56.

1678 Zum Kieferbruchbesteck gehörten auch zwölf Abdrucklöffel, siehe Doege 1979, S. 56.

1679 Hille 1971, S. 37-47.

1680 Schmitt, K. 1953, S. 41.

1681 Schmidt, G. 1953, S. 70-71, vgl. Hoffmann-Axthelm 1995, S. 154.

1682 Waßmund 1927, S. 209.

1683 Schuchardt 1939 [c], S. 708-709.

1684 Schuchardt, Kapovits, Spiessl 1961 [a], S. 1242.

Schuchardt lernte das Waßmundsche Schienungsverfahren 1928 kennen<sup>1685</sup> (siehe 2.4.3). Als Hauptvorteile dieser Verbandsform bezeichnete Schuchardt das einfache und kostengünstige Material, die Unabhängigkeit vom zahntechnischen Labor und die gute Kontrollmöglichkeit der Okklusion. Hauptnachteil war die Schädigung des Parodontiums durch die unterhalb des Zahnhalses verlaufenden Ligaturen<sup>1686</sup>. Das Abgleiten der Schiene unter das Zahnfleisch verhinderte Waßmund durch okklusale Häkchen, wie sie bereits Julius Witzel (1863-1915) 1913 genutzt hatte<sup>1687</sup>. Bei der intermaxillaren Verbindung der Drahtschienen unterschied Waßmund die halbe Immobilisation, die völlige elastische und die starre Immobilisation. Unter halber Immobilisation verstand er eine Verbindung zwischen Ober- und Unterkieferschienen durch Gummizüge, die eine geringfügige Öffnung des Mundes zur Nahrungsaufnahme und Mundpflege gestattete. Diese Form hielt er in der Regel für empfehlenswert, weil sie einer Atrophie von Muskeln und Gelenken vorbeugte. Im Gegensatz dazu wurden Bewegungen des Unterkiefers bei der völligen elastischen Immobilisation durch Gummizüge und bei der starren durch Drahtligaturen unmöglich gemacht. Letztere lehnte Waßmund ab, weil zur Kontrolle der Konsolidierung alle Drahtligaturen durchschnitten werden mußten<sup>1688</sup>.

### 3.3.2 Schuchardts Publikationen über Frakturen des Gesichtsschädels

Die erste Arbeit Schuchardts über Frakturen des Gesichtsschädels war seine 1930 fertiggestellte zahnmedizinische Dissertation „Beitrag zur Behandlung der Oberkieferfrakturen“<sup>1689</sup> (siehe 2.4.3). 1965 publizierte er gemeinsam mit Horst Günther (\*1926) den Buchbeitrag „Zur Frage der konservativen oder chirurgischen Therapie der Luxationsfrakturen“ in dem von Georg Maurer (\*1909) herausgegebenen Sammelwerk „Chirurgie im Fortschritt“<sup>1690</sup>. Zwischen 1941 und 1968 entstanden zwölf Artikel, die in Zeitschriften und Jahrbüchern veröffentlicht wurden<sup>1691</sup>, davon einer in einer spanischen<sup>1692</sup>, einer in einer italienischen und einer in einer englischen Fachzeitschrift<sup>1693</sup> (siehe 6.2.3). Zehn der Artikel schrieb er nach 1945, sechs davon in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der Nordwestdeutschen Kieferklinik<sup>1694</sup>. Außerdem berichtete er in *Streifzug durch die Kieferchirurgie* neben anderen Themen auch über die Kieferbruchbehandlung (siehe 2.4.5). Darin wird deutlich, daß er der freihändigen Schienung gegenüber modellabhängigen Schienen aus Gußmetall oder Kautschuk den Vorzug gab<sup>1695</sup>. Insgesamt behandelte er im Zeitraum 1930 bis 1961 in fünf Publikationen die Anwendung von Drahtschienenverbänden<sup>1696</sup>. Drei Arbeiten aus den Jahren 1942, 1966 und 1968 gehen auf kombinierte Weichteil-Knochenverletzungen des Gesichts ein<sup>1697</sup>. Zwei Beiträge aus den Jahren 1960 und 1966 werten Patientenfälle der Nordwestdeutschen Kieferklinik statistisch aus<sup>1698</sup>. Eine Arbeit aus dem Jahr 1963 erläuterte die an der Nord-

1685 Schuchardt 1930.

1686 Ders. 1956 [a], S. 40.

1687 Hille 1971, S. 42.

1688 Waßmund 1927, S. 207-209.

1689 Schuchardt 1930.

1690 Schuchardt, Günther 1965 [a].

1691 Schuchardt 1941; ders. 1942 [g]; ders. 1956 [a]; Schuchardt, Brichetti, Schenzer 1960 [a]; Schuchardt, Kapovits, Spiessl 1961 [a]; Schuchardt, Lösch, Spiessl 1963 [b]; Schuchardt, Schwenger, Rottke, Lentrodts 1966 [c]; Schuchardt 1966 [d]; ders. 1966 [e]; Schuchardt, Metz 1966 [f]; Schuchardt, Spiessl 1967 [a]; Schuchardt 1968 [c].

1692 Ders. 1942 [g]. Diese Arbeit wurde nur nach der Überschrift eingeteilt.

1693 Schuchardt, Lösch, Spiessl 1963 [b].

1694 Schuchardt 1956 [a]; Schuchardt, Brichetti, Schenzer 1960 [a]; Schuchardt, Kapovits, Spiessl 1961 [a]; Schuchardt, Lösch, Spiessl 1963 [b]; Schuchardt, Schwenger, Rottke, Lentrodts 1966 [c]; Schuchardt 1966 [d]; ders. 1966 [e]; Schuchardt, Metz 1966 [f]; Schuchardt, Spiessl 1967 [a]; Schuchardt 1968 [c].

1695 Ders. 1939 [c], S. 708-713.

1696 Ders. 1930; ders. 1939 [c]; ders. 1941; ders. 1956 [a]; Schuchardt, Kapovits, Spiessl 1961 [a].

1697 Schuchardt 1942 [g]; ders. 1966 [d]; ders. 1968 [c].

1698 Schuchardt, Brichetti, Schenzer 1960 [a]; Schuchardt, Schwenger, Rottke, Lentrodts 1966 [c].

westdeutschen Kieferklinik zur Frakturbehandlung genutzten Verfahren<sup>1699</sup>. 1966 behandelte er in einer Publikation Orbitaverletzungen<sup>1700</sup> und 1967 in einer weiteren Spätfolgen ungenügend versorgter Mittelgesichtsfrakturen<sup>1701</sup>. Auf die beiden letztgenannten Publikationen sowie die über die Behandlung von Weichteil- und Knochenverletzungen im Gesicht wird in diesem Kapitel nicht eingegangen, weil dabei plastisch-chirurgische Verfahren im Vordergrund standen.

Neben seinen Publikationen sind auch die an der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter seinem Direktorat zum Thema Frakturen fertiggestellten Dissertationen und die von Schuchardt mitorganisierten Kongresse im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie von Interesse. In der Zeit von 1945 bis 1971 wurden an der Nordwestdeutschen Kieferklinik zwölf Dissertationen über Frakturen des Gesichtsskeletts veröffentlicht<sup>1702</sup>. Zwischen 1954 und 1964, als Schuchardt Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie war (siehe 2.1), wurden „Frakturen des Gesichtsskeletts“ zweimal zum Tagungsthema gewählt. Es ist aber anzunehmen, daß Schuchardt auch nach 1964 mindestens bis zu seiner Emeritierung 1970 an der Festsetzung der Themen für die Jahrestagungen beteiligt war. In dieser Zeit fanden wiederum zweimal Tagungen über das Thema Frakturen statt. 1955 auf der fünften Tagung wurde es zu ersten Mal zum Hauptthema erhoben, an welchem sich damals 23 Vortragende beteiligten, darunter auch zwei Doktoranden Schuchardts, nicht jedoch er selbst<sup>1703</sup>. 1958 auf der achten Tagung wurden die Frakturen an dritter Stelle unter der Überschrift „Neue Methoden zur Behandlung von Frakturen im Kiefer-Gesichtsbereich“ mit nur fünf Vorträgen besprochen, von denen drei Mitarbeiter der NWDKK hielten<sup>1704</sup>. Auf der 14. Tagung 1965 wurde das Thema „Das frische Trauma im Kiefer-Gesichtsbereich“ als einziges diskutiert<sup>1705</sup>. Vertreter der NWDKK hielten neun der insgesamt 40 Vorträge<sup>1706</sup>, darunter waren zwei Referate von Schuchardt und ein gemeinsames Referat Schuchardts mit Mitarbeitern<sup>1707</sup>. An der Folgetagung 1966 über „Die Therapie der Spätfolgen nach Traumen im Kiefer-Gesichtsbereich“<sup>1708</sup> war die NWDKK wieder mit neun Vorträgen beteiligt<sup>1709</sup>, von denen einer von Schuchardt und Bernhard Spiessl (\* 1921) ausgearbeitet worden war<sup>1710</sup>. An der Anzahl der Tagungsbeträge aus der Nordwestdeutschen Kieferklinik kann abgelesen werden, daß die Beteiligung nach der fünften Tagung 1955 anstieg und die Klinik dadurch stärker repräsentiert war, was neben einem Zuwachs an wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Frakturen an der NWDKK auch ein Beleg für Schuchardts Einfluß bei der Auswahl der Referenten sein kann.

1699 Schuchardt, Lösch, Spiessl 1963 [b].

1700 Schuchardt 1966 [e].

1701 Schuchardt, Spiessl 1967 [a].

1702 Bally 1971; Bornemann 1956; Francksen 1952; Hille 1971; Kark 1969; Koesling 1950; Koyro 1967; Outzen 1959; Puff 1952; Riedel 1969; Schmidt, G. 1953; Schmitt, K. 1971.

1703 Gerhard Bornemann: „Ergebnisse der konservativen Behandlung bei Luxationsfrakturen des Kiefergelenks“; Ummo Franken: „Zur Behandlung der Unterkiefer-Pseudarthrosen“, siehe Schuchardt (Hrsg.) 1956, Inhaltsverzeichnis.

1704 Michael Kapovits (\* 1922) sprach über „Die Behandlung von Oberkieferfrakturen durch Fixierung mit Drahtpalavitverbänden, Kopfgips und Verschraubungen“ und Gerhard Pfeifer über „Freihändige Kunststoffschienung bei Alveolarfortsatzfrakturen und Luxationen im Milchgebiß“, siehe ders. (Hrsg.) 1958, Inhaltsverzeichnis.

1705 Ders. (Hrsg.) 1966, Vorwort.

1706 Vorträge kamen von Karl Schuchardt, Bernhard Rottke, Jürgen Lentrodt, Gehard Pfeifer, Friedrich Schröder, Hans-Jürgen Metz, Bernhard Spiessl, Horst Günter und Norbert Schwenzer. U.a. sprach Hans-Jürgen Metz über „Indikation und Technik der Drahtbogen-Kunststoffschiene nach Schuchardt“, siehe ders. (Hrsg.) 1966, Inhaltsverzeichnis.

1707 Schwenzer, Rottke, Lentrodt 1966 [c], Schuchardt 1966 [d] und ders. 1966 [e].

1708 Ders. (Hrsg.) 1967, Vorwort.

1709 Referate kamen von Karl Schuchardt, Otto Kriens, Gehard Pfeifer, Bernhard Rottke, R. Dunker, Horst Günther, Bernhard Spiessl, Jürgen Lentrodt, Friedrich Schröder, H.-J. Pape, Horst Scheunemann und Hamfotiadis, siehe Schuchardt (Hrsg.) 1967, Inhaltsverzeichnis.

1710 Schuchardt, Spiessl 1967 [a].

### 3.3.2.1 Zur zahnmedizinischen Dissertation

Die 14 Seiten umfassende zahnmedizinische Dissertation „Beitrag zur Behandlung der Oberkieferfrakturen“, die unter der Anleitung von Albin Hentze entstand (siehe 2.3.2), war eine kasuistische Arbeit und erläuterte die Behandlung eines Patienten mit einer zweifachen Mittelgesichtsfraktur nach Le Fort I und III in den Jahren 1928 bis 1929<sup>1711</sup>. Nach Mißerfolgen mit der herkömmlichen Therapie griff Schuchardt auf ein damals als überholt geltendens Verfahren zur Behandlung der komplizierten Mittelgesichtsfraktur zurück<sup>1712</sup>. Er fixierte den mobilen Oberkiefer auch am Unterkiefer, was Waßmund 1927 bei frischen Frakturen für unstatthaft hielt<sup>1713</sup>. Bevor Schuchardt die Hilfsschiene im Unterkiefer einsetzte, hatte er nach der üblichen Weise versucht, das manuell reponierte untere<sup>1714</sup> und das nicht dislozierte obere Fragment<sup>1715</sup> an der Schädelbasis ruhigzustellen. Entsprechend den Angaben Waßmunds hatte er dafür eine Kombination aus extra- und intraoralem Verband verwendet. Diese bestand aus einer Oberkieferdrahtschiene, einem dazu parallelen extraoralen Drahtbügel (Hirschgeweih)<sup>1716</sup>, welcher an der Schiene im Bereich der Frontzähne angelötet war, und aus einer textilen Kopfkappe mit festgewebter Kante, von welcher Gummizüge an angenähten Häkchen zum Bügel gespannt waren (Abb. 149). Der Verband hatte jedoch innerhalb weniger Stunden eine Dislokation beider Bruchteile bewirkt<sup>1717</sup>. Sehr wahrscheinlich waren der Schienenkörper und der extraorale Bügel durch die wirkenden Kräfte torquiert worden, was auch am Röntgenbild erkennbar ist<sup>1718</sup> (Abb. 150). Das geschah besonders bei gelöteten Konstruktionen. Bei nur einer frontalen Lotver-



Abb. 149. Waßmund:  
Extra-intraoraler Verband, 1927.



Abb. 150. Schuchardt: Röntgenaufnahme aus der Dissertation.

bindung, wie sie Waßmund und Schuchardt anstatt von zwei parallelen Kopplungen im Seitenzahnbereich anbrachten, mußte sich das Konstruktionsproblem besonders stark auswirken<sup>1719</sup>. Das Problem der Torquierung sprach Schuchardt in einer späteren Publikation an, jedoch ohne auf seine Dissertation einzugehen<sup>1720</sup>.

- 1711 Der Liller Chirurg René Le Fort (1869-1951) führte 1901 diese dreiteilige Systematik der Oberkieferfrakturen ein, die sich nach dem Verlauf der Bruchlinien richtet und die auf seinen Versuchen an Leichenschädeln beruhte, siehe Hoffmann-Axthelm 1995, S. 163.
- 1712 Erwin Reichenbach führte den Namen Mittelgesichtsfrakturen für Oberkieferfrakturen ein, weil in der Regel neben dem Oberkiefer auch weitere benachbarte Knochen von der Fraktur betroffen waren, siehe Hille 1970, S. 92.
- 1713 Schuchardt 1930, S. 6, 8.
- 1714 Das untere Fragment bestand aus Alveolarfortsatz, hartem Gaumen und dem unteren Teil der Flügelfortsätze. Es war dorsokaudal disloziert. Er verwendete für diese Fraktur den Begriff Guérinsche Querfraktur, siehe ebd., S. 9-10. Der Pariser Chirurg Alphonse Guérin (1815-1895) beschrieb 1866 jedoch die nichtdislozierte Fraktur der Maxilla, die später nach ihm benannt wurde, siehe Hoffmann-Axthelm 1995, S. 163.
- 1715 Das mobile obere Fragment bestand aus Oberkieferkörper, Nase und Jochbögen, siehe Schuchardt 1930, S. 10.
- 1716 Das Hirschgeweih soll von Bimstein in die Frakturbehandlung eingeführt worden sein, siehe Schmitt, K. 1953, S. 31-32.
- 1717 Schuchardt 1930, S. 10-12.
- 1718 Ebd., Anhang nach S. 14, Abb. II.
- 1719 Schmitt, K. 1953, S. 32. Offenbar weil die frontal ansetzende, hauptsächlich kranial wirkende Kraft der am unteren Fragment an greifenden Gummizüge die dorsokaudal gerichtete Muskelkraft nicht aufheben konnte. Durch Muskelzug wurde die Schiene am Ansatz des Hirschgeweihs abgelenkt und das untere Fragment soweit verlagert, bis das obere Fragment um eine waagerechte Achse nach dorsal kippte. Schuchardt gab folgende Erklärung: „Der Grund hierfür liegt in der Tatsache, daß sich der mobile harte Gaumen mit Alveolarfortsatz und Zahnreihe nach der üblichen Verbandstechnik nicht fixieren läßt, weil diesem und der Schädelbasis (dem eigentlichen Fixpunkte) der ebenfalls mobile Oberkieferkörper zwischengelagert ist und weil zur Fixierung des Fragmentes bei einer Guérin-Querfraktur die nach der Schädelbasis wirkenden Kräfte anders gerichtet sein müssen als bei einer totalen Aussprengung des Oberkiefers Typ IV.“, siehe Schuchardt 1930, S. 12. Die Bezeichnung Typ IV bezog sich auf die Fraktуреinteilung nach Waßmund und entsprach Le Fort III, siehe ebd., S. 4.
- 1720 Ders. 1961 [a], S. 1245, 1247.

Die Fixation des Bruches in Repositionsstellung gelang ihm dann durch eine Hilfsschiene im Unterkiefer, intermaxilläre Gummizüge und durch Immobilisation des Unterkiefers mit einem Kinnkopfverband. Dieser hielt die Position der Fragmente zur Schädelbasis aufrecht und verhinderte die Bildung einer Pseudarthrose. Einer Ankylose des Kiefergelenkes beugte Schuchardt durch Bewegungsübungen vor, indem er die intermaxilläre Fixation wiederholt in Abständen von zwei Tagen öffnete. Nach vier Wochen waren die Fragmente so stabil, daß er den Kinnkopfverband entfernen und die Therapie unter Beibehaltung intraoraler Gummizüge auf Schädelbasisfixation umstellen konnte, was für den Patienten vor allem für das Sprechen und die Ernährung eine Erleichterung bedeutete. Nach weiteren vier Wochen konnte die Behandlung beendet werden<sup>1721</sup>.

Wissenschaftlich hatte die Arbeit vermutlich keine große Bedeutung, da Christian Bruhn bereits seit 1916 bei Oberkieferfrakturen mit einer Hilfsschiene im Unterkiefer arbeitete<sup>1722</sup> (siehe 2.4.2), was Schuchardt nicht bekannt gewesen zu sein scheint. Außerdem war die gesamte Literatur, die Schuchardt heranzog, schon 1927 von Waßmund zusammengestellt worden. Die Arbeit belegt jedoch Schuchardts praktisch-theoretisches Geschick und läßt erkennen, daß er hier zu Beginn seiner Tätigkeit den Mut aufbrachte, einen Weg einzuschlagen, der von seinem Lehrer Waßmund abgelehnt worden war. Daneben ist festzuhalten, daß Schuchardt bereits in seiner ersten Publikation über Frakturen die von Waßmund ausgebaute Technik des freihändig, d. h. ohne Modell am Patienten, angefertigten, dental befestigten Drahtschienenverbandes gegenüber den zahn-technisch hergestellten Schienen aus Gußmetall oder Kautschuk favorisierte<sup>1723</sup>.

### 3.3.2.2 Modellgewinnung nach Schuchardt

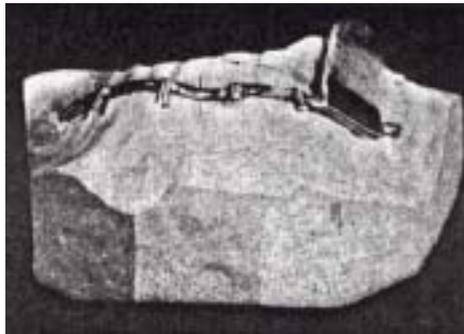


Abb. 151. Schuchardt: Modell mit Unterkieferdrahtschiene und einer schiefen Ebene, 1941.

1941 veröffentlichte Schuchardt ein Verfahren zur definitiven Schienung dislozierter Frakturen des Unterkiefers, das mit einer vereinfachten Abdrucknahme und Modellherstellung auskam. Er entwickelte es, um Zahnärzten im Krieg für den Einsatz in Lazaretten eine schnelle und reproduzierbare Methode in die Hand zu geben, die sie ohne Labor durchführen konnten (siehe 2.6.3). Seine Methode setzte da ein, wo die freihändige Schienung, d. h. das Anpassen der Drahtschiene an die vestibuläre Konvexität der einzel-

nen Zähne des Patienten, durch wiederholtes Biegen und Vergleichen für den Zahnarzt besonders langwierig und mühevoll verlief. Denn für dislozierte Unterkieferfrakturen mußte eine harte Drahtschiene mit einem Mindestdurchmesser von 2,5 mm verwendet werden<sup>1724</sup>. Dafür wurde der Unterkiefer unter doppelseitiger Mandibularanästhesie durch an den Zähnen befestigte Drahtschlingen manuell in Reposition gehalten. Schuchardt verlegte die Anpassung der Schiene auf ein Gipsmodell, was an sich nichts Neues war. Man bediente sich dafür allgemein der Modellherstellung nach Süersen, ein Verfahren, das recht zeitintensiv und zudem ungenau war (siehe oben). Im Gegensatz dazu gewann Schuchardt sein Modell in reponierter Stellung und nur von den vestibulären Zahnflächen. Zuerst legte er die für den Halt des Verbandes damals noch als notwendig erachteten Schröderschen Röhrchenbänder an den distalen Molaren an. Um die Stellung der Röhrchen auf das Modell zu

1721 Ders. 1930, S. 12-14.

1722 Hille 1971, S. 97. Bruhn wird im Literaturverzeichnis nicht aufgeführt, siehe Schuchardt 1930.

1723 Ebd., S. 6-7, 11.

1724 Es handelte sich um einen halbrunden Bronzedraht mit hartgelöteten Häkchen, siehe Schuchardt 1941, S. 109.

übertragen, benutzte er zwei Drahtstifte mit 2cm Länge, die er mit einem „Stop“ versehen in die Röhrchen der Schröderbänder steckte, bis sie noch 1cm in den Vorhof ragten. In Repositionsstellung, die unter Anästhesie durch Zügel gehalten wurde, goß er nun den unteren Mundvorhof mit Abdruckgips aus. Dabei wurden die Stifte einschließlich ihres Ansatzes an den Röhrchen im Abdruckgips gefaßt. Am entnommenen Abdruck wurden dort zwei identische Schröderbänder angewachst und auf das Modell übertragen. Bei Bedarf konnten auch die vestibulären Zahnflächen des Oberkiefers mit abgeformt werden, z. B. für eine schiefe Ebene (Abb. 151). Falls die Hilfsschiene im Oberkiefer noch nicht angelegt worden war, konnte man die Aushärtezeit des Modellgipses dafür nutzen. Außerdem konnten in den 1-1,5 Stunden, in denen die Lokalanästhesie wirkte, die Ligaturen für die Molaren und Prämolaren durch die Interdentalräume gezogen werden. Sie wurden so gelegt, daß ihre Enden nach vestibulär zeigten und später beim Einbinden der Schiene nur noch ein Drahtende gehoben werden mußte. Danach wurde der Unterkiefer in reponierter Stellung durch einige Ligaturen temporär an der Hilfsschiene fixiert. Wenn ein Helfer die Unterkieferschiene am Modell bereits gebogen hatte, konnte sie jetzt oder nach ihrer Herstellung durch den Zahnarzt eingebunden werden, ohne daß der Patient dafür den Mund öffnen mußte. Als letzter Schritt wurden dann wieder bei geöffnetem Mund und bei abklingender Anästhesie die weniger schmerzhaften Frontzahnligaturen gebunden. Der Unterkiefer wurde durch Gummiringe am Oberkiefer soweit ruhig gestellt, daß das Kiefergelenk noch eine leichte Bewegungsfreiheit behielt. Schuchardt nutzte also die sogenannte halbe Immobilisation nach Waßmund. Die Gummiringe befestigte er aber nicht wie Waßmund an den Ligaturen, sondern an Häkchen, die zuvor an die Schienen gelötet worden waren. Damit wollte er einer Lockerung der Ligaturen vorbeugen. Im Bruchspalt stehende Zähne wurden extrahiert<sup>1725</sup>. Die Vorgehensweise Schuchardts zeigt, wie ausgeprägt sein Streben war, die Schienenanfertigung und Anlegung zu rationalisieren. Eine ähnliche Vereinfachung des Abdruckverfahrens hatte vermutlich unabhängig von Schuchardt Fritz Brosch entwickelt (siehe oben). Nur nutzte dieser Gipsbinden zur Abformung der labialen Zahnbögen<sup>1726</sup>.

### 3.3.2.3 Die Drahtbogenkunststoffschiene nach Schuchardt

1956 publizierte Schuchardt in der Zeitschrift „Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ unter dem Titel *Ein Vorschlag zur Verbesserung der Drahtschienenverbände* eine entscheidende Modifikation des Drahtschienenverbandes, die dessen Technik so erleichterte, daß sie für die nächsten Jahrzehnte zur Methode der Wahl bei Frakturen innerhalb der bezahnten Kiefer avancierte. Es ist zu vermuten, daß Schuchardt die Methode erst nach der 5. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, die im Sommer 1955 stattfand, entwickelte, weil darüber sonst vermutlich dort referiert worden wäre. Vor ihm hatten, wie er selbst angab, Hans Wunderer (\*1912) und Josef Schrudde (\*1920), die beide an der Westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf tätig waren, den selbsthärtenden Kunststoff Palavit als Material für Kieferbruchschiene eingesetzt. 1953 veröffentlichte Schrudde eine Arbeit über „Die Behandlung von Kieferbrüchen mit Schienenverbänden aus Palavit“<sup>1727</sup>, die er unter etwas verändertem Titel auch auf der 5. Jahrestagung vortrug<sup>1728</sup>. Er arbeitete bei der Herstellung der Schienen mit Modell und fügte das Palavit vestibulär und oral an<sup>1729</sup>. Möglicherweise hatte Schuchardt daher die Idee, Palavit zur Verstärkung des Drahtschienenverbandes einzusetzen.

1725 Schuchardt 1941, S. 107-110.

1726 Brosch in Schuchardt 1957 (Hrsg.), S. 229-230.

1727 Schuchardt 1956 [a], S. 41, 44. Palavit war ein selbsthärtendes Polymethylmetacrylat der Firma Kulzer, siehe Schwenger, Bd. 3, 1982, S. 75.

1728 Ders. (Hrsg.) 1956, Inhaltsverzeichnis.

1729 Ders. 1956 [a], S. 41.

Bei Schuchardt bestand das Material aus 1,5 mm breiten Aluminiumbronze- oder nichtrostendem Stahldraht für den Bogen und die Häkchen, aus 0,4 mm breitem Draht aus Aluminium oder Stahl für die Ligaturen und aus Palavit. Für das Anlöten der Häkchen, die der Immobilisation dienten, wurde das Weichlot Tinnol verwendet. Die Vorgehensweise erläuterte Schuchardt am Beispiel einer Unterkieferfraktur. Zuerst bog er freihändig aus ausgeglühtem und dadurch geschmeidig gemachtem Draht eine Hilfsschiene für den Oberkiefer. Die Anpassung erfolgte nicht, wie es zuvor bei Drahtschienen notwendig gewesen war, am Zahnhals, sondern auf halber Höhe der vestibulären Zahnwölbungen und auch nur punktförmig und nicht wie vorher räumlich. Vor dem Einbinden wurden an den Drahtbogen aus demselben Material die Häkchen mit Tinnol angelötet. Nun band er den Bogen im Frontzahnbereich mit einfachen, im Seitenzahnbereich mit Ligaturen ohne Nebenwirkung nach Reichenbach<sup>1730</sup> so ein, daß sie in halber Höhe der Kronen verliefen. In gleicher Weise wie für die Hilfsschiene wurde nun der Drahtbogen für den Unterkiefer vorbereitet. Der Unterkiefer wurde dafür mit Drahtzügeln in Repositionsstellung gehalten. Bei genügender Bezahnung verzichtete Schuchardt auf das Anbringen von Röhrenbändern. Der Drahtbogen wurde an je einem Zahn der beiden Fragmente des Unterkiefers mit einer Ligatur befestigt. Diese Ligaturen dienten der Aufrechterhaltung der Reposition und wurden lang gelassen (Abb. 152). Danach führte er auf halber Kronenhöhe aller anderen Zähne einfache Ligaturen herum und zog sie fest. Nun wurden die vestibulären Seiten der Interdentalräume und die Zahnwölbungen in Höhe des Drahtbogens schrittweise mit zähflüssigem Palavit beschickt. Dabei wurde auch der Drahtbogen ummantelt (Abb. 153). Während der Polymerisation ließ er die beiden Halteliga-turen fest anziehen, um die Reposition zu sichern. Die Gingiva stand mit dem Kunststoff nicht in Kontakt. Nach dem Erhärten des Kunststoffes war der Drahtschienenverband für die Dauer der Behandlung fixiert. Rauigkeiten konnten maschinell geglättet werden.

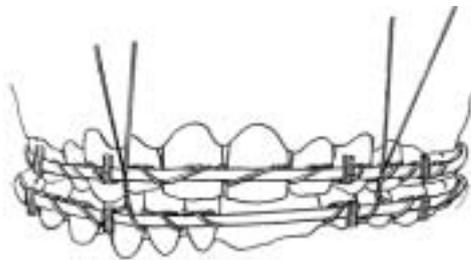


Abb. 152. Schuchardt: Drahtschienenverband mit Halteliga-turen, 1956.



Abb. 153. Schuchardt: Drahtschienenverband nach Beschickung mit Palavit, 1956.

Nach Schuchardt entsprach der Indikationsbereich der kunststoffverstärkten Drahtschiene, die er in dieser Veröffentlichung Draht-Palavitschiene nannte<sup>1731</sup>, dem der herkömmlichen Drahtschienenverbände. Er verwendete sie damals vorzugsweise bei frischen Frakturen. Auch bei den schrittweise zu reponierenden älteren Frakturen konnte die Schiene genutzt werden, indem sie geteilt angelegt und später durch eine Brücke aus palavitverstärktem Draht verbunden wurde. Gegenüber den herkömmlichen freihändig gebogenen Drahtschienen sah Schuchardt einen besonderen Vorteil in der Schonung der Gingiva, wodurch iatrogene Parodontopathien vermieden werden konnten. Daneben vereinfachte die Einfügung des Kunststoffes zwischen Draht-

1730 Die von Erwin Reichenbach (1897-1973) entwickelten Ligaturen sind in der Dissertation von Schmitt abgebildet. Sie wirkten dem Abgleiten des Drahtbogens unter die Gingiva entgegen, siehe Schmitt, K. 1953, S. 25.

1731 Schuchardt 1956 [a], S. 43. Auf der 8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie 1958 wurde für die Draht-Palavitschiene durch den Vortrag von Schuchardts Mitarbeiter Kapovits der Name „Drahtpalavitverband“ eingeführt (siehe 3.3.2). 1961 änderte Schuchardt durch die mit Kapovits und Spiessl veröffentlichten Arbeit „Technik und Anwendung des Drahtbogenkunststoffverbandes“ den Namen erneut, siehe Schuchardt, Kapovits, Spiessl 1961 [a], S. 1241. Auf der 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie 1965 inaugurierte dann Schuchardts Mitarbeiter Metz mit seinem Referat die Bezeichnung „Drahtbogen-Kunststoffschiene nach Schuchardt“ (siehe 3.3.2), die heute noch neben dem Begriff „Schuchardt-Schiene“ benutzt wird, siehe Horch 1991, S. 60, 61.

bogen und Zähnen auch die Anpassung der Schiene<sup>1732</sup>. Eine Verschiebung der Schiene wurde durch die räumliche Anlagerung des Kunststoffes an die vestibuläre Seite der Zähne vermieden. Das Antragen des Kunststoffes konnte direkt im Mund erfolgen. Hierin ist die entscheidende Neuerung zu sehen. Denn eine einseitig räumlich fassende und mit Drahtligaturen befestigte Schiene war bereits von Hofer entwickelt worden, mit den Unterschieden, daß sich der kompakte Teil lingual befand und daß sie indirekt angefertigt wurde (siehe oben). Daran läßt sich auch die Gemeinsamkeit der „Schuchardt-Schiene“ mit den kompakten Schienen erkennen. Voraussetzung für die neue Methode war das Material, das selbsthärtende Polymethylmetacrylat Palavit, das seit Anfang der 1950er Jahre zur Verfügung stand<sup>1733</sup>.

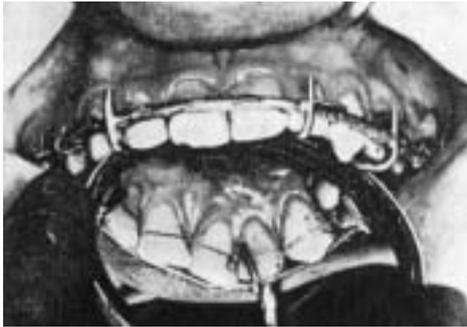


Abb. 154. Schuchardt: Am Oberkiefer angepaßte Drahtschiene mit kreuzweise angelöteten Häkchen, 1961.

Im Jahr 1961 veröffentlichte Schuchardt erneut eine Arbeit zur Drahtbogen-Kunststoffschiene. Gemeinsam mit Kapovits und Spiessl gab er hier Präzisierungen hinsichtlich der Handhabung und der Indikation dieser Schiene, die auf zahlreichen Erfahrungen beruhten. Den Drahtbogen wählten sie mit 2 mm Breite etwas stärker, die Ligaturen mit 0,35 mm Durchmesser schmaler. Aus demselben Material schnitten sie ca. 1,3 cm lange Drahtstücke und löteten sie auf der Höhe von 1 cm mit Silberlot im Abstand von 2 cm kreuzweise an den Drahtbogen. Sie wiesen darauf hin, daß die entstehende Sprossenschiene auch konfektioniert hergestellt werden könne<sup>1734</sup>.

Das kürzere Ende der Kreuzsprosse, das zur Umschlagfalte gerichtet wurde, diente als Halt für intermaxilläre Gummi- oder Drahtzüge, das längere zur temporären Adaptation des Bogens an den Zähnen. Es griff, wie die Retentionshäkchen Witzels, über die Kauflächen der Zähne (siehe oben) (Abb. 154) und wurde nach dem Auftragen des Kunststoffes entfernt. Der Bogen wurde den Zähnen am größten Umfang vestibulär angelegt und umfaßte die endständigen Zähne distal bis zur Hälfte. Wurde die Schiene in dieser Höhe adaptiert, legten sich später die Drahtligaturen etwas unterhalb der größten Zirkumferenz an, ohne die Gingiva zu berühren. Nach dem Anpassen des Drahtbogens wurden jetzt vor dem definitiven Anlegen um alle Zähne einfache Interdentalligaturen gelegt. Die mesialen Enden wurden mit Kocherklemmen nach kranial und die distalen nach kaudal in Position gehalten, was das nachfolgende Einbinden des Drahtbogens erleichterte. Vor dem Auftragen des Kunststoffes wurden die Zähne mit Alkohol getrocknet<sup>1735</sup>. Die Indikation wurde fast universell für alle Kieferbruchformen definiert. Ausgenommen waren nur Brüche des ungenügend bezahnten oder des unbezahnten Kiefers. So setzten sie die Schiene bei Unterkieferfrakturen im horizontalen und im aufsteigenden Ast sowie zur funktionellen Behandlung von einseitigen Gelenkfortsatzfrakturen ein, wofür zusätzlich eine Bißerhöhung auf der frakturierten und eine schiefe Ebene auf der gesunden Seite angebracht wurde. Der Drahtbogenkunststoffverband fand Anwendung bei allen Oberkieferfrakturen. Die unilateralen Frakturen des Oberkiefers mit oder ohne Dislokation wurden zusätzlich mit intermaxillären Gummizügen und Kopf-Kinnverband versorgt. Bei bilateralen Oberkieferbrüchen wurde der Drahtverband mit einer Gaumenplatte verstärkt, um den starken Zugkräften standzuhalten. Sehr geeignet war der Verband für Alveolarfortsatzbrüche.

1732 Schuchardt 1956 [a], S. 39-44.

1733 Laut Schwenzer, Bd. 3, 1982, S. 71-75, wurden Autopolymerisate schon seit 1941 in der Zahnheilkunde eingesetzt.

1734 Die Schiene wird heute von der Firma Renfert in Singen (Hohentwiel) hergestellt, siehe Krüger 1993, S. 99.

1735 Schuchardt, Kapovits, Spiessl 1961 [a], S. 1243-1244. Emil Kocher (1841-1917) war Chirurg in Bern.

Seltenere Anwendungsgebiete fanden sich nach Kieferresektionen, operativer Behandlung von Kieferdeformitäten, Zahnreplantationen und zur Vermeidung alveolärer Nachblutungen<sup>1736</sup>. Die Schiene ist auch zur Prothesenschiene erweiterbar<sup>1737</sup>.

Als Nebenwirkung des Drahtbogen-Kunststoffverbandes stellten sich bald Demineralisationen an den kunststoffüberzogenen Bereichen der Zähne heraus, die später durch Fluoridtouchierung vor dem Anlegen der Schiene und intensive Zahnreinigung nach den Mahlzeiten reduziert werden konnten<sup>1738</sup>. Eine Modifikation der Schuchardtschiene ist das Modell Münster, das indirekt angefertigt wird<sup>1739</sup>.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß Schuchardt seine Vorgehensweise bei der Anwendung der direkt am Patienten angefertigten Drahtschienen von 1928 bis 1961 kontinuierlich optimierte. Seine 1956 entwickelte Schiene ist leicht handhabbar, sehr individuell zu gestalten und sofort einsetzbar. Deshalb ist sie noch heute bei der konservativen Frakturbehandlung von großer Bedeutung<sup>1740</sup>.

### 3.3.2.4 Therapie von Gelenkfortsatzfrakturen an der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter Schuchardt

1965 nahmen Schuchardt und Günther in einem Buchbeitrag Stellung zu diesem Problem. Sie sprachen sich bei der dislozierten Gelenkfortsatzfraktur des Unterkiefers wie viele deutsche Kollegen für ein konservatives Behandlungskonzept und gegen eine operative Reposition des Gelenkköpfchens aus, die damals hauptsächlich in den USA propagiert wurde. Im Unterschied zur operativen zielte die konservative Therapie auf eine morphologische Restitution, die aufgrund der hohen Anpassungsfähigkeit des Kiefergelenkes dessen Funktionsfähigkeit erhalten kann. Dabei wurden nacheinander ruhigstellende und funktionsfördernde Hilfsmittel am zahntragenden Fragment des Unterkiefers eingesetzt (siehe unten). Als Hauptargument gegen die operative Behandlung wurde die hohe Empfindlichkeit der Gelenkstrukturen gegenüber chirurgischen Interventionen angeführt. Nach den Erfahrungen beider Autoren, die sie nach ihren Angaben mit vielen europäischen Kollegen teilten, blieb nach der chirurgischen Wiederherstellung der anatomischen Verhältnisse nicht nur die Funktionfähigkeit des Gelenkes langfristig hinter den Erwartungen zurück, es traten häufig auch Verschlechterungen auf, denen destruirende Umbauvorgänge zugrunde lagen (Resorption, Wachstumshemmung, Ankylose, Arthropathia deformans). Besonders kritisierten sie, daß in der amerikanischen Fachliteratur Angaben zu und Bildmaterial von Langzeitergebnissen fehlten und nur die Situation in einem kurzen Intervall nach dem Eingriff beurteilt wurde.

Schuchardt und Günther führten als Beispiel gegen das operative Vorgehen einen Mißerfolg nach einer einseitig operativ versorgten beidseitigen dislozierten Kollumfraktur bei einem Erwachsenen an<sup>1741</sup>. Die einseitige operative Behandlung hatte Waßmund bei beidseitiger Fraktur des Gelenkköpfchen Erwachsener postuliert, wenn es um mehr als 60° nach medial verlagert war<sup>1742</sup>. Damit wollte er die Einlagerung des proximalen Fragments in die Gelenkpfannen verhindern<sup>1743</sup>. Für Kinder empfahl Waßmund aber eine konservative Behandlung. Schon 1939 hatte Schuchardt von einem ungünstigen Heilungsverlauf nach einer operativen Therapie bei einem achtjährigen Kind berichtet. Auch damals hatte er, obwohl es sich um ein Kind handelte, ein Gelenk operativ reponiert, weil das Frakturgeschehen schon sechs Wochen zurücklag. Bei der Aufrichtung des Gelenk-

1736 Ebd., S. 1245-1246.

1737 Krüger 1993, S. 103.

1738 Horch 1991, S. 59.

1739 Ebd., S. 61.

1740 Booth et al. 1999, S. 59-61.

1741 Schuchardt, Günther 1965 [a], S. 199-204.

1742 Schuchardt 1939 [c], S. 712.

1743 Bornemann 1956, S. 45.

köpfchens war es dann zum völligen Abriß gekommen. Schuchardt hatte es daraufhin mit Drahtnaht fixiert. Während das konservativ orthopädisch behandelte andere Gelenk sich gut entwickelt hatte, zeigte das Röntgenbild des operierten Gelenks ausgeprägte osteolytische Prozesse<sup>1744</sup>. Schuchardt bemerkte dazu selbstkritisch: „Es wird dieser Fall uns eine Mahnung für die Zukunft sein zum konservativen Verhalten gegenüber den doppelseitigen Kiefergelenkfrakturen bei Kindern“<sup>1745</sup>.

Daß er später nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen die konservative Behandlung bevorzugte, wird in den Dissertationen „Die Luxationfraktur des Processus articularis mandibulae“ von Gerhard Bornemann (1956) und „Die stumpfen Traumen des Kiefergelenks“ von Bernd Bally (1971) deutlich. Die Dissertation Bornemanns wurde von Schuchardt, die Arbeit Ballys von Günther betreut. Bornemann hatte bereits 1955, im Jahr vor seiner Promotion, auf der 5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie über „Ergebnisse der konservativen Behandlung bei Luxationsfrakturen des Kiefergelenks“ referiert<sup>1746</sup>. In seiner Dissertation wertete er 71 Krankenfälle, die von 1946 bis 1955 an der NWDKK behandelt wurden, hinsichtlich des Langzeiterfolges aus. 61 von ihnen hatten eine Luxations- oder Subluxationsfraktur. Bis auf einen Patientenfall, der von einem Gastoperateur behandelt wurde, kamen konservative Maßnahmen zur Anwendung, auch bei doppelseitigen Frakturen. Insgesamt waren in dem Zeitintervall 256 Patienten mit Gelenkfortsatzfrakturen behandelt worden, und zwar, wie Bornemann betonte, ausschließlich konservativ<sup>1747</sup>. Er beschrieb die von Schuchardt propagierte „konservativ-orthopädische“ Methode, die kurz angesprochen werden soll.



Abb. 155 Schuchardt: Monoblock, um 1950.



Abb. 156 Schuchardt: Monoblock eingesetzt, um 1950.



Abb. 157. Schuchardt: Patient mit extraoralem Verband um 1950.

Isolierte Gelenkfortsatzfrakturen behandelte Schuchardt mit einem funktionskieferorthopädischen Apparat, der nach einem Konstruktionsbiß hergestellt wurde, und einem extraoralen Verband. Der Apparat war ein Monoblock mit einem Frontzahnbügel für den Oberkiefer und einer Bißerhöhung auf der kranken Seite. Er ähnelte einem Aktivator und verhinderte vermutlich durch den Konstruktionsbiß eine Dislokation des zahntragenden Fragmentes (Abb. 155, 156). Die Bißerhöhung hatte die Funktion eines Hypomochlions. Es bewahrte die Bißhöhe und extendierte das proximale Fragment. Der extraorale Verband bestand aus einer Kopfbinde und einem Kinnschild aus Gips, die durch vertikale Gummizüge verbunden waren (Abb. 157). In den ersten zwei Wochen wurde die Fraktur mit diesen Hilfsmitteln ruhiggestellt und dem Patienten nur flüssige Kost verabreicht. Danach wurde der Kopfkinnverband dauerhaft oder nur tagsüber entfernt und die Behandlung mit dem Monoblock fortgesetzt. Wenn der Patient unko-

1744 Schuchardt 1939 [c], S. 712-713.

1745 Ebd., S. 713.

1746 Schuchardt (Hrsg.) 1956, Inhaltsverzeichnis.

1747 Bornemann 1956, S. 40.

operativ war oder die Fraktur des Kapitulums mit Brüchen des bezahnten Kiefertails einherging, wurde eine Drahtschienentherapie mit Bißerhöhung in Form einer Aufbißkappe am Ende des zahntragenden Fragments durchgeführt. Bei zusätzlichen Brüchen erfolgte die Immobilisation zunächst für zwei bis drei Wochen starr, dann ebenso lang elastisch. Bei isolierten Frakturen des Kapitulums wurde insgesamt nur für zwei bis drei Wochen starr sowie elastisch immobilisiert. Dem folgte in einigen Fällen eine Nachbehandlung mit dem Monoblock. Zahnlose Patienten erhielten einen Prothesenblock mit Bißerhöhung und einen extraoralen Verband<sup>1748</sup>. Bei einem Patienten mit doppelseitiger Kapitulumfraktur und Rückverlagerung des Unterkiefers brachte Schuchardt eine Rollenextension an einer gegossenen Halbkappenschiene (Gallerieschiene) zur Anwendung<sup>1749</sup>. Eine funktionelle Behandlung mit Monoblock wurde bei den von Bornemann herangezogenen 60 Fällen nur bei 15 durchgeführt<sup>1750</sup>. Bornemann konnte keine Abhängigkeit positiver Langzeitergebnisse von der Art der Therapie konstatieren. Sowohl mit Schienen als auch mit dem Aktivator waren gute Ergebnisse erzielt worden. Der Therapie mittels Aktivator gab man jedoch den Vorzug, weil sie wirtschaftlich günstiger und für den Patienten weniger belastend war. Daß auch vier Patienten, die nicht behandelt wurden, weil das Frakturgeschehen schon sieben Wochen zurücklag und keine Funktionseinbußen mehr feststellbar waren, gute Heilungsergebnisse vorwiesen, deutete er als glücklichen Zufall<sup>1751</sup>. Bally setzte 1971 in seiner Dissertation erstmals im Schrifttum den Grad der anatomischen Restitution und das Vorkommen sowie die Intensität von Spät- und Dauerstörungen systematisch in Beziehung<sup>1752</sup>. Er ging auch auf die Geschichte der Therapie ein<sup>1753</sup>. Bally verwendete Patientenakten der Nordwestdeutschen Kieferklinik aus den Jahren 1946 bis 1964 und erläuterte die Behandlungsstrategien nach 1954<sup>1754</sup>. Insgesamt wurden in der Zeit 2103 Unterkieferbrüche behandelt, darunter auch 681 Gelenkfortsatzbrüche<sup>1755</sup>. Davon erfolgte bei 281 eine Nachuntersuchung<sup>1756</sup>. Im Vergleich der beiden Dissertationen wird keine wesentliche Änderung des Therapieansatzes, aber eine Standardisierung und eine Veränderung der Hilfsmittel deutlich. Schuchardt sprach nach 1955 nicht mehr von konservativ-orthopädischer, sondern von konservativ-funktioneller Methode<sup>1757</sup>. 1956 bis 1964 erfolgte außer bei Patientenfällen ohne größere Dislokation des Gelenkköpfchens primär eine Therapie mit der Drahtbogen-Kunststoffschiene nach Schuchardt, die im distalen Seitenzahnbereich der frakturierten Seite eine Bißerhöhung aufwies. Diese Behandlung wurde für zwei bis drei Wochen starr, danach für die gleiche Zeit elastisch durchgeführt. Darauf folgte bei jedem Patienten eine funktionelle Behandlung mit einer Lingualschiene mit Hypomochlion nach Schuchardt (Abb.158). Der Monoblock wurde kaum noch angewendet. Den Grund dafür gab Bally nicht an. Patienten mit einseitiger Fraktur, die keine oder nur eine geringfügige Dislokation des Gelenkköpfchens aufwiesen, wurden fast ausschließlich mit der Lingualschiene und allenfalls mit kurzzeitiger Ruhigstellung durch einen elastischen Kopfkinnverband therapiert<sup>1758</sup>.

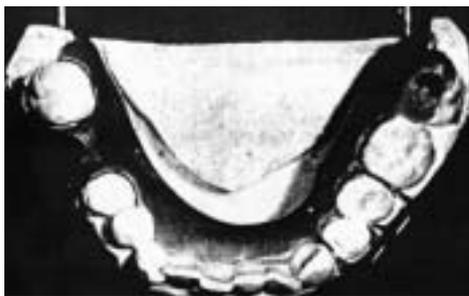


Abb. 158. Schuchardt: Lingualschiene mit Hypomochlion, 1956.

1748 Ebd., S. 49-51.

1749 Ebd., S. 52-53.

1750 Ebd., S. 41-42.

1751 Ebd., S. 48.

1752 Bally 1971, S. 46-51.

1753 Ebd., S. 13-17.

1754 Ebd., S. 29.

1755 Schuchardt, Günther 1965 [a], S. 199; Bally 1971, S. 29.

1756 Ebd., S. 43.

1757 Ebd., S. 24.

1758 Ebd., S. 21, 24-26.

Wichtig ist, daß nach der Entwicklung der Drahtbogen-Kunststoffschiene durch Schuchardt 1956 diese auch als Standardtherapie bei dislozierten Kollumfrakturen eingesetzt wurde. Diese Schiene war wesentlich leichter handhabbar als der einfache Drahtschienenverband (siehe oben). Möglicherweise ersetzte sie deshalb, ergänzt durch eine schiefe Ebene und eine Bißerhöhung, den Monoblock mit Konstruktionsbiß. Bei Frakturen ohne Dislokation genügte eine Lingualschiene mit Hypomochlion, weil hier das Abweichen der Fragmente nicht zu befürchten war.

### 3.3.2.5 Frakturstatistiken an der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter Schuchardt

In zwei Arbeiten aus den Jahren 1960 und 1966 werten Schuchardt und Mitarbeiter alle Patientenfälle mit Frakturen des Gesichtsskeletts, die an der Nordwestdeutschen Kieferklinik behandelt wurden, u. a. hinsichtlich der Bruchlokalisation, der Verletzungsursache, des Lebensalters und des Geschlechts statistisch aus<sup>1759</sup>. Die erste Arbeit, *Frakturen des Gesichtsskeletts*, basiert auf einem Untersuchungszeitraum von zwölf Jahren, 1946 bis 1957, und wurde zusammen mit M. Bricchetti und Norbert Schwenzer (\*1929) vorgelegt<sup>1760</sup>. Die zweite Arbeit, *Ursachen, Häufigkeit und Lokalisation der Frakturen des Gesichtsskeletts*, die Schuchardt mit den Koautoren Schwenzer, Bernhard Rottke und Jürgen Lentrodt veröffentlichte, bezog sich auf einen Zeitraum von 17 Jahren, 1946 bis 1963<sup>1761</sup>. Ihre Resultate wurden 1965 zu Beginn auf der 14. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie referiert<sup>1762</sup> (siehe oben). Der Wert dieser Arbeit lag jedoch weniger in der Weiterführung der 1960 publizierte Statistik als im Vergleich der Erhebungen von 1946 bis 1957 mit denen von 1958 bis 1963<sup>1763</sup>. Beide Statistiken wurden durch die zahnmedizinische Dissertation von Gebhard Riedel „Die Frakturen des Gesichtsskeletts. Multifaktorielle Analyse der von 1964 bis 1966 an der Nordwestdeutschen Kieferklinik behandelten Patienten“ aus dem Jahr 1969 ergänzt. Auch Riedel verglich seine Ergebnisse mit denen der vorherigen Untersuchungen<sup>1764</sup>.

Im Zeitraum der ersten Untersuchung, 1946 bis 1957, wurden an der NWDKK 1566 Frakturen (gemeint waren Patienten mit Frakturen)<sup>1765</sup> registriert. Dazu kamen im zweiten Untersuchungsintervall, 1958 bis 1963, weitere 1335 Patienten. In der zweiten Untersuchung wurden somit Daten von 2901 Patienten mit Frakturen des Gesichtsskeletts analysiert<sup>1766</sup>. Damit behandelte diese Statistik im internationalen Vergleich innerhalb der Jahre 1890 bis 1966 das größte Kollektiv. In Deutschland hatte vor Schuchardt et al. Eckhard Gnädig aus Heidelberg 1965 die Daten von 1801 Patienten des Zeitraumes 1947 bis 1963 in seiner Dissertation „Kieferbruchstatistik und deren Auswertung unter besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und Lokalisation der Frakturen“ ausgewertet<sup>1767</sup>.

Welches Interesse diesen Statistiken damals in Deutschland beigemessen wurde, spiegelt allein die Zahl von acht Dissertationen aus den Jahren 1963 bis 1965 wider<sup>1768</sup>. Die erste Statistik, welche die Schädel- und Gesichtsschädelfrakturen berücksichtigte, wurde 1865 von Ernst Julius Gurlt (1825-1899) in seinem „Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen“ veröffentlicht. Er gab dabei eine jährliche Anzahl von 10 bis 20

1759 Schuchardt et al. 1960 [a] und Schuchardt et al. 1966 [c].

1760 Schuchardt et al. 1960 [a], S. 159.

1761 Schuchardt et al. 1966 [c], S. 1.

1762 Schuchardt (Hrsg.) 1966, Inhaltsverzeichnis.

1763 Schuchardt et al. 1966 [c], S. 1-3.

1764 Riedel 1969, S. 1, 17, 21, 35, 47.

1765 Vgl. Schuchardt et al. 1960 [a], S. 160, 170; Schuchardt et al. 1966 [c], S. 1, 6; Riedel 1969, S. 2.

1766 Schuchardt et al. 1966 [c], S. 1.

1767 Riedel 1969, S. 2.

1768 Ebd., S. 2-3, 59-67.

Kopfverletzungen an, womit wohl die Brüche des Hirn- und des Gesichtsschädels gemeint waren<sup>1769</sup>. 1927 bezifferte Waßmund in seiner Monographie „Frakturen und Luxationen des Gesichtsschädels“ speziell den Anteil der Gesichtsschädelfrakturen an der Gesamtzahl aller Frakturen auf 2,4%<sup>1770</sup>. Die ersten statistischen Analysen von Frakturen des Gesichtsskeletts nach dem zweiten Weltkrieg legten in Deutschland Werner Reither in München im Jahr 1955<sup>1771</sup> und Günther Porthun in Rostock 1958 im Rahmen ihrer Dissertationen vor<sup>1772</sup>. Möglicherweise regten ihre Arbeiten weitere statistische Untersuchungen an. Ob Schuchardt und Mitarbeiter dadurch ermuntert wurden, auch ihre Patientendaten auszuwerten, konnte nicht ermittelt werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, darauf hinzuweisen, daß die Datenverarbeitung an der Nordwestdeutschen Kieferklinik durch eine von Schuchardt eingeführte moderne maschinelle Dokumentation wesentlich erleichtert wurde.

Vergleicht man beide Statistiken von Schuchardt und Mitarbeitern inhaltlich, so zeigen sich Unterschiede in der Ausgangssituation. Im zweiten Untersuchungsintervall, 1958 bis 1963, hatte die Häufigkeit von Mittelgesichtsfrakturen mit einem hohen Anteil an Le Fort II- und III-Frakturen zugenommen, die der isolierten Unterkieferfrakturen dagegen abgenommen. Als wesentliche Ursache für die Zunahme von Mittelgesichtsfrakturen im allgemeinen wurde von den Autoren der Verkehrsunfall mit Personenkraftwagen ermittelt. Als Konsequenz forderten sie von der Autoindustrie den serienmäßigen Einbau von Sicherheitsgurten. Den besonders hohen Anteil solcher Frakturen unter den Patienten ihrer Klinik leiteten sie zum Teil aus deren Stellung als Spezialklinik für den Norddeutschen Raum her, die immer mehr als solche anerkannt und in Anspruch genommen worden sei. Die Abnahme von Frakturen, die nur den Unterkiefer betrafen, begründeten Schuchardt et al. nicht mit einer generellen Verminderung dieser Frakturform, sondern mit der breiten Durchsetzung des Drahtbogenkunststoffverbandes, der die Schienung solcher Frakturen wesentlich vereinfachte, so daß viele Patienten mit unkomplizierten Frakturen des Unterkiefers von Kieferchirurgen oder Zahnärzten in anderen Krankenhäusern und nicht in ihrer Fachklinik versorgt worden waren<sup>1773</sup>.



Abb. 159. Schuchardt et al.: Patient mit extraoralem Kopfgips-Kinnkappenverband sowie mit extraoralen Bügeln (Hirschgeweih und Stenzelbogen).

Während die erste Arbeit auch eine Übersicht der angewandten Behandlungsmethoden enthielt<sup>1774</sup>, ging die Arbeit aus dem Jahr 1966 nur nebenbei auf die Behandlung ein<sup>1775</sup>. Die zu dieser Zeit üblichen Behandlungsverfahren waren Gegenstand einer anderen Publikation, die Schuchardt 1963 mit Lösch und Spiessl unter dem Titel *Fratture cranio-facciali, principi, metodi e risultati di loro trattamento* veröffentlichte. Sie enthielt eine Übersicht über die Behandlungsverfahren in den Jahren 1945 bis 1962, die in ihrer Einteilung mit der Arbeit aus dem Jahr 1960 identisch war<sup>1776</sup>. Im Vergleich der Übersichten wird deutlich, daß die Behandlungsgrundsätze zwischen 1946 und 1962 mit geringfügigen Unterschieden im wesentlichen gleich geblieben waren. Generell wurde nur in Ausnahmefällen eine operative Osteosynthese durchgeführt. Das belegt auch die von Schuchardt betreute Dissertation

1769 Ebd., S. 2-3, 61.

1770 Waßmund nutzte Statistiken von Bruns und Matti, siehe ebd., S. 3.

1771 Reiter, W.: „Kieferbruchkrankengut in München“, siehe ebd., S. 65.

1772 Porthun, G.: „Die Zusammensetzung und die Behandlungsergebnisse des von 1945-1954 an der Rostocker Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde behandelten Kieferbruch-Patientengutes“, siehe ebd., S. 64.

1773 Schuchardt et al. 1966 [c], S. 1-3, 5.

1774 Schuchardt et al. 1960 [a], S. 168.

1775 Schuchardt et al. 1966 [c], S. 2, 5.

1776 Schuchardt et al. 1963 [b], S. 775. Vgl. Schuchardt et al. 1960 [a], S. 167.

von Christian Outzen aus dem Jahr 1959. Über einen Zeitraum von elf Jahren, 1948 bis 1958, kam die Drahtnaht nur 17mal und ausschließlich bei Patienten mit mangelnder Bezahnung zur Anwendung<sup>1777</sup>. Die operativen Verfahren beschränkten sich hauptsächlich auf Repositionen des Joch- und Nasenbeins sowie des Orbitabodens. Bis auf diese Maßnahmen wurde im wesentlichen konservativ behandelt. Dabei hatte die Drahtschienentherapie einschließlich ihrer Kombinationen mit Kopfkinnverbänden den absoluten Vorrang (Abb. 159). Sie kam bis 1957 bei 63,9% und ab 1958 bis 1962 bei 89,4% aller Patienten mit Frakturen zum Einsatz. Der Unterschied entstand u. a. dadurch, daß in den Jahren 1946 bis 1957 bei 6,5% der Patientenfälle nur extraorale Verbände angewendet wurden, danach bis 1962 aber nur noch bei 0,6%. Der einfache Drahtschienenverband, der hauptsächlich bis 1955 zur Therapie genutzt worden war, wurde danach durch den Drahtbogen-Kunststoffverband nach Schuchardt ersetzt. Daneben kamen Galerieschienen, Prothesenschienen und funktionskieferorthopädische Apparate zur Anwendung. Die Rollenextension war ein selten genutztes Verfahren<sup>1778</sup> (Tab. 6).

Zeitraum	1946 - 1957	1958-1962
<b>Anzahl der Patienten mit Frakturen</b>	n <sub>1</sub> 1566 (100%)	n <sub>2</sub> 636 (100%)
<b>Therapeutische Maßnahmen (anteilmäßig von n<sub>1</sub>, n<sub>2</sub>):</b>		
<b>A Therapie mit intraoralen Verbänden</b>		
1. Drahtbogenschienen	616	1
2. Drahtbogen-Kunststoffschienen nach Schuchardt	214	447
3. Modellgußschienen (Galerieschienen)	52	20
4. Kombinationen von 1. - 3.	29	50
5. KFO-Gerät	59	17
<b>B Therapie mit extraoralen Verbänden</b>		
1. Kopfgips-Kinnkappe	45	4
2. Gummikinnsehleuder	57	0
∑ Extraorale Verbände (B 1 + B 2)	102 (6,5%)	4 (0,6%)
<b>C Therapie mit Kombinationen intraoraler und extraoraler Verbände (mit B 1)</b>		
1. Drahtbogenschienen	36	0
2. Drahtbogen-Kunststoffschienen nach Schuchardt	26	42
3. Modellgußschienen (Galerieschienen)	2	5
4. Prothesenschienen	63	41
5. Kombinationen von 1. - 4.	55	24
6. Kombinationen von 1. - 4. und Rollenextension	26	5
∑ Drahtschienenverbände (A 1, A 2, A 4 + C 1, C 2, C 5, C 6)	1002 (63,9%)	569 (89,4%)
<b>D Operative Maßnahmen</b>		
1. Drahtnaht	24 (1,5 %)	4 x (0,6%)
2. Knochenplastik	7	4
3. Knorpelplastik	2	5
4. Osteotomie	3	6
5. Repositionen des Orbitabodens durch die Kieferhöhle	16	5
6. Nasenbeinreposition	33	20
7. Jochbeinreposition	79	46

Tab. 6

1777 Outzen 1959, S. 9, 19-20.

1778 Diese Angaben und die Tabelle 6 wurden aus den Übersichten von Schuchardt et al. 1960 und 1963 zusammengestellt. Die Zahlenwerte für den Zeitraum 1958-1962 wurden aus der Differenz der Werte für die Zeiträume 1946-1962 und 1946-1957 gebildet. Da Schuchardt et al. die Kombinationen von Drahtschienen mit anderen Schienen gesondert zählten, wurden diese Werte zur Summe aller eingesetzten Drahtschienen (darunter auch die Drahtbogen-Kunststoffschienen) addiert. Die Prozentwerte, bezogen auf die Anzahl der Patienten, wurden berechnet, um sie mit den Werten in Tab. 7 (s. u.) vergleichen zu können. siehe Schuchardt et al. 1960 [a], S. 167 und Schuchardt et al. 1963 [b].

Zähne, die mit dem Bruchspalt in Verbindung standen, wurden nicht generell extrahiert. In der von Rottke und Schuchardt betreuten Dissertation von Ulrich Kark „Zur Frage der Extraktion im Bruchspalt stehender Zähne“ aus dem Jahr 1969 wurde gezeigt, daß in den Jahren 1960 bis 1965 an der Nordwestdeutschen Kieferklinik die Anzahl der extrahierten und der belassenen Zähne nahezu gleich war. Die Bezeichnung „im Bruchspalt stehende Zähne“ in der Überschrift war allerdings nicht ganz zutreffend, weil Kark die Definition in der Dissertation großzügiger faßte und alle Zähne zählte, die mit dem Bruchspalt in Verbindung standen<sup>1779</sup>, wodurch er möglicherweise zu einer höheren Zahl nicht extrahierter Zähne kam. Da in den Jahren 1946 bis 1948 Antibiotika zur prophylaktischen Anwendung bei komplizierten Kieferbrüchen nur beschränkt zur Verfügung standen, ergaben sich auch häufiger Infektionen, die neben anderen Komplikationen in der Arbeit Schuchardts aus dem Jahr 1960 aufgeführt wurden<sup>1780</sup>.

Daß sich die Therapie für Mittelgesichtsfrakturen nach 1964 an der Nordwestdeutschen Kieferklinik veränderte, belegt die oben bereits erwähnte Dissertation von Riedel. Es wurde nun häufiger operativ behandelt. So stieg z. B. die Anwendung der Osteosynthese durch Drahtnaht bei allen Frakturen des Gesichtsskeletts von 1,5% in den Jahren 1945 bis 1957 und 0,6% 1957 bis 1962 auf 22,1% im Zeitraum 1964 bis 1966 an<sup>1781</sup> (Tab. 7). Diese Therapie kam ab 1964 besonders bei Oberkieferfrakturen zur Anwendung. Die Verwendung von Kopfgips und extraoralen Bügeln nahm ab. Sie wurden nur noch in den Jahren 1964 und 1965 angelegt. Unterkieferfrakturen versorgte man wie bisher hauptsächlich konservativ<sup>1782</sup>.

Zeitraum	1964 - 1966	
Anzahl der Patienten mit Frakturen (n <sub>3</sub> )	n <sub>3</sub> 581	100%
<b>Therapeutische Maßnahmen (anteilmäßig von n<sub>3</sub>):</b>		
Drahtbogen-Kunststoffschielen nach Schuchardt	376	64,7%
Prothesenschielen	55	9,4%
Gunningschielen	7	1,2%
Kopfgips -extraorale Bügel	18	3,1%
Drahtnähte	128	22,1%
Kraniofaziale Aufhängungen	60	10,1%
Orbitabodenreposition	28	4,8%
Circumferential wiring	10	1,7%
Nasenbeinreposition	78	13,8%
Jochbeinreposition	20	3,2%
Rollenextension	3	0,5%

Tab. 7

1779 Kark 1969, S. 25.

1780 Schuchardt et al. 1960 [a], S. 168.

1781 Die Prozentwerte für die Drahtbogen-Kunststoffschielen, Prothesen- und Gunningschielen wurden bezogen auf alle 581 Patienten neu berechnet, weil Riedel sie für eine Anzahl von 458 Patienten ermittelte. Er hatte alle Patientenfälle abgezogen, bei denen von vornherein keine Schienung zur Anwendung kommen konnte, siehe Riedel 1969, S. 47-48. Dieser Unterschied wurde aber von Schuchardt et al. nicht gemacht, siehe Schuchardt et al. 1960 [a], S. 167 und Schuchardt et al. 1963 [b].

1782 Riedel 1969, S. 47-49.

Als Ergebnis aus der Aufstellung der Behandlungsmethoden läßt sich schließen, daß Schuchardt seinem 1939 erhobenen Grundsatz im Prinzip treu geblieben war. Er schrieb damals: „Als Assistent habe ich an mehreren Instituten und Kliniken die verschiedensten Methoden der Anfertigung von Kieferbruchschiene mit und ohne Modell geübt. Auf Grund eigener langjähriger Erfahrungen bevorzuge ich Drahtschienenverbände, die beim Patienten ohne Zuhilfenahme eines Modells direkt angelegt werden“<sup>1783</sup>. Nachdem er 1956 die laborunabhängige Drahtbogenkunststoffschiene entwickelte hatte, erweiterte er schrittweise ihre Anwendungsbereiche und setzte sie letztlich fast universal ein. Erst 1964, zwanzig Jahre nach seinem Amtsantritt in Hamburg, wandte er häufiger operative Methoden bei der Frakturbehandlung an. Diese Wandlung ist bezeichnend für die Veränderung der Therapiestrategien der Frakturbehandlung des Gesichtsschädels in Deutschland insgesamt, die im Vergleich mit den USA durch einen späteren Übergang von konservativen zu operativen Verfahren gekennzeichnet war<sup>1784</sup>.

---

1783 Schuchardt 1939 [c], S. 708.

1784 Schwenzler 1973, S. 362-366.

### 3.4 **Schwerpunkt 4: Orthopädische Chirurgie des Gesichtsschädels**

#### 3.4.1 Zur Geschichte der orthopädischen Chirurgie des Gesichtsschädels

Die orthopädische Chirurgie des Gesichtsschädels ist ein junges Aufgabenfeld innerhalb der Chirurgie. Erste Verfahren wurden zwar schon in den 1840er Jahren angegeben, aber erst nach dem ersten Weltkrieg begann im Zusammenhang mit der Abgrenzung der Kieferchirurgie als Spezialfach eine stürmische Entwicklung. Insbesondere Erfahrungen, die im ersten Weltkrieg bei der Behandlung von Frakturen des Gesichtsschädels gewonnen wurden, übertrug man in den folgenden Jahren auf die Therapie kieferorthopädischer Krankheitsbilder. Dabei war das vordringliche Ziel die Korrektur der fehlerhaften Okklusion. Bis in die 1940er Jahre beschränkten sich die Operateure überwiegend auf chirurgische Eingriffe am Unterkiefer. Das hatte diagnostische und therapeutische Gründe.

Die Therapieplanung erfolgte nur aufgrund von Modellanalysen und durch Bestimmung der äußeren Gesichtsproportionen, die subjektiv war. Dabei stach ein anscheinend zu langer oder zu kurzer Unterkiefer besonders ins Auge<sup>1786</sup>. Zwar hatte 1922<sup>1787</sup> der Berliner Kieferorthopäde Paul Wilhelm Simon (1883-1957) eine Gnatho- und Photostatik entwickelt, die auf einer schädelbezogenen Analyse anthropologischer Linien, Winkel und Ebenen beruhte und die eine objektivere Diagnose ermöglichte. Jedoch standen die dafür nötigen kostenaufwendigen Geräte nur wenigen Behandlern zur Verfügung. Die 1931 entwickelte Technik des Fernröntgenbildes und im besonderen die Festlegung von Normwerten für die Auswertung solcher Bilder im Jahr 1958 durch den Wiener Kieferorthopäden Arthur Martin Schwarz (1887-1963) in seiner Monographie „Die Röntgenostatik. Die kieferorthopädische Diagnose am Fernröntgenbild“ führte dann zu einer entscheidenden Verbesserung der Diagnostik. Erst dadurch konnten Abweichungen der Schädelstrukturen von der Norm eindeutig bestimmt werden<sup>1788</sup>. Auch an der Zahn-, Mund- und Kieferklinik der Universität Hamburg wurden während der Amtsperiode Schuchardts unter der Leitung von Erich Hausser 20 Dissertationen über die Bestimmung von Normwerten für den Schädel und das Gebiß fertiggestellt. Sie untersuchten die Schädelarchitektur bei anatomisch korrekter Okklusion, um einen Vergleich mit Schädel-Gebißrelationen bei kieferorthopädischen Krankheitsbildern zu ermöglichen<sup>1789</sup>.

Therapeutisch läßt sich die Bevorzugung der Eingriffe am Unterkiefer zum einen durch die Furcht vor Komplikationen und zum anderen durch fehlende Operationstechniken für den Oberkiefer erklären. Gefürchtet waren Wundinfektionen durch Speichelkontamination und Blutungen der Arteriae palatinae. Operationen am Unterkiefer konnten im Gegensatz zu Interventionen am Oberkiefer von einem extraoralen Schnitt aus durchgeführt werden, wodurch der Speichelkontakt vermieden und damit das Infektionsrisiko gemindert wurde. Erst mit der Einführung des Penicillins Anfang der 1940er Jahre trat diese Problematik zurück. Daß operative Verfahren für den Oberkiefer kaum entwickelt waren, lag u. a. an der guten Beeinflussbarkeit maxillärer Anomalien durch konservative kieferorthopädische Techniken. Die genannten diagnostischen und therapeutischen Voraussetzungen, die sich bis Ende der 1950er Jahre herausgebildet hatten, führten neben der Verbesserung

1786 Engel 1993, S. 167-168, 170.

1787 In diesem Jahr erschien seine Monographie „Grundzüge einer systematischen Diagnostik der Gebiß-Anomalien nebst Darbietung einer Einleitung auf Grund gnathostatischer Untersuchungsmethoden“, siehe Waßmund 1935, S. 308. Simon wirkte seit 1921 als Leiter der orthodontischen Abteilung des Berliner Zahnärztlichen Universitätsinstituts, siehe Hundertzehn Jahre Zahnärztliches Institut Berlin 1994, S. 55.

1788 Engel 1993, S. 170, 172-173.

1789 Pressestelle der Universität Hamburg 1972, S. 29. Dissertationen von: Bertzbach 1958, Borgmann 1969, Busche 1956, Fittkau 1969, Herforth 1970, Jansen G. 1959, Lieb 1970, Litta 1970, Meves 1969, Pohle 1963, Rexroth 1969, Rohmann 1956, Schiller 1956, Schmid, H.-P. 1970, Schmidt, H. 1970, Suntardjo 1970, Talip 1957, Ulrich 1969, Wachtel 1966, Willruth 1956.

der Vorgehensweisen am Unterkiefer auch zur Entwicklung chirurgischer Verfahren für den Oberkiefer. Die Operateure sahen sich nunmehr in der Lage, nicht nur die Okklusion, sondern auch pathologische Form- und Größenabweichungen des Gesichtsschädels am Ort der Anomalie zu korrigieren<sup>1790</sup>. Für weitere Einzelheiten kann hier auf die medizinische Dissertation von Birgitta Engel „Die historische Entwicklung der kieferorthopädischen Chirurgie“ aus dem Jahr 1993 hingewiesen werden. Da Engel u. a. wichtige Operationsschilderungen Schuchardts ausführlich zitiert<sup>1791</sup>, wird in diesem Kapitel auf ihre erneute Wiedergabe verzichtet.

### 3.4.2 Schuchardts Publikationen über orthopädische Chirurgie des Gesichtsschädels

Zur orthopädischen Chirurgie des Gesichtsschädels veröffentlichte Schuchardt zwei Buchbeiträge<sup>1792</sup> und zehn Artikel in Zeitschriften und Periodika<sup>1793</sup> (siehe 6.2.4). Die Buchbeiträge erschienen 1954 und 1981 im zweiten Band der siebten Auflage bzw. der achten Auflage des „Bier-Braun-Kümmell, Chirurgische Operationslehre“ (siehe 2.8.1). Das Kapitel „Operative Behandlung von Kieferdeformitäten und Bißfehlern“ in der siebten Auflage des Handbuchs lehnte sich eng an das Kapitel „Die Formveränderungen der Kiefer“ im ersten Band des „Lehrbuchs der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer“ an, das Martin Waßmund 1935 veröffentlicht hatte. Der von Schuchardt vorgestellte Überblick über die gebräuchlichsten chirurgischen Verfahren zur Behebung von Dysgnathien ist jedoch wesentlich kürzer gefaßt<sup>1794</sup> und durch die Heranziehung von Operationsbeispielen aus seinem 1942 veröffentlichten Artikel *Ein Beitrag zur chirurgischen Kieferorthopädie unter Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Behandlung angeborener und erworbener Kieferdeformitäten bei Soldaten* sehr persönlich geprägt<sup>1795</sup> (siehe unten). Er verzichtete ganz auf Erläuterungen zur Ätiologie, zur Klassifikation und zur Meßtechnik, der er auch keine allein entscheidende Bedeutung beimaß. Vielmehr erachtete er ästhetische Empfindungen und operationstechnische Vorzüge als ausschlaggebend für die Wahl des Operationsortes<sup>1796</sup>. Auch Waßmund räumte diesen Komponenten einen wichtigen Platz bei der Entscheidungsfindung darüber ein, an welchem Kiefer der Eingriff erfolgen sollte<sup>1797</sup>. Schuchardt ging besonders auf die Osteotomie am aufsteigenden Ast des Unterkiefers nach August Lindemann<sup>1798</sup> (siehe 2.6.1) und die Frontzahnblockosteotomie am Oberkiefer nach Waßmund und Fritz Spanier (\*1890) ein<sup>1799</sup>. Während er zur erstgenannten Operation u. a. seine bereits 1939 in seinem Artikel *Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie* erwähnte Erfahrung wiedergab<sup>1800</sup>, beschrieb er für die Frontzahnblockosteotomie deutlicher als in dem eben erwähnten Artikel aus dem Jahr 1942 eigene Abänderungen<sup>1801</sup>. Kritisch bewertete er wie Waßmund Eingriffe am horizonta-

1790 Engel 1993, S. 169-175.

1791 Ders., S. 46-47, 92-93, 95-97.

1792 Schuchardt 1954 [a], S. 237-258 und Schuchardt, Lentrodt 1981, S. 89-113.

1793 Schuchardt 1937 [b]; ders. 1942 [f]; ders. 1954 [b]; ders. 1955 [b]; ders. 1957 [c]; ders. 1958 [e]; ders. 1958 [h]; ders. 1960 [g]; Schuchardt, Lösch, Metz 1964 [b].

1794 Vgl. Waßmund 1935, S. 245-308 und Schuchardt 1954 [a], S. 237-258.

1795 Vgl. ders. 1942 [f], S. 75-77 und ders. 1954 [a], S. 252, vgl. ders. 1942 [f], S. 77-84 und ders. 1954 [a], S. 253, 255-57.

1796 Schuchardt 1954 [a], S. 237-238.

1797 Waßmund 1935, Bd. 1, S. 277.

1798 Schuchardt 1954 [a], S. 239-242.

1799 Ebd., S. 253-256. Fritz Spanier war Arzt für Mund- und Kieferkrankheiten und Sportarzt in Karlsruhe, siehe Reichsmedizinalkalender 1931, S. 381.

1800 Vgl. Schuchardt 1939 [c], S. 666 und ders. 1954 [a], S. 240.

1801 Vgl. ders. 1942 [f], S. 77-79 und ders. 1954 [a], S. 253-256.

len Ast des Unterkiefers zur Therapie der Mikrogenie<sup>1802</sup> sowie Operationen am gesunden Kiefergelenk zur Behandlung der Progenie und der Mikrogenie, die er ebenso wie Waßmund grundsätzlich ablehnte<sup>1803</sup>.

Für die achte Auflage des „Bier-Braun-Kümmell“ wurde das Kapitel im Zusammenwirken mit Jürgen Lentrodts überarbeitet und erhielt auch einen anderen Titel, „Chirurgische Behandlung der angeborenen und erworbenen Kieferdeformitäten“. Wie weit Schuchardt an der Überarbeitung beteiligt war, ließ sich nicht ermitteln. Das Kapitel ist übersichtlicher gestaltet als in der siebten Auflage<sup>1804</sup>. Mit ausgeprägter Konzentration auf die von Schuchardt modifizierten oder entwickelten Techniken<sup>1805</sup>, die zu dieser Zeit noch eine gewisse Relevanz hatten, bildet der Beitrag den Abschluß seines wissenschaftlichen Werkes auf diesem Gebiet. Bis auf eine kleine Modifikation der Operationstechniken für den horizontalen Ast des Unterkiefers wurden alle diese Techniken schon früher beschrieben<sup>1806</sup>. Für die Osteotomie am horizontalen Ast entwickelte er eine Knochenplastik zur Abdeckung des zur Höhle erweiterten Canalis nervus alveolaris inferior in Form eines Deckels, auf die nicht weiter eingegangen wird<sup>1807</sup>.

Von Schuchardts Artikeln über kieferorthopädische Chirurgie in Zeitschriften und Jahrbüchern aus den Jahren 1937 bis 1964 erschienen sechs in deutschen Periodika<sup>1808</sup>, einer in einer spanischen<sup>1809</sup>, einer in einer britischen<sup>1810</sup> und ein weiterer in Zusammenarbeit mit G. Lösch und Hans-Jürgen Metz in einer italienischen Fachzeitschrift<sup>1811</sup>. Die fremdsprachlichen Publikationen konnten nicht berücksichtigt werden, da ihre Beschaffung in der Bearbeitungszeit nicht glückte. Bezogen auf Schuchardts berufliche Stationen sind drei frühe Arbeiten aus den Berliner Jahren<sup>1812</sup> (siehe 2.5 und 2.6.3) von den Arbeiten aus seiner Hamburger Schaffensperiode abzugrenzen<sup>1813</sup>. Die erste Veröffentlichung Schuchardts über eine kieferorthopädische Operation trug den Titel *Progenieoperation als kausale Therapie einer Belastungsparadentose*<sup>1814</sup> und erschien 1937 in dem Beiheft *Paradentium der „Zahnärztlichen Rundschau“*<sup>1815</sup>. Angeregt zu dieser Therapie wurde er vermutlich durch einen Operationserfolg Waßmunds<sup>1816</sup>. In *Ein Beitrag zur chirurgischen Kieferorthopädie unter Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Behandlung angeborener und erworbener Kieferdeformitäten bei Soldaten*, der umfangreichsten und bedeutendsten Arbeit über kieferorthopädische Chirurgie aus der Berliner Zeit beschrieb Schuchardt erstmals kieferorthopädische Eingriffe am Oberkiefer.

1802 Vgl. Waßmund 1935, S. 272 und Schuchardt 1954 [a], S. 246-247. Waßmund kritisierte die Gefahr der Verbindung der Operationsgebietes mit der Mundhöhle und die notwendige Exzision aller Molaren.

1803 Vgl. Waßmund 1935, S. 267 u. Schuchardt 1954 [a], S. 239, 245. Eine 1893 von J. Jaboulay durchgeführte Methode, siehe Engel 1993, S. 7. Sie wurde in den 1920er Jahren besonders in Frankreich bevorzugt, siehe ebd. S. 26-27. Waßmund bezeichnete diese Methode als unphysiologisch. Besonders der durch die Operation entstehende offene Biß beraubte sie nach seiner Meinung jeder Berechtigung. Auf Operationen am Kiefergelenk zur Behandlung der Mikrogenie ging Waßmund nicht ein, aber er sprach bei seinen Ausführungen zur Progenie seine generelle Ablehnung eines solchen Eingriffs deutlich aus, siehe Waßmund 1935, S. 267.

1804 Schuchardt, Lentrodts 1981, S. 89-113.

1805 Ebd., S. 91-93, 96-97, 100-101, 104-106, 108-111.

1806 Schuchardt 1942 [f], S.82-84; ders. 1954 [a], S. 253-256; ders. 1954 [b], S. 5-6, 11-13; ders. 1955 [b], S. 228-230; ders. 1958 [e], S. 653-657.

1807 Schuchardt, Lentrodts 1981, S. 91-93.

1808 Schuchardt 1937 [b]; ders. 1942 [f]; ders. 1954 [b]; ders. 1955 [b]; ders. 1957 [c]; ders. 1958 [e].

1809 Ders. 1958 [h].

1810 Ders. 1960 [g].

1811 Schuchardt, Lösch, Metz 1964 [b].

1812 Schuchardt 1939 [c], S. 665-666; ders. 1937 [b]; ders. 1942 [f].

1813 Ders. 1954 [b]; ders. 1955 [b]; ders. 1957 [c]; ders. 1958 [e]; ders. 1958 [h]; Schuchardt, Lösch, Metz 1964 [b].

1814 Der Begriff *Paradentium* wurde 1922/23 von Oskar Weski (1879-1951) geprägt und 1953 aus philologischen Gründen in *Parodontium* geändert. Krankheiten des Zahnhalteapparates bezeichnete Weski als *Paradentosen*, siehe Dalisda 1993, S. 34-35.

1815 Schuchardt 1937 [b]. Nach Titel und Publikationsorgan könnte die Arbeit dem Gebiet *Parodontologie* zugeordnet werden, was dem Hauptteil der Publikation, der Beschreibung der Progenieoperation, nicht gerecht würde.

1816 Ebd., S. 139.

In seiner Hamburger Schaffensperiode sind neben den Handbuchbeiträgen drei Artikel in Periodika von größerer Bedeutung. In *Die Chirurgie als Helferin der Kieferorthopädie*<sup>1817</sup> beschrieb Schuchardt erstmalig eine transversal schräge Verlaufsrichtung der Osteotomieflächen am aufsteigenden Unterkieferast und ein intraorales Vorgehen. Außerdem modifizierte er sein im „Bier-Braun-Kümmellschen Handbuch“ geschildertes Vorgehen bei der Frontzahnblockosteotomie am Oberkiefer zur Behebung der Prognathie und beschrieb es als zweizeitiges Verfahren<sup>1818</sup>. Die bedeutsamste unter allen ausgewerteten Publikationen ist seine 1955 erschienene Arbeit *Formen des offenen Bisses und ihre operativen Behandlungsmöglichkeiten*, mit der er die Seitenzahnblockosteotomie, eine völlig neuartige Operationstechnik am Oberkiefer zur Therapie des offenen Bisses, etablierte<sup>1819</sup>. In dem Artikel *Erfahrungen bei der Behandlung der Mikrogenie* 1958 modifizierte er seine Verfahrensweise bei der schrägen Osteotomie am Unterkiefer für die Behandlung der Mikrogenie<sup>1820</sup> und glich sie damit der von Hugo Obwegeser (\*1920) 1955 eingeführten transversal stufenförmigen Osteotomie an<sup>1821</sup>. Außerdem veränderte er die bogenförmige (stufenförmige) Osteotomie nach Martin Waßmund<sup>1822</sup> durch zusätzliche Implantation von Beckenkammknochen in den Osteotomiespalt<sup>1823</sup>.

Als weiterführende Literatur über die in Schuchardts Amtsperiode an der Nordwestdeutschen Kieferklinik geübten Vorgehensweisen im Bereich der kieferorthopädischen Chirurgie wird auf zwei Dissertationen verwiesen, die wegen der Beschränkung auf Schuchardts Veröffentlichungen nicht einbezogen wurden: „Die operative Behandlung von Progenie, Mikrogenie und Offenem Biß durch Eingriff am Unterkiefer“ (1955) von Wilhelm-Christian Müller unter Anleitung von Schuchardt und „Ätiologie, Morphologie und chirurgische Therapie des offenen Bisses unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen an der Nordwestdeutschen Kieferklinik“ (1971) von Giesela Jansen unter Anleitung von Schuchardt und Pfeifer. Getrennt nach Verfahren für den Oberkiefer und für den Unterkiefer werden im folgenden Schuchardts Modifikationen bekannter Verfahren und seine Entwicklung einer neuartigen Technik vorgestellt.

### 3.4.2.1 Schuchardts Modifikation der totalen Mobilisation des Oberkiefers in der Le Fort-I-Ebene<sup>1824</sup>

Die Methode beinhaltet die vollständige Loslösung der Maxilla vom Schädel in der Horizontalebene zwischen Spina nasalis anterior und den Wurzelspitzen der Oberkieferzähne. Der Begriff „totale Mobilisation“ des Oberkiefers wurde 1927 von Waßmund eingeführt, obwohl es sich bei der von ihm ausgeführten Operation zur Behandlung eines offenen Bisses nicht um eine vollständige Trennung der Maxilla vom Schädel handelte. Denn Waßmund verzichtete auf die Durchtrennung der Flügelfortsätze, weil er als Komplikation die Blutung aus den Palatinalgefäßen fürchtete, und vermutlich auch, weil er sein Operationsziel, die Schließung des offenen Bisses, allein durch schrittweise Neigung des Oberkiefers nach kaudal erreichte<sup>1825</sup>. Im Jahr 1934 gelang als erstem

1817 Es handelt sich um die Veröffentlichung eines Vortrags, den Schuchardt im September 1953 auf dem Österreichischen Zahnärztertag in Bad Aussee hielt. Obwohl im selben Jahr wie der erste Handbuchbeitrag publiziert, entstand er dem Inhalt nach danach, siehe Schuchardt 1954 [b], S. 1-25.

1818 Vgl. ders. 1954 [a], S. 253-256 und ders. 1954 [b], S. 2-6. Daneben bezog er erstmalig U.S.-amerikanische Fachliteratur ein, siehe ebd. S. 7, 8, 16.

1819 Ders. 1955 [b], S. 222-230.

1820 Ders. 1958 [e], S. 652.

1821 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 131.

1822 Schuchardt beschrieb diese Operation 1954 als bogenförmig, 1958 als stufenförmig, vgl. Schuchardt 1954 [b], S. 8 und ders. 1958 [e], S. 653.

1823 Ders. 1958 [e], S. 654-656.

1824 siehe Kap. 3.3.2.1

1825 Engel 1993, S. 87-89.

Georg Axhausen die totale Mobilisation des Oberkiefers in der Le Fort-I-Ebene<sup>1826</sup>. Sein Operationsziel war nicht die Behandlung eines offenen Bisses, sondern die Reposition einer in retrognathen Position verheilten Oberkieferfraktur, wozu das Oberkiefersegment nach ventral bewegt werden mußte. Dafür war in dem besonderen Fall zusätzlich eine vorherige sagittale Durchtrennung der Maxilla notwendig. Danach osteotomierte Axhausen den Oberkiefer unterhalb des Foramen infraorbitale transversal mit dem Meißel. Jedoch führte er die Osteotomie im posterioren Bereich nicht durch Schläge mit dem Meißel, sondern durch hebelnde Bewegungen zum Ende<sup>1827</sup>. An diesem Punkt setzte Schuchardts 1942 veröffentlichte abweichende Vorgehensweise an. Bei der Abtrennung des Oberkiefers von den Flügelfortsätzen wählte er die posteriore Osteotomielinie gezielter als Axhausen. Er drang mit dem Meißel 1cm in die knöchernen Verbindung zwischen hartem Gaumen und dem Flügelfortsatz vor. Dabei wurde der Meißel nahe am Hammulus angesetzt und etwas nach außen gerichtet vorgetrieben, um die Äste der Arteria palatina descendens<sup>1828</sup> nicht zu verletzen. Durch hebelnde Bewegungen beseitigte er die verbliebene Verbindung zwischen Oberkieferfragment und Schädel. Anschließend reponierte er den disloziert verheilten Oberkiefer mit einer Rollenextension<sup>1829</sup>.

### 3.4.2.2. Schuchardts Modifikation der Frontzahnblockosteotomie am Oberkiefer

Bei Frontzahnblockosteotomie wird ein anteriores Segment des Oberkiefers abgetrennt und räumlich verlagert. Die Methode geht auf den Berliner Zahnarzt Günther Cohn-Stock<sup>1830</sup> zurück. Cohn-Stock behandelte 1920 damit das Krankheitsbild der Prognathie<sup>1831</sup>. 1926 wurde seine Vorgehensweise von Waßmund aufgegriffen, der sich ihrer zunächst zur Behandlung eines Patienten mit offenem Biß bediente<sup>1832</sup>. Er bezeichnete seine Operation, bei der er Frontzahnsegmente des Oberkiefers bis einschließlich der ersten Prämolaren mit dem Meißel mobilisierte, als „partielle Mobilisation des Oberkiefers“<sup>1833</sup>. Die eigentliche Bewegung des Segmentes führte Waßmund in einem zweiten Behandlungsintervall nach dem Verheilen der Schleimhautwunden schrittweise mit intermaxillären Gummizügen durch, um keine Eintrittspforte für Infektionen durch Auseinanderziehen der Wundränder zu schaffen<sup>1834</sup>. Mit geringfügiger Abwandlung benutzte er das Verfahren auch zur Behandlung der Prognathie. Dabei führte er eine Teilbewegung des Segmentes schon während der Operation durch<sup>1835</sup>. 1932 veröffentlichte Fritz Spanier<sup>1836</sup> eine Methode zur Behandlung der Prognathie, die eine Modifikation der Vorgehensweisen Cohn-Stocks und Waßmunds darstellte. Er osteotomierte nach Extraktion der ersten Prämolaren und großzügiger Ablösung der vestibulären und palatinalen Schleimhäute ein frontales Oberkiefersegment mit rotierenden Instrumenten. Die Ausrichtung des Segmentes erfolgte intra operationem. Durch die vestibuläre und palatinale Entblößung des Knochens entstand jedoch die Gefahr einer Nekrose<sup>1837</sup>, weil die Versorgung des Segmentes nur noch über die Nasenschleimhaut gewährleistet wurde<sup>1838</sup>.

1826 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 140-142.

1827 Engel 1993, S. 89-91.

1828 Schuchardt benutzte hier die Bezeichnung Arteria pterygopalatina rechts und links, siehe Schuchardt 1942 [f], S. 82.

1829 Ebd., S. 82-84. Siehe auch ders. 1954 [a], S. 253, 1954 [b], S. 6, ders. 55 [b], S. 230.

1830 Die Lebensdaten Cohn-Stocks sind unbekannt, siehe Hoffmann-Axthelm (Hrsg.) 1995, S. 340.

1831 Engel 1993, S. 79-83.

1832 Ebd., S. 87. Neben Waßmund haben Franz Kostečka (s. u.), der Zahnarzt Richard Kretz (\*1894) und Spanier die Methode Cohn-Stocks modifiziert, siehe ebd. S. 83-85. Vgl. auch Waßmund 1935, S. 280. Waßmund gab bei der Behandlung des offenen Bisses nicht das Verfahren Cohn-Stocks als Vorlage an, nur bei der Therapie der Prognathie erwähnte er ihn, siehe ebd., S. 277, 293. Die Lebensdaten Kostečkas sind nicht bekannt, siehe Hoffmann-Axthelm (Hrsg.) 1995, S. 343.

1833 Waßmund 1935, 277-280.

1834 Ebd., 279-280. Waßmund führte die Mobilisation erst nach der Verheilung der Schleimhautwunden durch, weil er eine weitere Verminderung der Blutversorgung des osteotomierten Knochensegments befürchtete, siehe ebd., S. 277.

1835 Ebd., 293-297.

1836 Schuchardt 1954 [a], S. 253-256.

1837 Waßmund 1935, S. 292.

1838 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 140.

Auch Schuchardt führte bei zwei Patienten des Jahres 1940 die Positionsveränderung der Segmente sofort nach deren Loslösung von ihrem knöchernen Verbund manuell<sup>1839</sup> durch. Im ersten Fall handelte es sich um ein kleines Segment bei einem Patienten mit offenem Biß, das nur die mittleren Schneidezähne umfaßte<sup>1840</sup>, im zweiten um einem Patienten mit Prognathie, bei welchem ein neun Zähne umfassendes Segment einschließlich eines zweiten Prämolaren kraniodorsal bewegt wurde<sup>1841</sup>. Beim ersten Fall gelang die endgültige Einstellung ausschließlich manuell<sup>1842</sup>, beim zweiten erst durch intermaxilläre Gummizüge<sup>1843</sup>. Um Ernährungsstörungen der Segmente zu vermeiden, wurden die fazialen Schleimhautperiostdecken nicht vertikal durchtrennt<sup>1844</sup>. Außerdem untertunnelte er im zweiten Fall die palatinale Schleimhaut von einem Schnitt auf dem Alveolarkamm aus<sup>1845</sup>.

In seinem Handbuchbeitrag aus dem Jahr 1954 stellte Schuchardt zur Therapie der Prognathie eine Modifikation der Verfahren Spaniers und Waßmunds vor<sup>1846</sup>. Dabei konnte die Osteotomie entweder einzeitig von der vertieften Alveole der extrahierten ersten Prämolaren nach Untertunnelung der vestibulären und palatinalen Schleimhäute oder zweizeitig mit Abhebung der palatinalen Schleimhaut erfolgen. Zur Abtrennung im Bereich der Nasenscheidewand diente ein zusätzlicher vertikaler Schleimhautschnitt, wie ihn auch Waßmund anwandte<sup>1847</sup> (Abb. 160-162). In *Chirurgie als Helferin der Kieferorthopädie* wies Schuchardt zusätzlich auf den

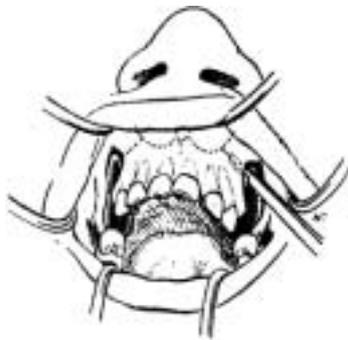


Abb. 160. Schuchardt: Frontzahnblockosteotomie fazialer Teil.



Abb. 161. Schuchardt: Frontzahnblockosteotomie palatinaler Teil.

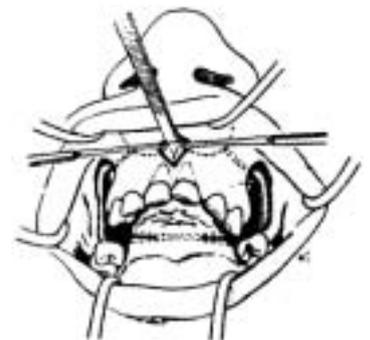


Abb. 162. Schuchardt: Frontzahnblockosteotomie nasaler Teil.

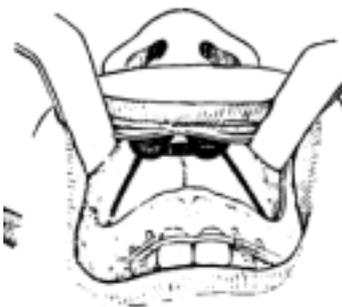


Abb. 163. Schuchardt: Osteotomie an der Spina nasalis bei der Frontzahnblockosteotomie.

Vorteil einer Teilresektion des knöchernen Nasenseptums und gegebenenfalls auch des unteren Randes der Apertura piriformis bei der Behandlung der Prognathie hin, weil damit der Oberkiefer in diesem Bereich etwas nach kranial gehoben und dadurch ein Deckbiß vermieden werden konnte (Abb. 163). Er führte die Osteotomie in einer getrennten Operation durch, um Ernährungsstörungen zu vermeiden<sup>1848</sup>. Daß eine solche zusätzliche Osteotomie im Bereich der Spina nasalis bereits 1920 von dem Prager Kieferchirurgen Franz Kostečka vorgeschlagen wor-

1839 Schuchardt 1942 [f], S. 76, 78.

1840 Ebd., S. 75-77. Dieses und auch das folgende Krankheitsbild entstanden als Folge disloziert verheilte Frakturen, siehe ebd., S. 75, 77.

1841 Ebd., S. 77-79. Schuchardt gab hier vermutlich fehlerhaft das Verfahren der „totalen Mobilisation des Oberkiefers“ nach Waßmund anstatt der „partiellen Mobilisation“ als Vorlage an, siehe ebd., S. 79.

1842 Ebd., S. 76.

1843 Ebd., S. 78-79.

1844 Ebd., S. 75-79.

1845 Ebd., S. 77-79.

1846 Ders. 1954 [a], S. 253.

1847 Ebd., S. 254-256.

1848 Ders. 1954 [b], S. 5-6.

den war, scheint Schuchardt nicht bekannt zu gewesen sein<sup>1849</sup>. Es liegt nahe, daß gerade diese von Schuchardt noch einmal entwickelte Resektion eines Knochenstücks und die Anhebung des frontalen Segmentes den Anstoß zu seiner innovativen Seitenzahnblockosteotomie zur Behandlung des offenen Bisses gegeben hat, bei welcher er gleichartige Arbeitsschritte einsetzte (siehe unten). Die Mehrzahl der Zeichnungen für diese und die folgende Publikation fertigte Eva Schuchardt an<sup>1850</sup>.

### 3.4.2.3 Seitenzahnblockosteotomie nach Schuchardt

1955 stellte Schuchardt ein neuartiges zweizeitiges Verfahren zur operativen Behandlung des offenen Bisses vor, eine Segmentosteotomie im Oberkieferseitenzahnbereich mit Resektion eines Teilstückes und Anhebung des Segments (siehe oben). Bis dahin behandelte man den offenen Biß durch Senkung eines frontalen Oberkiefersegments, das gegebenenfalls um die Prämolaren erweitert wurde<sup>1851</sup>, oder durch einen Eingriff am Unterkiefer<sup>1852</sup>. Schuchardt entwickelte sein neues Verfahren, weil nach der Senkung des Frontzahnsegments häufig die Oberlippe für den normalen Mundschluß zu kurz und beim Lachen das Zahnfleisch bis zum Alveolarfortsatz ästhetisch störend zu sehen war<sup>1853</sup>. Dies lief seinem Streben nach ästhetischen Gesichtsformen zuwider, das ihm neben der Verbesserung der Funktion ein besonderes Anliegen war.

Im ersten Eingriff wurde die Schleimhautperiostdecke des harten Gaumens unter Schonung des Gefäß-Nervenbündels beidseitig von den Prämolaren bis zu den Molaren abgelöst. Danach osteotomierte er beidseits medial der Zähne den seitlichen Alveolarfortsatz unter Schonung der palatinalen Wurzelspitzen. Dabei umgrenzte er unter Zuhilfenahme von Rosenbohrern, Lindemannfräsen und Meißel das zu mobilisierende Seitenzahnsegment. Nach Zurückklappung der Schleimhaut und ihrer Fixierung durch Naht versorgte er die Wunde mit Vasenolgabe, die er mit einer Gaumenplatte aus Kunststoff am Oberkiefer fixierte. Im zweiten Eingriff etwa drei bis vier Wochen später resezierte er nach einem tief angelegten Schleimhautschnitt aus der fazialen Kieferhöhlenwand von den Prämolaren bis zu den Molaren unter Schonung der Wurzelspitzen ein Knochenstück und führte mesial und distal des Segments eine interradiäre Osteotomie durch, die er nicht näher beschrieb, sondern nur durch eine Abbildung verdeutlichte (Abb. 164-166). Nach dem Vernähen



Abb. 164, 165, 166. Schuchardt: Seitenzahnblockosteotomie, 1955.

1849 Engel 1993, S. 83-84. Die Lebensdaten Kostečkas sind nicht bekannt, siehe Hoffmann-Axthelm 1995, S. 343.

1850 Eva Schuchardt benutzte „E.S.“ als Signatur, siehe Schuchardt 1954 [b], S. 3-4, 8, 12, 16; ders. 1955 [b], S. 224, 228-229. Die Zeichnungen im Buchbeitrag stammten wie auch die in seiner Habilitationsschrift aus dem Jahr 1944 von Margarete Wendland, siehe Schuchardt 1944, Vorwort. Sie war zuvor für Waßmund zeichnerisch tätig, siehe Waßmund 1939, S. X. Sie benutzte die Signatur „W.“ oder „Wendland“, siehe ebd. S. 66-67 u. ö.; Waßmund 1935, S. 203.

1851 Schuchardt 1955 [b], S. 227-228.

1852 Ebd., S. 223-226.

1853 Ebd., S. 222.

der Schleimhautwunden verlagerte er das Seitenzahnsegment um das gewünschte Ausmaß nach kranial. Zur Erleichterung der Aufwärtsbewegung empfahl er vorsichtige Schläge mit dem Hammer, die über einen Kunststoffstempel auf die Zähne übertragen wurden. Die Stellung der Segmente wurde bis zu ihrer Konsolidierung mit dentalen Schienen und Kopfkinnverband fixiert und dabei gegebenenfalls noch geringfügig korrigiert<sup>1854</sup>.

1960 reduzierte J. Kufner das Verfahren auf ein einzeitiges Vorgehen. In dieser Form nimmt es noch heute einen festen Platz unter den Operationsmethoden zur Behandlung des offenen Bisses ein<sup>1855</sup>. Langzeitergebnisse dieser Behandlungsweise wurden in den Dissertationen von Gerd Gehrke „Die operative Korrektur des offenen Bisses durch Blockosteotomie im Oberkieferseitenzahnbereich nach Schuchardt“ aus dem Jahr 1983 und von Anka Dymke „Nachuntersuchung zur Langzeitstabilität der operativen Korrektur des frontal offenen Bisses durch die Oberkiefersegmentosteotomie nach Schuchardt“ aus dem Jahr 1997 untersucht<sup>1856</sup>. Gehrke berichtete von einem funktionellen und ästhetisch befriedigenden Ergebnis bei allen 16 nachuntersuchten Patienten<sup>1857</sup>.

### 3.4.2.4 Schräge Osteotomie am aufsteigenden Ast des Unterkiefers nach Schuchardt-Perthes

Bei dieser Operation wird der Ramus ascendens mandibulae beidseitig zwischen Incisura semilunaris und Angulus transversal schräg durchtrennt. Dabei liegt die innere Osteotomielinie zur Schonung des Nervus alveolaris inferior oberhalb des Foramen mandibulae. Nach der Osteotomie erfolgt die räumliche Verlagerung des Segments entsprechend der zu behandelnden Dysgnathie.

#### 3.4.2.4.1 Entwicklung der Grundlagen für diese Methode durch Schloessmann und Ernst

Die erste transversale Durchtrennung der aufsteigenden Unterkieferäste führte 1905 Vilray Papin Blair (1871-1955) in den USA durch. Er nutzte das Verfahren zur Behandlung einer mandibulären Retrognathie. Er wählte einen extraoralen Zugang durch einen Schnitt am Ohrläppchen und osteotomierte mit einer Giglisäge<sup>1858</sup>. Die Nutzung dieser Drahtsäge für die Osteotomie des Ramus ascendens wurde in den zwanziger Jahren von Kostečka wieder aufgegriffen<sup>1859</sup>. Kurze Zeit nach Blair osteotomierte William Wayne Babcock 1908 den Ramus ascendens transversal. Auch er eröffnete das Operationsgebiet von extraoral, aber er arbeitete mit einem Meißel<sup>1860</sup>. Genauer als Blair definierte er die Osteotomielinie. Er legte sie zur Schonung des Nervus mandibularis zwischen die Incisura semilunaris und das Foramen mandibulae. Blair behandelte mit dieser Methode erstmals eine mandibuläre Prognathie<sup>1861</sup>. In Deutschland führte August Lindemann seit 1918 die transversale

1854 Ebd., S. 228-230.

1855 Dymke 1997.

1856 Gehrke 1983; Dymke 1997.

1857 Gehrke 1983, S. 71.

1858 Engel 1993, S. 12-13. Wer das Verfahren als erster entwickelte, war vermutlich bis 1993 unsicher. Hoffmann-Axthelm hielt 1995 William Arbuthnot Lane (1856-1943) in London und William Wayne Babcock in Philadelphia unabhängig voneinander für die Erstbeschreiber. Ihm war jedoch wahrscheinlich die entsprechende Veröffentlichung Blairs nicht bekannt. Babcock führte seine Verfahrensweise auf einen Fall von 1908 zurück. Meine Vermutung wird auch dadurch bestätigt, daß Hoffmann-Axthelm Kostečka die erste Anwendung der Giglisäge bei der Osteotomie am aufsteigendem Unterkieferast zusprach, obwohl Blair 1907 oder 1909 diese Säge erwähnte, vgl. Hoffmann-Axthelm 1995, S. 126, 143. und Engel 1993, S. 13. Der Erfinder dieser Drahtsäge war der Gynäkologe Francisco Leonardo Gigli (1863-1908) aus Florenz, siehe Hoffmann-Axthelm 1995, S. 127-129.

1859 Kostečka osteotomierte den Ramus ohne direkte Sicht mit einer drahtförmigen Giglisäge von innen nach außen, die er mit Hilfe einer Nadel von extraoral durch einen kleinen Zugang in der Wange vor dem vertikalen Ast einführte. Er schob die Nadel dann weiter entlang der Innenkortikalis nach distal und durch einen zweiten Austrittspunkt in der Wange hinter dem vertikalen Ast wieder heraus, siehe Hoffmann-Axthelm 1995, S. 127-128.

1860 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 126.

1861 Engel 1993, S. 13-14.

Osteotomie durch. Er soll sie unabhängig von seinen Vorgängern neu entwickelt haben. Dabei durchsägte er den Ramus ascendens von einem kleinen Schnitt am Ohrläppchen aus nach Ablösung des Periostes mit einer Stichsäge ohne direkte Sicht<sup>1862</sup>. Die Schnittlinie verlief in der Regel rechtwinklig zur Längsachse des Processus condyloideus und schnitt die Außen- und Innenfläche des Ramus in gleicher Höhe. Christian Bruhn, der die Vorgehensweise Lindemanns bekanntgab, erwog bereits, die Osteotomielinie zu verändern<sup>1863</sup> (siehe 2.6.1), was später auch durch eine sagittal schräge Schnittführung geschah<sup>1864</sup>. Dadurch konnte einer Diastase zwischen den beiden kranialen Segmenten des aufsteigenden Astes und dem Corpus mandibulae entgegengewirkt werden, die das größte Problem der Lindemannschen Methode darstellte. Sie wurde durch die Musculi temporalis und pterygoideus externus verursacht, welche die oberen Segmente nach medial und oben verlagerten, was eine sehr langsame Konsolidierung des künstlich geschaffenen „Bruches“ zur Folge hatte. 1935 empfahl deshalb Waßmund, das hintere Drittel der kranialen Anteile des aufsteigenden Astes nicht quer, sondern in Form eines nach kaudal gerichteten Zapfens zu durchtrennen und diesen dann dem unteren Fragment rechts und links lateral aufzulagern, weil damit die Verlagerung des Segmentes verhindert wurde. Waßmund operierte seit 1931 von einem Zugang unterhalb des Jochbogens nach Franz Koenig (1852-1910)<sup>1865</sup>.

Das Problem der Diastase trat bei der von Heinrich Schloessmann (1881-1950) entwickelten lateromedial schrägen Osteotomie am aufsteigenden Ast des Unterkiefers nicht auf, weil dabei sehr große Knochenschnittflächen entstanden, die ein Aneinanderliegen der Segmente garantierten. Da das Verfahren 1922 von seinem damaligen Chef, dem Tübinger Chirurgen Georg Perthes (1869-1927), veröffentlicht worden war, trug die Methode den Namen „Perthes-Schloessmann“. Die Operation erfolgte von extraoral. Mit einem Meißel wurde der aufsteigende Ast vom Kieferwinkel aus in schräger Richtung von kaudolateral nach kranio-medial bis zur Inzisura durchtrennt (Abb. 167). Die Osteotomie endete unter Schonung des Nervus alveolaris inferior oberhalb des Foramen mandibulae. Nach der Verlagerung des unteren Segments wurde der Unterkiefer mittels dentaler Schienen und intermaxillärer Drahtligaturen für mehrere Monate ruhiggestellt<sup>1866</sup>. Nach 1928 praktizierte auch

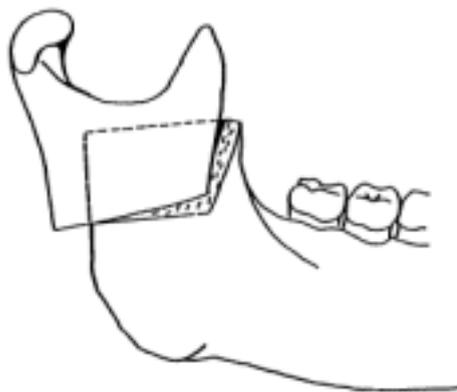


Abb. 167. Schloessmann: Transversal schräge Durchtrennung des Ramus, 1922.

Hans Pichler diese Schrägstellung der Osteotomieflächen, wahrscheinlich in Anlehnung an Schloessmann, dessen Vorgehen ihm aus der Publikation des bekannten Chirurgen Perthes bekannt gewesen sein wird. Pichler bediente sich dabei jedoch des Verfahrens Kostečkas und operierte wie vormals Blair mit der Giglisäge. Wohl deshalb osteotomierte er in umgekehrter Richtung wie Schloessmann von kranio-medial nach kaudolateral. Auch werden vermutlich der Schnittwinkel und damit die Schnittflächen bei dieser Sägetechnik kleiner als bei der Methode Schloessmanns gewe-

1862 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 127.

1863 Engel 1993, S. 18.

1864 Schuchardt 1954 [a], S. 250. Schuchardt beschrieb 1954, daß Lindemann die Osteotomie schräg nach unten abfallend durchführte, siehe ebd. In einer anderen Arbeit erklärte er genauer, daß der Schnitt von unten hinten nach oben vorn verlief, siehe ders. 1954 [b], S. 10. Lindemann durchsägte den vertikalen Ast in schräger Richtung zwischen Inzisur und dem Eingang des Canalis mandibulae, siehe Hoffmann-Axthelm 1995, S. 127.

1865 Waßmund 1935, S. 261, 265-267. Koenig war Chirurg in Rostock, Göttingen und Berlin. Er gab den Schnitt 1878 an, siehe Hoffmann-Axthelm 1995, S. 130

1866 Ebd., S. 130-131, Liebig 1986, S. 12-14. Schloessmann war später in Bochum tätig. Er hatte sein Verfahren vor der Bekanntgabe durch Perthes mehrmals an disloziert verheilten Kieferfrakturen mit Erfolg angewandt, siehe Hoffmann-Axthelm 1995, S. 131.

sen sein. Pichler gab noch andere Variationen der Schnitfführung an<sup>1867</sup>. 1954 wies Schuchardt im „Bier-Braun-Kümmell“ auf die Bedeutung einer transversal schrägen Schnitfführung hin und nannte Pichler als deren Urheber.

*„Das Aneinanderliegen der Bruchenden werde noch begünstigt, wenn - nach Pichler - der Schnitt durch den aufsteigenden Ast schräg von innen-oben nach außen unten geführt wird, so daß breite Knochenwundflächen entstehen... Auf das Verfahren von PERTHES-SCHLOESSMANN, bei dem der aufsteigende Ast vom Kieferwinkel aus in schräger Richtung von hinten-unten nach oben-vorn bis zur Incisura mit dem Meißel durchtrennt wird, kann man heute angesichts der Vorzüge der BRUHN-LINDEMANNschen Methode oder der schrägen Osteotomie am Collum mandibulare und am aufsteigenden Ast nach KOSTECKA, PICHLER und HOFER verzichten“<sup>1868</sup>.*

Warum Schuchardt hier die Verlaufsrichtung des Schnittes der Schloessmannschen Operation nicht richtig wiedergab, ist unklar.

In den 1920er Jahren wagte im deutschsprachigen Raum als erster der Berliner Kieferchirurg Franz Ernst (siehe 2.6.1) den intraoralen Zugang zum aufsteigenden Ast. Ernst osteotomierte jedoch nicht schräg. Nach dem Freipräparieren der bukkalen Ramusfläche von intraoral legte er eine Führungsrinne an, die er mit Schrauben fixierte. Danach durchsägte er den Knochen quer von außen nach innen bis auf eine dünne Lamelle der Innenkortikalis, die er dann mit einem Spezialmeißel unter Schonung des Gefäßnervenbündels durchtrennte. Bei stumpfem Kieferwinkel resezierte er zusätzlich ein Knochendreieck. Die Diastase der Fragmente verhinderte er mit Hilfe einer durch Bohrlöcher geführten Drahtligatur<sup>1869</sup>. Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß in Deutschland Schloessmann die transversale Schrägstellung der Osteotomiefläche am vertikalen Unterkieferast entwickelte und Ernst den intraoralen Zugangsweg einführte.

#### 3.4.2.4.2 Schuchardts Modifikationen der Osteotomie nach Lindemann

1935 operierte Schuchardt den aufsteigenden Ast des Unterkiefers noch von einem retroaurikulären Schnitt nach Bockenheimer-Axhausen<sup>1870</sup> und führte die quere Osteotomie nach seiner Freilegung 1cm unterhalb der Incisura semilunaris mit einer Stichsäge durch. Einen intraoralen Zugang lehnte er ab. Nach manueller Rückverlagerung des Unterkiefers fixierte er diesen mit dentalen Drahtschienen und intermaxillären Gummizügen am Oberkiefer. Nach vier Monaten entfernte er die Schienen. Die Okklusion verbesserte er durch Beschleifen der Zähne<sup>1871</sup>. Zwei Jahre später operierte er dann wie Lindemann von einem Schnitt am Ohrläppchen aus, weil Axhausen in der Zwischenzeit seine Methode verlassen hatte und die Methode Lindemanns empfahl. Außerdem hielt Schuchardt das frühere Vorgehen Axhausens für zu umständlich. Er gab der Methode nach Lindemann auch gegenüber der intraoralen Schnitfführung von Ernst und der extraoralen Kostečkas von den Vorzug<sup>1872</sup>. 1939 berichtete Schuchardt, daß er der Diastase der Fragmente durch eine schräg von hinten unten nach vorn oben gerichtete Schnittlinie im Knochen begegnete. Nach der Rückverlagerung des Kieferkörpers

1867 Schuchardt 1954 [a], S. 242. Die Methode Kostečkas bevorzugte Pichler ab 1928, siehe Hoffmann-Axthelm 1995, S. 127-128.

1868 Schuchardt 1954 [a], S. 241-242. Auf Hofers Technik wurde hier nicht näher eingegangen. Er empfahl die schräge Durchtrennung des vertikalen Astes von der Incisura semilunaris aus für leichtere Fälle von Progenie, siehe ebd., S. 242.

1869 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 129.

1870 Schuchardt 1937 [b], S. 138. Trotz des Zugangs nach Bockenheimer-Axhausen wurde die Methode zur Technik Lindemanns gezählt, weil die Durchtrennung nach seiner Methode erfolgte, siehe ebd. S. 138-139. Vermutlich nutzte Axhausen diesen Zugang um den Nervus facialis nicht zu gefährden.

1871 Ebd., S. 138. Er operierte nach Axhausens Operationsbeschreibung in „Ein Jahr Kieferklinik der Charité“. In den folgenden Publikationen äußerte er sich nicht zur intraoralen Methode: Ders. 1939 [c], ders. 1942 [f], ders. 1954 [a].

1872 Ders. 1937 [b], S. 140 und ders. 1939 [c], S. 666.

ließen sich die kranialen Segmente rechts und links dem aufsteigenden Ast lateral auflagern; der Kontakt der Bruchenden blieb bewahrt. Anscheinend hatte er die sagittal schräge Schnittführung unabhängig von Lindemann entwickelt<sup>1873</sup> (siehe oben). Im Jahr 1954 ging er im „Bier-Braun-Kümmell“ erneut auf diese Schnittführung ein<sup>1874</sup>, nannte aber erst in seinem Zeitschriftenartikel des Jahres 1954 u. a. Lindemann als Urheber<sup>1875</sup>.

Im Jahr 1942 beschrieb Schuchardt eine andere Abänderung der Schnittechnik. Er durchsägte bei mehreren Patienten der Jahre 1940 und 1941 zunächst wie Lindemann den aufsteigenden Ast quer von anterior nach posterior mit der Stichsäge, jedoch nur zu zwei Dritteln seiner Breite. Das letzte Drittel frakturierte er mit Hilfe eines in den Sägespalt eingeführten Raspatoriums. In allen so behandelten Krankenfällen trat weitaus früher als nach der Lindemannschen Methode eine Konsolidierung der Fragmente ein. Die Schientherapie konnte nun bereits nach sechs bis acht Wochen beendet werden, während nach der Vorgehensweise Lindemanns zum Teil sechs Monate bis zur vollständigen Konsolidierung vergingen<sup>1876</sup>. Schuchardt erklärte die wesentlich kürzeren Heilungsvorgänge wie folgt:

*„Dadurch, daß ... der aufsteigende Ast im hinteren Drittel gebrochen wird, ist damit zu rechnen, daß absplitternde Knochenspangen eine Art brückenförmige Verbindung zwischen oberem und unterem Fragment bilden. Ich schreibe diesen Knochenspangen das Ausbleiben einer Verlagerung des oberen Fragmentes nach medial und eine kallusfördernde Wirkung zu“<sup>1877</sup>.*

Möglicherweise näherte er sich dadurch der Methode Waßmunds (siehe oben), die er im folgenden Jahr modifiziert durch intraorales Vorgehen besonders empfahl<sup>1878</sup>.

#### 3.4.2.4.3 Schuchardts Verknüpfung der Verfahren Ernsts und Schloessmanns

Schuchardt beschrieb seine intraorale Methode der transversal schrägen Spaltung des aufsteigenden Unterkieferastes 1954<sup>1879</sup>. Er erklärte:

*„Ich habe schon seit langem die quere Durchtrennung des aufsteigenden Astes nach dem Prinzip von Bruhn-Lindemann so durchgeführt, daß bei schräg gestellter Sägefläche eine breite, von oben-innen nach unten-außen gerichtete Schnittfläche entsteht, und schon 1942 auf die hiermit für die Bruchheilung verbundenen Vorteile hingewiesen. Um diese Art der Durchtrennung zu erleichtern, bin ich in letzter Zeit dazu übergegangen, sie vom Munde aus unter Kontrolle des Auges anstatt von einem Schnitt am Ohrläppchen, durchzuführen.“<sup>1880</sup>*

Daß er im Zusammenhang mit dem transversal schräg geführten Schnitt auf seine Vorgehensweise im Jahr 1942 verwies, ist allerdings nicht nachzuvollziehen, weil er damals eine sagittal modifizierte Technik benutzte (siehe oben). Schuchardt eröffnete das Operationsgebiet mit einem intraoralen von oben nach unten geführten<sup>1881</sup> Schnitt durch die Schleimhaut an der Vorderkante des aufsteigenden Astes parallel zur Plica pterygomandibularis<sup>1882</sup>. Die Musculi masseter et pterygoideus medialis wurden vom Knochen gelöst, so daß der Osteotomiebereich zwischen der Incisura semilunaris und dem Foramen mandibulae<sup>1883</sup> übersichtlich frei lag. Danach markierte er die innere und die äußere Begrenzungslinie der Osteotomie mit einem Bohrer<sup>1884</sup>. Die Markierung

1873 Ders. 1939 [c], S. 666.

1874 Ders. 1954 [b], S. 10.

1875 Ders. 1954 [a], S. 240-241.

1876 Ders. 1942 [b], S. 86-89.

1877 Ebd., S. 87-88.

1878 Ders. 1955 [b], S. 224.

1879 Ders. 1954 [b], S. 11-13. Auf eine antibiotische Prophylaxe ging er nicht ein, siehe ebd.

1880 Ebd., S. 11.

1881 Ders. 1958 [e], S. 653. Diese Veröffentlichung wurde gewählt, weil die Beschreibung hier genauer ist, siehe ebd.

1882 Ders. 1954 [b], S. 11.

1883 Ders. 1958 [e], S. 653.

1884 Ders. 1954 [b], S. 11.

an der Innenkortikalis lag etwa 0,5 cm oberhalb des Foramen mandibulae<sup>1885</sup>, die an der Außenkortikalis etwa 0,8-1 cm tiefer. Beide wurden durch einen schrägen Knochenschnitt von kraniomedial nach kaudolateral miteinander verbunden (Abb. 168,169, vgl. Abb.167). Der Knochenschnitt konnte vollständig mit dem Lindemann-Bohrer oder gegebenenfalls im hinteren Drittel mit dem Meißel zu Ende geführt werden<sup>1886</sup>. Wenn gleich-

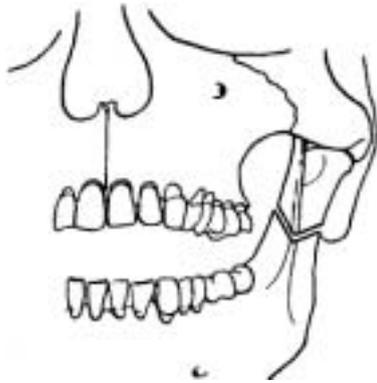


Abb. 168. Schuchardt: Schräge Osteotomie, 1954.

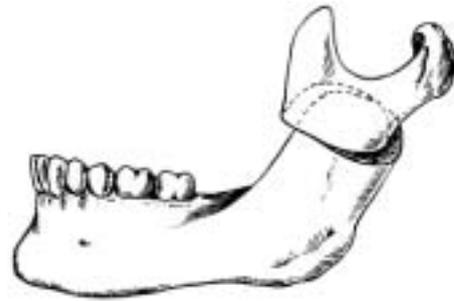


Abb. 169. Schuchardt: Schräge Osteotomie, Seitenansicht mit Flächendarstellung, 1981.

zeitig mit der Progenie ein nicht zu stark offener Biß vorlag, empfahl Schuchardt, den Schnitt im Knochen in anteroposteriorer Richtung noch schräger zu führen. Falls dagegen ein Tiefbiß mit der Progenie verbunden war, sollte der Schnitt horizontal angelegt werden<sup>1887</sup>. Um nun den Unterkiefer gegen den Widerstand der Weichteile leichter nach distal verlagern zu können<sup>1888</sup>, schlitze er die freiliegende Faszienperiostdecke der Musculi masseter und pterygoideus medialis auf. Die Schlitzung hielt er für günstiger als die von anderen Autoren propagierte Ablösung der Muskelansätze. Danach wurde der Unterkiefer nach dorsal verlagert und die Schleimhaut durch Naht geschlossen. Eine Kopplung der Segmente durch Drahtnaht hielt Schuchardt nicht für notwendig<sup>1889</sup>. Postoperativ wurde der Unterkiefer durch dentale Schienung intermaxillär immobilisiert. Er nutzte dazu im Gegensatz zu seiner sonstigen Auffassung Halbkappenschienen, die mit Zement eingesetzt wurden<sup>1890</sup> (siehe 3.3.5). Die Immobilisation wurde für vier Wochen durchgeführt<sup>1891</sup>. Danach erfolgte für die Dauer von bis zu einem Jahr eine Nachbehandlung mit einem Monoblock, der nur nachts getragen werden mußte. Die Okklusion wurde gegebenenfalls vor oder nach der Osteotomie durch Einschleifen oder durch prothetische Maßnahmen korrigiert<sup>1892</sup>. Bis 1957 behandelte Schuchardt 20 Patienten mit diesem Verfahren<sup>1893</sup>.

Festzuhalten ist, daß Schuchardt über die Anwendung der Operationstechnik nach Lindemann und durch eine von Pichler genutzte Variante der transversal schrägen Osteotomie am aufsteigenden Ast des Unterkiefers nach Schloessmann zu seiner Operationsweise gelangte. Dabei definierte er durch seine Maßangaben den Schnittwinkel genauer<sup>1894</sup> als Pichler. Wie bereits für die Pichlersche Vorgehensweise vermutet, waren auch bei der Schuchardtschen Technik die Schnittflächen kleiner als bei der Methode Schloessmanns (siehe oben).

1885 Ders. 1958 [e], S. 653.

1886 Ders. 1954 [b], S. 12.

1887 Seine Vorgehensweise wurde in einer früheren Schrift deutlicher beschrieben, siehe ders. 1954 [a], S. 240-241. Vgl. ders. 1954 [b], S. 11.

1888 Ebd.

1889 Schuchardt 1954 [b], S. 148.

1890 Ebd., S. 149.

1891 Ders. 1957 [b], S. 734.

1892 Schuchardt 1954 [b], S. 13. Der Monoblock wurde von Andresen entwickelten und von Erwin Reichenbach (1897-1973) empfohlen, siehe ebd.

1893 Schuchardt 1957 [b], S. 734.

1894 Vgl. ders. 1954 [a], S. 242.

In der Zusammenfassung wird deutlich, daß Schuchardt weder den intraoralen Zugang zum aufsteigenden Unterkieferast noch die transversale Schrägstellung des Knochenschnitts selbst entwickelte. Sein Verdienst ist es, die von Schloessmann entwickelte Schrägstellung des Knochenschnitts mit der intraoralen Vorgehensweise von Ernst verknüpft und sie in dieser Form bekanntgemacht zu haben. Die Operation trägt heute den Namen „Schuchardt-Perthes“, wahrscheinlich wegen des Renommees dieser beiden Operateure.

Das Verfahren Schuchardts wurde 1978 von Rainer Schmelzle (\*1942) aufgegriffen. Vorher operierte man an der Tübinger Universitätsklinik über Jahre mit der sagittal stufenförmigen Osteotomie. Von der Schuchardt-schen Technik versprach sich Schmelzle weniger Nervenschädigungen, eine Erwartung, die er 1982 auch bestätigen konnte<sup>1895</sup>. 1986 diskutierte Berthold Josef Liebig, damals Doktorand an der Tübinger Universitätsklinik, diese Problematik erneut in seiner Dissertation „Die schräge Osteotomie nach Schuchardt-Perthes im Hinblick auf Nervschädigung“. Wie Schmelzle kam er zu dem Ergebnis, daß das Risiko einer Schädigung der Nervi alveolaris inferior, buccalis und facialis bei der Vorgehensweise nach Schuchardt-Perthes äußerst gering gehalten werden konnte<sup>1896</sup>.

1958 veröffentlichte Schuchardt noch eine Modifikation seiner 1954 bei Progenie angewandten Technik für die Behandlung der Mikrogenie. Bis einschließlich des Anlegens der Markierungen ging er genauso vor, verband aber die Bohrrinnen nicht schräg, sondern nach deren Vertiefung durch einen sagittal geführten Schnitt<sup>1897</sup>. Dabei entstand eine transversal stufenförmige Durchtrennung, wie sie bereits von Hugo Obwegeser (\*1920) 1955, allerdings mit größerer Stufe, entwickelt worden war<sup>1898</sup> (Abb. 170, 171).



Abb. 170. Schuchardt:  
Stufenförmige Osteotomie, 1958.

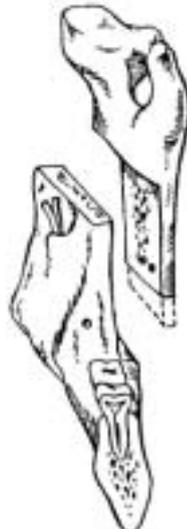


Abb. 171. Obwegeser:  
Stufenförmige Osteotomie, 1955.

1895 Schmelzle In Pfeifer 1982, S. 59, 63.

1896 Liebig 1986, S. 70-71.

1897 Schuchardt 1958 [e], S. 651-652.

1898 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 131.

### 3.4.2.5 Schuchardts Modifikation der bogenförmigen (stufenförmigen) Osteotomie<sup>1899</sup> des Unterkiefers nach Waßmund



Abb. 172. Immenkamp: Bogenförmige Osteotomie und Implantation eines Knochenstücks 1957.

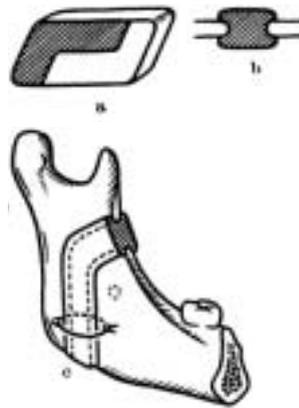


Abb. 173. Schuchardt: Bogenförmige Osteotomie nach Waßmund und Implantation eines Knochenstücks, 1958.

Zur Behandlung einer Mikrogenie modifizierte Schuchardt 1958, angeregt durch ein Operationsverfahren von Alois Immenkamp (\*1906), die bogenförmige Osteotomie am aufsteigenden Ast des Unterkiefers nach Waßmund<sup>1900</sup> durch Interposition eines Knochen-  
transplantats<sup>1901</sup>. Immenkamp hatte 1957 nach einer bogenförmigen Durchtrennung des Ramus ascendens zur Be-

hebung einer Mikrogenie beidseits einen Knochenspan aus dem Beckenkamm zwischen die Fragmente eingelagert und diese dann mit Drahtnaht fixiert<sup>1902</sup> (Abb.172). Anders als Immenkamp versah Schuchardt das Transplantat mit Rillen. Dadurch erhielt es ein doppel-“T“-förmiges Profil. In die Rillen wurden anterior und posterior die Fragmente eingelagert, wodurch größere Anlageflächen entstanden. Fixiert wurde mit Drahtnaht<sup>1903</sup> (Abb. 173).

### 3.4.2.6 Zusammenfassende Würdigung der Leistungen Schuchardts auf dem Gebiet der orthopädischen Chirurgie des Gesichtsschädels

Im Rahmen seiner selbständigen Tätigkeit sind für Schuchardt kieferorthopädische Operationen ab 1935 belegt. Zunächst beschränkte er sich auf Eingriffe am aufsteigenden Ast des Unterkiefers. Dabei nutzte er die Methode Lindemanns. Im Rahmen der Versorgung von Kiefer- und Gesichtsverletzten während des zweiten Weltkrieges führte er ab 1940 auch Eingriffe am Oberkiefer durch. 1942 beschrieb er für die totale Mobilisation des Oberkiefers in der Le Fort-I-Ebene die Abtrennung der Flügelfortsätze. 1954 rationalisierte er die Frontzahnblockosteotomie. Auf dasselbe Jahr geht die Standardisierung der transversal schrägen Osteotomie des Ramus ascendens zurück, die heute nicht ganz zutreffend den Namen Schuchardt-Perthes trägt. Schuchardts bedeutendste Leistung auf dem Gebiet der kieferorthopädischen Chirurgie ist seine 1955 inaugurierte Seitenzahnblockosteotomie.

1899 Schuchardt beschrieb diese Operation 1954 als bogenförmig, 1958 als stufenförmig, 1981 als umgekehrt L-förmig, siehe und vgl. Schuchardt 1954 [b], S. 8, ders. 1958 [e], S. 653 und Schuchardt, Lendrott 1981, S. 100.

1900 Laut Schuchardt 1958 [e], S. 653-654, 657, wurde die stufenförmige Osteotomie von Waßmund 1926 beschrieben. Sie entspricht annähernd der umgekehrt L-förmigen Osteotomie, die Richard Trauner 1955 inaugurierte und auf den diese Verfahrensweise zurückgeführt wird, siehe Engel 1993, S. 39-40 und Hoffmann-Axthelm 1995, S. 130.

1901 Schuchardt 1958 [e], S. 653-657.

1902 Ebd., S. 654, 657.

1903 Ebd., S. 654, 656.

### 3.5 **Schwerpunkt 5: Klinik und Therapie von Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich.**

Schuchardt behandelte das Themengebiet „Klinik und Therapie von Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich“ in 16 Aufsätzen, von denen zwei in zahnärztlichen Fachzeitschriften und alle übrigen in Kongreßschriften medizinischer Gesellschaften veröffentlicht wurden (siehe 6.2.7). Elf der Publikationen entstanden in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der Nordwestdeutschen Kieferklinik<sup>1904</sup>. Darunter waren auch zwei interdisziplinäre Arbeiten, eine in Kooperation mit der Frauenklinik<sup>1905</sup> und eine mit der Kinderklinik<sup>1906</sup> des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf. Eine Veröffentlichung stammt bereits aus dem Jahr 1939, als Schuchardt noch in Berlin tätig war (siehe 2.5), die übrigen erst nach einer Pause von 18 Jahren im Zeitraum von 1957 bis 1972<sup>1907</sup>. 1957 leitete Schuchardt die Nordwestdeutsche Kieferklinik bereits seit zwölf Jahren (siehe 2.7.2). Die erste dieser Veröffentlichungen wie auch vier spätere aus den Jahren 1968, 1970 und 1972 standen in direktem Zusammenhang mit einer Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, welche zum Hauptthema Tumoren des Kiefer-Gesichtsbereichs stattfand<sup>1908</sup>. Themen aus diesem Bereich wurden auf den Tagungen der Gesellschaft in zwei Zeitabschnitten vorrangig erörtert, nämlich 1956 (6. Tagung) und 1957 (7. Tagung) sowie nach einer zehnjährigen Pause 1967 (16. Tagung), 1969 (17. Tagung) und 1971<sup>1909</sup>. Die Vorträge der Tagungen wurden im jeweils folgenden Jahr in der Jahrbuchreihe „Fortschritte der Kiefer-Gesichtschirurgie“ veröffentlicht, deren Herausgeber Karl Schuchardt war (siehe 2.8.2). Drei weitere hier dem Thema Tumoren zugeordnete Arbeiten Schuchardts waren Vorträge im Rahmen anderer Tagungsthemen. Eine erschien 1960 zum Thema „Pathologie, Diagnostik und Therapie der Speicheldrüsenerkrankungen“ (9. Tagung)<sup>1910</sup> und zwei 1965 zum Thema „Präprothetische Chirurgie, Chirurgische Prothesen, Epithesen, Chirurgische Hilfsmaßnahmen für chirurgische Prothesen“ (14. Tagung)<sup>1911</sup>. Insgesamt waren somit acht der 16 Publikationen Vorträge für Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auch die übrigen acht Arbeiten wurden zunächst als Vorträge auf Kongressen oder Jahrestagungen zahnmedizinischer und medizinischer Gesellschaften gehalten (siehe unten).

Thematisch befaßten sich zehn der insgesamt 16 Arbeiten mit der chirurgischen Therapie der Tumoren sowie mit der nachfolgenden plastischen Deckung der operativ entstandenen Gewebsdefekte<sup>1912</sup>, darunter fünf ausschließlich mit der Defektdeckung<sup>1913</sup>. Ein Beitrag befaßte sich mit der Strahlentherapie<sup>1914</sup>. Drei Publikationen waren Studien über Patienten mit Tumorerkrankungen, die an der NWDKK behandelt wurden<sup>1915</sup>, und eine

- 
- 1904 Schuchardt 1939 [c]; ders. 1957 [b]; ders. 1957 [d]; Oberheuser, Schubert, Schuchardt, Spiessl 1960 [c]; Schuchardt, Spiessl 1960 [d]; Schuchardt, Schröder, Ritze, Müller 1965 [c]; Schuchardt, Günther 1965 [d]; Schuchardt, Spiessl 1965 [f]; Schuchardt, Metz, Landbeck 1966 [b]; Schuchardt 1967 [b]; Günther, Schuchardt, Metz 1968 [a]; Schuchardt, Günther, Metz 1968 [b]; Schuchardt, Spiessl 1970; Schuchardt 1971; Schuchardt, Rottke, Metz, Lendrodt 1972 [a]; Spiessl, Schuchardt 1972 [b].
- 1905 Oberheuser, Schubert, Schuchardt, Spiessl 1960 [c].
- 1906 Schuchardt, Metz, Landbeck 1966 [b].
- 1907 siehe Anm. 1904.
- 1908 Schuchardt 1957 [b]; Schuchardt, Günther, Metz 1968 [b]; Schuchardt, Spiessl 1970; Schuchardt, Rottke, Metz, Lendrodt 1972 [a]; Spiessl, Schuchardt 1972 [b].
- 1909 Schuchardt (Hrsg.) 1957, Vorwort; ders. (Hrsg.) 1958, Vorwort; ders. (Hrsg.) 1968, Vorwort; ders. (Hrsg.) 1970, Vorwort; ders. (Hrsg.) 1972, Vorwort.
- 1910 Schuchardt (Hrsg.) 1960, Vorwort; Schuchardt, Spiessl 1960 [d].
- 1911 Schuchardt (Hrsg.) 1965, Vorwort; Schuchardt, Schröder, Ritze, Müller 1965 [c]; Schuchardt, Günther 1965 [d].
- 1912 Schuchardt 1939 [c]; ders. 1957 [b]; Schuchardt, Schröder, Ritze, Müller 1965 [c]; Schuchardt 1965 [d]; Schuchardt, Spiessl 1965 [f]; Schuchardt, Metz, Landbeck 1966 [b]; Schuchardt 1967 [b]; Günther, Schuchardt, Metz 1968 [a]; Schuchardt, Günther, Metz 1968 [b]; Schuchardt 1971.
- 1913 Schuchardt 1965 [d]; Schuchardt, Spiessl 1965 [f]; Schuchardt 1967 [b]; Günther, Schuchardt, Metz 1968 [a]; Schuchardt 1971.
- 1914 Oberheuser, Schubert, Schuchardt, Spiessl 1960 [c].
- 1915 Schuchardt, Spiessl 1970; Schuchardt, Rottke, Metz, Lendrodt 1972 [a]; Spiessl, Schuchardt 1972 [b].

Arbeit beinhaltete sowohl die Ergebnisse einer Studie als auch Beispiele für chirurgische Therapien<sup>1916</sup>. Drei dieser Studien wurden im Rahmen von Dissertationen durchgeführt<sup>1916</sup>. Insgesamt wurden in der Zeit von 1951 bis 1971 an der Zahn-, Mund- und Kieferklinik der Universität Hamburg 21 Dissertationen zum Themengebiet „Tumoren“ fertiggestellt, die Mehrzahl in den sechziger Jahren<sup>1918</sup>. Bei acht der Dissertationen fungierte Schuchardt als Referent<sup>1919</sup>, bei neun Bernhard Spiessl<sup>1920</sup>; insgesamt schrieb Schuchardt bis auf eine Dissertation<sup>1921</sup> alle Korreferate (siehe 7.). Soweit es aus dem Titel hervorgeht, handelt es sich ganz überwiegend um statistische Aufarbeitungen des Patientengutes der NWDKK. Nach der Lokalisation der Krankheitsprozesse konnten bis auf zwei Arbeiten, die sich danach nicht einordnen ließen<sup>1922</sup>, vier Forschungsthemen ermittelt werden:

1. sechs Arbeiten über Tumoren des Gesichtsschädels<sup>1923</sup>, davon betrafen vier odontogene Tumoren<sup>1924</sup>, eine Oberkieferkarzinome<sup>1925</sup> und eine Sarkome<sup>1926</sup>,
2. fünf Dissertationen über Tumoren der Mundhöhle<sup>1927</sup>, davon betrafen vier Karzinome<sup>1928</sup>,
3. drei Dissertationen über Tumoren der Speicheldrüsen<sup>1929</sup>,
4. fünf Dissertationen über Tumoren im gesamten Kiefer-Gesichtsbereich<sup>1930</sup>, darunter betraf eine Karzinome<sup>1931</sup>.

Die wesentlichen Inhalte und soweit nachvollziehbar auch die Zusammenhänge der Veröffentlichungen Schuchardts mit wissenschaftlichen Tagungen oder speziellen Forschungsprojekten werden nun in chronologischer Folge vorgestellt. 1939 erläuterte er im Rahmen eines Vortrags vor norwegischen Zahnärzten zum ersten Mal seine Erfahrungen und Ergebnisse bei der chirurgischen Behandlung von Zysten und Tumoren anhand von 18 Patientenfällen der kieferchirurgischen Abteilung des St.-Norbert-Krankenhauses in Berlin (siehe 2.5). Besondere Beachtung fand dabei die Klinik und Therapie der Tumoren der Speicheldrüsen. Daneben berichtete er u. a. über die Diagnose und die Behandlung von Adamantinomen (Ameloblastom), zentralen Riesenzellschwüsten und Karzinomen<sup>1932</sup>.

1957 erschienen die Arbeit *Die chirurgische Behandlung der malignen Tumoren der Gesichtshaut*, die auf einem Vortrag beruhte, den Schuchardt auf der 6. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie 1956 in Hamburg hielt. Ihr Hauptthema lautete „Die malignen Tumoren des Kiefer-Gesichtsbereichs“<sup>1933</sup>. Schuchardt legte in seiner Arbeit die Schwierigkeiten der chirurgischen Behandlung strahlentherapeutisch vorbehandelter Karzinome der Gesichtshaut und die Vorteile der primären chirurgischen Radikalthe-

1916 Schuchardt, Spiessl 1960 [d].

1917 Hilbert 1967; Schwander H. 1969; Schwander, L. 1968.

1918 Buchholz 1965; Dischinger 1969; Drosos 1964; Guhl 1956; Hars 1965; Hempel 1967; Hieber 1960; Hilbert 1967; Hinck 1969; Holl 1961; Jahnke 1971; Koll 1960; Krohn 1951; Krüger 1960; Meyer, M. 1965; Müller, U. 1962; Puhl 1966; Schwander H. 1969; Schwander, L. 1968; Stelzer 1967; Warnecke 1970.

1919 Buchholz 1965; Guhl 1956; Hieber 1960; Holl 1961; Koll 1960; Krohn 1951; Krüger 1960; Müller, U. 1962.

1920 Drosos 1964; Hars 1965; Hempel 1967; Hilbert 1967; Hinck 1969; Meyer, M. 1965; Puhl 1966; Schwander, L. 1968; Stelzer 1967.

1921 Jahnke 1971.

1922 Krüger 1960; Puhl 1966.

1923 Buchholz 1965; Dischinger 1969; Drosos 1964; Krohn 1951; Meyer, M. 1965; Schwander, L. 1968.

1924 Buchholz 1965; Dischinger 1969; Drosos 1964; Krohn 1951.

1925 Meyer, M. 1965.

1926 Schwander, L. 1968.

1927 Hempel 1967; Hinck 1969; Jahnke 1971; Müller, U. 1962; Stelzer 1967.

1928 Hempel 1967; Hinck 1969; Jahnke 1971; Müller, U. 1962.

1929 Hilbert 1967; Koll 1960; Schwander H. 1969.

1930 Guhl 1956; Hars 1965; Hieber 1960; Holl 1961; Warnecke 1970.

1931 Guhl 1956.

1932 Schuchardt 1939, S. 752-753; 769-773.

1933 Ders. (Hrsg.) 1957, Vorwort.

rapie dar. Bei der Deckung größerer Gewebsdefekte besonders bei vorbestrahlten Hauttumoren hielt er eine temporäre Defektdeckung mit Spalthaut oder Epithesen für angezeigt. Erst nach der Beobachtung eines längeren rezidivfreien Intervalls, in einem Patientenfall von zweieinhalb Jahren, führte er den definitiven plastischen Verschluss durch. Nur bei Lippen- und Liddefekten forderte er die primäre Defektdeckung, wegen des Speichelflusses bzw. zur Prophylaxe von Entzündungen oder Infektionen des Bulbus. Daneben wies er darauf hin, daß bei Verdacht auf Malignität die Entnahme von Gewebe zur histologischen Untersuchung möglichst zu Beginn bzw. während der Hauptoperation durchgeführt und die Wundflächen durch Elektrokoagulation verschorft werden sollten, um eine Exazerbation des Tumors als Folge der Probeexzision zu vermeiden. Deshalb sollte diese nur von einem Operateur vorgenommen werden, der in der Lage war, eine notwendig werdende Radikaloperation unverzüglich durchzuführen<sup>1934</sup>. Seine Ansprüche an die Operateure präziserte er in *Prophylaxe und Diagnose des Mundhöhlenkrebses*, einem Kurzbericht über eine Diskussion von Fachvertretern, dem Internationalen Zahnärztekongreß im September 1957 in Rom, bei der er als Diskussionsleiter fungierte. Er forderte, die Probeexzision nur von einem Facharzt bzw. Chirurgen durchführen zu lassen, der aufgrund seiner Ausbildung auch fähig sei, eventuell dabei auftretende Komplikationen zu beherrschen. Auf diese Weise würden am sichersten gefährliche Zeitverluste und Intensivierungen des Tumorwachstums durch das Trauma der Probeexzision vermieden<sup>1935</sup>. Diese Forderung richtete sich vermutlich gegen die Durchführung von Probeexzisionen durch Zahnärzte und Allgemeinchirurgen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß die Nordwestdeutsche Kieferklinik am 6. Dezember 1957 eine Krebsberatungsstelle eröffnete<sup>1936</sup>.

Besonders interessant ist die Arbeit *Die Elektronentherapie bösartiger Tumoren des Mund-Kieferbereichs*, die auf dem 9. Internationalen Kongreß für Radiologie 1959 in München auszugsweise vorgetragen wurde, weil Schuchardt und Bernhard Spiessl hier mit dem Strahlentherapeuten und Leiter der Frauenklinik des UKE Gerhard Schubert (1907-1964) und dessen Oberarzt Friedhelm Oberheuser zusammenarbeiteten<sup>1937</sup>. Schubert hatte in der Frauenklinik eine „Strahlenbiologische Forschungsabteilung“ eingerichtet und in den 1950er und 1960er Jahren zahlreiche Arbeiten zu Themen der Strahlentherapie, der Strahlenbiologie und des Strahlenschutzes veröffentlicht<sup>1938</sup>. Die vier berichteten über strahlenbiologische Untersuchungen, Dosisverteilungsmessungen an Leichen und Anwendungserprobungen der Elektronentherapie mit einem 15 MeV-Betatron bei 40 Patienten mit inoperablen Tumoren des Mund-, Kiefer- und Nasenhöhlenbereichs. Schubert hatte bereits über einen Zeitraum von zehn Jahren diese Art von Strahlentherapie bei der Behandlung bösartiger Tumoren angewandt<sup>1939</sup>. Der Beitrag Schuchardts und Spiessls bestand vermutlich hauptsächlich in der Auswahl der Patienten, bei denen diese Therapie als einzige noch mögliche angesehen wurde. Daneben könnten sie die morphologischen Besonderheiten der Gewebsstrukturen des Kopf-Halsbereichs erläutert und damit die Messung des Absorptionsverhaltens der schnellen Elektronen an der Leiche unterstützt haben, welche zur Ermittlung günstiger Dosisverteilungen vor der therapeutischen Anwendung der Strahlen am Patienten durchgeführt worden waren<sup>1940</sup>.

1934 Schuchardt 1957 [b], S. 244-252.

1935 Ders. 1957 [d], S. 823-824.

1936 Bundeszahnärztekammer (Hrsg.) 1957, S. 846.

1937 Oberheuser, Schubert, Schuchardt, Spiessl 1960 [c], S. 17.

1938 Hüneke 1989, S. 251-252; Schuchardt 1960, S. 17, 23.

1939 Oberheuser, Schubert, Schuchardt, Spiessl 1960 [c], S. 17-23.

1940 Ebd., S. 18. Ebenfalls mit Bernhard Spiessl veröffentlichte Schuchardt 1960 unter dem Titel „Diagnose und Therapie der Tumoren der Glandula submandibularis“ einen Vortrag auf der 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie im Juli 1959, siehe Schuchardt (Hrsg.) 1960, Vorwort.

Im Rahmen der 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie im Jahr 1964<sup>1941</sup> stellte Schuchardt mit Friedrich Schröder, Horst Ritze, H. Müller eine chirurgische Prothese vor, die nach tumorbedingter Exstirpation der Zunge bei Belassung der Muskulatur des Mundbodens zur Verbesserung der Sprechfunktion zur Anwendung kam. Dabei wurde eine Oberkieferprothese zentral so erweitert, daß sie den sonst durch die Zunge eingenommenen Bereich bis auf einen kaudalen schmalen Spalt ausfüllte, der vom Patienten willkürlich durch Anhebung der Mundbodenmuskeln geschlossen und wieder geöffnet werden konnte<sup>1942</sup>. Außerdem behandelte er mit Horst Günther *Die Indikation der Epithese zur Versorgung von Gesichtsdefekten*, und unterschied prinzipiell zwei Anwendungsarten von Gesichtsepithesen, die temporäre, zur Überbrückung eines Intervalls, in dem ein eventuell auftretendes Rezidiv revidierbar bleiben sollte, und die definitive, für die im wesentlichen drei Indikationen angegeben wurden: erstens bei funktionell nicht wiederherstellbaren Teilen des Gesichts wie dem Augen- und Lidbereich und der Ohrmuschel, deren plastisch-chirurgische Rekonstruktion ästhetisch häufig wenig befriedigend gelang, zweitens wenn wegen höheren Alters eines Patienten aus privaten und beruflichen Gründen eine plastisch-chirurgische Versorgung nicht mehr notwendig erschien, drittens wenn dem Patienten eine plastische Operation aus medizinischen Gründen nicht zugemutet oder dieser keine Aussicht auf Erfolg gegeben werden konnte<sup>1943</sup>.

1966 veröffentlichte Schuchardt mit Hans-Jürgen Metz und dem Pädiater Günther Landbeck (gest. 1992) eine Arbeit über die chirurgische Therapie des Kasabach-Merri-Syndroms<sup>1944</sup>, eine seltene Erkrankung mit angeborenen, meist einseitigen kavernen Riesenhämangiomen, mit Thrombosen, Verbrauchskoagulopathie (Thrombocytopenie) und lokalem Riesen-, seltener Minderwuchs<sup>1945</sup>. Landbeck leitete zu dieser Zeit die Abteilung für Onkologie und Hämatologie der Kinderklinik des UKE<sup>1946</sup>. Die Autoren besprachen anhand von zwei Patientenfällen, die an der NWDKK chirurgisch behandelt wurden, sowie unter Heranziehung von 56 Berichten aus der internationalen Fachliteratur das Erscheinungsbild, die Pathogenese und die Therapie dieser Erkrankung. Sie gaben der chirurgischen gegenüber der häufiger angewandten radiologischen Therapie den Vorzug, wenn nicht die Lokalisation des Hämangioms diese verbot. Daneben wurde auf die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und einem hämatologisch erfahrenen Pädiater oder Internisten hingewiesen<sup>1947</sup>.

Die folgenden vier Arbeiten betreffen vorrangig oder ausschließlich die Defektdeckung nach Tumorentfernungen, dennoch sind sie sehr unterschiedlich ausgerichtet<sup>1948</sup>. Zwei Arbeiten gehen mit Beispielen von Patientenfällen auf spezielle operative Techniken ein<sup>1949</sup>, und zwei behandeln die Indikationen und Vorgehensweisen nur im Überblick<sup>1950</sup>. 1965 stellte Spiessl in der Arbeit *Sofortige und verzögerte Defektdeckung nach operativer Behandlung von Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich*, die er gemeinsam mit Schuchardt in „Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie“ veröffentlichte, eine kombinierte Operationsmethode zur Entfernung eines lokal lymphogen metastatierten Karzinoms der Lippe einschließlich der definitiven plastischen Defektdeckung

1941 Schuchardt (Hrsg.) 1965, Vorwort; Schuchardt, Schröder, Ritze, Müller 1965 [c]; Schuchardt, Günther 1965 [d].

1942 Schuchardt, Schröder, Ritze, Müller 1965 [c], S. 89-92.

1943 Schuchardt, Günther 1965 [d], S. 110-114. Die Arbeit „Schuchardt 1965 [e]“, die Schuchardt zu den Themen der 14. Jahrestagung schrieb, wurde dem Kapitel „Plastische Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich“ zugeordnet (siehe 2.2.1.4).

1944 Schuchardt, Metz, Landbeck 1966 [b], S. 80-85.

1945 Roche Lexikon der Medizin 1987, S. 928.

1946 Keck 1989, S. 271.

1947 Schuchardt, Metz, Landbeck 1966 [b], S. 80-85.

1948 Schuchardt, Spiessl 1965 [f]; Schuchardt 1967 [b]; Günther, Schuchardt, Metz 1968 [a], Schuchardt, Günther, Metz 1968[b].

1949 Schuchardt, Spiessl 1965 [f], alle in der Arbeit vorgestellten Operationen dienten der Rekonstruktion einer doppelten Epitheldeckung im Bereich der Mundhöhle, nach chirurgischer Entfernung von malignen Tumoren, siehe ebd., S. 102; Schuchardt, Günther, Metz 1968 [b].

1950 Schuchardt 1967 [b]; Günther, Schuchardt, Metz 1968 [a].

des Gewebdefektes sowie eine ebenfalls mit der Defektdeckung konzeptionell kombinierte Operation eines infiltrierend gewachsenen Karzinoms der Wange genauer vor<sup>1951</sup>. Schuchardt erläuterte am Ende der Publikation die Indikation der verzögerten Defektdeckung anhand eines Patientenfalls mit mehrfach rezidiviertem Spinaliom der Wange, bei dem er nach Ausräumung des Tumors und der Lymphknoten den entstandenen Defekt zunächst epithetisch versorgte und später endgültig mit Hilfe eines Rundstiellappens, der um einen Akromiopektoralislapen erweitert wurde, deckte<sup>1952</sup>. Drei Jahre später wird die Verfahrensweise von Spiessl, bei der Tumorentfernung und Defektdeckung in einem Operationskonzept angelegt sind, von Schuchardt und Mitarbeitern kritisiert (siehe unten).

Im Rahmen der 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie 1967, die unter dem Hauptthema „Die Therapie des Mundhöhlenkarzinoms“ stattfand<sup>1953</sup>, referierten Schuchardt, Horst Günther (siehe 2.7.3) und Hans-Jürgen Metz gemeinsam über *Grundsätze der Defektdeckung in der Karzinomchirurgie der Mundhöhle*. Neben drei Patientenbeispielen, bei denen nach Tumorentfernung eine sofortige Defektdeckung mit Nahlappen durchgeführt worden war, verwiesen sie auf das von Spiessl auf die Karzinome der Mundhöhle umgesetzte TNM-System. Metz stellte ein Operationsverfahren zur temporären Einlagerung von Rippenknorpel nach Resektion mittlerer Unterkieferabschnitte vor. Schuchardt ging erneut auf den vorher besprochenen Patientenfall ein<sup>1954</sup>.

1967 gab Schuchardt in der Publikation *Grundsätzliches zur primären und sekundären Defektdeckung nach der Operation von gutartigen und bösartigen Gesichtstumoren* grobe Richtlinien für Indikationen verschiedener Formen von Defektdeckungen an<sup>1955</sup>. 1968 präzisierten Günther, Metz und Schuchardt diese Richtlinien im Rahmen eines Vortrags auf dem Deutschen Röntgenkongreß 1968 in Hamburg<sup>1956</sup>. Der Kongreß stand unter der Leitung von Friedrich Gauwerky, der damals Leiter des Instituts für Strahlentherapie und Nuclearmedizin des Allgemeinen Krankenhauses St.-Georg war<sup>1957</sup>, mit welchem die Nordwestdeutsche Kieferklinik wissenschaftlich zusammen arbeitete, z. B. in Form von Vorträgen Gauwerkys bei Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie<sup>1958</sup> und bei der Bereitstellung von Patientendaten für Dissertationen<sup>1959</sup>. Hauptaussagen von Schuchardt und Mitarbeitern waren, daß die Radikalität der Tumoroperation absolute Priorität vor der plastisch-chirurgischen Rekonstruktion hatte, die nur dann primär erfolgen durfte, wenn durch Schnellschnittuntersuchungen die vollständige Ausräumung des veränderten Gewebes gesichert war. Die operative Konzeption für die Tumorresektion sollte demnach in der Regel von der für die Defektdeckung getrennt werden, auch wenn beide Operationen einzeitig durchgeführt wurden. Die definitive Defektversorgung sollte bei unsicheren Fällen erst nach einem Beobachtungsintervall von zwei bis fünf Jahren und vorrangig mit Nahlappenplastiken erfolgen<sup>1960</sup>. Hier wird deutlich, daß die Indikation für die primäre Defektdeckung zu diesem Zeitpunkt von Schuchardt und seinen Mitarbeitern strenger gestellt und auch die Vorgehensweise besonders bei einzeitigen Operationen abgewandelt wurde (siehe oben). Eine genauere Betrachtung dieser Fragestellung ist jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

1951 Schuchardt, Spiessl 1965 [f], S. 102-105.

1952 Ebd., S. 105.

1953 Schuchardt, Günther, Metz 1968 [b], S. 244-253. Vgl. Müller, U. 1962.

1954 Schuchardt, Günther, Metz 1968 [b], S. 244-253. Pierre Florent Denoix entwickelte 1943 TNM- System zur Stadieneinteilung von Tumoren. TNM steht für Tumor, Nodulus, Metastase, siehe Pfeifer 1995, S. 304.

1955 Schuchardt 1967 [b], S. 180-183. Die Publikation wurde als Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Plastische und rekonstruktive Chirurgie 1966 gehalten und erschien im 2. Band der Jahrbuchreihe „Chirurgia Plastica et Reconstructiva“, deren Herausgeberschaft Schuchardt sich mit dem Chirurgen Heinrich Bürkle de la Camp teilte (siehe 3.1.1).

1956 Günther, Schuchardt, Metz 1968 [a], S. 105-107.

1957 Gauwerky (Hrsg.) 1968, Vorwort.

1958 Ders. In: Schuchardt (Hrsg.) 1964, S. 202-207; Gauwerky In: Schuchardt (Hrsg.) 1968, S. 20-30.

1959 Meyer, M. 1965; Hempel 1967.

1960 Günther, Schuchardt, Metz 1968 [a], S. 105-107.

1971 publizierte Schuchardt in „Langenbecks Archiv für Klinische Chirurgie“ an Hand eines Krankenfalles mit einem zentralen Riesenzellgranulom des Kinnbereichs bei einem neunjährigen Mädchen die Einlagerung von autologen Knochenspänen aus den Rippen in den durch Exkochleation entstandenen Hohlraum. Bereits nach einem Jahr kam es zu einer völligen Regeneration des Kieferknochens und zu einer normalen Entwicklung der im Zahndurchbruch befindlichen Unterkieferzähne<sup>1961</sup>.

Die letzten drei hier angesprochenen Arbeiten von Schuchardt et al. aus den Jahren 1970 und 1972<sup>1962</sup> referieren die Ergebnisse von zahnmedizinischen Dissertationen, bei denen Schuchardt als Korreferent fungiert hatte<sup>1963</sup>, freilich ohne jeden Hinweis auf die Doktoranden und ihre Arbeiten<sup>1964</sup>, was ein negatives Licht auf das wissenschaftliche Arbeitsklima an der Klinik zum Ende der Amtszeit von Schuchardt wirft. Zu Beginn seiner Tätigkeit in Hamburg waren solche Versäumnisse anscheinend nicht die Regel, was sich durch ein positives Beispiel aus dem Jahr 1954 belegen läßt<sup>1965</sup>. Die von Schuchardt und Spiessl veröffentlichte Studie *Behandlungsergebnisse und Prognosen bei 92 Sarkomen im Kiefer- und Gesichtsbereich*<sup>1966</sup> ist eine Zusammenfassung der Ergebnisse, die Lotte Schwander in ihrer Dissertation „Die Sarkome des Gesichtsschädels. Eine Statistik und Kasuistik von 92 Fällen der Nordwestdeutschen Kieferklinik“ aus dem Jahr 1968 erarbeitete. Diagramme und Tabellen wurden zum Teil übernommen<sup>1967</sup>. Referent dieser Dissertation war Spiessl<sup>1968</sup>. Die Arbeit *Beobachtungen an 184 Fällen von Speicheldrüsen-Mischtumoren an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in der Zeit von 1946 bis 1967* aus dem Jahr 1972, die unter gemeinsamer Autorenschaft Schuchardts mit Bernhard Rottke (\*1931), Hans-Jürgen Metz und Jürgen Lentrodt stand<sup>1969</sup>, stimmt in Teilen inhaltlich mit der Dissertation von Harald Schwander „Ein Beitrag zur Klinik und Therapie der pleomorphen Adenome. Eine Auswertung von 184 Fällen der Nordwestdeutschen Kieferklinik“ aus dem Jahr 1970 überein. Schuchardt et al. übernahmen Ergebnisse, Diagramme und Tabellen und ergänzten sie durch zwei Fallbeispiele<sup>1970</sup>. Die Dissertation Schwanders wurde von Rottke betreut<sup>1971</sup>. Für die Gemeinschaftsarbeit Spiessls mit Schuchardt *Das Ergebnis katamnesticcher Untersuchungen von 41 Zylindromfällen*<sup>1972</sup> können annähernd identische Abschnitte mit der Dissertation von Antje Hilbert „Das Cylindrom. Eine klinische Studie über 41 in der Nordwestdeutschen Kieferklinik behandelte Fälle“ aus dem Jahr 1967 belegt werden<sup>1973</sup>. Referent dieser Dissertation war Spiessl<sup>1974</sup>.

1961 Schuchardt 1971, S. 1025-1026.

1962 Schuchardt, Spiessl 1970; Schuchardt, Rottke, Metz, Lentrodt 1972 [a]; Spiessl, Schuchardt 1972 [b].

1963 Schwander, L. 1968; Schwander H. 1969; Hilbert 1967.

1964 Schuchardt, Spiessl 1970, S. 172-177; Schuchardt, Rottke, Metz, Lentrodt 1972 [a], S. 28-31; Spiessl, Schuchardt 1972 [b], S. 94-97.

1965 Schuchardt 1954 [a], S. 619. Vgl. Brinkmann 1952.

1966 Schuchardt, Spiessl 1970, S. 172-177, sie wurde auf der 17. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie 1969 zum Thema „Diagnose und Therapie der mesenchymalen Tumoren und Hyperplasien des Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereichs“ vorgetragen, siehe Schuchardt (Hrsg.) 1970, Titel, Vorwort, Inhaltsverzeichnis.

1967 Vgl. Schuchardt, Spiessl 1970, S. 172, Tab. 1, 2, Diagramm 1 mit Schwander, L. 1968, S. 44-45, Tab. 6, 7, S. 84, Diagramm 7; Schuchardt, Spiessl 1970, S. 173, Diagramm 2, 3 mit Schwander, L. 1968, S. 85-86, Diagramm 8, 9; Schuchardt, Spiessl 1970, S. 174, Diagramm 4 mit Schwander, L. 1968, S. 86, Diagramm 10; Schuchardt, Spiessl 1970, S. 175, Diagramm 5 mit Schwander, L. 1968, S. 89, Diagramm 12.

1968 Schwander, L. 1968.

1969 Schuchardt, Rottke, Metz, Lentrodt 1972 [a], S. 28-31. Diese und die folgende Publikation Schuchardts et al. wurden im Rahmen der 19. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie 1971, die das Thema „Speicheldrüsentumoren und zentrale epitheliale Kiefertumoren“ zum Inhalt hatte, vorgetragen, siehe Schuchardt (Hrsg.) 1972, Titel u. Vorwort, Inhaltsverzeichnis.

1970 Vgl. Schuchardt, Rottke, Metz, Lentrodt 1972 [a], S. 28 mit Schwander, H. 1969, S. 8-10, 28-29; Schuchardt, Rottke, Metz, Lentrodt 1972 [a], S. 29 mit Schwander, H. 1969, S. 11, 29-30, 32; Schuchardt, Rottke, Metz, Lentrodt 1972 [a], S. 30 mit Schwander, H. 1969, S. 38; Schuchardt, Rottke, Metz, Lentrodt 1972 [a], S. 31, Tabelle 3 mit Schwander, H. 1969, Tabelle 8.

1971 Schwander, H. 1969.

1972 Spiessl, Schuchardt 1972 [b], S. 94-97.

1973 Vgl. Spiessl, Schuchardt 1972 [b], S. 94-97 mit Hilbert 1967, S. 1, 3, 19-87.

1974 Hilbert 1967. Zum Zeitpunkt der Publikation mit Schuchardt war Spiessl bereits in Basel tätig (siehe 2.7.3).

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß Schuchardt auf dem Gebiet der Behandlung von Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich umfangreich operativ tätig war und besonders bei der Defektdeckung seine reichen Erfahrung in der plastischen Chirurgie zum Wohle der Patienten einsetzen konnte. Seine kontinuierliche wissenschaftliche Arbeit dazu begann erst Ende der fünfziger Jahre an der Nordwestdeutschen Kieferklinik, wobei er zunehmend eine lenkende und delegierende Funktion ausübte. Mit der wissenschaftlichen Bearbeitung dieses Themenkomplexes scheinen seit Anfang der 1960er Jahre Bernhard Spiessl, später auch Hans-Jürgen Metz und Horst Günther besonders betraut gewesen zu sein. Durch zahlreiche Forschungsarbeiten in Form von retrospektiven klinischen Studien wurden Erfolge oder Mißerfolge der chirurgischen Therapie von Tumoren in Schuchardts gesamten Arbeitszeitraum überprüft und die Ergebnisse in die Operationskonzepte der Klinik aufgenommen.

---

## 4. Abschließende Würdigung

Es stellt eine schwere Aufgabe dar, eine Würdigung für den Kiefer-Gesichtschirurgen, Wissenschaftler und Hochschullehrer Karl Schuchardt zu schreiben, weil seine Persönlichkeit mit ihrer Leistungsstärke und Genialität nur an Hand von Details erfaßt und mosaikartig zu einem synthetischen Lebensbild zusammengesetzt werden kann. Dieses so gezeichnete Bild nähert sich der Wirklichkeit an, wird ihr aber nie vollkommen gerecht.

Die Kindheits- und Schuljahre Karl Schuchardts waren geprägt durch den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Aufstieg des strebsamen Vaters als Dentist in der wachsenden Industriestadt Itzehoe. Davon auszunehmen sind jedoch die Kriegsjahre 1914-1918, in denen Karl Schuchardt, bedingt durch die Einberufung des Vaters, zum Lebensunterhalt der Familie beitragen mußte, was sich positiv auf sein Selbstbewußtsein und praktisches Geschick, aber negativ auf seine schulischen Leistungen auswirkte. Seine Phantasie und sein künstlerisches Talent wurden besonders durch den Itzehoer Künstler und Freund der Familie, Wenzel Hablik gefördert, was Schuchardts lebenslangen künstlerischen Anspruch, seine Begeisterung für die moderne Technik und auch seine unkonventionelle Persönlichkeit etwas erklärt.

Schuchardts Studienzeit betrachtend, fällt auf, daß er, obwohl zunächst - dem Wunsch des Vaters entsprechend - nur für Zahnheilkunde immatrikuliert war, sogleich begann, parallel Medizin zu studieren. Beide Studienziele erreichte er in beachtlich kurzer Studiendauer 1928 in seinem Hauptstudienort Kiel. Sein „Sehr gut“ im Medizinischen Staatsexamen sowie die Promotion zum „Dr. med.“ noch im gleichen Jahr unterstreichen seine außerordentliche Leistungsfähigkeit und seinen Ehrgeiz. Die Beleuchtung der Studienbedingungen an den von Schuchardt besuchten zahnärztlichen Instituten in Freiburg i. Br. und in Kiel erbrachte, daß die Personalsituation, die Räumlichkeiten und die technische Ausstattung beider Ausbildungsstätten bedingt durch schlechte finanzielle Verhältnisse unzureichend waren. Die Ordinarien Wilhelm Herrenknecht in Freiburg i. Br. und Albin Hentze in Kiel waren gezwungen, alle zahnheilkundlichen Fächer zu unterrichten. Hier sehe ich es als großen Vorteil an, daß Schuchardt durch die dentistische Praxis seines Vaters zusätzliche Fähigkeiten vor allem in der Zahntechnik entwickeln konnte.

Eine Weiterbildung zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, welche Schuchardt nach dem Studium anstrebte, bedeutete Ende der 1920er Jahre ein hochgestecktes Ziel. Die Fachrichtung gab es zwar seit 1924, jedoch waren Ausbildungsstellen rar; in Deutschland existierten nur zwei Kieferkliniken. Schuchardt hatte die nötigen Voraussetzungen, aber auch großes Glück, als er vermittelt durch persönliche Kontakte gleich nach der Approbation als Arzt ein Volontariat bei Martin Waßmund an der Kieferklinik des Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin antreten konnte. Da Waßmund dort selbst vier Jahre unbezahlt als Volontärassistent gearbeitet hatte und er auch noch nicht zum Klinikchef ernannt worden war, konnte Schuchardt nicht mit einer zügigen Einstellung als bezahlter Assistent rechnen. Es waren folglich wirtschaftliche Gründe, die ihn motivierten sich im Januar 1929 als Zahnarzt und Arzt im Haus seiner Eltern in Itzehoe niederzulassen. Auch seine Heirat im Dezember 1929 mit Eva Charlotte Ries, einer promovierten Ärztin, die er im Rudolf-Virchow-Krankenhaus kennengelernt hatte, verpflichtete ihn dazu, zum gemeinsamen Lebensunterhalt beizutragen. Sein Ziel verfolgend arbeitete Schuchardt in Itzehoe an seiner zahnmedizinischen Dissertation, in der er sich befähigt und angeregt durch jenes Volontariat zum ersten Mal wissenschaftlich mit einem kieferchirurgischen Thema befaßte. Im Juni 1930 promovierte er in Kiel zum „Dr. med. dent.“. Drei Monate später erhielt er die einzige Assistenzarztstelle an der neugegründeten Universitäts-Kieferklinik an der Charité in Berlin, die unter der Leitung von Georg Axhausen stand. Seine Tätigkeit lief dann kürzer als erwartet ab, weil Axhausens Herangehensweise als Allgemeinchirurg an die Kieferchirurgie eine andere war als die zahnärztlich-chirurgische, welche Schuchardt von Waßmund her kannte. Schuchardts Können auf dem Gebiet der Zahntechnik wußte Axhausen zu schätzen.

Seinen operativen Ansprüchen konnte Schuchardt jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht genügen. Deshalb wechselte er auf eigenen Wunsch zur allgemeinchirurgischen Weiterbildung zu Gustav Dencks an die chirurgische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln, wodurch er aber zunächst den Anschluß an eine medizinische Fakultät verlor. Bei Dencks erhielt er eine breite allgemeinchirurgische Ausbildung. In seiner anschließenden Oberarztzeit bei Waßmund sammelte er wissenschaftliche Erfahrungen auf dem Gebiet der Kieferchirurgie, baute sein operatives Können aus und knüpfte wichtige Kontakte zu Berufskollegen und anderen Wissenschaftlern. Aber er sah hier längerfristig keine Entwicklungschancen für sich, wobei ein Grund in dem dominanten Führungsstil Waßmunds zu finden ist. Eigenständigkeit anstrebend, ließ sich Schuchardt 1934 als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Berlin nieder, erweiterte 1936 sein Tätigkeitfeld durch die Angliederung einer kieferchirurgischen Station im St.-Norbert-Krankenhaus, wo er begann, plastisch-chirurgische Eingriffe im Gesicht durchzuführen und eigene wissenschaftliche Betätigung in Form von Vorträgen und Veröffentlichungen über kieferchirurgische Themen aufzunehmen. Noch im Schatten seiner Lehrer Axhausen und Waßmund, die das wissenschaftliche Fachgeschehen bestimmten, stieß er Ende der 1930er Jahre auf Interesse und Ankenning bei zahnärztlichen Fortbildungsveranstaltungen in Norwegen und Schweden, wobei Kontakte mit ehemaligen Kommilitonen aus seiner Kieler Studienzeit eine Rolle gespielt haben können.

Sein Ehe- und Familienleben beinhaltet teils aus persönlichen, hauptsächlich jedoch aus gesellschaftspolitischen Gründen einen tragischen Abschnitt. 1930 und 1933 wurden die beiden Kinder Carola und Andreas in Berlin geboren. 1933 kam es aus Gründen des beruflichen Ehrgeizes beider Ehepartner zur Scheidung. Einschneidende Gesetze, die nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten in Deutschland u. a. gegen Bürger, die selbst oder deren Eltern oder Großeltern jüdischer Konfession waren, erlassen wurden, vernichteten die beruflichen Entwicklungschancen für Eva Schuchardt und das Anrecht auf eine normale schulische Ausbildung für die Kinder, da die Eltern von Eva Schuchardt jüdischer Konfession waren. Deshalb organisierte Karl Schuchardt mit aufopferungsvollem Einsatz ab 1938 die Emigration seiner Frau und seiner Kinder in die USA, die 1939 gelang. Ihre gesellschaftliche Eingliederung dort verlief unter schwierigsten Bedingungen, wobei besonders hervorzuheben ist, mit welcher Willensstärke und Ausdauer Eva Schuchardt ihre Zulassung zum Arztberuf erkämpfte. Sie kehrte, zuletzt in leitender Stellung als Psychiaterin arbeitend, ohne die Kinder, die sich in den USA gut integriert hatten, nach ihrer erneuten Heirat mit Karl Schuchardt 1949 in Smithtown (USA), nach Deutschland zurück. Der entstandene Verzicht auf ein Familienleben verstärkte möglicherweise Schuchardts Drang nach beruflicher Verwirklichung.

1939 wurde Schuchardt im Zuge der Mobilmachung Sanitätsoffizier der deutschen Wehrmacht und als solcher mit der Leitung einer Lazarettabteilung für Kiefernverletzte in Berlin betraut. Hier spezialisierte er sich zum plastischen Chirurgen, was sich an seinen Publikationen ablesen ließ. Mit Entschlossenheit, technischer Versiertheit und ästhetischem Verständnis entwickelte er aus der Notwendigkeit eine „Kunst“. Obwohl seine Anerkennung als plastischer Chirurg durch die damaligen Fachgrößen noch ausblieb, forcierte er seine wissenschaftliche Laufbahn durch weitere Vorträge in Deutschland, Dänemark und Spanien. Spätestens ab 1942 arbeitete er an seiner Habilitationsschrift „Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichtskieferbereiches“, die er seinem Vater widmete. Seine Erfolge machten ihn auch für NS-„Reichsmarschall“ Hermann Göring interessant, der ihn zu seinem behandelnden Kieferchirurgen bestimmte und ihn zum Professor ernennen wollte. Schuchardt konnte diese Ernennung verhindern und habilitierte 1944 regelgerecht trotz einer Eingabe des NS-Dozentenführers Schehring, der die Habilitation, Schuchardts Ehefrau wegen, noch kurz vor dem Abschluß unterbinden wollte. Herausstellen möchte ich, mit welcher Zielstrebigkeit Schuchardt seine akademische Karriere verwirklichte ohne einer medizinischen Fakultät anzugehören und ohne sich von gesell-

schaftlichen Zwängen oder übergeordneten Fachautoritäten entmutigen zu lassen. Bei Kriegsende veranlaßte er die Flucht seiner Lazarettabteilung nach Itzehoe, weil er die bevorstehende Besetzung durch sowjetische Truppen als Gefahr erkannte. Hier ist besonders sein ärztlicher und menschlicher Einsatz für Hunderte von Kriegsverletzten hervorzuheben, denen er durch Verantwortungsbewußtsein und feinfühlig-plastisch-chirurgische Wiederherstellung ihrer zerstörten Gesichtspartien zur Rehabilitation verhalf.

Seine bereits als Buch vorliegende Habilitationsschrift und seine unpolitische Haltung während der NS-Zeit waren die Schlüssel zu seiner Karriere an der Universität Hamburg, wo nach Kriegsende infolge der Entlassung von nationalsozialistisch aktiven Mitgliedern des Lehrkörpers viele Stellen neu zu besetzen waren. Schuchardt übernahm zuerst die Leitung der Nordwestdeutschen Kieferklinik, die der Hamburger zahnärztlichen Universitätsklinik angegliedert werden sollte und wenig später auch das Ordinariat für Zahnheilkunde. Durch hartnäckigen persönlichen Einsatz konnte er nach zwölf Jahren mit einem vorausschauend geplanten, kostenaufwendigen Neubau der Kieferklinik auf dem Gelände des UKE die institutionelle Zusammenführung verwirklichen. Hier kam in Zusammenarbeit mit dem Architekten Paul Seitz Schuchardts Begeisterung für die Architektur zum Tragen. Dabei wurden besonders für die chirurgische Krankenversorgung und für die wissenschaftliche Grundlagenforschung moderne Bedingungen geschaffen. Dies und die wissenschaftlichen Leistungen der Mitarbeiter verhalfen der Klinik zu einer zentralen Stellung innerhalb Deutschlands und zur Beachtung im Ausland. Nach kräftezehrenden Anfangsjahren, wo Schuchardt als einziger Habilitierter für die gesamte zahnärztliche Ausbildung verantwortlich war, gelang es ihm, die Selbständigkeit der einzelnen Fachabteilungen durch die Schaffung von Extraordinariaten personell zu untermauern. Unter seiner Ägide habilitierten sich 13 Wissenschaftler für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Hamburg<sup>901</sup>. Von den 229 Dissertationen, die von 1946 bis 1970 an der Hamburger Universitätsklinik für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde fertiggestellt wurden, betreute Schuchardt 56 als Referent und 76 als Korreferent. In seiner gesamten Amtszeit las er zu den Themen „Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ und „Operationen im Kiefer- und Gesichtsbereich“; außerdem führte er die „Klinische Visite“ durch. Vom Sommersemester 1947 bis zum Wintersemester 1955/56 gewährleistete er die Ausbildung der Medizinstudenten im Teilgebiet „Pathologie der Kauorgane“. Im Wintersemester 1949/50, sowie vom Sommersemester 1956 bis zum Sommersemester 1970 lehrte er „Spezielle Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie“. Er setzte sich als Hochschullehrer für die Abschaffung des Dentistenstandes und die Überleitung der Dentisten in den Zahnärztestand ein und wirkte an der 1955 gesetzlich verankerten Prüfungsordnung für Zahnärzte als Gutachter mit. Gemessen an seinen vielzähligen anderen Aufgaben bin ich der Meinung, daß Schuchardt ein sehr guter Organisator war, der zum einen die Tendenzen in der wissenschaftlichen Entwicklung seines Fachgebietes erkannte und zum anderen die Fähigkeiten seiner Mitarbeiter vorausschauend einsetzte, wozu er aber auch durch Mangel an Zeit gezwungen war. Außerdem rangierten, hauptsächlich aus zeitlichen Gründen, seine Aufgaben als akademischer Lehrer der Zahnmedizin hinter denen der operativen Krankenversorgung und der wissenschaftlichen Arbeit.

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde er die führende Persönlichkeit in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Deutschland. 1953 übernahm er nach Waßmund den Vorsitz der Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie und blieb bis 1964 in diesem Amt. Sein schnelles Vordringen an die Spitze der deutschen Kiefer-Gesichtschirurgie sehe ich neben seinen wissenschaftlichen Leistungen auch darin begründet, daß die bisher führenden Fachvertreter ihre berufliche Karriere nach dem Krieg durch politische Veränderungen, Verlust von wissenschaftlichem Material und mangelnde institutionelle Voraussetzungen nicht kontinuierlich fortsetzen konnten, während es Schuchardt gelang seine akademische Laufbahn in Hamburg zügig wieder aufzunehmen. 1955 begründeten er und Waßmund das Publikationsorgan der Gesellschaft, das als Jahrbuchreihe unter dem

Titel „Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie“ im Georg Thieme Verlag erscheint. Schuchardt sah dessen Funktion als „Handbuch“ der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Nach Waßmunds Tod 1956 standen die Bände III (1957) bis XV (1972) unter alleiniger Herausgeberschaft von Schuchardt, was es ihm in meinen Augen auch erleichterte, seine führende Stellung und die seiner Klinik zu festigen. Die Jahrbuchreihe wurde für ihn zum Hauptpublikationsort. 23 Handbuchbeiträge, davon die Mehrzahl in der 7. und 8. Auflage des chirurgischen Handbuchs „Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre“ untermauern seine Anerkennung als Fachgröße, was auch durch seine führende Rolle bei der Gestaltung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie und durch zahlreiche Ehren- und Korrespondenzmitgliedschaften in wissenschaftlichen Fachvereinigungen anderer Länder belegt wird. Zusammen mit Karl Häupl und Wilhelm Meyer gab er 1957 und 1959 die fünf Bände des Handbuchs für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde heraus. Er bereicherte sein Fachgebiet durch neuartige Verfahren und Verbesserungen zahlreicher hergebrachter Methoden, wobei er auf Nachvollziehbarkeit und Standardisierung Wert legte. Er verfügte über fachübergreifendes Denken und hielt einmal geknüpft wissenschaftliche Beziehungen aufrecht. In vielen Teilbereichen der Kiefer-Gesichtschirurgie setzte er eine landesweite oder internationale Zusammenarbeit um. Sein Können stellte er selbstbewußt und deutlich durch beeindruckend viele Vorträge im In- und Ausland sowie durch Veröffentlichungen heraus. Publikationen über plastische und wiederherstellende Chirurgie haben Priorität in seinem wissenschaftlichen Werk. Er veröffentlichte dazu kontinuierlich ab 1939, in der Regel als alleiniger Autor. Bei der Indikation plastischer Operationen im Gesicht sah Schuchardt die dominierende Komponente nicht in der Behebung einer Funktionsstörung, sondern in der Schaffung einer ästhetischen Form. In diesem Streben verstand er sich als Künstler. Sein bedeutendstes Werk blieb seine Habilitationsschrift. Darin beschrieb er neben den Grundlagen der Rundstiellappenplastik, auch Modifikationen der Augenhöhlen- und Nasenplastik nach Ganzer und der Ohrmuschelplastik nach Pierce, Unterlippen-Kinnplastiken und die gestielte Fettplastik. Die Rundstiellappenplastik wurde immer universeller von ihm eingesetzt und war Thema weiterer zahlreicher Publikationen bis 1981, was wegen der zum Teil darin enthaltenen Wiederholungen auch einen Grund zur kritischen Betrachtung liefert. Von den von Schuchardt entwickelten oder modifizierten Verfahren bzw. technischen Hilfsmitteln sind außerdem zu nennen: die Modifikation der Plastiken zum Verschluß von Mund-Antrum-Verbindungen nach Rehrmann und nach Kazanjian, eine Modifikation der Wangenrotation nach Esser, ein Verfahren zur Bildung eines Stützgerüsts für die Nase, eine Modifikation der Hautschlaufenbildung für Ohrmuschel-epithesen nach Rang, die Entwicklung von Operationsunterlagen und eines Dermatoms.

Schuchardts wissenschaftliche Betätigung auf dem Gebiet der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten begann erst an der Hamburger Universität. Auf nationaler Ebene nahm Schuchardt bei der Organisation wissenschaftlicher Veranstaltungen eine zentrale Position ein. Sein Hauptziel dabei war, die internationale Zusammenarbeit von Experten auf diesem Gebiet zu intensivieren, um fortschrittliche Behandlungskonzepte zu erarbeiten. Als Ergebnisse dieser Bestrebungen sind an erster Stelle die Internationalen Hamburger Symposien über Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 1954 und 1966 zu nennen. Die Behandlungsstrategien an der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter Schuchardt, die hinsichtlich des Gaumenverschlußes bei durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten näher untersucht wurden, waren eher traditionell geprägt, jedoch mit der wesentlichen Neuerung, daß 1958 in Zusammenarbeit mit Gerhard Pfeifer die primäre Osteoplastik in das Therapiekonzept aufgenommen wurde. Der von Schuchardt favorisierte Spaltverschlußes des harten Gaumens zeitgleich mit dem der Lippe und des Kiefers innerhalb des ersten Lebensjahrs, der auf praktischen und vermutlich auch auf ästhetischen Gründen beruhte, wird von mir kritisch bewertet.

Schuchardts Publikationen über Frakturen des Gesichtsschädels begannen mit seiner zahnmedizinischen Dissertation. Angeregt durch Waßmund favorisierte er die Frakturbehandlung mit Drahtschienen, die ohne die Zuhilfenahme eines zahntechnischen Labors angefertigt werden konnten. 1956 entwickelte er die Drahtbogen-Kunststoffschiene, die er nach und nach als Standardtherapie für fast alle Kieferbruchformen einsetzte. Entsprechend der wissenschaftlichen Entwicklung auf diesem Gebiet in Deutschland wandte er ab 1964 häufiger operative Methoden an.

Die chirurgische Kieferorthopädie betreffend sind für Schuchardt Eingriffe am aufsteigenden Ast des Unterkiefers ab 1935 belegt, wobei er die Methode Lindemanns nutzte. Im Rahmen der Versorgung von Kiefer- und Gesichtsverletzten während des zweiten Weltkrieges führte er ab 1940 auch Eingriffe am Oberkiefer durch. 1942 beschrieb er für die totale Mobilisation des Oberkiefers in der Le Fort-I-Ebene die Abtrennung der Flügelfortsätze. 1954 rationalisierte er die Frontzahnblockosteotomie. Auf dasselbe Jahr geht seine Standardisierung der transversal schrägen Osteotomie des Ramus ascendens zurück, die heute nicht ganz zutreffend den Namen Schuchardt-Perthes trägt. Schuchardts bedeutendste Leistung auf dem Gebiet der kieferorthopädischen Chirurgie ist seine 1955 inaugurierte Seitenzahnblockosteotomie.

Seine kontinuierliche wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Behandlung von Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich begann erst Ende der 1950er Jahre an der Nordwestdeutschen Kieferklinik, wobei er zunehmend eine lenkende und delegierende Funktion ausübte. Besonders bei der Defektdeckung konnte er seine reiche Erfahrung in der plastischen Chirurgie zum Wohle der Patienten einsetzen. Weitere Themen wissenschaftlicher Publikationen Schuchardts waren Grundsatzdarstellungen über Operationsbetrieb und Anästhesiologie sowie die Diagnose und Therapie von Infektionen im Kiefer-Gesichtsbereich, außerdem die Therapie von Kiefergelenkerkrankungen. Darüber hinaus veröffentlichte er mehrere Beiträge zur Extremitätenchirurgie.

Er erhielt eine Vielzahl von Ehrungen im In- und Ausland, von denen ich hier die Ehrendoktorwürde der medizinischen Fakultät der Universität Helsinki und die Paracelsusmedaille der Deutschen Ärzteschaft noch einmal hervorheben möchte.

## 5. Zusammenfassung

Thema dieser medizinhistorischen Arbeit ist die Bioergografie des Hamburger Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Kiefer-Gesichtschirurgen Karl Schuchardt (1901-1985). Die Karriere seines Vaters als Dentist in Itzehoe ermöglichte ihm eine höhere Schulbildung, das Studium der Zahnheilkunde und der Medizin, bestimmte anfänglich seine Berufswahl, erklärt sein zahntechnisches Können und motivierte seinen Einsatz bei der Vereinigung der zwei zahnheilkundlichen Berufsstände. Er hatte künstlerische Ambitionen: Zeichnen, Malen, Fotografieren, Formgestalten, besonders Architektur. Förderung erhielt er durch den Itzehoer Künstler Hablik. Schuchardts Hauptstudienort war Kiel. Er beendete 1928 nach nur 14 Semestern seine Hochschulausbildung mit „Sehr gut“ im medizinischen Staatsexamen und promovierte zum „Dr. med.“. Ein Volontariat 1928 in der Kieferklinik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses bei Waßmund stellte die Weichen für die Ausbildung zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und befähigte ihn zu seiner zahnmedizinischen Dissertation „Beitrag zur Behandlung der Oberkieferfrakturen“. 1930 als Assistenzarzt an der Kieferklinik der Charité mit den operativen Ansprüchen des Allgemeinchirurgen Axhausen konfrontiert, entschied er sich für eine zweijährige allgemein chirurgische Ausbildung am Städtischen Krankenhaus Neukölln. Nach der anschließenden Oberarztzeit bei Waßmund ließ er sich 1934 als Facharzt in Berlin nieder. Nach der Eröffnung einer kieferchirurgischen Station im St.-Norbert-Krankenhaus 1936 wurde er wissenschaftlich aktiv. Da seine geschiedene Ehefrau und seine beiden Kinder 1939 wegen des Antisemitismus in Deutschland in die USA emigrierten, mußte er auf seine Rolle als Vater verzichten. Als Sanitätsoffizier errang er ab 1940 Erfolge in der Gesichtsplastik. Noch im Schatten von Axhausen, Waßmund und Ganzer stehend, fand er Beachtung in skandinavischen Ländern und in Spanien. Eine Ernennung zum Professor durch NS-„Reichsmarschall“ Göring konnte er verhindern. Er habilitierte 1944 regelgerecht in Berlin. Seine Habilitationsschrift „Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches“ und seine unpolitische Haltung stellten die Schlüssel zu seiner Karriere in Hamburg dar, wo er nach Kriegsende die Leitung der Nordwestdeutschen Kieferklinik und der Zahnärztlichen Universitätsklinik übernahm, deren institutionelle Vereinigung er nach 12 Jahren mit dem Neubau der Kieferklinik auf dem Gelände des UKE verwirklichte. Unter seiner Ägide habilitierten 13 Wissenschaftler, 56 Zahnärzte und Ärzte promovierten. Sein Werk umfaßt fünf Monografien, 52 Beiträge zu Sammelwerken und 108 Artikel in Periodika. Es überwiegen Publikationen über plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich, besonders über Rundstiellappenplastiken. Er entwickelte u. a. Operationsunterlagen, ein Dermatom, Unterlippen-Kinnplastiken, die gestielte Fettplastik, modifizierte die Augenhöhlen-, Nasen- und Mundvorhofplastiken nach Ganzer, die Ohrmuschelplastik nach Pierce, die Hautschlaufenbildung für Ohrmuschelpithesen nach Rang, die Plastiken bei Mund-Antrumverbindungen nach Rehrmann und nach Kazanjian und die Wangenrotation nach Esser. Weitere vier Schwerpunkte waren: die Chirurgie der Lippen- Kiefer-Gaumenspalten, die Therapie von Frakturen, die orthopädische Chirurgie des Gesichtsschädels sowie die Diagnose und Therapie von Tumoren. 1958 erweiterte er mit Pfeifer die traditionell geprägte Behandlungsstrategie an der NWDKK bei durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten um die primäre Osteoplastik. 1956 entwickelte er die Drahtbogen-Kunststoffschiene. 1942 beschrieb er die Abtrennung der Flügelfortsätze bei der totalen Mobilisation des Oberkiefers in der Le Fort-I-Ebene. 1954 rationalisierte er die Frontzahnblockosteotomie und standardisierte die transversal schräge Osteotomie des Ramus ascendens. 1955 inaugurierte er die Seitenzahnblockosteotomie. Er war eine internationale Fachgröße ab 1950, Zentralfigur der Deutschen Gesellschaft für Kiefer-Gesichtschirurgie, Mitgestalter der Deutschen Gesellschaft für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie und Organisator der Hamburger Symposien über Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 1954 und 1966.

## 6. Ergografie Schuchardts

### 6.1 *Chronologische Bibliografie der Veröffentlichungen Schuchardts*

#### 6.1.1 Monografien

Schuchardt, Karl:

Ueber Nebennierenschumpfung und Morbus Addisonii. Med. Diss. Kiel 1928

Beitrag zur Behandlung der Oberkieferfrakturen. Med. dent. Diss. Kiel 1930

Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches.  
Thieme Leipzig 1944, zugl. Med. Habil. Schr. Berlin 1944

Der Rundstiellappen bei der Gestaltung von Stümpfen der unteren Extremität.  
Thieme Leipzig 1945

Plastische Operationen in Mund-Kiefer-Bereich. Urban & Schwarzenberg  
München Berlin 1959 [a2]

#### 6.1.2. Beiträge zu Sammelwerken

Schuchardt, Karl, Johannes Zarge, Werner Kindler:

Rhinologische und Plastische Operationen auf Grenzgebieten der Ophthalmologie und Chirurgie.  
In: Thiel, Rudolf (Hrsg.): Ophthalmologische Operationslehre. Lieferung 4.  
Thieme Leipzig 1950, S. 1367-1478 [a]

Schuchardt, Karl:

Grundsätzliches zu den Operationen im Gesicht und im Kieferbereich. In: Fischer, Albert Wilhelm,  
Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell Chirurgische Operations-  
lehre. 7. Aufl. Bd. 2. Barth Leipzig 1954, S. 203-208 [a]

Betäübung. Ebd., S. 208-213

Operative Behandlung von Kieferdeformitäten und Bißfehlern. Ebd., S. 237-258

Operationen am Kiefergelenk. Ebd., S. 258-270.

Operation an der Stirn, den Schläfen, der Kopfhaut und den Augenbrauen. Ebd., S. 307-320

Plastische Operationen an den Lidern und im Bereich der Orbita. Ebd., S. 320-365

Operationen an der Ohrmuschel. Ebd., S. 365-377

Operationen an der Nase. Ebd., S. 377-433

Operationen an den Lippen. Ebd., S. 433-463.

Kinnersatz. Ebd., S. 463-469.

Operationen an den Wangen. Ebd., S. 469-483.

Plastische Deckung erworbener Oberkieferdefekte. Ebd., S. 483-499.

Die plastische Deckung von Knochendefekten der Kiefer. Ebd., S. 499-516.

Operationen bei Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten. Ebd., S. 516-577.

Operationen bei Gaumenspalten. Ebd., S. 577-599.

Operationsverfahren bei den verschiedenen Formen der Gaumenspalten. Ebd., S. 599-604.

Gaumensegelverlängerung. Ebd., S. 604-605

Rückverlagerung des Gaumensegels. Ebd., S. 605-618  
Obturatorprothesen. Ebd., S. 618-620

Der Operationbetrieb. In: Häupl, Karl, Wilhelm Meyer, Karl Schuchardt (Hrsg.): Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Ein Handbuch für die Zahnärztliche Praxis. Bd. 3, 1. Teil. Urban & Schwarzenberg München Berlin 1957, S. 55-78 [a]

Grundzüge aus der allgemeinen Operationslehre für die zahnärztliche Praxis. Ebd., S. 79-134

Schuchardt, Karl, Fritz Schön:  
Schmerzausschaltung und Schmerzbekämpfung. Ebd., S. 135-187

Schuchardt, Karl:  
Die lokale Anästhesie. Ebd., S. 188-336

Schuchardt, Karl, Eugen Fröhlich:  
Vorbereitende chirurgische Maßnahmen zur Eingliederung von Prothesen. In: Häupl, Karl, Wilhelm Meyer, Karl Schuchardt (Hrsg.): Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Ein Handbuch für die Zahnärztliche Praxis. Bd. 3, 2. Teil. Urban & Schwarzenberg München Berlin 1959, S. 1085-1142 [a]

Schuchardt, Karl:  
Spezifische Infektionen im Gesichts-Kiefer-Bereich. Ebd., S. 1255-1286

Plastische Operationen im Mund-Kiefer-Bereich. Ebd., 1287-1343 [a1]  
(auch als Sonderdruck erschienen, siehe 4.1.1)

Principles of Reconstructive of the Orbit after Extensiv Injuries. In: Plastic and Reconstructiv Surgery of the Eye and Adnexa. Butterworth Washington 1962 [a]

Wiederherstellungschirurgie bei Defekten der Lider, der Orbita und der angrenzenden Teile des Gesichts. In: Sautter, H. (Hrsg.): Entwicklung und Fortschritt der Augenheilkunde. Enke Stuttgart 1963, S. 21-47 [a]

Zur Frage der konservativen oder chirurgischen Therapie der Luxationsfrakturen.  
In: Maurer, G. (Hrsg.): Chirurgie im Fortschritt. Enke Stuttgart 1965, S. 197-204 [a]

Diskussionsbeiträge zum Thema 3: Modern Surgical Methods in Uni- and Bilateral Labial Clefts.  
In: Schuchardt, Karl (Hrsg.): Treatment of Patients with Clefts of Lip, Alveolus and Palate. Thieme Stuttgart 1966 [a], S. 43, 46

Diskussionbeiträge zum Thema 4: Modern Procedures in Uni- and Bilateral Cleft of Lip, Alveolus and Hard Palate with Respekt to Primary Osteoplasty. Ebd., S. 54-59, 64

Diskussionsbeiträge zum Thema 6: Operations of Clefts of the Hard and Soft Palate.  
Ebd., S. 94, 97-98

Diskussionsbeitrag zum Thema 7: Logopedic Aspects befor and after Primary Closure.  
Ebd., S. 103

Diskussionsbeitrag zum Thema 8: Disorders oft the Growth and Deformities of Lip, Alveolus, Palate and Nose. Ebd., S. 111

Diskussionsbeitrag zum Thema 10: Secondary Osteoplastic Completion of Maxilla and Palate.  
Ebd., S. 134-136

Diskussionsbeitrag zum Thema 11: Secondary Correction of the Lip. Ebd., S. 155

Diskussionsbeiträge zum Thema 13: Correction of Alveolar and Facial Deformities.  
Ebd., S. 179, 180-183

Diskussionsbeitrag und abschließende Bemerkung zum Thema 14: Logopedic Aspects of Surgical Correction of Speech Insufficiency. Ebd., S. 186-88, 192

Einführungsvortrag zum Thema 19: Documentation of Case History, Physikal Findings, Treatment and Results in Patient with Clefts. Ebd., S. 228

Late repair of facial injuries. In: Proceedings of Sectional Meeting of ACS. Springer Berlin usw. 1969 [a]

Gesichtsverbrennungen und deren Behandlungsprinzipien. In: Reichenbach, Erwin (Hrsg.): Traumatologie im Kiefer-Gesichtsbereich. Barth Leipzig 1969 [b]

Schuchardt, Karl:  
Indication and Technique for the Tubed Pedical Flap in Partial and Total Reconstruction of the Nose. In: Conlay, John, John T. Dickinson: Plastic and Reconstructive Surgery of the Face and Neck, Proceedings of the 1. International Symposium, Bd. 2. Thieme Stuttgart Grune & Stratton New York 1972, S. 241-243 [a]

Grundsätzliches zu den Operationen im Gesicht und im Kieferbereich. In: Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 8. Aufl. Bd. 2. Teil 2 Barth Leipzig 1981, S. 1-5

Schuchardt, Karl, Jürgen Lentrodt:  
Chirurgische Behandlung der angeborenen und erworbenen Kieferdeformitäten. Ebd., S. 98-113

Schuchardt, Karl:  
Operationen an der Stirn, den Schläfen, der Kopfhaut und den Augenbrauen. Ebd., S. 183-193

Plastische Operationen an den Lidern und im Bereich der Orbita. Ebd., S. 195-225

Operationen an der Nase. Ebd., S. 228-295

Schuchardt, Karl, Hans-Georg Luhr:  
Operationen an den Lippen. Ebd., S. 317-342

Kinnplastiken. Ebd., S. 343-355

Schuchardt, Karl:  
Korrekturmaßnahmen am gealterten Gesicht. Ebd., S. 357-363

Pfeifer, Gerhard, Karl Schuchardt:  
Erstoperationen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Ebd., S. 365-440

Schuchardt, Karl, Eberhard Krüger, Jürgen Lentrodt, Hans-Georg Luhr, Wilfried Schilli, Norbert Schwenzer:  
Injuries of the Soft Tissues of the Face. In: Krüger, Eberhard, Wilfried Schilli: Oral and Maxillofacial Traumatology. Quintessence Publishing Co. Chicago usw. 1986, S. 297-346

### 6.1.3 Aufsätze in Periodika

Schuchardt, Karl:  
Myogene Kiefergelenkskontraktur infolge syphilitischer Myositis. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 4 (1937) 188-195 [a]

Progenie-Operation als kausale Therapie einer Belastungsparadentose. Parodontium 9 (1937) 135-140 [b]

Zur Vakzinetherapie der Aktinomykose. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 6 (1939) 634-639 auch unter dem Titel „Zur Vaccinetherapie der Aktinomykose“ in Arch f klin Chir 196 (1939) 656-661 [a]

Kieferhöhlenoperation und gleichzeitiger plastischer Verschluss von Antrum-Mundhöhlenverbindungen. Dtsch Zahnärztl Wschr 42 (1939) 593-595 [b]

Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie. Dtsch Zahnärztl Wschr 42 (1939) 665-669, 708-715, 749-753, 769-773 [c]

Diskussionsbeitrag zum Thema: Die Behandlung der Kriegsschußverletzungen im Gesichts-Kieferbereich [Operative Spätversorgung von Kiefergesichtsverletzten]. In: Axhausen, Georg: Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie am 9. und 10. März 1940 im Langenbeck-Virchowhaus zu Berlin. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 7 (1940) 323

Unterkieferfrakturverband, angefertigt nach einem vereinfachten Abdruckverfahren in Verbindung mit freihändiger Schienung. Dtsch Zahnärztl Wschr 44 (1941) 107-110

Ein Beitrag zur Deckung von Gaumendefekten mit extraoralen Rundstiellappen. Dtsch Zahnärztl Wschr 45 (1942) 127-131 [a]

Ersatz des Ohrläppchens mit einem Rundstiellappen vom Hals. Zentralbl f Chir 69 (1942) 345-348 [b]

Die orthopädische Behandlung der Kieferklemme mit alten und neuen Mitteln. Dtsch Zahnärztl Wschr 45 (1942) 431-437 [c]

Eine einfache Apparatur zur Befestigung von Operationsunterlagen am Oberkiefer. Dtsch Zahnärztl Wschr 45 (1942) 496-499 [d]

Eine neue intraorale Federspreize zur Behandlung der Kieferklemme. Z f Stomatologie 40 (1942) 677-680 [e]

Ein Beitrag zur chirurgischen Kieferorthopädie unter Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Behandlung angeborener und erworbener Kieferdeformitäten bei Soldaten. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 9 (1942) 73-89 [f]

Contribucion al tratamiento de las lesiones del maxilar y de la cara. Anales espanoles de Odontoestomatologia Nr. 1, 2 (1942) 162-170 [g]

Die Behandlung der Kiefergelenkankylose. Zahnärztl Welt 1 (1946) 141-146

Der Ersatz des fehlenden Zwischenkiefers. Dtsch Zahnärztl Z 2 (1947) 209-218

Schuchardt Karl, Rudolf Bimler:  
Die Herstellung der Krukenberg-Greifzange mit Verwendung eines Rundstiellappens. Z Orthop (1948) 279-283

Schuchardt, Karl:  
Der Rippenknorpel in der Gesichtsplastik. Dtsch Zahnärztl Z 4 (1949) 501-506 [a]

Die freie Hauttransplantation unter besonderer Berücksichtigung von Epidermis-Kutis-Lappen. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 12 (1949) 1-18 [b]

Ziele und Wege des deutschen Zahnarztes in Gegenwart und Zukunft. Zahnärztl Mitt 37 (1949) 135-138, 152-154 [c]

Die Zahnextraktion im akut entzündlichen Gebiet. In: Korkhaus, Gustav (Hrsg.): Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Vorträgen. Heft 1, Hanser München 1950, S. 146-153 [b]

Chirurgische Aufgaben bei der Herstellung der totalen Prothese. In: Korkhaus, Gustav (Hrsg.): Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Vorträgen. Heft 5, Carl Hanser Verlag München 1951, S. 61-71 [a]

Die Situation der Zahnheilkunde in Deutschland in Forschung, Unterricht und Praxis. Zahnärztl Mitt 39 (1951) 423-427 [b]

Die Epidermistransplantation bei der Mundvorhofplastik. Dtsch Zahnärztl Z 7 (1952) 364-369 [a]

Indikation und Ausführung der Narkose und der zentralen Analgesie in der Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie. In: Korkhaus, Gustav (Hrsg.): Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Vorträgen. Heft 12, Hanser München 1952, S. 61-73 [b]

- Martin Wassmund zum 60. Geburtstage am 7. September 1952.  
Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 16 (1952) 256a-c [c]  
Ein neuer Apparat zur Entnahme von Hauttransplantaten. Chirurg 24 (1953) 46-48 [a]
- Methodik der Verlängerung und Rückverlagerung des Gaumensegels bei Spaltbildungen.  
Zahnärztl Rd 62 (1953) 401-409 [b]
- Zur Methodik des Verschlusses von Defekten im Alveolarfortsatz zahnloser Oberkiefer.  
Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 17 (1953) 366-369 [c]
- Zur Frage der zahnärztlich prothetischen Behandlung der Kauorganinsuffizienz älterer Menschen.  
Dtsch Zahnärztl Z 8 (1953) 797-807 [d]
- Die Chirurgie als Helferin der Kieferorthopädie. Fortschr Kieferorthop 15 (1954) 1-25 [b]
- Zur Frage des günstigsten Termins für den operativen Verschluss von Gaumenspalten.  
Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 20 (1954) 348-356 [c]
- Hans Pflüger zum 70. Geburtstag. Dtsch Zahnärztl Z 9 (1954) 825-826 [d]
- Eckstein, Alois, Karl Schuchardt:  
Ergebnisse bei einseitigen durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in kieferorthopädischer und sprachlicher Hinsicht. Fortschr Kiefer Gesichtschir 1 (1955) 127-137 [a]
- Schuchardt, Karl:  
Formen des offenen Bisses und ihre operativen Behandlungsmöglichkeiten.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 1 (1955) 222-230 [b]
- La Plastic faciale après Lupus vulgaris. Ann chir 9 (1955) [c]
- Treatment of Oro-Antral Perforations and Fistulae. Int dent J 5 (1955) 157-172 [d]
- Plastische Chirurgie und Aesthetik. Med Klin 50 (1955) 435-447 [e]
- Kirschner, H., Karl Schuchardt, Karl Scriba:  
Zur chirurgischen Behandlung und Pathologie der Elephantiasis der unteren Extremitäten.  
Chirurg 26 (1955) 512-522 [f]
- Schuchardt, Karl:  
Ein Vorschlag zur Verbesserung der Drahtschienenverbände.  
Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 24 (1956) 39-44 [a]
- In memoriam Martin Waßmund. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 23 (1956) 432a-d [b]
- Zur totalen und partiellen Ohrmuschelplastik. Fortschr Kiefer Gesichtschir 2 (1956) 163-167 [c]
- Die chirurgische Behandlung der malignen Tumoren der Gesichtshaut.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 3 (1957) 244-252 [b]
- Zur Behandlung von Kieferdeformitäten. Langenbecks Arch Chir 287 (1957) 733-736 [c]
- Prophylaxe und Diagnose des Mundhöhlenkrebses. Zahnärztl Mitt 45 (1957) 823-824 [d]
- Dem verdienten Standespolitiker.[betrifft Erich Müller]. Zahnärztl Mitt 45 (1957) 216-218 [e]
- Grundsätzliches zur Indikation und Technik am wachsenden Gesichtsschädel.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 4 (1958) 1-3 [a]
- Starkstromverletzungen der Lippe im Kindesalter.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 4 (1958) 190-193 [b]
- Schuchardt, Karl, Alois Eckstein, Norbert Schwenger:  
Beobachtungen bei der Behandlung odontogener Cysten des Wechselgebisses.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 4 (1958) 230-234 [c]

- Schuchardt, Karl:  
Hautersatz im Gesicht mit gestielten Lappen und freien Transplantaten.  
Langenbecks Arch Chir 289 (1958) 490-500 [d]
- Erfahrungen bei der Behandlung der Mikrogenie. Langenbecks Arch Chir 289 (1958) 651-658 [e]
- Zur Befestigung einer Unterkieferprothese. Dtsch Med Wschr 83 (1958) 120 [f]
- Plastische Operationen im Gesichtskieferbereich. Therapie 8 (1958) 432-433 [g]
- El tratamiento ortopedico quirurgico de las deformidades maxillares congenitas y adquiridas.  
Boletin de Información dental No. 160. (1958 oder 1959) [h]
- Schuchardt, Karl, Friedrich Schröder:  
Utilisation des prothèses maxillo-orbitaires dans la chirurgie reconstructive de l'orbite.  
Ann Chir Plastique 4 (1959) 99-107 [b]
- Schuchardt, Karl:  
Die Indikationen der allgemeinen und der lokalen Anästhesie in der Kiefer- und Gesichtschirurgie.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 5 (1959) 178-183 [c]
- Schuchardt, Karl, M. Brichetti, Norbert Schwenzer:  
Frakturen des Gesichtsskelettes. Stoma 13 (1960) 159-171 [a]
- Schuchardt, Karl, Ulrich Berger, Norbert Schwenzer:  
Die Sterilisation selbstbereiteter Anästhesielösungen. Dtsch Zahnärztl Z 15 (1960) 1101-1105 [b]
- Oberheuser, Friedhelm, Gerhard Schubert, Karl Schuchardt, Bernhard Spiessl:  
Die Elektronentherapie bösartiger Tumoren des Mund- und Kieferbereiches.  
Strahlentherapie 112 (1960) 17-23 [c]
- Schuchardt, Karl, Bernhard Spiessl:  
Diagnose und Therapie der Tumoren der Glandula submandibularis.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 6 (1960) 227-235 [d]
- Schuchardt, Karl:  
Die Entwicklung der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspaltchirurgie unter Berücksichtigung  
ästhetischer und funktioneller Momente. Langenbecks Arch Chir 295 (1960) 850-856 [e]
- Schuchardt, Karl, Gerhard Pfeifer:  
Erfahrungen über primäre Knochentransplantation bei Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten.  
Langenbecks Arch Chir 295 (1960) 881-884 [f]
- Schuchardt, Karl:  
Experiences with the surgical treatment of some deformities of jaws.  
Transactions of the International Society of Plastic Surgeons. Edinburgh London 1960 [g]
- Schuchardt, Karl, Michael Kapovits, Bernhard Spiessl:  
Technik und Anwendung des Drahtbogenkunststoffverbandes.  
Dtsch Zahnärztl Z 16 (1961) 1241-1249 [a]
- Schuchardt, Karl:  
Grundsätzliches zum Thema „Ästhetische Faktoren in der plastischen Chirurgie  
des Gesichtskieferbereiches“. Fortschr Kiefer Gesichtschir 7 (1961) 1-4 [b]
- Die operative Behandlung der Strahlenfolgen. Arch klin exper Derm 231 (1961) 89-109 [c]
- Schuchardt, Karl, Eberhard Krüger:  
Der Ersatz des subkutanen Fettgewebes im Gesicht durch freie und gestielte Transplantation von  
Fettgewebe und Implantation von Ivalon. Fortschr Kiefer Gesichtschir 7 (1961) 55-60 [d]
- Schuchardt, Karl, Gerhard Pfeifer:  
Die primäre und sekundäre Osteoplastik bei Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten.  
Österr Z f Stomatologie 58 (1961) 40-57 [e]

Schuchardt, Karl:  
Neue Erfahrungen beim Verschluss von Gaumendefekten mit Rundstiellappen.  
Langenbecks Arch Chir 298 (1961) 178-184 [f]

Schuchardt, Karl, Gerhard Pfeifer:  
Dokumentation von Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten.  
Langenbecks Arch Chir 298 (1961) 679-685 [g]

Schuchardt, Karl:  
Der derzeitige Stand der Lippen- und Gaumenplastik.  
Arch Ohren Nasen Kehlkopfheilkd 180 (1962) 517-685 [b]

Einleitende Bemerkungen zum Thema „chirurgische Maßnahmen zur Ergänzung der Strahlentherapie“ und zur „Behandlung von Strahlenfolgen im Gesichtskieferbereich“.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 8 (1962) 1-2 [c]

Der Ersatz strahlengeschädigter Haut durch Lappenplastik.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 8 (1962) 100-108 [d]

Die Korrektur von strahlenbedingten Wachstumsstörungen im Gesichtsteil des Schädels.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 8 (1962) 172-178 [e]

Schuchardt, Karl, Gerhard Pfeifer:  
Die primäre Knochentransplantation beim Verschluss von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten.  
Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 37 (1962) 185-204 [f]  
Primary and secondary Operations for Cleft Palate. J Int Coll Surgeons 38 (1962) 237-239 [g]

Schuchardt, Karl, G. Lösch, Bernhard Spiessl:  
Fratture cranio-facciali, principi, metodi e risultati di loro trattamento.  
Minerva chirurgica 18 (1963) 764-775 [b]

Pfeifer, Gerhard, Karl Schuchardt:  
Growth of Nose, Upper Jaw and Teeth after Primary Osteoplastic Completion of the Cleft Alveolar Ridge in Patients with Harelip and Cleft Palate. Transactions of the Third Congress of International Society of Plastic Surgeons 1963, Excerpta Med Internat Congr Series 66 (1963) 282 [c]

Schuchardt, Karl:  
Modern aspects of technique and indications for the tubed pedical flap.  
In: Broadbent, Owens (ed.): Transactions of the Third International Congress Plastic and Reconstructive Surgery, Washington 1963, Excerpta Med (1964) [a]

Schuchardt, Karl, G. Lösch, Hans-Jürgen Metz:  
Il trattamento chirurgico del progenismo mediante intervento sulla branca mortante ed orizzontale della mandibola.  
Gazette Internationale di Medicina e Chirurgia 69 (1964) 136-150 [b]

Schuchardt, Karl:  
Zur chirurgischen Behandlung der Atresie des Epipharynx und des Mesopharynx.  
Langenbecks Arch Chir 306 (1964) 66-69 [c]

Zur Technik des Verschlusses der queren Gesichtsspalte.  
Langenbecks Arch Chir 306 (1964) 119-122 [d]

Zur Spalthaut- und Vollhaut-Transplantation bei frischen Verbrennungen des Gesichts.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 9 (1964) 38-43 [e]

Schuchardt, Karl, Alois Eckstein, Siegfried Lehnert:  
Beobachtungen und Erfahrungen bei der Diagnose und Therapie von 3591 klinisch behandelten Fällen odontogener Entzündungen im Kiefer-Gesichtsbereich.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 9 (1964) 107-117 [f]

Schuchardt, Karl, Gerhard Pfeifer, Jürgen Lentrodt:  
Beobachtungen bei der Behandlung von Fällen odontogener Kieferhöhlenentzündungen.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 9 (1964) 130-137 [g]

- Lentze, Friedrich, Karl Schuchardt:  
Mikrobiologische und klinische Beobachtungen und Erfahrungen bei der zervicofazialen Aktinomykose. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 9 (1964) 253-267 [h]
- Schuchardt, Karl:  
Chirurgische Eingriffe zur Behebung ästhetischer Störungen im Lichte des neuen Strafgesetzbuchentwurfes. *Langenbecks Arch Chir* 308 (1964) 587-594 [i]
- Schuchardt, Karl, Norbert Schwenzer:  
Ein Vorschlag zur Verbesserung der operativen Korrektur absteigender Ohrmuscheln. *Langenbecks Arch Chir* 309 (1965) 107-113 [b]
- Schuchardt, Karl, Friedrich Schröder, Horst Ritze, H. Müller:  
Zur chirurgischen Behandlung des Zungenkarzinoms und prothetischen Wiederherstellung der Sprechfunktion. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 10 (1965) 89-92 [c]
- Schuchardt, Karl, Horst Günther:  
Die Indikation der Epithese zur Versorgung von Gesichtsdefekten. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 10 (1965) 110-114 [d]
- Schuchardt, Karl:  
Befestigung von Ohrprothesen. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 10 (1965) 139-144 [e]
- Schuchardt, Karl, Bernhard Spiessl:  
Sofortige und verzögerte Defektdeckung nach operativer Behandlung von Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich. *Langenbecks Arch Chir* 309 (1965) 101-105 [f]
- Schuchardt, Karl, Hans-Jürgen Metz, Günther Landbeck:  
Zur Diagnose und Therapie des Kasabach-Merritt-Syndroms. *Chirurgia Plastica et Reconstructiva* 2 (1966) 80-95 [b]
- Schuchardt, Karl, Norbert Schwenzer, Bernhard Rottke, Jürgen Lentrod:  
Ursachen, Häufigkeit, und Lokalisation der Frakturen des Gesichtsschädels. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 11 (1966) 1-6 [c]
- Schuchardt, Karl:  
Grundsätzliches zur Versorgung von kombinierten Weichteil-Knochenverletzungen im Gesichtskieferbereich. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 11 (1966) 25-33 [d]
- Diagnose und Therapie der Orbitaverletzungen. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 11 (1966) 52-58 [e]
- Schuchardt, Karl, Hans-Jürgen Metz:  
Injuries of the Faciale Skeleton. *Mod Trends Plast Surg* 2 (1966) 62-107 [f]
- Schuchardt, Karl:  
Primary Bone Graft in Clefts of Lip, Alveolus and Palate. *Mod Trends Plast Surg* 2 (1966) 214-225 [g]
- Spätfolgen ungenügend versorgter Mittelgesichtsfrakturen und ihre Behandlung. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 12 (1967) 98-105 [a]
- Grundsätzliches zur primären und sekundären Defektdeckung nach der Operation von gutartigen und bösartigen Gesichtstumoren. *Chirurgia Plastica et Reconstructiva* 3 (1967) 180-183 [b]
- Günther, Horst, Karl Schuchardt, Hans-Jürgen Metz:  
Grundsätze der Defektdeckung in der Karzinomchirurgie der Mundhöhle. *Z Fortschr Röntgen* (1967), Beiheft Dtsch Röntgenkongreß (1968) 105-106 [a], *Strahlentherapie Sonderblatt* 68 (1969) 49-57
- Schuchardt, Karl, Horst Günther, Hans-Jürgen Metz:  
Grundsätzliches zur chirurgischen Therapie des Mundhöhlenkarzinoms unter Berücksichtigung der Defektdeckung. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 13 (1968) 244-253 [b]

Schuchardt, Karl:  
Beurteilung und Behandlung von Mehrfachverletzungen des Gesichts und des Gesichtsschädels.  
Langenbecks Arch Chir 322 (1968) 258-268 [c]

Schuchardt, Karl, Günther Ahrens:  
Trinkwasserfluoridierung als kariesprophylaktische Maßnahme.  
Österr Zahnärzteztg 19 (1968) 12-16 [d]

Günther, Horst, Karl Schuchardt:  
Plastische Eingriffe am Kiefergelenk. Langenbecks Arch Chir 325 (1969) 897 [d]

Schuchardt, Karl, Otto Kriens:  
Der primäre Velumverschluß. Chirurg 40 (1969) 273-277 [e]

Schuchardt, Karl, Gerhard Pfeifer, Otto Kriens:  
Primary Osteoplasty in Patients with Cleft Lip, Alveolus and Palate. Transactions of the  
4. International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery,  
Excerpta Med Internat Congr Series 174 (1969) 356-361 [f]

Kriens, Otto, Karl Schuchardt:  
Funktionell-anatomische Überlegungen zum plastischen Verschluß von Lippenspalten.  
Chirurgia Plastica et Reconstructiva 6 (1969) 170-175 [g]

Die oberflächliche mediane Halsspalte. Chirurgia Plastica et Reconstructiva (1969) 235-254 [h]

Schuchardt, Karl, Bernhard Spiessl:  
Behandlungsergebnisse und Prognosen bei 92 Sarkomen im Kiefer- und Gesichtsbereich.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 14 (1970) 139-144

Schuchardt, Karl:  
Graefe's first closure of a cleft palate. Plastic Reconstr Surg 47 (1971) 375 [a]

Die freie Verpflanzung von Knochenspänen nach Entfernung von Granulationsgeschwülsten im  
Unterkiefer. Langenbecks Arch Chir 329 (1971) 1025-1026 [b]

Schuchardt, Karl, Bernhard Rottke, Hans-Jürgen Metz, Jürgen Lentrod:  
Beobachtungen an 184 Fällen von Speicheldrüsen-Mischtumoren an der Nordwestdeutschen  
Kieferklinik in der Zeit 1946-1967. Fortschr Kiefer Gesichtschir 15 (1972) 28-31 [b]

Spiessl, Bernhard, Karl Schuchardt:  
Das Ergebnis katamnesticcher Untersuchungen von 41 Zylindromfällen.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 15 (1972) 94-97 [c]

Schuchardt, Karl:  
Die freie Hauttransplantation bei Verbrennungen im Gesichtsbereich.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 20 (1976) 76-80

## 6.1.4 Herausgeberschaften

### 6.1.4.1 Herausgeberschaften von Sammelwerken

Häupl, Karl, Wilhelm Meyer, Karl Schuchardt (Hrsg.):  
Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Ein Handbuch für die Zahnärztliche Praxis.  
Bd 1, 2, 3, 1. Teil, Urban & Schwarzenberg München Berlin 1957

Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Ein Handbuch für die Zahnärztliche Praxis.  
Bd. 3, 2. Teil, 4, 5 Urban & Schwarzenberg München Berlin 1959

Schuchardt, Karl (Hrsg.):  
Treatment of Patients with Clefts of Lip, Alveolus and Palate. Thieme Stuttgart 1966 [a]

Schuchardt, Karl, Gerhard Pfeifer (Hrsg.):  
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Grundlagen, Entwicklung, Fortschritte. Hamburg 1975,  
Thieme Stuttgart 1976 [a]

### 6.1.4.2 Herausgeberschaften von Periodika

- Schuchardt, Karl, Martin Wassmund (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 1-2, Thieme Stuttgart 1955-1956
- Schuchardt, Karl (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 3-15 Thieme Stuttgart 1957-1972
- Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Inhalts- und Sachverzeichnis Band I-VIII,  
Thieme Stuttgart 1964 [b]
- Bürkle de la Camp, Heinz, Karl Schuchardt (Hrsg.):  
Chirurgia Plastica et Reconstructiva. Bd. 1-6, Springer Berlin usw. 1965-1969
- Schuchardt, Karl, Gerhard Steinhardt, Norbert Schwenzer (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie Bd. 16-17 Thieme Stuttgart 1973
- Schuchardt, Karl, Rudolf Stellmach (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 18, Thieme Stuttgart 1974
- Schuchardt, Karl, Bernhard Spiessl (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 19, Thieme Stuttgart 1975
- Schuchardt, Karl, Horst Scheunemann (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 20, Thieme Stuttgart 1976
- Schuchardt, Karl, Gerhard Pfeifer, Norbert Schwenzer (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 21, Thieme Stuttgart 1976
- Schuchardt, Karl, Rüdiger Becker (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 22 Thieme Stuttgart 1977
- Schuchardt, Karl, Wilfried Schilli (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 23, Thieme Stuttgart 1978
- Schuchardt, Karl, Norbert Schwenzer (Hrsg.):  
Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 24-26, Thieme Stuttgart 1979-1981

## 6.2. Thematische Bibliografie der Veröffentlichungen Schuchardts

### 6.2.1 Grundsatzdarstellungen zu Operationen im Kiefer- und Gesichtsbereich

- Grundsätzliches zu den Operationen im Gesicht und im Kieferbereich. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl., Bd. 2, Barth Leipzig 1954 [a], S. 203-208
- Grundsätzliches zur Indikation und Technik am wachsenden Gesichtsschädel.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 4 (1958) 1-3 [a]
- Grundsätzliches zu den Operationen im Gesicht und im Kieferbereich. In: Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 8. Aufl., Bd. 2., Barth Leipzig 1981, S. 1-5

### 6.2.2 Operationsbetrieb und Anästhesiologie im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich

- Betäubung. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl., Bd. 2, Barth Leipzig 1954, S. 208-213
- Indikation und Ausführung der Narkose und der zentralen Analgesie in der Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie. In: Korkhaus, Gustav (Hrsg.): Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Vorträgen. Heft 12, Hanser München 1952, S. 61-73 [b]

Der Operationbetrieb. In: Häupl, Karl, Wilhelm Meyer, Karl Schuchardt (Hrsg.): Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Ein Handbuch für die Zahnärztliche Praxis. Bd. 3, 1. Teil. Urban & Schwarzenberg München Berlin 1957, S. 55-78 [a]

Grundzüge aus der allgemeinen Operationlehre für die zahnärztliche Praxis. Ebd., S. 179-134

Die lokale Anästhesie. Ebd., S. 188-336

Die Indikationen der allgemeinen und der lokalen Anästhesie in der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Fortschr Kiefer Gesichtschir 5 (1959) 178-183 [c]

Die Sterilisation selbstbereiteter Anästhesielösungen. (Mit Ulrich Berger, Norbert Schwenzer) Dtsch Zahnärztl Z 15 (1960) 1101-1105 [b]

## 6.2.3 Plastische und wiederherstellende Chirurgie im Kiefer- und Gesichtsbereich

### 6.2.3.1 Grundsatz- und Überblicksdarstellungen

Plastische Operationen. In: Schuchardt, Karl: Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie. Dtsch Zahnärztl Wschr 42 (1939) 666-669 [c]

Die Nah- und Fernlappenplastik im Gesichtskieferbereich.  
In: Schuchardt, Karl: Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichtskieferbereiches. Med. Habil. Schr. Berlin 1944, Thieme Leipzig 1944, S. 11-17

Plastische Operationen im Gesichtskieferbereich. Therapie 8 (1958) 432-433 [g]

Plastische Chirurgie und Aesthetik. Med Klin 50 (1955) 435-447 [e]

Plastische Operationen in Mund-Kiefer-Bereich. Urban & Schwarzenberg München Berlin 1959 [a2]

Grundsätzliches zum Thema „Ästhetische Faktoren in der plastischen Chirurgie des Gesichtskieferbereiches“. Fortschr Kiefer Gesichtschir 7 (1961) 1-4 [b]

Chirurgische Eingriffe zur Behebung ästhetischer Störungen im Lichte des neuen Strafgesetzbuchentwurfes. (Mit Horst Günther) Langenbecks Arch Chir 308 (1964) 587-594 [g]

### 6.2.3.2 Hautplastik und Transplantationen von Fettgewebe, Knorpel, Knochen und alloplastischem Material im Kiefer- und Gesichtsbereich

Diskussionsbeitrag zum Thema: Die Behandlung der Kriegsschußverletzungen im Gesichtskieferbereich [Operative Spätversorgung von Kiefergesichtsverletzten]. In: Axhausen, Georg: Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie am 9. und 10. März 1940 im Langenbeck-Virchowhaus zu Berlin. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 7 (1940) 323

Eine einfache Apparatur zur Befestigung von Operationsunterlagen am Oberkiefer. Dtsch Zahnärztl Wschr 45 (1942) 496-499 [d]

Contribucion al tratamiento de las lesiones maxilar y de la cara. Anales espanoles de Odontoestomatologia (1942) Nr.1, 2 [g]

Die Grundlagen der Rundstiellplastik. In: Schuchardt, Karl: Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichtskieferbereiches. Med. Habil. Schr. Berlin 1944, Thieme Leipzig 1944, S. 18-48

Der Hautersatz. Ebd., S. 48-63

Der Rippenknorpel in der Gesichtsplastik. Dtsch Zahnärztl Z 4 (1949) 501-506 [a]

Die freie Hauttransplantation unter besonderer Berücksichtigung von Epidermis-Kutis-Lappen. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 12 (1949) 1-18 [b]

Ein neuer Apparat zur Entnahme von Hauttransplantaten. Chirurg 24 (1953) 46-48 [a]

La Plastic faciale après Lupus vulgaris. Ann chir 9 (1955) Nr. 3 [c]

Hautersatz im Gesicht mit gestielten Lappen und freien Transplantaten.  
Langenbecks Arch Chir 289 (1958) 490-500 [d]

Der Ersatz des subkutanen Fettgewebes im Gesicht durch freie und gestielte Transplantation von Fettgewebe und Implantation von Ivalon. (Mit Eberhard Krüger)  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 7 (1961) 55-60 [d]

Modern aspects of technique and indications for the tubed pedical flap. In: Broadbent, Owens. Transactions of the 3. Internatinal Congress Plastic and Reconstuctiv Surgery, Washington 1963, Excerpta Medical Foundation Amsterdam (1964) [a]

Korrekturmaßnahmen am gealterten Gesicht. In: Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell Chirurgische Operationslehre. 8. Aufl. Bd. 2. Barth Leipzig 1981, S. 357-363

Injuries of the Soft Tissues of the Face. (Mit Eberhard Krüger, Jürgen Lentrodt, Hans-Georg Luhr, Wilfried Schilli, Norbert Schwenzler) In: Krüger, Eberhard, Wilfried Schilli: Oral and Maxillofacial Traumatology. Quintessence Publishing Co. Chicago usw. 1986, S. 297-346

#### 6.2.3.2.1 Hautplastik nach Verbrennungsunfällen

Zur Spalthaut- und Vollhaut-Transplantation bei frischen Verbrennungen des Gesichts.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 49 (1964) 38-43 [e]

Gesichtsverbrennungen und deren Behandlungsprinzipien. In: Reichenbach, Erwin (Hrsg.): Traumatologie im Kiefer-Gesichtsbereich. Barth Leipzig 1969 [a]

Die freie Hauttransplantation bei Verbrennungen im Gesichtsbereich.  
Fortschr. Kiefer Gesichtschir 20 (1976) 76-80

#### 6.2.3.2.2 Hautplastik des Gesichts nach Strahlenschäden und als Ergänzung der Strahlentherapie

Die operative Behandlung der Strahlenfolgen. Arch klin exper Derm 231 (1961) 89-109 [c]

Einleitende Bemerkungen zum Thema „chirurgische Maßnahmen zur Ergänzung der Strahlentherapie“ und zur „Behandlung von Strahlenfolgen im Gesichts-Kieferbereich“.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 8 (1962) 1-2 [b]

Der Ersatz strahlengeschädigter Haut durch Lappenplastik. Ebd., 100-108 [c]

Die Korrektur von strahlenbedingten Wachstumsstörungen im Gesichtsteil des Schädels.  
Ebd., 172-178 [d]

#### 6.2.3.3 Plastische Chirurgie erworbener Kieferdefekte (Vestibulum, Alveolarfortsatz und Gaumen)

Kieferhöhlenoperation und gleichzeitiger plastischer Verschuß von Antrum-Mundhöhlenverbindungen. Dtsch Zahnärztl Wschr 42 (1939) 593-595. [b]

Ein Beitrag zur Deckung von Gaumendefekten mit extraoralen Rundstiellappen.  
Dtsch Zahnärztl Wschr 45 (1942) 127-131 [b]

Die Deckung großer Oberkiefer- und Gaumendefekte. In: Schuchardt, Karl: Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches Med. Habil. Schr. Berlin 1944, Thieme Leipzig 1944, S. 100-120

Plastische Deckung erworbener Oberkieferdefekte. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl., Bd. 2, Barth Leipzig 1954 [a], S. 483-499

Die plastische Deckung von Knochendefekten der Kiefer. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl., Bd. 2, Barth Leipzig 1954 [a], S. 499-516

Zur Methodik des Verschlusses von Defekten im Alveolarfortsatz zahnloser Oberkiefer. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 17 (1953) 366-369 [c]

Neue Erfahrungen beim Verschluss von Gaumendefekten mit Rundstiellappen. Langenbecks Arch Chir 298 (1961/62) 178-184 [g]

Zur Befestigung einer Unterkieferprothese. Dtsch Med Wschr 83 (1958) 120 [f]

Chirurgische Aufgaben bei der Herstellung der totalen Prothese. In: Korkhaus, Gustav (Hrsg.): Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Vorträgen. Heft 5, Carl Hanser Verlag München 1951, S. 61-71 [a]

Die Epidermistransplantation bei der Mundvorhofplastik. Dtsch Zahnärztl Z 7 (1952) 364-369 [c]

Vorbereitende chirurgische Maßnahmen zur Eingliederung von Prothesen. (Mit Eugen Fröhlich) In: Häupl, Karl, Wilhelm Meyer, Karl Schuchardt (Hrsg.): Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Ein Handbuch für die Zahnärztliche Praxis. Bd. 3, 2. Teil, Urban & Schwarzenberg München Berlin 1959, S. 1085-1142

#### 6.2.3.4 **Plastische Chirurgie der Lider, Augenhöhle und der angrenzenden Teile des Gesichts**

Die Lid- und Augenhöhlenplastik. In: Schuchardt, Karl: Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches. Med. Habil. Schr. Berlin 1944, Thieme Leipzig 1944, S. 168-185.

Rhinologische und Plastische Operationen auf Grenzgebieten der Ophthalmologie und Chirurgie. (Mit Johannes Zarge, Werner Kindler) In: Thiel, Rudolf (Hrsg.): Ophthalmologische Operationenlehre. Lieferung 4, Thieme Leipzig 1950, S. 1367-1484

Operation an der Stirn, den Schläfen, der Kopfhaut und den Augenbrauen. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl. Bd. 2 Barth Leipzig 1954, S. 307-320 [a]

Plastische Operationen an den Lidern und im Bereich der Orbita. Ebd., S. 320-365

Utilisation des protheses maxillo-orbitaires dans la chirurgie reconstructiv de l'orbite. (Mit Friedrich Schröder) Ann Chir Plastique 4 (1959) 99-107 [a]

Principles of Reconstructive of the Orbit after Extensiv Injuries. Plastic and Reconstructiv Surgery of the Eye and Adnexa. Butterworth Washington 1962

Wiederherstellungschirurgie bei Defekten der Lider, der Orbita und der angrenzenden Teile des Gesichts. In: Sautter, H.: Entwicklung und Fortschritt der Augenheilkunde. Enke Stuttgart 1963, S. 21-47

Plastische Operationen an den Lidern und im Bereich der Orbita. In: Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell Chirurgische Operationslehre. 8. Aufl. Bd. 2. Barth Leipzig 1981, S. 195-225

Operationen an der Stirn, den Schläfen, der Kopfhaut und den Augenbrauen. Ebd., S. 183-193

#### 6.2.3.5 **Plastische Chirurgie am äußeren Ohr**

Ersatz des Ohrläppchens mit einem Rundstiellappen vom Hals. Zentralbl f Chir 69 (1942) 345-348 [a]

Die Ohrmuschelplastik. In: Schuchardt, Karl: Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches. Med. Habil. Schr. Berlin 1944, Thieme Leipzig 1944, S. 185-194

Operationen an der Ohrmuschel. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl., Bd. 2, Barth Leipzig 1954 [a], S. 365-377

Zur totalen und partiellen Ohrmuschelplastik. Fortschr Kiefer Gesichtschir 2 (1956) 163-167 [c]

Ein Vorschlag zur Verbesserung der operativen Korrektur abstehender Ohrmuscheln. (Mit Norbert Schwenzer) Langenbecks Arch Chir 309 (1965) 107-113 [b]

Befestigung von Ohrprothesen. Fortschr Kiefer Gesichtschir 10 (1965) 139-144 [e]

### 6.2.3.6 Plastische Wiederherstellung der Nase

Die partielle und totale Nasenplastik. In: Schuchardt, Karl: Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches. Med. Habil. Schr. Berlin 1944, Thieme Leipzig 1944, S. 120-168

Deckung von Lid- und Orbitaldefekten und zugleich bestehenden Nasendefekten. In: Thiel, Rudolf (Hrsg.): Ophthalmologische Operationenlehre. Lieferung 4, Thieme Leipzig 1950, S. 1455-1477

Operationen an der Nase. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl. Bd. 2 Barth Leipzig 1954, S. 377-433

Schuchardt, Karl:  
Indication and Technique for the Tubed Pedical Flap in Partial and Total Reconstruction of the Nose. In: Conlay, John, John T. Dickinson: Plastic and Reconstructive Surgery of the Face and Neck, proceedings of the 1. International Symposium, Bd. 2. Thieme Stuttgart Grune & Stratton New York 1972, S. 241-243 [a]

Operationen an der Nase. In: Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 8. Aufl. Bd. 2. Barth Leipzig 1981, S. 228-295

### 6.2.3.7 Plastische Wiederherstellung der Lippen

Operationen an den Lippen. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl., Bd. 2 Barth Leipzig 1954, S. 433-463 [a]

Stromverletzungen der Lippe im Kindesalter. Fortschr Kiefer Gesichtschir 4 (1958) 190-193 [b]

Operationen an den Lippen. (Mit Hans-Georg Luhr) In: Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 8. Aufl. Bd. 2 Barth Leipzig 1981, S. 317-342

### 6.2.3.8 Plastische Wiederherstellung des Kinns

Der Kinnersatz. In: Schuchardt, Karl: Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches. Med. Habil. Schr. Berlin 1944, Thieme Leipzig 1944, S. 68-100

Kinnersatz. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl. Bd. 2 Barth Leipzig 1954, S. 463-469

Kinnplastiken. (Mit Hans-Georg Luhr) In: Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 8. Aufl. Bd. 2. Barth Leipzig 1981, S. 343-355

### 6.2.3.9 Plastische Wiederherstellung der Wangen

Der Wangenersatz. In: Schuchardt, Karl: Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereiches. Med. Habil. Schr. Berlin 1944, Thieme Leipzig 1944, S. 63-68

Operationen an den Wangen. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell, Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl. Bd. 2 Barth Leipzig 1954, S. 469-483

#### 6.2.4 Chirurgie der Lippen-, Kiefer-, und Gaumenspalten sowie der queren Gesichtsspalte

Der Ersatz des fehlenden Zwischenkiefers. Dtsch Zahnärztl Z 2 (1947) 209-218

Methodik der Verlängerung und Rückverlagerung des Gaumensegels bei Spaltbildungen. Zahnärztl Rd 62 (1953) 401-409 [b]

Operationen bei Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten. In.: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell, Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl. Bd. 2 Barth Leipzig 1954, S. 516-577 [a]

Operationen bei Gaumenspalten. Ebd., S. 577-599

Operationsverfahren bei den verschiedenen Formen der Gaumenspalten. Ebd., S. 599-604

Gaumensegelverlängerung. Ebd., S. 604-605

Rückverlagerung des Gaumensegels. Ebd., S. 605-618

Obturatorprothesen. Ebd., S. 618-620

Zur Frage des günstigsten Termins für den operativen Verschluss von Gaumenspalten. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 20 (1954) 348-356 [c]

Ergebnisse bei einseitigen durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in kieferorthopädischer und sprachlicher Hinsicht. (Mit Alois Eckstein) Fortschr Kiefer Gesichtschir 1 (1955) 127-137 [a]

Die Entwicklung der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspaltschirurgie unter Berücksichtigung ästhetischer und funktioneller Momente. Langenbecks Arch Chir 295 (1960) 850-856 [e]

Erfahrungen über primäre Knochentransplantation bei Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten. (Mit Gerhard Pfeifer) Langenbecks Arch Chir 295 (1960) 881-884 [f]

Die primäre und sekundäre Osteoplastik bei Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten. (Mit Gerhard Pfeifer) Österr Z f Stomatologie 58 (1961) 40-57 [e]

Dokumentation von Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten. (Mit Gerhard Pfeifer) Langenbecks Arch Chir 298 (1961) 679-685 [f]

Neue Erfahrungen beim Verschluss von Gaumendefekten mit Rundstiellappen. Langenbecks Arch Chir 298 (1961/62) 178-184 [g]

Der derzeitige Stand der Lippen- und Gaumenplastik. Arch Ohren Nasen Kehlkopfheilkd 180 (1962) 517-685 [b]

Die primäre Knochentransplantation beim Verschluss von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 37 (1962) 185-204 [f]

Primery and secondary Operations for Cleft Palate. (Mit Gerhard Pfeifer) J Int Coll Surgeons 38 (1962) [g]

Growth of Nose, Upper Jaw and Teeth after Primery Osteoplastic Completion of the Cleft Alveolar Ridge in Patients with Harelip and Cleft Palate. (Mit Gerhard Pfeifer) Transactions of the Third Congress of Internatinal Society of Plastic Surgeons 1963 Excerpta Med Internat Congr Series 66 (1963) 282 [c]

Zur Technik des Verschlusses der queren Gesichtsspalte. Langenbecks Arch Chir 306 (1964) 119-122 [d]

Diskussionsbeiträge zum Thema 3: Modern Surgical Methods in Uni- and Bilateral Labial Clefts. In: Schuchardt, Karl (Hrsg.): Treatment of Patients with Clefts of Lip, Alveolus and Palate. Thieme Stuttgart 1966, S. 43, 46 [a]

Diskussionbeiträge zum Thema 4: Modern Procedures in Uni- and Bilateral Cleft of Lip, Alveolus and Hard Palate with Respekt to Primary Osteoplasty. Ebd., S. 54-59, 64

Diskussionsbeiträge zum Thema 6: Operations of Clefts of the Hard and Soft Palate. Ebd., S. 94, 97-98

Diskussionsbeitrag zum Thema 7: Logopedic Aspects before and after Primary Closure. Ebd., S. 103

Diskussionsbeitrag zum Thema 8: Disorders of the Growth and Deformities of Lip, Alveolus, Palate and Nose. Ebd., S. 111

Diskussionsbeitrag zum Thema 10: Secondary Osteoplastic Completion of Maxilla and Palate. Ebd., S. 134-136

Diskussionsbeitrag zum Thema 11: Secondary Correction of the Lip. Ebd., S. 155

Diskussionsbeiträge zum Thema 13: Correction of Alveolar and Facial Deformities. Ebd., S. 179, 180-183

Diskussionsbeitrag und abschließende Bemerkung zum Thema 14: Logopedic Aspects of Surgical Correction of Speech Insufficiency. Ebd., S. 186-88, 192

Einführungsvortrag zum Thema 19: Documentation of Case History, Physical Findings, Treatment and Results in Patient with Clefts. Ebd., S. 228

Primary Bone Graft in Clefts of Lip, Alveolus and Palate. Mod Trends Plast Surg 2 (1966) 214-225

Der primäre Velumverschluss. (Mit Otto Kriens) Chirurg 40 (1969) 273-277 [e]

Primary Osteoplasty in Patients of Cleft Lip, Alveolus and Palate. (Mit Gerhard Pfeifer, Otto Kriens) Transactions of the 4. International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery 1967, Excerpta Med Internat Congr Series 174 (1969) 356-361 [f]

Funktionell-anatomische Überlegungen zum plastischen Verschluss von Lippenspalten. (Mit Otto Kriens) Chirurgia Plastica et Reconstructiva 6 (1969) 170-175

Graefe's first closure of a cleft palate. plastic reconstr surg 47 (1971) 375 [a]

Erstoperationen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. (Mit Gerhard Pfeifer) In: Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 8. Aufl., Bd. 2, Barth Leipzig 1981, S. 365-440

## 6.2.5 Epidemiologie und Therapie von Frakturen des Gesichtsschädels

Beitrag zur Behandlung der Oberkieferfrakturen. Zahnmed. Diss. Kiel 1930

Kieferbrüche. In: Schuchardt, Karl: Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie. Dtsch Zahnärztl Wschr 42 (1939) 708-713 [c]

Unterkieferfrakturverband, angefertigt nach einem vereinfachten Abdruckverfahren in Verbindung mit freihändiger Schienung. Dtsch Zahnärztl Wschr 44 (1941) 107-110

Ein Vorschlag zur Verbesserung der Drahtschienenverbände. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 24 (1956) 39-44 [a]

Frakturen des Gesichtsskelettes. (Mit M. Bricchetti, Norbert Schwenzer) Stoma 13 (1960) 159-171 [a]

- Technik und Anwendung des Drahtbogenkunststoffverbandes.  
(Mit Michael Kapovits, Bernhard Spiessl) Dtsch Zahnärztl Z 16 (1961) 1241-1249 [a]
- Fratture cranio-facciali, principi, metodi e risultati di loro trattamento.  
(Mit G. Lösch, Bernhard Spiessl) Minerva chirurgica 18 (1963) 764 [b]
- Zur Frage der konservativen oder chirurgischen Therapie der Luxationsfrakturen.  
In; Maurer, G.: Chirurgie im Fortschritt. Enke Stuttgart 1965, S.197 [a]
- Ursachen, Häufigkeit, und Lokalisation der Frakturen des Gesichtsschädels.  
(Mit Norbert Schwenzler, Bernhard Rottke, Jürgen Lentrod) Fortschr Kiefer Gesichtschir 11 (1966) 1-6 [c]
- Grundsätzliches zur Versorgung von kombinierten Weichteil-Knochenverletzungen im Gesichtskieferbereich. Fortschr Kiefer Gesichtschir 11 (1966) 25-33 [d]
- Diagnose und Therapie der Orbitaverletzungen. Fortschr Kiefer Gesichtschir 11 (1966) 52-58 [e]
- Injuries of the faciale skeleton. (Mit Hans-Jürgen Metz) Mod trends Plast Surg 2 (1966) 62-107 [f]
- Spätfolgen ungenügend versorgter Mittelgesichtsfrakturen und ihre Behandlung.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 12 (1967) 98-105 [a]
- Beurteilung und Behandlung von Mehrfachverletzungen des Gesichts und des Gesichtsschädels.  
Langenbecks Arch Chir 322 (1968) 258-268 [c]
- Late repair of facial injuries. In: Proceedings of Sectional Meeting of ACS.  
Springer Berlin usw. 1969 [a]

## 6.2.6 Orthopädische Chirurgie des Gesichtsschädels

- Progenie-Operation als kausale Therapie einer Belastungsparadentose.  
Paradentium 9 (1937) 135-140 [b]
- Kieferdeformitäten. In: Schuchardt, Karl: Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie.  
Dtsch Zahnärztl Wschr 42 (1939) 665-666 [c]
- Ein Beitrag zur chirurgischen Kieferorthopädie unter Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Behandlung angeborener und erworbener Kieferdeformitäten bei Soldaten.  
Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 9 (1942) 73-89 [f]
- Operative Behandlung von Kieferdeformitäten und Bißfehlern. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt, Ferdinand Sauerbruch Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl. Bd. 2 Barth Leipzig 1954, S. 237-258 [a]
- Die Chirurgie als Helferin der Kieferorthopädie. Fortschr Kieferorthop 15 (1954) 1-25 [b]
- Formen des offenen Bisses und ihre operativen Behandlungsmöglichkeiten.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 1 (1955) 222-230 [b]
- Zur Behandlung von Kieferdeformitäten. Langenbecks Arch Chir 287 (1957) 733-736 [c]
- Erfahrungen bei der Behandlung der Mikrogenie. Langenbecks Arch Chir 289 (1958) 651-658 [e]
- El tratamiento ortopedico quirurgico de las deformidades maxillaes congenitas y adquiridas.  
Boletin de Información dental No. 160. 18 o. 19 (1958/59) [h]
- Experiences with the surgical treatment of some deformities of jaws.  
Transactions of the International Society of Plastic Surgeons. Edinburgh London 1960 [g]
- Il trattamento chirurgico del progenismo mediante intervento sulla branca mortante ed orizzontale della mandibola. (Mit G. Lösch, Hans-Jürgen Metz)  
Gazette Internationale di Medicina e Chirurgia 69 Nr. 6 (1964) 136-150 [b]

Chirurgische Behandlung der angeborenen und erworbenen Kieferdeformitäten.  
(Mit Jürgen Lentrodt) In: Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell.  
Chirurgische Operationslehre. 8. Aufl. Bd. 2. Barth Leipzig 1981, S. 98-113

## 6.2.7 Klinik und Therapie von Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich

Neubildungen. In: Schuchardt, K: Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie.  
Dtsch Zahnärztl Wschr 42 (1939) 752, 770-773 [c]

Die chirurgische Behandlung der malignen Tumoren der Gesichtshaut.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 3 (1957) 244-252 [b]

Prophylaxe und Diagnose des Mundhöhlenkrebses. Zahnärztl Mitt 45 (1957) 823-824 [c]

Beobachtungen bei der Behandlung odontogener Cysten des Wechselgebisses.  
(Mit Alois Eckstein, Norbert Schwenger) Fortschr Kiefer Gesichtschir 4 (1958) 230-234 [c]

Die Elektrotherapie bösartiger Tumoren des Mund- und Kieferbereiches.  
(Mit Friedhelm Oberheuser, Gerhard Schubert, Bernhard Spiessl)  
Strahlentherapie 112 (1960) 17-23 [c]

Diagnose und Therapie der Tumoren der Glandula submandibularis. (Mit Bernhard Spiessl)  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 6 (1960) 227-235 [d]

Zur chirurgischen Behandlung des Zungenkarzinoms und prothetischen Wiederherstellung  
der Sprechfunktion. (Mit Friedrich Schröder, Horst Ritze, H. Müller)  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 10 (1965) 89-92 [c]

Die Indikation der Epithese zur Versorgung von Gesichtsdefekten.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 10 (1965) 110-114 [d]

Sofortige und verzögerte Defektdeckung nach operativer Behandlung von Tumoren im  
Kiefer-Gesichtsbereich. (Mit Bernhard Spiessl) Langenbecks Arch Chir 309 (1965) 101-105 [f]

Zur Diagnose und Therapie des Kasabach-Merritt-Syndroms. (Mit Hans-Jürgen Metz,  
Günther Landbeck) Chirurgia Plastica et Reconstructiva 2 (1966) 80-95 [b]

Grundsätzliches zur primären und sekundären Defektdeckung nach der Operation von gutartigen  
und bösartigen Gesichtstumoren. Chirurgia Plastica et Reconstructiva 3 (1967) 180-183 [b]

Grundsätze der Defektdeckung in der Karzinomchirurgie der Mundhöhle. (Mit Horst Günther,  
Hans-Jürgen Metz) Z Fortschr Röntgen (1967), Beiheft Dtsch Röntgenkongreß (1968) 105-106,  
Strahlentherapie Sonderblatt 68 (1969) 49-57 [a]

Grundsätzliches zur chirurgischen Therapie des Mundhöhlenkarzinoms unter Berücksichtigung  
der Defektdeckung. (Mit Hans-Jürgen Metz) Fortschr Kiefer Gesichtschir 13 (1968) 244-253 [b]

Behandlungsergebnisse und Prognosen bei 92 Sarkomen im Kiefer- und Gesichtsbereich. (Mit  
Bernhard Spiessl) Fortschr Kiefer Gesichtschir 14 (1970) 139-144

Die freie Verpflanzung von Knochenspänen nach Entfernung von Granulationsgeschwülsten im  
Unterkiefer. Langenbecks Arch Chir 329 (1971) 1025-1026 [b]

Beobachtungen an 184 Fällen von Speicheldrüsen-Mischtumoren an der Nordwestdeutschen  
Kieferklinik in der Zeit 1946-1967. (Mit Bernhard Rottke, Hans-Jürgen Metz, Jürgen Lentrodt)  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 15 (1972) 28-31 [b]

Das Ergebnis katamnesticcher Untersuchungen von 41 Zylindromfällen. (Mit Bernhard Spiessl)  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 15 (1972) 94-97 [c]

## 6.2.8 Diagnose und Therapie von Infektionen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich

Myogene Kiefergelenkskontraktur infolge syphelitischer Myositis.  
Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 4 (1937) 188-195 [a]

Zur Vakzinetherapie der Aktinomykose. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 6 (1939) 634-639 und  
Zur Vaccinetherapie der Aktinomykose. Arch f klin Chir 196 (1939) 656-661 [a]

Die Zahnextraktion im akut entzündlichen Gebiet. In: Korkhaus, Gustav (Hrsg.):  
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Vorträgen. Heft 1, Hanser München 1950, S. 146-153 [b]

Spezifische Infektionen im Gesichtskiefer-Bereich. In: Häupl, Karl, Wilhelm Meyer,  
Karl Schuchardt (Hrsg.): Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.  
Ein Handbuch für die Zahnärztliche Praxis. Bd. 3, 2. Teil,  
Urban & Schwarzenberg München Berlin 1959 [a], S. 1255-1286

Beobachtungen und Erfahrungen bei der Diagnose und Therapie von 3591 klinisch behandelten  
Fällen odontogener Entzündungen im Kiefer-Gesichtsbereich.  
(Mit Alois Eckstein, Siegfried Lehnert) Fortschr Kiefer Gesichtschir 9 (1964) 107-117 [f]

Beobachtungen bei der Behandlung von Fällen odontogener Kieferhöhlenentzündungen.  
(Mit Gerhard Pfeifer, Jürgen Lentrodt) Fortschr Kiefer Gesichtschir 9 (1964) 130-137 [g]

Mikrobiologische und klinische Beobachtungen und Erfahrungen bei der zervicofazialen  
Aktinomykose. (Mit Friedrich Lentze) Fortschr Kiefer Gesichtschir 9 (1964) 253-267 [h]

## 6.2.9 Konservative und chirurgische Therapie von Kiefergelenkerkrankungen

Kiefergelenkknacken. In: Schuchardt, Karl: Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie.  
Dtsch Zahnärztl Wschr 42 (1939) 713-715 [c]

Die orthopädische Behandlung der Kieferklemme mit alten und neuen Mitteln.  
Dtsch Zahnärztl Wschr 45 (1942) 431-437 [c]

Eine neue intraorale Federspreize zur Behandlung der Kieferklemme.  
Z f Stomatologie 40 (1942) 677-680 [e]  
Die Behandlung der Kiefergelenkankylose. Zahnärztl Welt 1 (1946) 141-146

Operationen am Kiefergelenk. In: Fischer, Albert Wilhelm, Erwin Gohrbandt,  
Ferdinand Sauerbruch (Hrsg.): Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre. 7. Aufl., Bd. 2  
Barth Leipzig 1954 [a], S. 258-270

Plastische Eingriffe am Kiefergelenk. (Mit Horst Günther)  
Langenbecks Arch Chir 325 (1969) 897 [d]

## 6.2.10 Extremitätenchirurgie

Der Rundstiellappen bei der Gestaltung von Stümpfen der unteren Extremität.  
Thieme Leipzig 1945

Die Herstellung der Krukenberg-Greifzange mit Verwendung eines Rundstiellappens.  
(Mit Rudolf Bimler) Z Orthop (1948) 279-283

Zur chirurgischen Behandlung und Pathologie der Elephanthiasis der unteren Extremitäten.  
(Mit H. Kirschner, Karl Scriba) Chirurg 26 (1955) 512-522 [f]

## 6.2.11 Berufspolitische Beiträge

Kieferchirurgie und Zahnheilkunde. In: Schuchardt, Karl: Ein Streifzug durch die Kieferchirurgie.  
Dtsch Zahnärztl Wschr 42 (1939) 665 [c]

Ziele und Wege des deutschen Zahnarztes in Gegenwart und Zukunft.  
Zahnärztl Mitt 37 (1949) 135-138, 152-154 [c]

Die Situation der Zahnheilkunde in Deutschland in Forschung und Praxis.  
Zahnärztl Mitt 39 (1951) 423-427 [b]

### 6.2.12 Gratulationen und Nekrologe

Martin Waßmund zum 60. Geburtstage am 7. September 1952.  
Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 16 (1952) 256a-c [c]

Hans Pflüger zum 70. Geburtstag. Dtsch Zahnärztl Z 9 (1954) 825-826 [d]

In memoriam Martin Waßmund. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 23 (1956) 432a-d [b]  
Dem verdienten Standespolitiker [betrifft Erich Müller]. Zahnärztl Mitt 45 (1957) 216-218 [e]

### 6.2.13 Varia

Ueber Nebennierenschrumpfung und Morbus Addisonii. Med. Diss. Kiel 1928

Zur Frage der zahnärztlich prothetischen Behandlung der Kauorganinsuffizienz älterer Menschen.  
Dtsch Zahnärztl Z 8 (1953) 797-807 [d]

Zur chirurgischen Behandlung der Atresie des Epipharynx und des Mesopharynx.  
Langenbecks Arch Chir 306 (1964) 66-69 [c]

Trinkwasserfluoridierung als kariesprophylaktische Maßnahme. (Mit Günther Ahrens)  
Österr Zahnärzteztg 19 (1968) 12-16 [d]

Die oberflächliche mediane Halsspalte. (Mit Otto Kriens)  
Chirurgia Plastica et Reconstructiva 6 (1969) 235-254 [g]

## 7. Verzeichnis der unter Schuchardts Direktorat an der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten angefertigten Dissertationen<sup>1975</sup>

Abel, geb. Tüxen, Birte: Nase, Profilverlauf und Gebißfehlbildungen.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)

Ahrens, Günther: Beiträge zur Kenntnis der Fluorwirkung auf Speichelphosphatasen bei der Kariesprophylaxe. O.O. 1956, Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Kröncke, Schuchardt)

Appenrodt, Georg: Die Kaufunktionsschiene. Med. dent. Diss. Hamburg 1958 (Ritze, Schuchardt)

Bally, Bernd: Die stumpfen Traumen des Kiefergelenks. Kritische Betrachtung über die Behandlungsverfahren bei den verschiedenen Formen der Traumen des Kiefergelenks mit Schlußfolgerungen für die moderne Therapie dieser Verletzungen an Hand des Krankengutes der Nordwestdeutschen Kieferklinik.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Günther, Pfeifer)

Bertzbach, Peter: Zur Frage der Gaumenhöhe. Med. Diss. Hamburg 1958 (Hausser)

Beyer, Anneke: Zur Pathogenese, Diagnostik und Therapie der akuten Kieferosteomyelitis. O.O. 1949.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1949 (Schuchardt)

Biebrach, Hannelore: Über die chirurgische Behandlungsweise bei Hämophilie.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1948 (Schuchardt)

Bier, Elisabeth: Über Kombinationsmöglichkeiten der Kieferhöhlenradikaloperation mit anderen kieferchirurgischen Operationen. Med. dent. Diss. Hamburg 1948 (Schuchardt)

Böger, geb. Wulff, Brigitte: Die saprophytischen Neisserien der Mundhöhle.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1962 (Berger, Schuchardt)

Bonaht, Hans: Verursacht die Benutzung von Sauerstoffatemgeräten Berufsschäden an Zähnen und Mundschleimhaut. Med. dent. Diss. Hamburg 1949 (Harmsen, Schuchardt)

Bonde, Wolf-Rainer: Über Entstehung, Verlauf und Behandlung odontogener Kieferhöhlenentzündung nach statistischer Auswertung der Krankengeschichten von 1265 Patienten.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1964 (Pfeifer, Schuchardt)

Borgmann, Michael, Dr. med.: Zum Verhältnis von Ober- und Unterlippe zu den Schneidezähnen.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Hausser)

Born, geb. Oeter, Ingeborg: Die Entwicklung der kieferorthopädischen Plattenapparate.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1958 (Hausser)

Bornemann, Gerhard: Die Luxationsfraktur des Processus articularis mandibulae. (Unter besonderer Berücksichtigung der konservativen Behandlungsmethoden.) Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Schuchardt)

Bothe, Georg: Pathogenitätsbestimmung an einigen isolierten Bakterienstämmen bei entzündlichen Parodontopathien. Med. dent. Diss. Hamburg 1952 (Schuchardt)

Brink, Winfried Paul: Über angeborene Zysten und Fisteln der Gesichtsmitte.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Schuchardt)

Brinkmann, Egon: Indikation zur Obturatorprothese bei Gaumenspalten und deren Herstellung.  
Med. dent. Diss. Hamburg 1952 (Schuchardt)

---

1975 Die Namen in Klammern geben an erster Stelle den Referenten, an zweiter und dritter Stelle die Korreferenten an. Nähere Angaben zu Berger, Günther, Götze, Kröncke, Naujoks, Pfeifer, Ritze, Rottke und Spiessl finden sich unter 2.7.3, zu Fabian, Ahrens, Brosch, Franke und Hausser unter 2.7.2. Weitere Korreferenten waren Hans Harmsen (1899-1989), Ordinarius für Hygiene, Carl Mau (1890-1958), Ordinarius für Orthopädie, Gustav Albert Wollenberg, Honorarprofessor an der Orthopädischen Klinik, Hans-Eberhard Zangemeister, Privatdozent an der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Karl Zeiger (1895-1959) Ordinarius für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde an der Universität Hamburg.

- Bruns, Lothar: Die Unterfütterung mit selbsthärtenden Kunststoffpasten in der Mundhöhle. Unter besonderer Berücksichtigung des Präparates „Morpalat“. Med. dent. Diss. Hamburg 1955 (Schuchardt)
- Buchholz, Ilse: Genese, Diagnostik und Therapie der Adamantinome. Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Schuchardt)
- Buhtz, Klaus-Peter: Über die Distalwanderung der 2. Prämolaren nach Extraktion der 1. Molaren. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Buns, Hartmut: Unspezifische Entzündungen der Kiefer-Gesichtsregion im Kindesalter. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Pfeifer, Schuchardt)
- Busche, Otto: Kiefergesichtsbeziehungen bei anatomisch korrekter Okklusion im Alter von 10-14 Jahren. O.O. 1956, Med. Diss. Hamburg 1956 (Hausser)
- Buxbom, geb. Sieglaff, Ingeborg: Untersuchungen zur Ätiologie und Genese des kieferorthopädischen Krankheitsbildes „Deckbiß“. Med. Diss Hamburg 1968 (Hausser)
- Castro, Alfonso de: Über den Einfluß der Hypophysektomie auf den Nagezahnder Ratte. Med. dent. Diss. Hamburg 1957 (Kröncke, Schuchardt)
- Cleve, Richard: Die Verwendung künstlicher radioaktiver Stoffe in der Zahnheilkunde und ihren Grenzgebieten. Med. dent. Diss. Hamburg 1950 (Schuchardt)
- Cordes, Erich: Über akut eitrige Infektion im Gesichts-Kieferbereich. Erfahrungen aus einjähriger Beobachtungszeit an der Nordwestdeutschen Kieferklinik zu Hamburg. Med. dent. Diss. Hamburg 1947 (1948) (Schuchardt)
- Danneil, Barbara: Art und Häufigkeit von Anomalien der Zahnzahl. Med. dent. Diss. Hamburg 1964 (Hausser)
- Danner, Herwig: Untersuchungen über neuere Isoliermittel unter besonderer Berücksichtigung der Wasserdurchlässigkeit. Med. dent. Diss. Hamburg 1962
- Dau, Heinrich: Über das Vorkommen heterotropher Magenschleimhaut an der Zungenspitze. Med. dent. Diss. Hamburg 1949
- Debes-Wezel, Margret: Untersuchungen an haemolisierenden Neisserien. Med. Diss. Hamburg 1967 (Berger, Schuchardt)
- Demmler, Dieter: Untersuchungen zur Sterilisation von Hand- und Winkelstücken in der zahnärztlichen Praxis. Med. dent. Diss. Hamburg 1957 (Ritze, Schuchardt)
- Dierks, Elisabeth: Die pathogene aerobe Mundflora bei Parodontitis und Gingivitis. Med. dent. Diss. Hamburg 1952 (Schuchardt)
- Dietrich, Wolfhans: Über die Bedeutung des Periostes bei der autoplastischen Knochentransplantation auf Grund experimenteller Untersuchungen am Kaninchen. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Schuchardt)
- Dischinger, Jutta: Ein Beitrag zur Klinik und Statistik der Adamantinome. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Rottke, Schuchardt)
- Dombrowski, Peter: Vitalmikroskopische Untersuchungen an der Mundschleimhaut gesunder und an Diabetes mellitus erkrankter Kinder und Jugendlicher. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Götze, Franke)
- Drosos, Eleutherios: Ein Beitrag zur Ätiologie und Klinik des Odontoms. Med. dent. Diss. Hamburg 1964 (Spiessl, Schuchardt)
- Einstmann, Eduard: Untersuchungen über die oligodynamische Wirkung einiger neuer Baumetalle. Med. dent. Diss. Hamburg 1959. (Berger, Schuchardt)
- Einstmann, Ruth: Über den Nachweis von Salmonellen Agglutininen im Speichel bei natürlicher Immunisierung. Med. dent. Diss. Hamburg 1954 (Schuchardt)

- Ernst, Dieter: Untersuchungen über die Form des Hirnschädels bei Gebißanomalien aus der Kompressionsgruppe. Med. dent. Diss. Hamburg 1963 (Hausser)
- Fabian, Wilhelm: Klinische Untersuchungen über den therapeutischen Wert des Tyrothricins. Med. dent. Diss. Hamburg 1953 (Schuchardt)
- Fahrenberg, Hans-Werner: Vergleichende Untersuchungen bei Schneidezahnanomalien der ersten und zweiten Dentition an Röntgenbildern von Kindern mit seitlichen Kieferspaltformen. Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Pfeifer, Schuchardt)
- Feseker, geb. Reinecke, Christa: Die Löslichkeitsreduzierende Wirkung von fünf verschiedenen Fluor-Verbindungen auf den Schmelz extrahierter menschlicher Zähne. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Ahrens)
- Finster, Gerda: Quecksilberschäden bei Zahnärzten und Dentisten durch Amalgam. Med. dent. Diss. Hamburg 1948 (Harmsen, Schuchardt)
- Fittkau, geb. Riepke, Rautgundis: Die Bestimmung der Längenausdehnung von horizontalem und aufsteigendem Unterkieferast und deren Verhältnis zueinander im Fernröntgenbild bei anatomisch korrektem Gebiß. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Hausser)
- Fittkau, Wolfgang: Das Verhältnis des horizontalen Unterkieferastes zum aufsteigenden Ast im Fernröntgen-seitenbild bei Gebißfehlbildungen mit Distalbiß und Mesialbiß. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Hausser)
- Foeth, Henning: Untersuchungen über die Doppelschattenbildung am vorderen Ende des Kinns im Fernröntgen-Profilbild. Med. dent. Diss. Hamburg 1965
- Francksen, Umno: Zahnkeime im Bruchspalt bei Frakturen der Kiefer im Kindesalter. O.O. 1952, Med. dent. Diss. Hamburg 1952 (Schuchardt)
- Franz, geb. Flammiger, Gertraute: Vergleichende Untersuchungen in der Dauerbiegebeanspruchung von den Kunststoffen Agrydent, Kallgon und Polyprothen. Med. dent. Diss. Hamburg 1955 (Schuchardt)
- Frenzel, Helmut: Die Herstellung von Epithesen unter besonderer Berücksichtigung neuerer Werkstoffe. Med. dent. Diss. Hamburg 1951 (Schuchardt)
- Gardemin, Ulrich: Untersuchungen über das Verhalten von Hartgipsen und Modellzementen während des Abbindens. Med. Diss. Hamburg 1968 (Ritze)
- Gatzemeyer, Rolf: Die Form des Milchgebisses und ihre Bedeutung. (Gebißfunde bei 1-4-jährigen). O.O. 1960. Med. dent. Diss. Hamburg 1960 (Hausser)
- Gaycken, Hans-Karl: Untersuchungen einer Chrom-Kobalt-Legierung und den (!) aufbrennbaren keramischen Massen. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Ritze)
- Geisenhainer, Redmer: Über einseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Pfeifer)
- Gerth, Hermann: Über Untersuchungen von Zahnwurzeln Zur Feststellung des optimalen Ausmaßes der Amputation bei der sogenannten Wurzelspitzenresektion. Med. dent. Diss. Hamburg 1953 (Brosch, Schuchardt)
- Ghoreschi, Abolfazl: Zur Ätiologie und Symptomatologie des Kreuzbisses. Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Hausser)
- Götze, Wolfgang: Kapillarmikroskopische Untersuchungen im Mundschleimhautbereich gesunder und an Diabetes mellitus erkrankter Menschen verschiedener Lebensalter. Med. dent. Diss. Hamburg 1963 (Franke)
- Gombert, Wilhelm: Zahnalter, Knochenalter und chronologisches Alter. Med. dent. Diss. Hamburg 1958 (Hausser, Schuchardt)
- Graefe, Norbert: Zur Frage der Zahnextraktion im Stadium der akuten odontogenen Kieferentzündung. Med. dent. Diss. Hamburg 1948 (Schuchardt)

- Grove, Jürgen: Histochemische Untersuchungen über Einwirkungen von Röntgenstrahlen auf alkalische und saure Phosphatasen im Zahnorgan. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Rottke, Schuchardt)
- Güldner, Stefan: Untersuchungen chronischer Arthropathieformen des Kiefergelenks hinsichtlich Alter, Geschlecht und Gebißbeziehung. Med. dent. Diss. Hamburg 1964 (Hausser)
- Guhl, Dietrich: Die Karzinome des Kiefer- und Gesichtsbereichs. Ein Bericht über 235 an der Nordwestdeutschen Kieferklinik beobachtete Fälle. Hamburg 1955. Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Schuchardt)
- Hagemann, Eberhard: Zahnbefund bei Incontinentia pigmenti. Med. dent. Diss. Hamburg 1962 (Hausser)
- Hammer, Uta: Klinische Untersuchungen der Substanzen: Troxazin, des Iminostilbenderivats G 33040 und des Butazolidinmetaboliten 1 auf ihre Brauchbarkeit als Praemedikationsmittel bei kieferchirurgischen Eingriffen. Med. dent. Diss. Hamburg 1965 (Spiessl, Schuchardt)
- Hansen, Thomas: Zur Lage und Lagebestimmung des Zungenbeins. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Hausser)
- Hars, Erik: Nachweis von Tumorzellen im strömenden Blut bei Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich. Med. dent. Diss. Hamburg 1965 (Spiessl, Schuchardt)
- Hars, geb. Timme, Helga: Untersuchungen über das Lutschen von Frühgeburten und Kleinkindern. Med. dent. Diss. Hamburg 1957 (Hauser)
- Hatam, Hossein: Die Untersuchung der abrasiven Wirkung von Zahnpasten und die Erstellung von Abrasionstabellen. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Ritze)
- Hausherr, Walter: Die Indikationsstellung zur Röntgendiagnostik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter Berücksichtigung forensischer und sozialmedizinischer Gesichtspunkte. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Günther, Schuchardt)
- Heeren, Peter: Auswirkungen der Distalbißbehandlung auf den Unterkiefer. Eine Nachuntersuchung an Hand von Fernröntgenprofilaufnahmen. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Heinrich, Jürgen: Die Behandlung der Trigeminusneuralgie durch Neurexhairese mit Silberstiftverbolzung. Med. Diss Hamburg 1968 (Rottke, Schuchardt)
- Heitmann, Ernst: Untersuchungen über die Hemmung der Speichelphosphatasen durch Natriumfluorid und ihre mögliche Bedeutung für die Kariesprophylaxe. Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Kröncke, Schuchardt)
- Hempel, Arnulf: Die Karzinome der caudalen Mundhöhlenwandung. Eine statistische Analyse von 286 Fällen aus der Nordwestdeutschen Kieferklinik und dem Strahlentherapeutischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg Hamburg. Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Spiessl, Schuchardt)
- Herforth, Dietmar: Untersuchung über die Lage des A-Punktes zum Nasenflügelrand, dem Alare. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Herholz, geb. Mittag, Hannelore: Vergleichende Untersuchungen über die Oberflächenhärte von Kunststoffzähnen. Med. dent. Diss. Hamburg 1962 (Ritze, Schuchardt)
- Hieber, Peter: Der Tumorschmerz im Kiefer- und Gesichtsbereich und seine Behandlung. Med. dent. Diss. Hamburg 1960 (Schuchardt)
- Hilbert, Antje: Das Cylindrom. Eine klinische Studie über 41 in der Nordwestdeutschen Kieferklinik behandelte Fälle. Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Spiessl, Schuchardt)
- Hille, Wiltrud: Die Behandlung der Gesichtsfrakturen bis zum Jahre 1945. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Schuchardt, Pfeifer)
- Hille, Wolfgang: Untersuchungen über die Zahnüberzahl in der Oberkiefermitte. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Pfeifer)
- Hinck, Bernhard: Präcancerosen der Mundschleimhaut. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Spiessl, Schuchardt)
- Höxbroe, Maria: Dentogene Kieferhöhlenerkrankungen. Med. dent. Diss. Hamburg 1950 (Schuchardt)

- Hoffens, Edmundo Villagrán: Untersuchungen über den Aufbau des Gesichtsschädels bei Patienten mit Lippen- Kiefer- Gaumenspalten an Hand von Fernröntgen-Profil-Aufnahmen. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Hausser, Schuchardt)
- Hoffmann, Gerhard: Zur formalen und kausalen Genese der Lippen- Kiefer-Gaumenspalten. Med. dent. Diss. Hamburg 1948 (Schuchardt, Zeiger)
- Hoffmann, Hans-Georg: Erfahrungen in der Diagnose und Behandlung von 68 Fällen von Unterkiefer-osteomyelitis aus der Nordwestdeutschen Kieferklinik Hamburg. Med. Diss. Hamburg 1949 (Schuchardt)
- Hoffmann, Jürgen: Experimentelle Untersuchungen der abrasiven Wirkung der Kunststoff-Zahnbürste am Verblendkunststoff und die Ermittlung geeigneter Prüfmethoden. Med. dent. Diss. Hamburg 1966 (Ritze)
- Holl, Jürgen: Tumordokumentation und Nachsorge Geschwulstkranker an der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Schuchardt)
- Hubrich, Margot: Der Oberlippenfurunkel. Med. dent. Diss. Hamburg 1947 (Schuchardt)
- Huppmann, Klaus Peter: Untersuchungen zum Dimensionsverhalten elastischer Abdruckmaterialien. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Ritze)
- Jahnke, geb. Kutz, Helga: Das Lippenkarzinom. Klinisches Bild, Stadieneinteilung und Therapie dargestellt an Hand von Fällen der Nordwestdeutschen Kieferklinik Hamburg Eppendorf von 1947-1968. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Pfeifer)
- Jansen, geb. Richter, Gisela: Ätiologie, Morphologie und chirurgische Therapie des offenen Bisses unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen an der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Med. dent. Diss. Hamburg 1971. (Schuchardt, Pfeifer)
- Jansen, Susanne: Die Achsenstellung der unteren Frontzähne im Verhältnis zur Unterkieferbasis und zum Kieferwinkel. O. O. 1959, Med. dent. Diss. Hamburg 1959 (Hausser)
- Jungkamp, Paul: Zahnärztliche Aufgaben bei der Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Med. dent. Diss. Hamburg 1952 (Schuchardt)
- Kahl, Heinz-Georg: Über angeborene Pigmentnaevi der Gesichtsregion. Med. Diss Hamburg 1968 (Pfeifer, Schuchardt)
- Kaiser, Hans-Günter: Zur Frage der Zahnkeimanlage und Zahnanlage bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalträgern. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Hausser, Schuchardt)
- Kammrath, Rudolf: Die Fluorkonzentration des Speichels nach enteraler Zufuhr von Natriumfluoris. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Ahrens, Schuchardt)
- Kapellusch, Klaus: Die Häufigkeit maligner Tumoren orofazialer Lokalisation in der Freien und Hansestadt Hamburg. Med. dent. Diss. Hamburg [vor der mündlichen Prüfung verstorben] (Schuchardt)
- Kapovits, Michael, Dr. med. dent.: Experimentelle Untersuchungen über die Besiedlung der kindlichen Mundhöhle mit anaeroben Mikroorganismen. Med. Diss. Hamburg 1959 (Berger, Schuchardt)
- Kark, Ulrich: Zur Frage der Extraktion im Bruchspalt stehender Zähne. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Rottke, Schuchardt)
- Killingner, geb. Kroll, Sabine: In Vitro Untersuchungen über die Reduktion der Säurelöslichkeit anorganischer und organischer Komponenten des menschlichen Zahnschmelz durch Fluor. Med. dent. Diss. Hamburg 1966 (Ahrens, Schuchardt)
- Köhnke, Helmuth: Untersuchungen über Konzentration und Verweildauer von Fluor in der Mundhöhle nach Einnahme fluoridhaltiger Tabletten. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Ahrens, Schuchardt)
- König, Christine: Die Anlage des Weisheitszahnes und ihre röntgenologische Feststellung bei Jugendlichen. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Hausser, Schuchardt)

- König, Hans-Jürgen: Atmungsstörung als ätiologischer Faktor bei Zahnstellungs- und Bißanomalien unter besonderer Berücksichtigung der Kieferkompression mit engstehender Protrusion. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- König, geb. Wunderlich, Jutta: Untersuchungen zur Lage der Zunge anhand von Fernröntgenprofilaufnahmen. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Köylüoglu, Ali Özden: Die Dentogene Unterkieferzyste. (Statistische Untersuchungen zur Frage einer differenzierten Anwendung alter und neuer Operationsverfahren). Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Schuchardt)
- Koll, Hanshugo, Dr. med.: Die Klinik der Speicheldrüsentumoren unter besonderer Berücksichtigung der an der Nordwestdeutschen Kieferklinik gesammelten Erfahrungen. Med. dent. Diss. Hamburg 1960 (Schuchardt)
- Koob, geb. Claußen, Marga: Über elektrische Verbrennungen der Mundregion. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Pfeifer, Schuchardt)
- Koswig, Manfred: Über das Vorkommen und die Behandlung von keilförmigen Defekten der Zähne. Med. Diss Hamburg 1968 (Franke)
- Koyro, geb. Behling, Sigrid: Spätfolgen ungenügend versorgter Mittelgesichtsfrakturen und ihre Behandlung. Med. dent. Diss. Hamburg 1967 Spiessl, Schuchardt)
- Kracke, Fritz: Vergleichende Untersuchungen neuer Prothesenkunststoffe unter besonderer Berücksichtigung der Dauerbiegefestigkeit, der Biegefestigkeit und der Schlagzähigkeit. Entwicklung einer Methode, den Elastizitätsmodul von Kunststoffen mit dem DYNSTAT-Gerät zu bestimmen. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Ritze)
- Kreimeyer, Günter: Vergleichende Untersuchungen der Dentalkunststoffe Optodont, SR-Denture Base, Paladon und Sapulyd-D unter Berücksichtigung der Chemo- und thermoplastischen Verarbeitungsverfahren. Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Ritze, Schuchardt)
- Kritter, Barbara: Histochemische Befunde während der Zahnentwicklung. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Rottke, Pfeifer)
- Krohn, Max: Die Adamantinome und ihre Bedeutung. Ein kasuistischer Beitrag. Med. dent. Diss. Hamburg 1951 (Schuchardt)
- Kroker, Hans-Peter: Die Darstellung adenoider Vegetationen im Fernröntgenprofilbild. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Krüger, Eberhard, Dr. med. dent.: Ein Beitrag zur Genese der Epidermoidzysten und Tumoren der Hautanhangsgebilde. Med. Diss. Hamburg 1960 (Schuchardt)
- Krüger, Horst F.: Über den Glukoseabbau isolierter Stämme von Mikroorganismen der Mundhöhle und seine Beeinflussung durch niedrige Flouridkonzentrationen. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Naujoks, Schuchardt)
- Kühn, Horst: Zur Frage der Zwillings- und Doppelzahnbildung. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Hausser)
- Küstermann, Volker: „Angeborene“ Zähne als Ursache einer Allgemeininfektion. Med. dent. Diss. Hamburg 1950 (Schuchardt)
- Kyrath, Astrid: Alveoläre Mittellinierverschiebung im Unterkiefer infolge einseitigen vorzeitigen Zahnverlustes. Med. dent. Diss. Hamburg 1965 (Hausser)
- Laesecke, Diethild: Zur Frage der Korrelation zwischen innerer Sekretion und Zahnstellungsanomalien. Med. dent. Diss. Hamburg 1958 (Hausser)
- Langhauser, Richard: Untersuchungen über die Druckfestigkeit einiger zahnärztlicher Einbettungsmassen für Edelmetall-Legierungen und die Entwicklung einer Methode zur Bestimmung der beim Gußvorgang mit gebräuchlichen Schleudern in der Hohlform auftretenden Maximaldrucke. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Ritze)

- Lieb, Gerda: Untersuchungen zur anthropometrischen Bestimmung der Bißhöhe. Med. dent. Diss. Hamburg 1970. (Hausser)
- Lindel, Wolfgang: Der Einfluß der kieferorthopädischen Behandlung auf die Form des Gaumens. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Hausser)
- Litta, Thore: Vertikalwachstum des Oberkiefers bei anatomisch korrekter Okklusion in verschiedenen Altersgruppen. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Lockert, Helmut: Nachuntersuchungen kieferorthopädisch behandelter Gebißfehlbildungen. Vergleich der Fernröntgenprofilaufnahmen bei Kompressionsanomalien. Med. dent. Diss. Hamburg 1966 (Hausser)
- Ludwig, Egon: Die röntgenologische Darstellung parodontaler Taschen mit Hilfe von Kontrastmitteln. Med. dent. Diss. Hamburg 1958 (Kröncke, Schuchardt)
- Lücke, Hubertus: Calcium im menschlichen Speichel. Untersuchungen über Ausmaß und Ursachen der täglichen Konzentrationsschwankungen im Sekret der großen Speicheldrüsen. Med. dent. Diss. Hamburg 1970. (Ahrens, Schuchardt)
- Machat, Peter: Vergleichende Untersuchungen über die Wiedergabe der Breiten von Milchzähnen und bleibenden Seitenzähnen im Röntgenbild. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Machholz, Leonore: Trophische Veränderungen im Kieferbereich nach Ausschaltung des Ganglion semilunare Gasseri. Med. dent. Diss. Hamburg 1950 (Schuchardt)
- Madsen, Eduardo: Untersuchungen über das Verhältnis des Unterkiefers zum Gesichtsschädel beim Ausgleich eines Distalbisses mit funktionskieferorthopädischen Behelfen. O.O. 1959. Med. dent. Diss. Hamburg 1959 (Hausser, Schuchardt)
- Madsen, Ronald: Die frühzeitige Extraktion der ersten Molaren und ihre Folgen. Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Hausser)
- Meineke, geb. Herich, Ortrud: Fluoraufnahme des Zahnschmelzes nach unüberwachtem Gebrauch einer Aminfluoridzahnpaste. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Ahrens, Schuchardt)
- Menden, Hans Peter: Untersuchungen über Oberkieferwachstum bei Schulkindern nach autologen Knochentransplantationen in einseitige Kiefer-Gaumenspalten im ersten Lebensjahr. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Pfeifer)
- Meves, Dorothee: Vertikale Proportionen des Gesichtsprofils bei anatomisch korrekter Okklusion in verschiedenen Altersgruppen. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Hausser)
- Meyer, Horst: Präoperative Untersuchungen der Kiefer-Gaumen-Oberfläche an Modellen von 250 Säuglingen mit unbehandelten Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenformen und ihre morphogenetische Bedeutung. Med. Diss. Hamburg 1970 (Pfeifer)
- Meyer, Michael: Das Oberkieferkarzinom: Eine statistische Untersuchung von 152 Karzinomfällen aus der Nordwestdeutschen Kieferklinik und dem Strahlentherapeutischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg. Med. Diss. Hamburg 1965 (Spiessl, Schuchardt)
- Meyer, geb. Möbius, Petra: Infraokklusion und Halbbretention, eine lokalisierte Störung des Zahndurchbruchs und ihre Auswirkung auf die Gebißentwicklung. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Meyer-Bardowicks, Jörn: Eigenschaften, Verarbeitung und Indikation der Kobalt-Chrom-Legierungen „Wisil“ und „Wiptam“ in der prothetischen Zahnheilkunde. Med. dent. Diss. Hamburg 1954 (Schuchardt)
- Meyer-Bomke, Karin: Über Zahnkeimanomalien des Milchgebisses von Kindern mit unbehandelten Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenformen. Med. dent. Diss. Hamburg 1965
- Möller, Hans-Jürgen: Die Achsenstellung der unteren Frontzähne bei anatomisch korrektem Gebiß. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Müller, Jürgen: Untersuchungen über die Form des Hirnschädels bei der Gebißanomalie „Deckbiß“. Med. dent. Diss. Hamburg 1963

- Müller, Ursula: TNM-System und seine Anwendung auf die Karzinome der Mundhöhle. Med. dent. Diss. Hamburg 1962 (Schuchardt)
- Müller, Wilhelm-Christian: Die operative Behandlung von Progenie, Mikrogenie und offenen Biß durch Eingriff am Unterkiefer. Med. dent. Diss. Hamburg 1955 (Schuchardt)
- Münzenberg, Christel: Strahlenfolgen und ihre Therapie im Kiefer- und Gesichtsbereich. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Rottke, Schuchardt)
- Muissus, Günter: Über doppelseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. (Statistische Auswertung ätiologischer, morphologischer und therapeutischer Sachverhalte von 370 Patienten). Med. dent. Diss. Hamburg 1966. (Pfeifer, Schuchardt)
- Naujoks, Rudolf: Ueber Zähne und Tonsillen bei der fokalen Infektion. Med. dent. Diss. Hamburg 1948 (Schuchardt, Zangemeister)
- Nawrath, Hanns: Klinische und röntgenologische Nachuntersuchungen von Wurzelspitzenresektionen. Med. dent. Diss. Hamburg 1962 (Schuchardt)
- Nehse, Kurt, Dr. med. dent.: Zur Frage der Fixierung totaler Unterkieferprothesen. Med. dent. Diss. Hamburg 1950 (Schuchardt)
- Niknam, Khosrow: Vergleichende Untersuchungen autopolymerisierender Prothesenkunststoffe, unter besonderer Berücksichtigung der Dauerbiegefestigkeit, des Elastizitätsmoduls und der Härte. Med. dent. Diss. Hamburg 1962 (Ritze, Schuchardt)
- Outzen, Christian: Die Knochennaht bei der Behandlung von Unterkieferfrakturen. Med. dent. Diss. Hamburg 1959 (Schuchardt)
- Pangert, Jürgen: Über ein- und doppelseitige Lippen-Kieferspalten. (Statistische Auswertung ätiologischer, morphologischer und therapeutischer Sachverhalte von 507 Patienten.) Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Pfeifer, Schuchardt)
- Paepcke, Erich: Untersuchungen an Neisseria catarrhalis. Med. dent. Diss. Hamburg 1963 (Berger, Schuchardt)
- Patel, Mahendra: Die Entwicklung der Zahnheilkunde in Indien. Med. dent. Diss. Hamburg 1959 (Hausser)
- Peglow, Wilhelm: Über Wachstum und Formwandlungen der Lippenregion gesunder Kinder im Vorschulalter. Med. dent. Diss. Hamburg 1965 (Pfeifer, Hausser)
- Pehle, Günther: Vergleichende Untersuchungen gespritzter Prothesenkunststoffe. Unter besonderer Berücksichtigung der Dauerbiegefestigkeit, des Elastizitätsmoduls und der bisherigen klinischen Erfahrungen mit Polyamiden in der zahnärztlichen Prothetik. Med. dent. Diss. Hamburg 1959 (Ritze, Schuchardt)
- Peitsmeier, Wilhelm: Die Orbital-Eckzahnrelation am Fernröntgenprofilbild. O. O. Med. dent. Diss. Hamburg 1959 (Hausser, Schuchardt)
- Pfarr, Adolf Friedrich: Zahnschäden in der Marmeladenindustrie. Med. dent. Diss. Hamburg 1949 (Harmsen, Schuchardt)
- Pfeifer, Gerhard, Dr. med.: Über den Nachweis von Veillonella alcalescens und Bacteroides melaninogenicus in der Mundhöhle des Säuglings. Hamburg 1959. Med. dent. Diss. Hamburg 1959 (Berger, Schuchardt)
- Pflüger, Ursula: Über die Sensibilitätsprüfung der Zahnpulpa mit niedrigfrequenten Strömen. Med. dent. Diss. Hamburg 1949 (Schuchardt)
- Pfüller, geb. Krolitzki, Sieglinde: Die Bewertung des Kauvermögens bei verschiedensten Gebißfehlbildungen. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Pistoulet, geb. Mahler, Christine: Untersuchung über den Einfluß ionisierender Strahlen auf den Phosphatgehalt des Speichels. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Rottke, Schuchardt)
- Pohle, Günter: Der Sphenoidalwinkel bei anatomisch korrekter Okklusion. Med. dent. Diss. Hamburg 1963 (Hausser)

- Polanen, Jean-fils Désiré Viktor: Die Zahnextraktion in mikrobiologischer Sicht. Med. dent. Diss. Hamburg 1955 (Schuchardt)
- Poppe, Hans-Dietrich: Nachuntersuchungen kieferorthopädischer Behandlungsergebnisse nach Extraktion der vier ersten Prämolaren. Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Hausser)
- Prelle, Heinrich: Untersuchungen über die antagonistische Wirkung von Staphylococcus aureus auf orale Neisserien. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Berger, Schuchardt)
- Prelle, Mechthild: Zum Problem der Zahnüberzahl nach Auswertung von 4340 Röntgenstaten. Med. dent. Diss. Hamburg 1969
- Priesemuth, Hans-Eckart: Über angeborene Naevi flammei im Gesichtsbereich. Med. Diss Hamburg 1968 (Pfeifer, Schuchardt)
- Prüfer, Karl-Heinz: Erfahrungen bei der Diagnose und Therapie der cervico-facialen Aktinomykose an der Nordwestdeutschen Kieferklinik aus den Jahren 1946 bis 1954. Lamstedt 1956, Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Schuchardt)
- Puhl, geb. Evers, Carola: Das Basaliom. Eine statistische Untersuchung von Basaliomfällen, die von 1952-1964 an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg behandelt wurden. Med. dent. Diss. Hamburg 1966 (Spiessl, Schuchardt)
- Rall, Renate: Nachuntersuchung kieferorthopädisch behandelter Gebißfehlbildungen. Gebißbefund bei Kompressionsanomalien. Med. dent. Diss. Hamburg 19 (Hausser)
- Ramm, Hans-Erhart: Einstellung der zweiten Molaren nach Extraktion des Sechsjahrmolaren. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Rathje, Rainer: In vivo Untersuchungen über die posteruptive Fluorzunahme im Schmelz bei Anwendung von Natriumfluoridtabletten. Med. Diss. Hamburg 1970 (Ahrens, Schuchardt)
- Rehrmann, Alfred Heinrich, Dr. med. dent.: Weichteilersatz bei Unterlippen-Kinn- Mundbodendefekten. Med. Diss. Hamburg 1948 (Schuchardt)
- Rexroth, Jürgen: Gebißform bei 20-jährigen Männern. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Hausser)
- Riedel, Gebhard: Die Frakturen des Gesichtsskelettes. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Rottke, Schuchardt)
- Ritze, Horst: Beitrag zur dentogenen Facialisparesie. Med. dent. Diss. Hamburg 1948 (Schuchardt, Zangemeister)
- Rohmann, Horst: Kiefergesichtsbeziehungen bei anatomisch korrekter Okklusion im Alter von 6-9 Jahren. O.O. 1956, Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Hausser)
- Rust, Heinrich: Über die Abgabe von Quecksilber aus Amalgamfüllungen. Med. dent. Diss. Hamburg 1962 (Schuchardt, Naujoks)
- Scharlow, Dieter: Untersuchungen über unvollständige Wurzelbildungen beim Durchbruch bleibender Zähne. Med. dent. Diss. Hamburg 1964 (Hausser)
- Scheele, Joachim A.: Restmonomerbestimmung bei unvergüteten und vergüteten Kunststoffen. Med. dent. Diss. Hamburg 1963 (Ritze, Schuchardt)
- Schildt, Wolfgang: Entwicklung und Anwendung einer Prüfungsmethode zur Untersuchung des elastischen Verhaltens einiger Abformmaterialien auf Alginat-, Silicon-, Polyäthergummi und Polysulfidkautschukbasis. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Ritze)
- Schiller, Günther: Kiefergesichtsbeziehungen bei anatomisch korrekter Okklusion im Alter von 14-17 Jahren. O.O. 1956. Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Hausser)
- Schmid, Hans-Peter: Veränderungen der Nasenform in der Zeit des Dentitionswechsels. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)

- Schmidt, Gerhard: Die geschichtliche Entwicklung der Unterkieferbruchschiene. Med. dent. Diss. Hamburg 1953 (Brosch, Schuchardt)
- Schmidt, Hans-Dietrich: Über angeborene Fehlbildungen des Formkreises der Dysostosis mandibulofacialis. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Pfeifer, Schuchardt).
- Schmidt, geb. Bräutigam, Helga: Korrelationsmetrische Untersuchungen über die Stellung des Eckzahnes im regelrechten Zahnbogen. Med. dent. Diss. Hamburg 1970. (Hausser)
- Schnabel, Ulrich: Zahnschäden im Landkreis Harburg und ihre Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der Flüchtlinge und der Unterschiede zwischen Marsch und Geest. Med. dent. Diss. Hamburg 1949 (Harmsen, Schuchardt)
- Schneider, Edgar Herbert: Zur Genese und Therapie der dentogenen Kieferzysten. Med. dent. Diss. Hamburg 1947 (Schuchardt)
- Schönauer, Thorwald: Untersuchungen über Karieserzeugung bei syrischen Goldhamstern. Med. dent. Diss. Hamburg 1954 (Fabian)
- Scholz, Helmut: Die Untersuchung der abrasiven Wirkung der Zahnpasten am Verblendkunststoff und die Ermittlung einer Methode zur Auswertung der Ergebnisse. Med. dent. Diss. Hamburg 1966 (Ritze)
- Schramm, Werner: Über einen besonderen Fall von Unterzahl der Zähne im menschlichen Gebiß. Med. dent. Diss. Hamburg 1952 (Schuchardt)
- Schröder, Carin-Maria: Herderkrankungen aus zahnärztlicher Sicht. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Rottke, Pfeifer)
- Schultz, Hans: Weisheitszahn und frontaler Engstand im Unterkiefer. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Schwagereit, geb. Schmid, Eva Maria Luise: Nachuntersuchung behandelter Deckbiß- und Progeniefälle. Med. dent. Diss. Hamburg 1965 (Hausser)
- Schwander, Harald: Ein Beitrag zur Klinik und Therapie der pleomorphen Adenome. Eine Auswertung von 184 Fällen der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Rottke, Schuchardt)
- Schwander, geb. Giesegeh, Lotte: Die Sarkome des Gesichtsschädels. Eine Statistik und Kasuistik von 92 Fällen der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Med. Diss Hamburg 1968 (Spiessl, Schuchardt)
- Schwartz, Adolf: Morbus Besnier-Boeck-Schaumann (Boeck'sches Sarkoid) und seine Bedeutung im Kieferbereich. Med. dent. Diss. Hamburg 1964 (Schuchardt)
- Schwiegk, Herbert: Untersuchungen über die in-vivo Fluoridaufnahme menschlichen Zahnschmelzes nach Touchierung mit einer aminfluoridhaltigen Lösung. Med. Diss Hamburg 1968 (Ahrens, Schuchardt)
- Seedorf, Diethelm: Die Kieferenge bei der Kieferkompression mit frontaler Protrusion bei Distalbiß (Angle Klasse II/1). Med. Diss Hamburg 1968 (Hausser)
- Spiessl, Bernhard, Dr. med. dent.: Die Allgemeinanästhesie bei Operationen der Lippenkiefergaumenspalten im Säuglings- und Kindesalter. (Ein Erfahrungsbericht aus der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg Eppendorf). Med. Diss. Hamburg 1961 (Schuchardt)
- Stechmann, Annegret: Untersuchungen über die Mundflora im Senium. Med. dent. Diss. Hamburg 1963 (Berger, Schuchardt)
- Stein, Klaus: Ein Beitrag zur Ätiologie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten unter besonderer Berücksichtigung der an der Nordwestdeutschen Kieferklinik behandelten 1385 Spaltbildungen. Med. dent. Diss. Hamburg 1959 (Schuchardt)
- Stelzer, Olaf: Chirurgische und radiologische Behandlungsergebnisse bei Lymphknotenmetastasen maligner Tumoren der Mundhöhle. Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Spiessl, Schuchardt)
- Stoltenberg-Lerche, Jutta: Die Progenie der Habsburger. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Hausser, Schuchardt)

- Suntardjo, Ratna Irawati: Rasse und Gebiß. (Untersuchung über die Gebißform bei 28 reinrassigen Indonesiern). Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Taenzer, Gisela, geb. Körl: Zum Problem der Extraktion des Sechsjahrmolaren im jugendlichen Alter. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Hausser)
- Talip, Alsar: Das Verhältnis zwischen Jochbogen- und Zahnbogenbreite. Med. dent. Diss. Hamburg 1957 (Hausser)
- Tamblé, Klaus: Über den Hypertelorismus. Med. Diss Hamburg 1968 (Pfeifer, Schuchardt)
- Teuchert, Wolfgang: Präoperative morphologische Untersuchungen der Umgebung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Med. dent. Diss. Hamburg 1967 (Pfeifer, Schuchardt)
- Thomas, Jürgen: Zur Frage des echten und des Pseudo-Tiefbisses. Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Hausser)
- Towae, Horst: Über Dermoidzysten des Mundbodens, ein Beitrag zur Kasuistik O.O. 1946. Med. dent. Diss. Hamburg 1946 (Schuchardt)
- Tretau, Cord: Über odontogene Entzündungen im Kiefer-Gesichtsbereich bei Kindern. Med. Diss Hamburg 1968 (Pfeifer, Schuchardt)
- Tröger, Jürgen: Untersuchungen über den Einfluß ionisierender Strahlen auf die Funktion der Odontoblasten. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Rottke, Franke)
- Trost, Rainer: Morphologische Merkmale bei unoperierten Lippen-Kiefer-Gaumenspaltsformen. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Pfeifer)
- Ude, Hans-Jürgen: Methode zur Messung der Abrasion von Kunststoffzähnen totaler Prothesen. Med. dent. Diss. Hamburg 1961 (Ritze, Schuchardt)
- Uhl, Dieter Ingomar: Über chirurgisch-logopädische Wege der Sprachverbesserung bei voroperierten Gaumenspaltsformen. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Pfeifer)
- Ulrich, Werner: Das sagittale Längenverhältnis von Schädel-Basis, Oberkiefer- und Unterkieferbasisebene im Fernröntgen-Seitenbild. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Hausser)
- Wachtel, Karin: Untersuchungen über die Achsenstellung der Schneidezähne und die Ausdehnung der apikalen Basis. Med. dent. Diss. Hamburg 1966 (Hausser)
- Walther-Stehr, geb. Stehr-Hoffmann, Armgard: Ergebnisse der Steuerung des Zahndurchbruchs. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)
- Warneke, Erwin : Untersuchungen über Gebißanomalien bei angeborenem muskulären Schiefhals. Med. dent. Diss. Hamburg 1951 (Wollenberg, Mau, Schuchardt)
- Warnecke, Jens: Über Tumoren der Mund-, Kiefer- und Gesichtsregion im Kindesalter. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Pfeifer, Schuchardt)
- Warnekros, Elga: Zur Frage der Neurexaerese bei Trigeminusneuralgien. Med. dent. Diss. Hamburg 1950 (Schuchardt)
- Weiss-Kaffanke, Rudolf: Schäden des Zahnsystems und der Mundhöhle durch Einwirkung von Bleibenzin. Med. dent. Diss. Hamburg 1950 (Harmsen, Schuchardt)
- Wenderholm, Hartwig: Die Ventilation der Gußmuffeln unter Berücksichtigung der Porosität zahnärztlicher Einbettmassen und der Kinetik der einschießenden Schmelze. Med. dent. Diss. Hamburg 1971 (Ritze)
- Wenzel, Hans-Jürgen: Zwei Methoden zur Restmonomerbestimmung bei neueren Kunststoffen. Med. dent. Diss. Hamburg 1969 (Ritze)
- Werner, Barbara: Differentialdiagnostische Untersuchung zum Problem des frontalen Engstandes. Med. dent. Diss. Hamburg 1970 (Hausser)

---

Willruth, Horst: Kiefergesichtsbeziehungen bei anatomisch korrekter Okklusion im Alter von 18-30 Jahren. O.O. 1956, Med. dent. Diss. Hamburg 1956 (Hausser)

Wisser, Detlef: Schädelaufbau bei Deckbiß. O.O. 1958, Med. dent. Diss. Hamburg 1958 (Hausser)

Witt, Rüdiger: Form der Sella turcica und Gebißanomalien. Med. Diss Hamburg 1968 (Hausser)

Wittern, Joachim: Die sozialhygienische Bedeutung der Kieferanomalien und Möglichkeiten ihrer Vorbeugung. Med. dent. Diss. Hamburg 1959 (Harmsen, Hausser)

Würfel, Martin: Untersuchungen zur Frage der Zementresorptionen. Med. dent. Diss. Hamburg 1955 (Hausser)

Zelm, Johann: Neue Erkenntnisse auf dem Gebiet der unspezifischen Immunität der Mundhöhle. Med. dent. Diss. Hamburg 1961. (Berger, Schuchardt)

Zierleyn, Ingeborg: Einige Untersuchungen über saprophytische Neisserien bei Tieren. Med. dent. Diss. Hamburg 1963 (Berger, Schuchardt)

## 8. Verzeichnis von Jubiläumsartikeln<sup>1976</sup> und Nekrologen für Karl Schuchardt

Bublitz, K. A.: Beitrag zu Glückwünsche, Grußworte und Ansprachen. In: Pfeifer, Gerhard (Hrsg.): Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, S. 6

Bublitz, K.-A., Klenke: Karl Schuchardt: Hamburger Abendbl. 1985 (siehe 9.1.1.3.3)

Deich, Friedrich: Überall in der Welt kennt man Prof. Schuchardt. Die Welt 300 (1966) 13, 24.12.

Fromm, Ernst: Paracelsusmedaille der deutschen Ärzteschaft für Karl Schuchardt. Hamburger Ärztebl 26 (1972) 1

Gümpel, G.: Beitrag zu Glückwünsche, Grußworte und Ansprachen. In: Pfeifer, Gerhard (Hrsg.): Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, S. 3

Hochreiter, F.: Beitrag zu Glückwünsche, Grußworte und Ansprachen. In: Pfeifer, Gerhard (Hrsg.): Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, S. 4

Hölzer, Karl-Heinz: Beitrag zu Glückwünsche, Grußworte und Ansprachen. In: Pfeifer, Gerhard (Hrsg.): Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, S. 1-2

Hölzer, Karl Heinz, Peter Fischer-Appelt: Karl Albert Schuchardt. Hamburger Abendbl. 1985 (siehe 9.1.1.3.3)

Kirsten, K.: Beitrag zu Glückwünsche, Grußworte und Ansprachen. In: Pfeifer, Gerhard (Hrsg.): Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, S. 3-4

Knott, W.: Mehrer des Ansehens der Zahnheilkunde. Professor Dr. Dr. Karl Schuchardt 65 Jahre. Zahnärztl Mitt 57 (1967) 15

Krauel, G.: Beitrag zu Glückwünsche, Grußworte und Ansprachen. In: Pfeifer, Gerhard (Hrsg.): Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, S. 5

Krohn, Max: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. hc. Karl Schuchardt. Norddeutsche Rundschau Nr. 101 (1.5. 1985) 11

Müller, Erich: Prof. Dr. Dr. K. Schuchardt 70 Jahre. Zahnärztl Mitt 61 (1972) 47

Naujoks, Rudolf: Prof. Dr. Dr. Karl Schuchardt zum 65. Geburtstag. Dtsch zahnärztl Z 21 (1966) 1381-1383

Osborn, J.-F.: Festliche Tagung der Mund- Kiefer-Gesichtschirurgen im UKE anlässlich des 80. Geburtstages von Prof. Schuchardt. Hamburger Ärztebl 1 (1982) 135-136

Pfeifer, Gerhard: Karl Schuchardt - Lebenslauf. In: Pfeifer, Gerhard (Hrsg.): Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, vor S. 1

Pfeifer, Gerhard: Karl Albert Schuchardt. Uni HH 16 Nr. 3 (1985) 65-66

Reichenbach, Erwin, Eugen Fröhlich: Karl Schuchardt zum 65. Geburtstag am 24.12.1966. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 47 (1966) 384

---

Reichenbach, Erwin: Karl Schuchardt und die Entwicklung der Kiefer- und Gesichtschirurgie.  
Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 57 (1971), 266-274

Schuchardt, Eva: Karl Albert Schuchardt. Hamburger Abendbl. 1985 (siehe 9.1.1.3.3)

Schwenzer, Norbert: Beitrag zu „Glückwünsche, Grußworte und Ansprachen“.  
In: Pfeifer, Gerhard (Hrsg.): Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer-  
und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, S. 2

Schrader, Herbert L.: Japanische Ärzte ehren einen Hamburger Kollegen.  
Hamburger Abendbl. Nr. 299 (1966) 2, 23.12.

Schwipper, Wolfgang: Geburtstagsfeier im UK-Eppendorf, Prof Schuchardt ist 80. Jahre alt  
geworden. Hamburger Zahnärztebl. 22 (1982) 2-10

Shimizu, Masatsugu: Karl Schuchardt. JDZ Japanisch-Deutsche Gesellschaft für  
Zahnheilkunde 3 (1982) 12-17

## 9. Quellen- und Literaturverzeichnis

### 9.1 Unveröffentlichte Quellen

#### 9.1.1 Archivalien

##### 9.1.1.1 Bundesarchiv (Barch)

REM, Schuchardt, Karl 24.12.01  
 PK, Schuchardt, Karl 24.12.01  
 RKK, Beuker, Ivo 27.06.09  
 RKK, Dietz Curt Reinhard 24.03.96

##### 9.1.1.2 Staatsarchiv der Freien und Hansestadt Hamburg (StAH)

Hochschulwesen II, Ai 6/2: Ordentliche Professur für Zahnheilkunde  
 Hochschulwesen II, Al 16: Ärztliches Personal für die zahnärztliche Universitätsklinik und Poliklinik  
 Hochschulwesen II, Gb 30: Universitätskrankenhaus Eppendorf  
 Hochschulwesen II, Gb 31: Wiederaufbauplan Eppendorf  
 Hochschulwesen II, Gb 32: Denkschrift, Lagepläne UKE 1943-1950  
 Hochschulwesen III, 3104-17/1 Bd. 1: Neubau Zahn-, Mund- und Kieferklinik 9/52-10/69  
 Hochschulwesen III, 3104-17/1 Bd. 2: Neubau Zahn-, Mund- und Kieferklinik 9/52-10/69  
 Hochschulwesen III, 3104-17/2: Neubau Zahn-, Mund- und Kieferklinik 9/52-10/69  
 Hochschulwesen III, 21.35-9/3: Lehrmittel und Sammlung 9/49  
 Hochschulwesen III, 6021-10: Atomforschung ZMK  
 Hochschulwesen III, 5413-4 Bd. 1: Zahnmedizinische Prüfungen 1/ 52-4/64  
 Hochschulwesen III, 5413-4 Bd. 2: Zahnmedizinische Prüfungen 1/ 52-4/64  
 Gesundheitsbehörde I, 230: Nordwestdeutsche Kieferklinik 1944-1957

##### 9.1.1.3 Universitäts-Krankenhaus Eppendorf

###### 9.1.1.3.1 Personalabteilung (UKE-Personalakte Karl Schuchardt)

Personalakte Karl Schuchardt, Kellernummer 22175:  
 „Freie und Hansestadt Hamburg, Schulbehörde, Hochschulabteilung,  
 Personalakte Karl Schuchardt“; darin befindet sich auch die „Universität Hamburg Akte,  
 Personalakte Dozenten, Schuchardt, Karl, Dr. med., Dr. med. dent., o. Prof. ab 1.4.1946“,  
 Band I-II, 05-40.40 I-II,

###### 9.1.1.3.2 Promotions- und Habilitationsabteilung (UKE-Promotionskartei, UKE-Habilitationsakten)

Promotionskartei  
 Habilitationsakten von Günther Ahrens, Ulrich Berger, Wolfgang Götze, Horst Günther, Adolf  
 Kröncke, Eberhard Krüger, Jürgen Lentrodt, Hans Georg Luhr, Hans-Jürgen Metz, Rudolf Naujoks,  
 Gerhard Pfeifer, Alfred Rehrmann, Horst Ritze, Bernhard Rottke, Friedrich Schröder, Bernhard Spiessl

###### 9.1.1.3.3 Historisches Archiv des UKE im Institut für Geschichte der Medizin der Universität Hamburg (UKE-Historisches Archiv)

Bublitz, Klenke: Karl Schuchardt: Hamburger Abendbl. 1985  
 Hölzer, Karl Heinz, Peter Fischer-Appelt: Karl Albert Schuchardt. Hamburger Abendbl. 1985  
 Hölzer, Karl Heinz: Einladung zu einer Gedenkfeier für den am 5. April 1985 verstorbenen  
 Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. hc. Karl Albert Schuchardt. 1.8. 1985  
 Pfeifer, Gerhard: Einladung zur Tagung der nordwestdeutschen Mund- Kiefer-Gesichtschirurgen  
 anlässlich des 80. Geburtstags von Herrn Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. hc.  
 Karl Schuchardt. am 8.1.1982 im UKE  
 Schuchardt, Eva: Karl Albert Schuchardt. Hamburger Abendbl. 1985

#### 9.1.1.4 Hamburgisches Architekturarchiv Hamburg

Nachlaß Paul Seitz:  
 PS, Gut 0007  
 PS, Phot 0009  
 PS, BLP 0024

#### 9.1.1.5 Universitätsarchiv der Humboldt-Universität zu Berlin

Universitätskurator Sch 260, Bd. I-II

#### 9.1.1.6 Universitätsarchiv Freiburg i. Br.

A 66 Nr. 14 Immatrikulationsbuch 1921  
 A 66 Nr. 15 Immatrikulationsbuch 1923  
 B 17 Nr. 72 Akademische Quästur 1921/22  
 B 24 Nr. 52 Personalakte Hans Anders  
 B 44 Nr. 108 Exmatrikulationsbuch Med. 23 (1923)  
 B 44 Nr. 109 Exmatrikulationsbuch Med. 24 (1924)  
 B 44 Nr. 162 Exmatrikulationsbuch Phil. 24 (1924)  
 B 54 Nr. 71 Promotionsakten Wintersemester 1927/28  
 Inventar-Nr. 1960/15 Verzeichnis der Studierenden der Universität Freiburg im Breisgau (Adressbücher) Sommersemester 1922 - Wintersemester 1924/25. Freiburg i. Br. 1924

#### 9.1.1.7 Kirchenbucharchiv Itzehoe

Dublikat des Taufregisters für den St.-Laurentii-Pfarrbezirk Itzehoe 1901/1902.

#### 9.1.1.8 Schularchiv der Kaiser-Karl-Schule Itzehoe

Konferenzprotokolle 1909-1920  
 Personalakte Karl Bröker

#### 9.1.2 Briefe

Briefe Schuchardts an Walter Hoffmann-Axthelm, 2.10.1943, 6.1.1944, im Besitz von Walter Hoffmann-Axthelm in Perleberg  
 Brief von Georg Axhausens an Schuchardt, 15.2.1956, im Besitz von Carola Gouse  
 Brief von Inge Frieß an Gunnar Riemer, 1997, in meinem Besitz  
 Brief der Priorin Sr. Eoliba Greinemann des Klosters St. Lioba in Freiburg i. B., 5.3.1998, in meinem Besitz  
 Brief des Schulleiters Krause der Sophie-Charlotte-Oberschule in Berlin, in meinem Besitz (ehemaliges Fürstin Bismarck Lyzeum), 5.3.1998, in meinem Besitz  
 Brief des Sohnes Andrew Schuchardt, 26.9.1998, in meinem Besitz  
 Brief von Carola Gouse an Walter Hoffmann-Axthelm, 3.7.1998, Kopie in meinem Besitz  
 Brief von Susanne Klingeberg, geb. Hablik, 18.3.1998, in meinem Besitz

#### 9.1.3 Nachlässe von Karl Schuchardt

##### 9.1.3.1 Nachlaß bei seiner Tochter Carola Gouse, geb. Schuchardt, in Sunapee USA und in Hamburg (Nachlaß Schuchardts bei Gouse)

Kirchenpaß  
 Personalausweis  
 Zeitungsausschnitt einer Japanischen Zeitschrift, in der Schuchardts Ausweis für den 1961 gegründeten Schuchardt-Club in Japan abgebildet ist  
 Aquarell „Blick von Morsum (Sylt) nach Mordea“, gemalt von Karl Schuchardt  
 Fotografie Schuchardts als II. Schiffsarzt auf dem HAPAG-Schiff Deutschland 1938  
 Fotografie Eva Schuchardts und der Kinder Carola und Andreas 1939  
 Fotografie Schuchardts in Wehrmachtuniform 1939  
 Fotografie Schuchardts um 1950  
 Fotografie Eva Schuchardts um 1952  
 Fotografie Schuchardts als Dekan 1953  
 Fotoalbum der Japanreise 1961

Fotografien der Japanreise Schuchardts 1972  
 Fotografien der Japanreise Schuchardts 1978  
 Fotografie des Ehepaars Karl und Eva Schuchardts aufgenommen von 1985  
 Fotografie von Martin Waßmund  
 Fotografie von Georg Axhausen  
 Offsetdruck des Wellingsbüttler Hauses  
 Medaillen

**9.1.3.2 Nachlaß bei seinem Neffen Dr. Max Krohn in Itzehoe  
 (Nachlaß Schuchardts bei Krohn)**

Kopie des Reifezeugnisses von Karl Schuchardt, 1921  
 Kopie der Beurteilung für Karl Schuchardt zur Zulassung für die Reifeprüfung  
 Tisch entworfen von Karl Schuchardt  
 Fotografie Schuchardts beim Segeln in den 1930er Jahren

**9.1.3.3 Nachlaß bei A. Schröder, Luisenstr. 7, 24534 Neumünster  
 (Nachlaß Schuchardts bei Schröder)**

Heizkörperverkleidung entworfen von Schuchardt und Wenzel Hablik

**9.1.4 Andere Nachlässe**

**8.1.4.1 Nachlaß von Eva Schuchardt bei Carola Gouse, geb. Schuchardt,  
 in Sunapee USA und in Hamburg (Nachlaß Eva Schuchardts bei Gouse)**

Fotografie der Schulklasse Eva Schuchardts 1919  
 Fotografie Eva Schuchardts mit Freundin vor dem Westend-Krankenhaus 1927  
 Fotografie von Hans Anders mit einer Karikatur von Anders auf der Rückseite  
 Fotografie von Eva Schuchardt in der Pathologie des Rudolf-Virchow-Krankenhauses 1929

**9.1.4.2 Nachlaß von Albert Schuchardt und Margarete Schuchardt, geb. Tang  
 bei Max Krohn in Itzehoe  
 (Nachlaß Albert und Margarete Schuchardts bei Krohn)**

Kopien von Zeitungsinseraten Albert Schuchardts im Norddeutschen Kurier vom 3.1.1902 und 2.9.1902 sowie in den Itzehoer Nachrichten vom 31.1.1902 und 28.6.1904.  
 Fotografie des Elternhauses von Theresa Schuchardt  
 Fotografie der Straße Sandberg in Itzehoe mit dem Frisörgeschäft Albert Schuchardts  
 Auszug vom Katasteramt Itzehoe, Haus Viktoriastr. 19 betreffend  
 Fotografie der Familie Schuchardt 1912  
 Fotografie von Karl Schuchardt 1902

**9.1.4.3 Nachlaß von Wenzel Hablik und Elisabeth Hablik-Lindemann  
 bei Susanne Klingeberg in Itzehoe  
 (Nachlaß Wenzel und Elisabeth Habliks bei Klingeberg)**

Fotografie von Wenzel Hablik und Elisabeth Hablik-Lindemann in den 1920er Jahren

**9.1.4.4 Nachlaß von Karl Bröker bei Reschke in Itzehoe  
 (Nachlaß Brökers bei Reschke)**

„Lebenslauf als Kunstmaler“ aus dem Jahr 1971, (unveröffentlichtes Manuskript), erhalten über Friese, Leiter des Schularchivs der Kaiser-Karl-Schule in Itzehoe

## 9.2 **Gedruckte Quellen und Literatur**

- Adreß-Buch der Stadt Itzehoe-Sude 1912. Verlag des Norddeutschen Kurier Itzehoe 1912
- Adloff, Paul: Prof. Dr. Eduard Precht = . Zahnärztl Mitt 29 (1938) 892
- Ahrens, Günther: siehe 7.
- Akademischer Seglerverein in Kiel (Hrsg.): 50 Jahre Akademischer Seglerverein in Kiel 1910-1960. Kiel 1960
- Akademischer Seglerverein in Kiel: Kieler Seglerleben. Hochschulblätter für Leibesübungen 4 (1925) 262-265
- Althoff, Uta: Die Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Med. Diss. Düsseldorf 1971
- Architekten- und Ingenieurverein Berlin (Hrsg.): Berlin und seine Bauten, Teil 5, Band C: Schulen. Berlin 1991
- Axhausen, Georg (Hrsg.): Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie. Dtsch Kieferchir 7 (1940) 321-343 (Sonderreihe der Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd)
- Badische Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.: Ankündigung der Vorlesungen der Badische Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. für das Sommersemester 1922, Freiburg i. Br. 1922
- Bajohr, Frank: Hamburg der Zerfall einer „Volksgemeinschaft“. In: Ulrich, Herbert. Kriegsende in Europa. Hamburg 1998, S. 318-336.
- Bally, Bernd: siehe 7.
- Bannwart, Frank: Hugo Ganzer. Zahnarzt und militärischer Kieferchirurg. Med. Diss. Zürich 1994
- Bauer, H. K. et al. (Hrsg.): 77. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Langenbecks Arch Chir 298 (1961)
- Bauer, Renate: Die Bedeutung Georg Axhausens für die Entwicklung der Kieferchirurgie. Med. Diss. Berlin 1967
- Baumann, Barbara: Zur Gründung und Entwicklung der Kieferklinik der Charité. Med. Diss. Berlin 1986
- Beken, Frank W., Alfred K. Beken, Kenneth J. Beken, Philip Y. Fricker: Die schönsten Luxusliner. Edition Maritim Hongkong 1995
- Bertzbach, Peter: siehe 7.
- Bierich, Jürgen R.: Erinnerungen an Rudolf Degkwitz (1889-1973). In: Weisser: Hundert Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 1889-1989. Attempto Tübingen 1989, S. 472-474.
- Biografisches Bulletin der Schweiz 1903. (Schweizer Landesbibliothek Hrsg.) Bd. 3, A. Benteli Bern 1903
- Blankenstein, Christine: Zur Geschichte der plastischen Deckung des Lippendefektes. Med. Diss. Kiel 1998
- Bleker, Johanna, Norbert Jachertz (Hrsg.): Medizin im „Dritten Reich“. 2. Aufl. Dt. Ärzte Verlag Köln 1993
- Blum, Heinrich: Zum Geleit. [Betrifft das Zahnärztliche Universitätsinstitut Hamburg] Zahnärztl Rsch 62 (1953) 401
- Booth, Peter Ward, Schedel A. Stephen, Jarg-Erich Hausamen (Hrsg.): Maxillofacial Surgery. Vol 1 Churchill Livingstone Edinburgh usw. 1999
- Borgmann, Michael: siehe 7.
- Bornemann, Gerhard: siehe 7.
- Bracker, Jörgen (Hrsg.): Hamburgs Weg in den Feuersturm. Memo Heft 1 (1993) 118-128

- Brinkmann, Egon: siehe 7.
- Bublitz, K. A.: siehe 8.
- Buchholz, Ilse: siehe 7.
- Bürkle de la Camp, Heinz: Eröffnungsansprache zur 3. Tagung der Deutschen Gesellschaft für plastische und Wiederherstellungs-Chirurgie. *Chirurgia Plastica et Reconstructiva* 1 (1965) 1-3
- Bürkle de la Camp, Heinz, Karl Schuchardt (Hrsg.): siehe 6.1.4.2
- Burian, František: *Chirurgie der Lippen- und Gaumenspalten*. Volk und Gesundheit Berlin 1963
- Busche, Otto: siehe 7.
- Bussche, Hendrik van den [Hrsg.]: *Medizinische Wissenschaft im „Dritten Reich“*. Hamburger Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte Bd. 5. Reimer Berlin Hamburg 1989 [a]
- Bussche, Hendrik van den: *Vergessene Eppendorfer Forschungstraditionen*. In: Weisser, Ursula (Hrsg.): *100 Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf*. Attempo Tübingen 1989, S. 367-373 [b]
- Bussche, Hendrik van den, Christoph Mai, Friedemann Pfäfflin: *Kontinuität, Anpassung und Opposition: die Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“*. In: Weisser, Ursula (Hrsg.): *100 Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf*. Attempo Tübingen 1989, S. 202-231
- Büttner, Lothar: *Walter Hoffmann-Axthelm, Kieferchirurg und Medizinhistoriker*. Med. dent. Diss. Berlin 1990
- Calais: Prof. Hans Pflüger - ein hochverdienter Kollege. *Zahnärztl Mitt* 48 (1960) 479
- Chirurgenverzeichnis. Hübner, H. (Hrsg.), 4. Aufl. Springer Berlin usw. 1958
- Chirurgenverzeichnis. Bürkle de la Camp, H. (Hrsg.), 5. Aufl. Springer Berlin usw. 1969
- Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: *Amtliches Personal-Verzeichnis der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel Winterhalbjahr 1922/23*. Kiel 1922
- Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: *Personal-Verzeichnis für das Sommersemester 1923 und Vorlesungsverzeichnis für das Wintersemester 1923/24*. Kiel 1923. [a]
- Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: *Personal-Verzeichnis für das Wintersemester 1923/24 und Vorlesungsverzeichnis für das Sommersemester 1924*. Kiel 1923. [b]
- Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: *Vorlesungs-Verzeichnis für das Sommersemester 1924*. Kiel 1924. [a]
- Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: *Personal-Verzeichnis für das Sommersemester 1924 und Vorlesungsverzeichnis für das Wintersemester 1924/25*. Kiel 1924. [b]
- Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: *Personal-Verzeichnis für das Sommersemester 1927 und Vorlesungsverzeichnis für das Wintersemester 1927/28*. Kiel 1927
- Dalida, Solveig: *Die Geschichte der Paradontologie unter besonderer Berücksichtigung chirurgischer Therapieformen*. Med. dent. Diss. Rostock 1993
- Dencks, Gustav, Willi Gutjahr: *Fünfundzwanzig Jahre Krankenhaus Neukölln*. *Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen* 31 (1935) 9-11
- Derra, Ernst, Paul Huber, Walter Schmitt (Hrsg.): *Bier-Braun-Kümmell. Chirurgische Operationslehre*. 8. Aufl. Bd. 2. Teil 2 Barth Leipzig 1981
- Deutscher Chirurgenkalender. Borchert, August, Walter von Brunn (Hrsg.) 1. Aufl. Barth Leipzig 1920
- Deutscher Chirurgenkalender. Borchert, August, Walter von Brunn (Hrsg.) 2. Aufl. Barth Leipzig 1926

- Deutsches Zahnärzte-Buch. Bejach, Hans Egon (Hrsg.) 17. Aufl. Berlinische Verlagsanstalt Berlin 1932/33  
 Deutsches Zahnärzte-Buch. Heinrich, Erich, Eugen Ottow (Hrsg.) 19. Aufl. Berlinische Verlagsanstalt Berlin 1938
- Deutsches Zahnärzte-Buch. Heinrich, Erich, Eugen Ottow (Hrsg.) 20. Aufl. Berlinische Verlagsanstalt Berlin 1941
- Dieck, Wilhelm: Das zahnärztliche Institut der Universität Berlin im Rahmen der Entwicklung der Zahnheilkunde als Universitätslehrfach. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 1 (1934) VII-XXIV
- Dietrich, Wolfhans: siehe 7.
- Dischinger, Jutta: siehe 7.
- Doegel, Hans-Joachim: Franz Ernst, seine Bedeutung für die Kieferchirurgie. Zahnmed. Diss. Berlin 1979
- Drosos, Eleutherios: siehe 7.
- Dymke, Anka: Nachuntersuchung zur Langzeitstabilität der operativen Korrektur des frontal offenen Bisses durch die Oberkiefersegmentosteotomie nach Schuchardt. Med. Diss. Tübingen 1997
- Eckstein, Alois, Karl Schuchardt: siehe 6.1.3
- Eckstein, Alois: Lageanomalien oberer Milchzahnkeime bei Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten und ihre Bedeutung für die Kieferentwicklung und den Operationstermin. Fortschr Kiefer Gesicht 4 (1958) 140-144
- Eckstein, Alois: Rückblick auf das 1. Internationale Hamburger Symposium über Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 1954. In: Pfeifer, Gerhard: Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Thieme Stuttgart New York 1982, S. 4-9
- Engel, Brigitta: Die historische Entwicklung der kieferorthopädischen Chirurgie. Med. Diss. Giessen 1993
- Eschler, Josef: Karl Häupl. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 17 (1953) 347-349
- Ehrich, Karin: Die Entwicklung des höheren Mädchenschulwesens im 19. Jahrhundert. In: Kleinau, Elke, Claudia Opitz: Geschichte der Mädchen- und Frauenbildung. Bd. 2. Campus Frankfurt a. M. 1996, S. 129-148
- Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Studien zur Medizingeschichte der neunzehnten Jahrhunderts Bd. 4. Enke Stuttgart 1970, S. 397-420
- Fanelli, Giovanni, Enzo Gondoli, Franco Bevilacqua: Wenzel Hablik. Expressionismus und Utopie. Centro Di Firenze 1989
- Feifel, Hartmut: Spätergebnisse nach primärer Osteoplastik bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten unter Berücksichtigung der Oberkieferentwicklung. Med. Diss. Tübingen 1986
- Fischer, Nikolai: Die Zahnheilkunde in Hamburg im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Med. dent. Diss. Hamburg 1980
- Fittkau, Rautgundis: siehe 7.
- Flosbach, H. H.: Zahnärztliche Versorgung der Deutschen Wehrmacht im 2. Weltkrieg. Med. dent. Diss. Düsseldorf 1962
- Francksen, Ummo: siehe 7.
- Franken, Ulrich: Ausbildungsmethoden für Zahnärzte und Dentisten in Deutschland und Österreich (1800-1925). Med. dent. Diss. Köln 1977
- Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow (Hrsg.): Dienstbare Medizin. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 1992
- Fries, Helmut: Das „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde“ in der Bundesrepublik Deutschland vom 31. März 1952. Eine rechtlich-geschichtliche Untersuchung seiner Entwicklung. Med. dent. Diss. Marburg 1954

- Fröhlich, Eugen: Martin Waßmund zum Gedächtnis. Dtsch Zahnärztl Z 11 (1956) 481-484
- Fromm, Ernst: siehe 8.
- Fuchs-Belhamri, Elisabeth: Das neue Paradies. Blätter für Besucher, Wenzel-Hablik-Museum Itzehoe, Schau-  
sammlung (undatiert)
- Fuchs-Belhamri, Elisabeth: Utopie und Design. Blätter für Besucher, Wenzel-Hablik-Museum Itzehoe, Schau-  
sammlung (undatiert)
- Ganzer, Hugo: Die Kriegsverletzungen des Gesichts und des Gesichtsschädels und die plastischen Operatio-  
nen zum Ersatz der verlorengegangenen Weichteile. Barth Leipzig 1943.
- Gehrke, Gerd: Die operative Korrektur des offenen Bisses durch Blockosteomie im Oberkieferseitenzahn-  
gebiet nach Schuchardt. Med. dent. Diss. Tübingen 1983
- Geisenhainer, Redmer: siehe 7.
- Gesamtverzeichnis des deutschsprachigen Schrifttums 1700-1910. Bd. 6 (Bearb. Peter Geils, Willi Grozny)  
K. G. Saur München usw. 1979
- Gesamtverzeichnis des deutschsprachigen Schrifttums 1700-1910. Bd. 33 (Bearb. Hilmar Schmuck,  
Willi Grozny) K. G. Saur München usw. 1981
- Gesamtverzeichnis des deutschsprachigen Schrifttums 1700-1910. Bd. 118 (Bearb. Hilmar Schmuck,  
Willi Grozny) K. G. Saur München usw. 1984
- Gesamtverzeichnis des deutschsprachigen Schrifttums 1911-1965. Bd. 141 (Hrsg. Reinhardt Oberschlep)  
K. G. Saur München usw. 1981
- Goedecke, Charlotte: Die Geschichte der plastisch rekonstruktiven Chirurgie von erworbenen  
Ohrmuscheldefekten. Med. Diss. Lübeck 1995
- Goerig, Michael: Äther, Lachgas, Kokain. Die Geschichte der Anästhesie ist auch mit dem UKE verknüpft.  
UKE Z 3 (1999) 1-3
- Gohrbandt, Erwin: Georg Axhausen zum 75. Geburtstag. Zentralbl Chir 77 (1952) 433-434
- Grammont Verlag (Hrsg.): Arte. Die Kunstgeschichte der Welt. Bd. 2. Grammont Lausanne 1972
- Grammont Verlag (Hrsg.): Arte. Die Kunstgeschichte der Welt. Bd. 12. Grammont Lausanne 1979
- Groß, Dominik: Die schwierige Professionalisierung der Deutschen Zahnärzteschaft 1867-1919. Europäische  
Hochschulschriften, Reihe III, Bd. 609. Lang Berlin usw. 1994, zugl. Diss. Saarbrücken 1993
- Groß, Dominik: Der Kampf der deutschen Zahnärzte um die Kassenzulassung. Zahnärztl Mitt 87 (1997)  
2516-2526
- Groß, Dominik: Die Einführung des „Dr. med. dent.“ in Deutschland. Zahnärztl Mitt 89 (1999) 1128-1132
- Günther, Horst et al.: siehe 6.1.3
- Guggenbichler, Norbert: Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz. Mabuse Frankfurt 1988
- Guhl, Dietrich: siehe 7.
- Häntsch, Ulrich: Eppendorf in Porträts und Zahlen. In: Weisser: Hundert Jahre Universitäts-Krankenhaus  
Eppendorf 1889-1989. Attempto Tübingen 1989, S. 536-596.
- Häussermann, Ekkhard: Zahnärzte zwischen 1933 und 1945 (1-7). Zahnärztl Mitt 86 (1996) 1076-1081,  
1202-1207, 1326-1327, 1848-1852, 1970-1974, 2113-2118, 2403-2411
- Häussermann, Ekkard: Erwin Reichenbach - ein Forscher zwischen vielen Kräften. Zahnärztl Mitt 87 (1997)  
872-877

- Hamburgs Weg zum Reich und in die Welt. (Urkunden zur 750-Jahrfeier des Hamburger Hafens)  
Hamburg 1939
- Hammer, Heinrich: Professor Dr. Georg Axhausen zum 75. Geburtstag. Dtsch Zahnärztl Z 7 (1952) 297-301
- Handbuch der deutschen Wissenschaft. Biographisches Verzeichnis. Bd. 2. Berlin 1949
- Harndt, Ewaldt: Professor Dr. med. Georg Axhausen siebzig Jahre. Dtsch Zahnärztl Z 2 (1947) 130-131
- Hars, Erik: siehe 7.
- Hartlmaier: Er wies unvergängliche Wege. Prof. Guido Fischer = . Zahnärztl Mitt 48 (1960) S. 49
- Handschug, Werner, Ingeborg Handschug: Die Bedeutung Georg Axhausens für die Entwicklung der Kieferchirurgie in Deutschland. Med. Diss. Berlin 1981
- Hausser, Erich: Die Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Hamburg. In: Deutscher Zahnärztekalendar. Hanser München 1982, S. 153-161
- Hausser, Erich, Bernhard Rottke: Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. In: Weisser, Ursula (Hrsg.): Hundert Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 1889-1989. Attempto, Tübingen 1989, S. 314-320
- Heberer, Georg, Wolfgang Köle, Harald Tscherne (Hrsg.): Chirurgie und angrenzende Gebiete. 6. Aufl. Springer Berlin usw. 1993
- Heimatverband für den Kreis Steinburg e. V.: Itzehoe, Wege in die Stadt. Itzehoe 1988
- Hempel, Arnulf: siehe 7.
- Herforth, Dietmar: siehe 7.
- Hieber, Peter: siehe 7.
- Hilbert, Antje: siehe 7.
- Hille, Wiltrut: siehe auch 7.
- Hilgenberg, Hans-Georg: Die Bedeutung Martin Waßmunds für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere für die Entwicklung der Kieferchirurgie. Med. Diss. Berlin 1970
- Hinck, Bernhard: siehe 7.
- Hochreiter, F.: siehe 8.
- Hölzer, Karl Heinz, Peter Fischer-Appelt: siehe 8.
- Höroldt, Barbara: Die Geschichte des Städtischen Krankenhauses Kiel. Med. Diss Kiel 1997
- Hoffens, Edmundo Villagrán: siehe 7.
- Hoffmann, Gerhard: siehe 7.
- Hoffmann-Axthelm, Walter: In memoriam Hugo Ganzer. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 33 (1960) 176a-b [a]
- Hoffmann-Axthelm, Walter: 75 Jahre Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie in Berlin. Zahnärztl Mitt 48 (1960) 54-58 [b]
- Hoffmann-Axthelm, Walter: Die geschichtliche Entwicklung der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Fortschr Kiefer Gesichtschir 21 (1976) 1-8
- Hoffmann-Axthelm, Walter: Die Rundstiellappenplastik einst und jetzt. In: Pfeifer, Gerhard: Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, S. 9-14
- Hoffmann-Axthelm, Walter: Zahnheilkunde wurde vor 100 Jahren zum Universitätsfach. Zahnärztl Mitt 74 (1984) 2730-2741

- Hoffmann-Axthelm, Walter: Die Geschichte der Zahnheilkunde. 2. Aufl. Quintessenz Berlin usw. 1985
- Hoffmann-Axthelm, Walter: Chronik zwischen Ost und West. Freiburg i. B. 1990 (unveröffentlichtes Manuskript)
- Hoffmann-Axthelm, Walter (Hrsg.): Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Quintessenz Berlin usw. 1995
- Hoffmann-Axthelm, Walter: Mund- und Kieferchirurgie. In: Ders. (Hrsg.): Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Quintessenz Berlin usw. 1995, S. 81-120
- Hoffmann-Axthelm, Walter: Chirurgie der Zahnstellungen und Kieferanomalien. In: Ders. (Hrsg.): Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Quintessenz Berlin usw. 1995, S. 121-144
- Hoffmann-Axthelm, Walter: Frakturbehandlung im Kiefer-Gesichtsbereich. In: Ders. (Hrsg.): Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Quintessenz Berlin usw. 1995, S. 145-168
- Holl, Jürgen: siehe 7.
- Holstein, Adolf Friedrich, Gesa Gatermann, Klaus Pinker: Luft - Licht - Raum für Krankenversorgung, Forschung und Lehre. In: Weisser, Ursula: Hundert Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 1889-1989. Attempto Tübingen 1989, S. 162-201
- Horch, Hans Henning (Hrsg.): Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Praxis der Zahnheilkunde. 2. Aufl. Bd. 10 Urban & Schwarzenberg München usw. 1991
- Hotz, Rudolf (Hrsg.): Early Treatment of Cleft Lip and Palate. Hans Huber Publishers Berne Stuttgart 1965
- Hüneke, Bernd: Frauenklinik. In: Weisser, Ursula: Hundert Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 1889-1989. Attempto Tübingen 1989, S. 149-255
- Hundertzehn Jahre Zahnärztliches Institut Berlin: 1884-1994. Festschrift. Quintessenz Berlin 1994
- Ipsen, H.: Zur neuen Organisation der hamburgischen Verwaltung. Hanseatische Rechts- und Gerichtszeitschrift A (1936) 401
- Itzehoe (Hrsg.). Geschichte einer Stadt in Schleswig-Holstein. Christians Hamburg 1991
- Jähnert, Horst: Künstlergruppe Brücke. 3. Aufl. Henschelverlag Berlin 1988
- Jahnke, Helga: siehe 7.
- Jansen, Gisela: siehe 7.
- Jansen, Susanne: siehe 7.
- Jordan, Karl: Christian-Albrechts-Universität Kiel 1665-1965. Wachholtz Neumünster 1965 Z 2 (1956) 57-58.
- Jungkamp, Paul: siehe 7.
- Kaiser, Hans-Günter: siehe 7.
- Kark, Ulrich: siehe 7.
- Keck, Ernst W.: Kinderklinik. In: Weisser: Hundert Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 1889-1989. Attempto Tübingen 1989, S. 267-273
- Keffer, Bärbel: Geschichte des Zahnärztlichen Universitätsinstituts in Freiburg. Med. Diss. Freiburg i.Br. 1968
- Kemmler, Edelgard: Die Geschichte der Rundstiellmethode. Med. Diss. Leipzig 1963
- Kirschner, H. et al.: siehe 6.1.3
- Kirsten, K.: siehe 8.

- Kleinert, Ulrike: Radium-Jubel und Röntgen-Wertheim. Frankfurter Beiträge zur Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin Bd. 8. Oms Weidmann Verlag der Siemens AG Hildesheim 1988
- Knott, W.: siehe 8.
- Köhn, Michael: Zahnärzte 1933-1945. Berufsverbot, Emigration, Verfolgung. Edition Hentrich, Berlin 1994, zugl. Med. Diss. Berlin Freie Universität 1994
- Körper, Erich, Jerome Rotgans, Rainer Schmelzle, Norbert Schwenzer (Hrsg.): Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten für Mediziner. Thieme Stuttgart 1994
- Kogge, Dorothea: Zur geschichtlichen Entwicklung der Behandlungsmaßnahmen bei Lippen- Kiefer-Gaumenspalten. Med. Diss. Bonn 1981
- Koll, Hanshugo: siehe 7.
- Koob, geb. Claußen, Marga: siehe 7.
- Korkhaus, Gustav: Guido Fischer 75 Jahre. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd. 17 (1952) 96a-b
- Koyro, Sigrid: siehe 7.
- Kracke, Heinz: Die Geschichte der Promotion zum Dr. med. dent. unter besonderer Berücksichtigung der Universität Kiel. Med. Diss. Kiel 1966
- Krohn, Max: siehe 7.
- Krohn, Max: siehe 8.
- Krüger, Eberhardt: siehe 7.
- Krüger, Eberhardt: Die Knorpeltransplantation. Experimentelle Grundlagen und klinische Anwendung in der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Med. Habil. Schr. Hamburg 1962
- Krüger, Eberhardt: Lehrbuch der chirurgischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Bd. 1-2. 8. Aufl. Quintessenz Berlin usw. 1993
- Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1931. 4. Aufl. De Gruyter Berlin Köln 1931
- Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1950. 8. Aufl. De Gruyter Berlin 1950
- Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1954. 8. Aufl. De Gruyter Berlin 1954
- Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1961. 9. Aufl. De Gruyter Berlin 1961
- Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1970. 11. Aufl. De Gruyter Berlin usw. 1983
- Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1980. 13. Aufl. De Gruyter Berlin usw. 1983
- Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1983. 14. Aufl. De Gruyter Berlin usw. 1983
- Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1987. 15. Aufl. De Gruyter Berlin usw. 1983
- Kuhn, Eberhard: Die Geschichte der Vereinheitlichung der Berufsgruppen der Zahnärzte und Dentisten. Med. Diss. Hamburg 1954 (Mscr.)
- Kunze, Klaus: Sprechen und Sprache. In: Kunze Klaus (Hrsg.): Lehrbuch der Neurologie. Thieme Stuttgart New York 1992
- Lamcke, Inken: Die historische Entwicklung der sprachverbessernden Maßnahmen durch Obturatoren und Operationen bei Gaumenspalten. Med. Diss. Kiel 1996
- Lentrodt, Jürgen: Tierexperimentelle Untersuchungen zur gestielten Fettgewebstransplantation. Med. Habil. Schr. Hamburg 1967

- Lentrodt, Jürgen: Biologische Grundlagen der Rundstiellappenplastik. In: Pfeifer, Gerhard: Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982
- Lentze, Friedrich et al.: siehe 6.1.3
- Lepsien, Katharina, Wolfgang Lange: Verfolgung, Emigration und Ermordung jüdischer Ärzte. In: Friedrich, Hannes, Wolfgang Matzow: Dienstbare Medizin. Vandenhoeck und Ruprecht Göttingen 1992, S. 32-43
- Lieb, Gerda: siehe 7.
- Liebig, Berthold Josef: Die schräge Osteotomie nach Schuchardt-Perthes in Hinblick auf Nervschädigung. Med. Diss. Tübingen 1986
- Litta, Thore: siehe 7.
- Lichtwark Stiftung Hamburg (Hrsg.): Wenzel A. Hablik Gedächtnisausstellung Hamburg 1948. Landwirtschaftliche Druckerei und Verlagsanstalt Itzehoe 1947
- Löhr, Hanns: Die Medizinische Fakultät. In: Ritterbusch, Paul, Hans Löhr, Otto Hoffmann: Festschrift zum 275jährigen Bestehen der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Hirzel Leipzig 1940, S. 165-215
- Ludwig-Maximilians-Universität München: Personalstand der Ludwigs-Maximilians-Universität München. Winterhalbjahr 1923/24 - Winterhalbjahr 1927/28. Universitäts-buchdruckerei München 1923-1927
- Ludwig-Maximilians-Universität München 1472-1972. Geschichte, Gegenwart, Ausblick. Süddeutscher Verlag München 1972
- Lunze, Hans: Die Kieferchirurgische Abteilung. In: Verwaltung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (Hrsg.): 50 Jahre Rudolf-Virchow-Krankenhaus. Berlin 1956, S. 51-54
- Märker, Heinz: Die Berufsausbildung der Dentisten. Med. dent. Diss. Leipzig 1959
- Maerker, Reinhard: Differentialindikation von Spalthaut und Vollhauttransplantaten. In: Pfeifer, Gerhard: Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982
- Maier, Tobias: Die Geschichte der Kieferchirurgie an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München. Med. Diss. München 1994
- Mair, Barbara: Die Entwicklung des Standes der Dentisten unter Berücksichtigung des Dualismus zwischen Zahnärzten und Dentisten bzw. deren Vorläufer. Zahnmed. Diss. München 1987
- Maretzky, Kurt: Professor Dr. med. Georg Axhausen 75 Jahre. Zahnärztl Mitt 40 (1952) 170
- Maretzky, Kurt, Robert Venter: Geschichte des Deutschen Zahnärztestandes. Bundesverband der Deutschen Zahnärzte Köln 1974
- Mayer, Suse-Marie: Professor Dr. med. dent. h.c. Christian Bruhn und die Begründung der Westdeutschen Kieferklinik. Med. dent. Diss. Düsseldorf 1967
- Menden, Hans Peter: siehe 7.
- Metz, Hans-Jürgen: Seminar der kieferorthopädischen Chirurgie. Fortbildungsveranstaltung der Zahnärztekammer Hamburg am 24.11.1995 (unveröffentlicht)
- Meves, Dorothee: siehe 7.
- Meyer, Horst: siehe 7.
- Meyer, Michael: siehe 7.
- Meyer, Wilhelm (Hrsg.): Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Ein Handbuch für die Zahnärztliche Praxis. Bd. 1 Urban & Schwarzenberg München Berlin 1957
- Meyer-Bomke, Karin: siehe 7.

- Meyn, Boris: Der Architekt und Städteplaner Paul Seitz. Verlag Verein für Hamburgische Geschichte Hamburg 1996
- Mitteilungen und Hochschulnachrichten. Dtsch zahnärztl Wschr 42 (1939) 452
- Mitteilungen und Hochschulnachrichten. Dtsch zahnärztl Wschr 44 (1941) 214
- Mrzilek, M., M. Dehen: Vergleichende Darstellung verschiedener Schnittführungen für die Wurzelspitzenresektion. Zahnärztl Praxis 3 (1991) 78-81
- Müller, Burkhard Georg Christoph: Wolfgang Rosenthal (1882-1971). Leben und Wiken unter besonderer Berücksichtigung der Jahre 1930 bis 1960. Med. Diss. Gießen 1992
- Müller, Erich: siehe 8.
- Müller, Ursula: siehe 7.
- Müller, Wilhelm-Christian: siehe 7.
- Münzenberg, Christel: siehe 7.
- Muissus, Günther: siehe 7.
- Naujoks, Rudolf: siehe 8.
- Neues Fischer Lexikon in Farbe. Fischer Frankfurt a. M. 1979
- Neumann, Hans-Joachim: Plastische und rekonstruktive Gesichtschirurgie.  
In: Hoffmann-Axthelm, Walter (Hrsg.): Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Quintessenz Berlin usw. 1995, S. 223-276.
- Oberhäuser et al.: siehe 6.1.3
- Osborn, J.-F.: siehe 8.
- Outzen, Christian: siehe 7.
- Padel, Ekkehard: Albin Hentze (1871-1984). Der erste Ordinarius für Zahnheilkunde an der Universität Kiel. Med. dent. Diss. Kiel 1974
- Pangert, Jürgen: siehe 7.
- Pearle, Kathleen M.: Ärzteemigration nach 1933 in die USA: Der Fall New York. Medizinhistorisches Journal 19 (1984) 112-137
- Peglow, Wilhelm: siehe 7.
- Peters, Uwe Hendrik: Wörterbuch der Psychiatrie und der medizinischen Psychologie. 4. Aufl. Urban & Schwarzenberg München usw. 1990
- Pfeifer, Gerhard 1959: siehe 7.
- Pfeifer, Gerhard et al. 1963, 1981: siehe 6.1
- Pfeifer, Gerhard: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Jahre 1975.  
Fortschr Kiefer Gesichtschir 21 (1976) 8-10
- Pfeifer, Gerhard, Wolfgang Pirsig, Johannes Wulff, Henning Wulff: Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Ernst Reinhardt München 1981
- Pfeifer, Gerhard: Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982 [a]
- Pfeifer, Gerhard: Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Thieme Stuttgart New York 1982 [b]

Pfeifer, Gerhard, Norbert Schwenzer (Hrsg.): Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. 27, Thieme Stuttgart 1982

Pfeifer, Gerhard: siehe 8.

Pfeifer, Gerhard: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie von 1945 bis 1995. In: Hoffmann-Axthelm, Walter: Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Quintessenz Berlin usw. 1995, S. 277-331

Platzer, Ursula: Günther Ahrens. Uni HH 30 Nr. 3 (1999) 50

Pohle, Günther: siehe 7.

Prion, Hilmar: Die Entwicklung der Zahnheilkunde in Schleswig-Holstein. Med. dent. Diss. Kiel 1951

Prochno, Thilo: Die Geschichte der plastisch-rekonstruktiven Gesichtschirurgie. Med. Diss. Humboldt Univ. Berlin 1994

Puhl, Carola: siehe 7.

Rehrmann, Alfred: siehe 7.

Rehrmann, Alfred: Prof. Dr. Dr. Martin Wassmund - Berlin +. Zahnärztl Mitt 44 (1956) 246-247

Rehrmann, Alfred: Weichteilersatz bei kombinierten Kinn-Mundboden-Lippendefekten mit Hilfe der „gekreuzten Dopplung von Rundstiellappen“ nach Schuchardt. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 47 (1966) 315-321

Reichenbach, Erwin, Eugen Fröhlich: siehe 8.

Reichenbach, Erwin: siehe 8.

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1906. (Hrsg. Julius Schwalbe) Thieme, Leipzig 1906

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1907. (Hrsg. Julius Schwalbe) Thieme, Leipzig 1906

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1908. (Hrsg. Julius Schwalbe) Thieme, Leipzig 1907

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1909. (Hrsg. Julius Schwalbe) Thieme, Leipzig 1908

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1914. (Hrsg. Julius Schwalbe) Thieme, Leipzig 1914

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1926/27. (Hrsg. Julius Schwalbe) Thieme, Leipzig 1926

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1928. (Hrsg. Julius Schwalbe) Thieme, Leipzig 1927

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1929. (Hrsg. Julius Schwalbe) Thieme, Leipzig 1929

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1931. (Hrsg. Paul Wolff) Thieme, Leipzig 1931

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1933. (Hrsg. Paul Wolff) Thieme, Leipzig 1933

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1935. (Hrsg. J. Hadria, Hans Dornedden) Thieme, Leipzig 1935

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland. Teil II 1937. (Hrsg. H. Lausch, Hans Dornedden) Thieme, Leipzig 1937

Rexroth, Jürgen: siehe 7.

Ribbe, Wolfgang (Hrsg.): Geschichte Berlins. Von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Bd. 2, Beck Berlin 1987

Riedel, Gebhard: siehe 7.

- Ries, Eva Charlotte: Über Kloakenmissbildungen. Frankfurter Z f Patho 36 (1928) 363-379 (zugl. Med. Diss. Freiburg i. Br. 1928)
- Ring, Malvin E. (Hrsg.): Geschichte der Zahnmedizin. Könenmann Köln 1997
- Roche Lexikon Medizin. 2. Aufl. Urban & Schwarzenberg München usw. 1987
- Rohmann, Horst: siehe 7.
- Rohrer, Alfred: Grundsätzliches für die Versorgung der Kiefer-Gesichtsverletzten bis zur Aufnahme in ein Fachlazarett für Kieferverletzte. Dtsch Mil Arzt 5 (1940) 122-123
- Rosenthal, Wolfgang: Die Mißbildungen, Geschwülste, Entzündungen und Verletzungen des Kiefer- und Gesichtsbereiches. In: Gohrbandt, Erwin, E. von Redwitz (Hrsg.): Lehrbuch der Chirurgie. Fischer Jena 1956, S. 520-586
- Schiller, Günther: siehe 7.
- Schmelzle, Rainer: Verlagerung des Unterkiefers nach schrägen Osteotomien und Spätergebnisse. In: Pfeifer, Gerhard: Die Rundstiellappenplastik und weitere Fortschritte der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Thieme Stuttgart 1982, S. 58-63
- Schmelzle, Rainer: Prof. Bernhard Rottke 60. Zahnärztl Mitt 81 (1991) 672
- Schmid, Hans-Peter: siehe 7.
- Schmidt, Gerhard: siehe 7.
- Schmidt, Helga: siehe 7.
- Schmidt-Tintemann, U.: Plastische Chirurgie. In: Schreiber, H. W.; G. Carstensen (Hrsg.): Chirurgie im Wandel der Zeit 1945-1983. Springer Berlin usw. 1983, S. 173-177.
- Schmitt, Karl: Indikation und kritische Beurteilung der verschiedenen Methoden der Kieferbruchschiemung untersucht an Hand der in- und ausländischen Literatur. Med. Diss. München 1953
- Schopol, Friedrich: Martin Wassmund =. Berliner Ärztebl 69 (1956) 119
- Schröder, Friedrich: Zur Verwendung gestielter Lappen in der plastischen Chirurgie des Kiefer-Gesichtsbereiches. Med. Habil. Schr. Hamburg 1960
- Schuchardt, Karl: siehe 6.1
- Schulz, Claus-Dieter: Die Militärzahnmedizin in Deutschland bis zum 2. Weltkrieg. Beta Bonn 1993 (Serie?)
- Schwander, Harald: siehe 7.
- Schwander, Lotte: siehe 7.
- Schweppe, Wilhelm: Die Geschichte der „Arbeitsgemeinschaft Kieferchirurgie“ als Bindeglied Medizin und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Med. dent. Diss. Kiel 1993
- Schweckendiek, Hermann: Zur zweiphasigen Gaumenspaltoperation bei primärem Velumverschuß. Fortschr Kiefer Gesichts Chir 1 (1955) 73-77
- Schweckendiek, Hermann: Ergebnisse bei Lippen-, Kiefer-, Gaumenspaltoperationen mit der primären Velumplastik. Fortschr Kiefer Gesichts Chir 4 (1958) 167-173.
- Schwenzer, Norbert: Wandlungen in der Behandlung der Gesichtsschädelverletzungen nach dem zweiten Weltkrieg. Dtsch Zahn Mund Kiefer Heilkd 60 (1973) 362-369
- Schwenzer, Norbert: Zahn-Mund-Kieferheilkunde. Bd. 3 Thieme Stuttgart New York 1982
- Schwenzer, Norbert, Gerhard Grimm: Zahn-Mund-Kieferheilkunde. 2. Aufl. Bd. 2 Thieme Stuttgart New York 1990

Schwipper, Wolfgang: siehe 8.

Seidler, Eduard: Die Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau. Springer Berlin usw. 1993

Seitz, Paul: Stätten der Heilkunde. Universität Hamburg. Beilage zur Münch Med Wschr 1961

Semler, Rolf, Karl Tauschwitz: Personal und Abteilungschonik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses 1906-1966. Forschung Praxis Fortbildung 17 (1966) 751-769

Sharma-Hablik, Sibylle, Susanne Klingenberg: Am Webstuhl der Zeit - Erinnerungen einer Handweberin. Sri Aurobindo Ashram Druckerei, Pondicherry Indien 1994

Shimizu, Masatsugu: siehe 8.

Simon, Salomon: Geschichte der zahnaerztlichen Chirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Geschichte der Frakturbehandlung und Resektionsprothese. Mschr. Med. Diss. Berlin 1920

Spiessl, Bernhard: 1901, siehe 7.

Spiessl, Bernhard et al.: siehe 4.1

Stein, Klaus: siehe 7.

Steinbach, Kurt: Ein Jahr Nordwestdeutsche Kieferklinik. Urban & Schwarzenberg Berlin Wien 1941

Stelzer, Olaf: siehe 7.

Stedel, Wolf-Ingo: Die Innovationszeit von Prüfungsfächern in der medizinischen Ausbildung in Deutschland und ihre Bedingtheiten. Med. Diss. Kiel 1973

Stiebitz, Robert: Chirurgie der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten. In: Hoffmann-Axthelm, Walter (Hrsg.): Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Quintessenz Berlin usw. 1995, S. 189-222.

Stöger, H.: Zur Technik der Rundstiellappenbildung. Österr Z f Stomatologie 46 (1949) 197-201

Strübig, Wolfgang: Geschichte der Zahnheilkunde. Deutscher Ärzte Verlag Köln 1989

Suntardjo, Ratna Irawati: siehe 7.

Talip, Alsar: siehe 7.

Teicher, Wilfried: Untersuchungen zur ärztlichen Spezialisierung im Spiegel des Reichsmedizinalkalenders am Beispiel Preußens im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Med. Diss. Mainz 1992

Teuchert, Wolfgang: siehe 7.

Thomsen, Wolfgang (Hrsg.): Itzehoe in alten Ansichten. Europäische Bibliothek, Zaltbomme/ Niederlande 1981

Treuenfels, Johann-Hartwig von: Das Leben und Wirken des Zahnarztes Hugo Ganzer. Med. dent. Diss. Berlin (FU) 1975

Trost, Rainer: siehe 7.

Tübben, Heinz Hermann: Zur Geschichte der operativen Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Med. dent. Diss. Bonn 1972

Uhl, Dieter Ingomar: siehe 7.

Uhlmann, Gorden, Ursula Weisser: Grundzüge einer Geschichte des Eppendorfer Krankenhauses. In: Weisser, Ursula (Hrsg.): Hundert Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 1889-1989. Attempto Tübingen 1989, S. 12-129.

Ullik, Rudolf: Geschichte der Frakturbehandlung. Österr Z f Stomatologie 46 (1949) 55-70

Ulrich, Werner: siehe 7.

Universität Hamburg: Personal- und Vorlesungsverzeichnis Sommersemester 1946- Sommersemester 1971

Universität Hamburg (Hrsg.): Universität Hamburg 1919-1969. Selbstverlag der Universität Hamburg 1969

Universität Hamburg, Pressestelle (Hrsg.): Die Zahn- Mund- und Kieferklinik in Eppendorf. Uni hh Forschung. 4 (1972) 1-68

Verwaltung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (Hrsg.): 50 Jahre Rudolf-Virchow-Krankenhaus. Berlin 1956

Volbehr, Friedrich, Richard Weyl: Professoren und Dozenten der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel 1665-1956. Hirt Kiel 1956

Wachtel, Karin: siehe 7.

Warnecke, Jens: siehe 7

Wassmund [Waßmund], Martin: Frakturen und Luxationen des Gesichtsschädels. Meusser Berlin 1927

Wassmund, Martin: Lehrbuch der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer. Bd.1-2. Barth Leipzig 1935, 1939

Weiterbildungs- und Prüfungsordnung der Zahnärztekammer Hamburg vom 19.4.1989

Weisser, Ursula (Hrsg.): Hundert Jahre Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 1889-1989. Attempto Tübingen 1989

Wiegand, Otto: Bibliographie der Geschichte der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Bd. 1-2. Hirt Kiel 1964-1981

Wilmanns, Juliane: Der Facharzt wird 70. Münch med Wschr 136 (1994) 363

Willruth, Horst: siehe 7.

Winau, Rolf: Medizin in Berlin. De Gruyter Berlin New York 1987.

Winau, Rolf, Ekkehard Vaubel: Chirurgen in Berlin. De Gruyter Berlin New York 1983

Wohlschon, Mathias: Der Einfluß der Schnittführung auf die Wundheilung bei Wurzelspitzenresektionen: Vergleich des Horizontalschnitts nach Schuchardt und des Winkelschnitts nach Reinmöller. Med. dent. Diss. Rostock 1993

Wolf, Jörn Henning, Franz Härle (Hrsg.): Krankheiten des Gesichts in künstlerischen Illustrationen des 19. Jahrhunderts. Kieler Beiträge zur Geschichte der Medizin und Pharmazie Bd. 21 Wachholtz Neumünster 1994

Wulff Johannes, Henning Wulff: Sprachliche, funktionelle und psychosoziale Entwicklung bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspaltformen und ihre Beseitigung. In: Pfeifer, Gerhard, Wolfgang Pirsig, Johannes Wulff, Henning Wulff: Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Ernst Reinhardt München 1981, S. 135-136

Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Krebsberatungsstelle an der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Zahnärztl Mitt 47 (1957) 846

Weiterbildungs- und Prüfungsordnung der Zahnärztekammer Hamburg vom 19.4.1989. Hamburg 1989

Zeiber, Wolfgang: Zur Entwicklung einer wissenschaftlichen Zahnheilkunde im Hinblick auf die Kieferchirurgie im deutschsprachigen Raum. Med. dent. Diss. Heidelberg 1969

Zimbardo, Philipp G., Floyd L. Ruch: Lehrbuch der Psychologie. 3. Aufl. Springer Berlin usw. 1978

Zoltán, János: Die Anwendung des Spalthautlappens in der Chirurgie. Fischer Jena 1962

### **9.3 Mündliche Quellen**

#### **9.3.1 Interviews mit Zeitzeugen**

##### **9.3.1.1 Zeitzeuge Max Krohn**

Dr. Max Krohn ist der Sohn von Karl Schuchardts Schwester Therese und lebt in Itzehoe. Er studierte unter Schuchardt Zahnheilkunde an der Universität Hamburg. Krohn wurde von mir 1995 und 1996 interviewt, (siehe 1.3, 2.2.2 bis 2.2.4, 2.4.3, 2.5, 2.6.3, 2.7.2, 2.7.4.1).

##### **9.3.1.2 Zeitzeugin Carola Gouse, geb. Schuchardt**

Carola Gouse ist die gemeinsame Tochter von Eva und Karl Schuchardt und lebt in Hamburg. Sie wurde von mir 1996, 1998 und 1999 befragt, (siehe 1.3, 2.2.3, 2.2.4, 2.3.2, 2.5, 2.6.3).

##### **9.3.1.3 Zeitzeuge Walter Hoffmann-Axthelm**

Prof. Dr. Dr. Walter Hoffmann-Axthelm war ab 1940 als Kriegszahnarzt in der von Schuchardt geleiteten Kieferabteilung am Tempelhofer Reservelazarett eingesetzt und leistete dort bis 1943 Dienst. Danach war er mit kurzen Unterbrechungen bis Anfang 1948 in dieser mehrfach verlegten Lazarettabteilung tätig. 1948 arbeitete er als Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg, Er lebt in Perleberg und wurde von mir 1997 interviewt, (siehe 1.3, 2.2.3, 2.4.3, 2.5, 2.6.3).

##### **9.3.1.4 Zeitzeugin Hedwig Schlawinski**

Die katholische Ordenskrankenschwester Hedwig Schlawinski führte Schuchardt ab 1939 den Haushalt und assistierte ihm in seiner Berliner Privatpraxis. Nach dem Krieg arbeitete sie als leitende Schwester in der chirurgischen Poliklinik der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Sie befragte ich 1996, (siehe 1.3, 2.5).

##### **9.3.1.5 Zeitzeuge Andrew Schuchardt**

Andrew Schuchardt ist der gemeinsame Sohn von Eva und Karl Schuchardt und lebt in den USA. Er wurde von mir 1999 in Hamburg befragt, (siehe 1.3, 2.2.3).

#### **9.3.2 Telefonische Auskünfte**

Ernst Otto Friese, ehemaliger Schuldirektor und Verwalter des Schularchivs der Kaiser-Karl-Schule in Itzehoe, 1999

Heino Friederichs, Verwalter der Mitgliederverzeichnisse des Akademischen Seglerbundes in Kiel, 1998

Vorstandsmitglied des Akademischen Seglerbundes in Kiel, 1998

Personalabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, 1997

Personalabteilung des Krankenhauses Neukölln, 1997

## 10. **Abbildungsverzeichnis**

- 1 Nachlaß Schuchardts bei Gouse
- 2 Nachlaß Albert und Margarete Schuchardts bei Krohn
- 3 Ebd.
- 4 Ebd.
- 5 Ebd.
- 6 Ebd.
- 7 Ebd.
- 8 Thomsen 1981, S. 71.
- 9 Eigene Aufnahme 1996
- 10 Eigene Aufnahme 1996
- 11 Nachlaß Albert und Margarete Schuchardts bei Krohn
- 12 Nachlaß Schuchardts bei Gouse
- 13 Nachlaß Albert und Margarete Schuchardts bei Krohn
- 14 Eigene Aufnahme 1996
- 15 Nachlaß Eva Schuchardts bei Gouse
- 16 Ebd.
- 17 Ebd.
- 18 Ebd.
- 19 Ebd.
- 20 Nachlaß Schuchardts bei Gouse
- 21 Beker 1995, S. 109
- 22 Nachlaß Schuchardts bei Gouse
- 23 Ebd.
- 24 Ebd.
- 25 Ebd.
- 26 Nachlaß Wenzel und Elisabeth Habliks bei Klingeberg
- 27 Fanelli et al. 1989, S. 97, Abb. 12
- 28 Ebd., S. 55, Abb. 3
- 29 Ebd., S. 130, Abb. 11
- 30 Nachlaß Schuchardts bei Krohn
- 31 Seitz 1961, S. 3
- 32 Weisser 1989, Umschlag
- 33 Pfeifer 1981, S. 1
- 34 Hamburgisches Architekturarchiv, PS, Phot 0009
- 35 StAH Hochschulwesen II, Gb 32, UKE Gesamtaufbauplan von 1946
- 36 StAH Hochschulwesen II, Gb 32, UKE Lageplan Hamburg Januar 1950
- 37 Nachlaß Schuchardts bei Gouse
- 38 Nachlaß Schuchardts bei Krohn
- 39 Nachlaß Albert und Margarete Schuchardts bei Krohn
- 40 Universitätsarchiv Freiburg i. Br., A 66 Nr. 14
- 41 Seidler 1991, S. 294
- 42 Badische Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br., Ankündigung der Vorlesungen, 1922
- 43 Universitätsarchiv Freiburg i. Br., B 44/108, S. 452
- 44 Münchner Medizin Wschr (Jubiläumsbeilage) 80 (1933) 57
- 45 Padel 1974, S. 55
- 46 Ebd., S. 56
- 47 Nachlaß Schuchardts bei Gouse
- 48 Ebd.
- 49 Hoffmann-Axthelm 1995, S. 101, Abb. IV 29
- 50 Nachlaß Schuchardts bei Gouse
- 51 Universitätsarchiv der Humboldt-Universität zu Berlin Universitätskurator Sch 260 II, Bl. 37
- 52 Nachlaß Schuchardts bei Krohn
- 53 StAH Hochschulwesen II Gb 32, Lageplan des UKE vom 12.9.1943
- 54 StAH Gesundheitsbehörde I 230 Lageplan Kösterbergstr. 56
- 55 Weisser 1989, S. 114
- 56 Nachlaß Schuchardts bei Gouse
- 57 StAH Hochschulwesen III, 31.04-17/2, Baupläne UKE, NWK und Universitätszahnklinik, 1. Obergeschoß Januar 1953
- 58 StAH Hochschulwesen III, 31.04-17/1, Bd. 1, Bl. 59
- 59 Meyn 1996, S. 68
- 60 Seitz 1961, S.3
- 61 Hamburgisches Architekturarchiv, PS, BLP 0024

- 62 Nachlaß Schuchardt bei Gouse  
63 Schuchardt 1958 [d], S. 496, Abb. 3, linkes Bild  
64 Ebd., rechts Bild  
65 Ders. 1944, S. 28, Abb. 17  
66 Ebd., S. 29, Abb. 19  
67 Ebd., Abb. 20  
68 Ebd., S. 20, Abb. 10  
69 Ebd., S. 41, Abb. 47  
70 Ebd., S. 35, Abb. 33  
71 Ebd., S. 43, Abb. 49  
72 Ebd., S. 37, Abb. 39  
73 Ebd., Abb. 40  
74 Ebd., Abb. 41  
75 Treuenfels 1975, S. 57, Abb. 24, 1. Kopf links  
76 Schuchardt 1942 [a], S. 128, Abb. 3  
77 Ebd., Abb. 4  
78 Ders. 1942 [d], S. 497, Abb. 4  
79 Ders. 1944, S. 45, Abb. 57  
80 Ders. 1959 [a2], S. 49, Abb. 130  
81 Ders. 1957 [a], S. 103, Abb. 64 a  
82 Schuchardt 1959 [a2], S. 15, Abb. 18  
83 Pfeifer (Hrsg.) 1982, S. 77, Abb. 3  
84 Schuchardt et al. 1964 [g], S. 133, Abb. I (Bildteil unten wurde weggelassen), II  
85 Schuchardt 1953 [c], S. 368, Abb. 2-5  
86 Ders. 1952 [a], S. 365, Abb. 2  
87 Ebd., Abb. 4  
88 Treuenfels 1975, S. 61, Abb. 27  
89 Schuchardt 1944, S. 181, Abb. 381  
90 Ebd., Abb. 382  
91 Ders. 1950, S. 1451, Abb. 136  
92 Ders. 1954 [a], S. 351, Abb. 395  
93 Ders. 1944, S. 182, Abb. 384  
94 Ebd., S. 184, Abb. 390  
95 Schuchardt 1944, S. 176, Abb. 365  
96 Ebd., Abb. 366  
97 Ebd., Abb. 367  
98 Ebd., Abb. 368  
99 Ders. 1954 [a], S. 374, Abb. 448, 449  
100 Ebd., S. 371, Abb. 440 c, d  
101 Ders. 1965 [e], S. 141, Abb. 1c  
102 Ebd., Abb. 1e  
103 Ders. 1944, S. 163, Abb. 340  
104 Ebd., S. 164, Abb. 343  
105 Ebd., S. 165, Abb. 345  
106 Ders. 1954 [a], S. 416, Abb. 568  
107 Ebd., Abb. 569  
108 Ebd., Abb. 570  
109 Ebd., Abb. 571  
110 Ebd., S. 413, Abb. 558  
111 Hoffmann-Axthelm (Hrsg.) 1995, S. 230, Abb. IX 7 b  
112 Treuenfels 1975, S. 49, Abb. 15, oberes linkes Bild  
113 Ebd., oberes rechtes Bild  
114 Schuchardt 1944, S. 81, Abb. 141  
115 Ebd., S. 82, Abb. 143  
116 Ebd., S. 83, Abb. 144  
117 Ebd., S. 90, Abb. 161  
118 Ebd., S. 87, Abb. 153  
119 Ebd., S. 88, Abb. 155  
120 Ebd., Abb. 156  
121 Ders. 1954 [a], S. 467, Abb. 736  
122 Ders. 1944, S. 93, Abb. 169  
123 Ders. 1944, S. 93, Abb. 170  
124 Ders. 1954 [a], S. 464, rechtes Bild der Abb. 726  
125 Ebd., Abb. 727  
126 Ebd., S. 465, Abb. 731

- 
- 127 Ders. 1962 [d], S. 104, Abb. 3b  
128 Hoffmann-Axthelm (Hrsg.) 1995, S. 216, Abb. VIII 32  
129 Schuchardt 1954 [a], S. 591, Abb. 1039  
130 Ebd., Abb. 1040  
131 Ebd., S. 554, Abb. 937  
132 Ebd., S. 547, Abb. 912  
133 Ebd., Abb. 913  
134 Ebd., Abb. 914  
135 Ebd., Abb. 915  
136 Ebd., S. 554, Abb. 939  
137 Selbsterstellte Histografie  
138 Ders. 1966 [a], S. 57, Fig. 4c  
139 Ebd., S. 55, Fig. 1c  
140 Ders. 1954 [a], S. 582, Abb. 1022  
141 Ders. 1953 [b], S. 402, Abb. 1  
142 Jungkamp 1952, Abb. 3  
143 Ebd., Abb. 4  
144 Schmitt, K. 1953, S. 18, Abb. 38  
145 Schmitt, G. 1953, S. 53, Abb. 220  
146 Schmitt, K. 1953, S. 40, Abb. 72  
147 Schuchardt 1954 [a], S. 229, Abb. 182  
148 Doege 1981, S. 54, Abb. 22, Fig. 1b  
149 Hoffmann-Axthelm (Hrsg.) 1995, S. 162, Abb. VI 37  
150 Schuchardt 1930, Anhang, Abb. II  
151 Ders. 1941, S. 12, Abb. 17  
152 Ders. 1956 [b], S. 42, Abb. 1  
153 Ebd., Abb. 2  
154 Ders. 1961 [a], S. 1244, Abb. 5  
155 Bornemann 1956, S. 50, Abb. 4  
156 Ebd., Abb. 5  
157 Ebd., Abb. 3  
158 Bally 1971, S. 59, Abb. 7  
159 Schuchardt 1963 [b], S. 765, Fig. 11  
160 Ders. 1954 [a], S. 255, Abb. 220  
161 Ebd., Abb. 221  
162 Ebd., Abb. 222  
163 Ders. 1954 [b], S. 4, Abb. 5  
164 Ders. 1955 [b], S. 228, Abb. 14  
165 Ebd., S. 229, Abb. 15  
166 Ebd., Abb. 16  
167 Liebig 1986, S. 13, Abb. 3  
168 Schuchardt 1954 [b], S. 12, Abb. 17  
169 Schuchardt, Lentrodt 1981, S. 91, Abb. 1  
170 Schuchardt 1958 [e], S. 652, Abb. 1  
171 Hoffmann-Axthelm (Hrsg.) 1995, S. 131, Abb. V 17  
172 Schuchardt 1958 [e], S. 654, Abb. 3  
173 Ebd., Abb. 4

## **11. Danksagung**

Herrn Dr. Dr. Gerd Gehrke danke ich für die Überlassung des Themas und für seine Geduld. Mein besonderer Dank gebührt Frau Prof. Dr. Ursula Weisser für die Einführung in die Arbeitsweisen der Medizinhistorik, für ihr Interesse an meiner Arbeit sowie für die fruchtbaren und zügigen Korrekturen der Manuskripte. Für die Bereitschaft zu persönlichen Mitteilungen und für die Herausgabe von Material bin ich Schuchardts Neffen, Herrn Dr. Max Krohn, Schuchardts Tochter, Frau Carola Gouse, Herrn Prof. Dr. Dr. Walter Hoffmann-Axthelm, Schuchardts Mitarbeiterin, Schwester Hedwig Schlawinski und seinem Sohn, Herrn Andrew Schuchardt, zu außerordentlichem Dank verpflichtet. Für die Hilfe bei der Materialsuche und für die Bereitstellung von Material möchte ich den Mitarbeitern des Bundesarchivs in Berlin, des Archivs der Humboldt-Universität zu Berlin, des Universitätsarchivs in Freiburg i. Br., des Staatsarchivs in Hamburg, des Universitätsarchivs in Greifswald, des Hamburgischen Architekturarchivs, des Kirchenbucharchivs Itzehoe, des Schularchivs der Kaiser-Karl-Schule in Itzehoe, des Instituts für Geschichte der Medizin, der Ärztlichen Zentralbibliothek, der Bibliothek der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der Personal- und der Promotions- und Habilitationsabteilung des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf, des Instituts für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin, der Hamburger Staats- und Universitätsbibliothek, der Bibliothek des Ärztlichen Vereins in Hamburg, der Hamburger Bibliothek für Universitätsgeschichte, der Bibliothek für Wissenschaftsgeschichte in Berlin, der Universitätsbibliothek in Kiel, des Museums für Hamburgische Geschichte, des Museums der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Wien und des Wenzel-Hablik-Museums in Itzehoe anerkennend Dank sagen. Teils für Auskünfte und teils für Material danke ich der Priorin Eoliba Greinemann des Klosters der heiligen Lioba in Freiburg i. Br., dem Schulleiter Herrn Krause von der Sophie-Charlotte-Oberschule in Berlin, Frau Sibylle Sharma-Hablik, Frau Susanne Klingeberg, Herrn Prof. Dr. Dr. Gerhard Pfeifer, Frau Inge Fries, Frau Brigitte Klems, Herrn Heino Friederichs, Herrn Boris Meyn und meiner Schwägerin Gudrun Sack. Beim Korrekturlesen des Manuskripts waren mir mein Schwiegervater Gernot Sack, bei der technischen Umsetzung meine Eltern, Barbara und Siegfried Riemer, behilflich, wofür ich sehr dankbar bin. Mit der zeitweiligen Überlassung seiner Wohnung leistete mir Volker Zarth einen unschätzbaren Dienst. Abschließend danke ich meinem Mann, Gunnar, für seinen Beistand und besonders für die Bereitschaft ein Jahr Erziehungsurlaub zu nehmen, was mir größere zeitliche Freiräume für das wissenschaftliche Arbeiten ermöglichte.

## **12. Lebenslauf von Silke Riemer**

Ich wurde am 22.7.1965 in Annaberg-Buchholz im Erzgebirge geboren und bin in Berlin aufgewachsen.

Meine Eltern, Barbara und Siegfried Riemer, arbeiten als Diplomgrafikdesigner in Berlin.

Ich bin verheiratet mit Dr. Gunnar Riemer, geb. Sack.

Wir haben zwei Kinder, Immanuel, geboren 1995 und Tassilo, geboren 1998.

Seit einem Jahr leben wir in Namsos in Norwegen, wo ich als Zahnärztin tätig bin.

### **Schulbildung**

1972-1980 Bernhard-Koenen-Oberschule in Berlin-Grünau

1980-1984 Erweiterte Oberschule Alexander von Humboldt in Berlin-Köpenick

5.7. 1984 Abitur

### **Studium**

1985-1989 Studium der Zahnmedizin an der Alexander-von-Humboldt-Universität zu Berlin

1990-1992 Studium der Zahnmedizin an der Universität Hamburg

26.8. 1992 Approbation als Zahnärztin

1998-1999 Doktorandenstudium an der Universität Hamburg

### **Beruf**

1992-1993 Assistenz Zahnärztin in einer Zahnarztpraxis in Lüneburg

1994-1995 Assistenz Zahnärztin und später angestellte Zahnärztin in einer Zahnarztpraxis in Hamburg

1995-1997 Erziehungsurlaub und Praxisvertretungen in Hamburg und Berlin

2000-2001 Angestellte Zahnärztin in der Distriktszahnklinik in Namsos in Norwegen

2002 Instrukteur-Zahnarzt an der Universität in Oslo

**13. Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Auflage und Jahr des Erscheinens, Band und Seite des Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Anhang Tabelle 9: Lehrende im Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einschließlich Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie an der Universität Hamburg (Teil 1) vom Sommersemester 1946 bis Sommersemester 1970 (siehe 2.7.4.1) Legende:  Abschluß der Lehrveranstaltung

Fächer Semester	Einführung in das Studium der Zahnheil- kunde	Klinik und Poli- klinik für Zahn-, Mund- und Kiefer- krankheiten	Operationen im Kiefer- und Gesichts- bereich	Klinische Visite	Frakturen und Luxationen des Gesichtsschädels	Operationskurs an der Leiche
1946	Schuchardt Winkler	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Rehrmann	Schuchardt
1946/47	Schuchardt Anders	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Rehrmann	Schuchardt Rehrmann
1947	Schuchardt Anders	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	-----	Schuchardt Anders, Vollborn
1947/48	Schuchardt Anders	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Rehrmann	Schuchardt Anders, Vollborn
1948	Schuchardt Anders	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	-----	Schuchardt Anders, Vollborn
1948/49	Schuchardt Anders	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Rehrmann	Schuchardt Anders, Vollborn
1949	Schuchardt N.N.	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	-----	Schuchardt N.N.
1949/50	Schuchardt Berger	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Rehrmann	Schuchardt Vonderlinn
1950	Schuchardt Berger	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	-----	Schuchardt Vonderlinn
1950/51	Schuchardt Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Rehrmann	Vonderlinn
1951	Schuchardt Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	-----	Vonderlinn
1951/52	Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Rehrmann	Vonderlinn
1952	Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Rehrmann	Vonderlinn
1952/53	Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	N.N.	Vonderlinn
1953	Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schröder	Vonderlinn
1953/54	Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schröder	Vonderlinn
1954	Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schröder	Schindler
1954/55	Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schröder	Schindler
1955	Kröncke	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt	Schröder	Eckstein
1955/56	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Eckstein
1956	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Eckstein
1956/57	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Eckstein
1957	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Eckstein
1957/58	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Eckstein
1958	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Eckstein
1958/59	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Eckstein
1959	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Eckstein
1959/60	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1960	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1960/61	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1961	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1961/62	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1962	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1962/63	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1963	Naujoks	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1963/64	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1964	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1964/65	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1965	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1965/66	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Spiessl
1966	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Schuchardt Mitarbeiter
1966/67	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Schuchardt Mitarbeiter
1967	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		-----
1967/68	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Schuchardt Mitarbeiter
1968	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Schuchardt Mitarbeiter
1968/69	Ahrens	Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt		Schuchardt Mitarbeiter
1969	Ahrens	Schuchardt, Lentrott, Mitarb.	Schuchardt Mitarbeiter	Schuchardt Mitarbeiter		Schuchardt Mitarbeiter
1969/70	Ahrens	Schuchardt, Lent- rott, Rottke, Mitarb.	Schuchardt Mitarbeiter	Schuchardt		Schuchardt Mitarbeiter
1970	Ahrens	Schuchardt, Metz, Luhr	Schuchardt Mitarbeiter	Schuchardt		Schuchardt Metz

Anhang Tabelle 9: Lehrende im Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einschließlich Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie an der Universität Hamburg (Teil 2) vom Sommersemester 1946 bis Sommersemester 1970 (siehe 2.7.4.1) Legende: ————— Abschluß der Lehrveranstaltung

Fächer Semester	Extraktionskurs für Zahnmediziner	Operationskurs	Zahnärztliche Röntgenkunde mit Übungen	Zahn- extraktionskurs für Mediziner	Pathologie der Kauorgane für Mediziner	Spezielle Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie	Spezielle Pathologie und Therapie der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
1946	Schuchardt		Schuchardt Rehrmann	Schuchardt Rehrmann			
1946/47	Schuchardt Rehrmann		Schuchardt Rehrmann				
1947	Schuchardt Rehrmann		Schuchardt Rehrmann		Schuchardt		
1947/48	Schuchardt Rehrmann	Schuchardt Rehrmann	Schuchardt Rehrmann		—————		
1948	Schuchardt Anders, Brünger	Schuchardt Rehrmann	Schuchardt Rehrmann		Schuchardt		
1948/49	Schuchardt Anders, Bergemann	Schuchardt Rehrmann	—————		—————		
1949	Schuchardt N.N., Bergemann	Schuchardt Rehrmann	Schuchardt Rehrmann		Schuchardt		
1949/50	Schuchardt Kaminski, Vonderlinn	Schuchardt Rehrmann	—————		—————	Schuchardt N.N.	
1950	—————	Brosch Naujoks	Rehrmann		Schuchardt	—————	Brosch
1950/51	—————	Brosch Naujoks	Rehrmann		—————	—————	Brosch
1951	—————	Brosch Naujoks	Rehrmann		Schuchardt	—————	Brosch
1951/52	Naujoks	Brosch	Rehrmann		—————	—————	Brosch
1952	Naujoks	Brosch	—————		Schuchardt	—————	Brosch
1952/53	Naujoks	Brosch	N.N.		—————	—————	Brosch
1953	Naujoks	Brosch	Naujoks Wieland		Schuchardt	—————	Brosch
1953/54	Naujoks	Brosch	Naujoks Wieland		—————	—————	Brosch
1954	Schmidt-Föhre	Brosch	Naujoks		Schuchardt	—————	Brosch
1954/55	Schmidt-Föhre	—————	Naujoks		—————	—————	Brosch
1955	Schmidt-Föhre Eckstein	Schuchardt Eckstein	Eckstein		Schuchardt	—————	Brosch
1955/56	Eckstein	Schuchardt, Brosch Eckstein, Schröder	—————		Schuchardt	—————	Brosch
1956	Eckstein	Schuchardt, Brosch Eckstein, Schröder	—————		Brosch	Schuchardt	Brosch
1956/57	Eckstein	Schuchardt, Brosch Eckstein, Schröder	Eckstein		Brosch	Schuchardt	Brosch
1957	Eckstein	Schuchardt, Brosch Eckstein, Schröder	—————		Brosch	Schuchardt	Brosch
1957/58	Eckstein	Schuchardt, Brosch, Eckstein, Schröder, Schwenzen	Günther		Brosch	Schuchardt	Brosch
1958	Eckstein	Schuchardt Schröder, Pfeifer	—————		Brosch	Schuchardt	Brosch
1958/59	Eckstein	Schuchardt, Schröder Pfeifer, Schwenzen	Günther		Brosch	Schuchardt	Brosch
1959	Eckstein	Schuchardt, Schröder Pfeifer, Schwenzen	—————		—————	Schuchardt	—————
1959/60	Schwenzen	Schuchardt, Schröder Pfeifer, Schwenzen	Günther		Brosch	Schuchardt	Brosch
1960	Schwenzen	Schuchardt, Schröder Pfeifer, Schwenzen	—————		Brosch	Schuchardt	Brosch
1960/61	Schwenzen	Schuchardt, Pfeifer Schwenzen, Kapovits	Günther		Brosch	Schuchardt	Brosch
1961	Schwenzen	Schuchardt, Pfeifer Schwenzen, Spiessl	—————		Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Krüger
1961/62	Schwenzen	Schuchardt Pfeifer, Günther	Günther		Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Krüger
1962	Schwenzen	Schuchardt Pfeifer, Günther	—————		Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Krüger
1962/63	Schwenzen	Schuchardt Pfeifer, Günther	Günther		Schuchardt	Schuchardt	Schuchardt Krüger
1963	Schwenzen Pfeifer	Schuchardt Pfeifer, Günther	—————		Schuchardt	Schuchardt	Krüger
1963/64	Schwenzen Pfeifer	Schuchardt Pfeifer, Günther	Günther		Schuchardt	Schuchardt	Krüger
1964	Schwenzen Pfeifer	Schuchardt Pfeifer, Günther	Günther		Schuchardt	Schuchardt	Spiessl
1964/65	Pfeifer	Schuchardt Pfeifer, Günther	Günther		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	Spiessl
1965	Pfeifer	Schuchardt Pfeifer, Günther	Günther		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	Schuchardt Mitarbeiter
1965/66	Pfeifer	Schuchardt Pfeifer, Günther	Günther		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	Spiessl
1966	Pfeifer	Schuchardt Pfeifer, Günther	Günther		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	
1966/67	Pfeifer	Schuchardt Pfeifer, Günther	Günther		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	
1967	Pfeifer Mitarbeiter	Schuchardt	Günther		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	
1967/68	Pfeifer	Schuchardt Mitarbeiter	Günther		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	
1968	Lentrod	Schuchardt Günther, Mitarbeiter	Günther		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	
1968/69	Lentrod	Schuchardt Günther, Mitarbeiter	Günther		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	
1969	Lentrod	Schuchardt Mitarbeiter	Günther Rottke		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt	
1969/70	Lentrod	Schuchardt Mitarbeiter	Rottke		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt Lentrod	
1970	Lentrod	Schuchardt Lühr, Metz	Rottke		Schuchardt, Ritze Franke, Hauser	Schuchardt Lentrod	

Anhang Tabelle 9: Lehrende im Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einschließlich Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie an der Universität Hamburg (Teil 3) vom Sommersemester 1946 bis Sommersemester 1970 (siehe 2.7.4.1) Legende: ————— Abschluß der Lehrveranstaltung

Fächer Semester	Kurs der chirurgischen Zahnheilkunde nur für 8. Semester	Bakterienflora in der gesunden und kranken Mundhöhle	Das Kauorgan als Faktor der Sprechfunktion	Ausgew. Kapitel aus der normalen und der patholog. Anatomie des Zahnorgans	Kolloquium aus dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen	Kolloquium über spezielle Fragen der wissenschaftlichen Stomatologie	Kurs der praktischen Zahnheilkunde für Fortgeschrittene
1946							
1946/47							
1947							
1947/48							
1948							
1948/49							
1949							
1949/50							
1950							
1950/51							
1951	Schuchardt						
1951/52	Schuchardt						
1952	Schuchardt						
1952/53	Schuchardt						
1953	Schuchardt						
1953/54	Schuchardt						
1954	Schuchardt	Berger					
1954/55	Schuchardt	Berger	Schuchardt	Pflüger			
1955	Schuchardt	Berger	Schuchardt	Pflüger	Brosch		
1955/56	Schuchardt	Berger	Schuchardt	Pflüger	Brosch		
1956	Schuchardt	Berger	Naujoks	Pflüger	Brosch		
1956/57	Schuchardt	Berger	Naujoks	Pflüger	Brosch	Schuch., Fabian, Bramstedt Naujoks, Berger, Kröncke	
1957	Schuchardt	—————	Naujoks	—————	Brosch	Schuch., Fabian, Bramstedt Naujoks, Berger, Kröncke	
1957/58	Schuchardt		Naujoks		Brosch	Schuch., Fabian, Bramstedt Naujoks, Berger, Kröncke	
1958	—————		Naujoks		Brosch	Schuch., Fabian, Bramstedt Naujoks, Berger, Kröncke	
1958/59			Naujoks		—————	—————	
1959			Naujoks		—————		Naujoks
1959/60			Naujoks		Brosch		Naujoks
1960			Naujoks		Brosch		Naujoks
1960/61			Naujoks		—————		Naujoks
1961			Naujoks				Naujoks Ahrens
1961/62			Naujoks				Naujoks Ahrens
1962			Naujoks				Naujoks Ahrens
1962/63			Pfeifer				Naujoks Ahrens
1963			Pfeifer				Naujoks Ahrens
1963/64			Pfeifer				Ahrens
1964			—————				Ahrens
1964/65			Pfeifer				Ahrens
1965			—————				Ahrens
1965/66			Pfeifer				Ahrens
1966			—————				Ahrens
1966/67			Pfeifer				Ahrens
1967			—————				Ahrens
1967/68			Pfeifer				Ahrens
1968			—————				Ahrens
1968/69			Kriens				Ahrens
1969			—————				Ahrens
1969/70			Kriens				Ahrens
1970			—————				Ahrens

Anhang Tabelle 9: Lehrende im Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einschließlich Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie an der Universität Hamburg (Teil 4) vom Sommersemester 1946 bis Sommersemester 1970 (siehe 2.7.4.1)

Fächer Semester	Neue Ergebnisse experimenteller Kariesforschung	Zahn-, Mund- und Kiefer- krankheiten	Biochemische Probleme in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
1946			
1946/47			
1947			
1947/48			
1948			
1948/49			
1949			
1949/50			
1950			
1950/51			
1951			
1951/52			
1952			
1952/53			
1953			
1953/54			
1954			
1954/55			
1955			
1955/56			
1956			
1956/57			
1957			
1957/58			
1958			
1958/59			
1959			
1959/60			
1960	Bramstedt		
1960/61	-----		
1961	Bramstedt Berger, Naujoks		
1961/62	Bramstedt Berger, Naujoks		
1962			
1962/63			
1963			
1963/64			
1964			
1964/65			
1965			
1965/66			
1966		Schuchardt Mitarbeiter	
1966/67		Schuchardt Mitarbeiter	
1967		Schuchardt Mitarbeiter	
1967/68		Schuchardt Mitarbeiter	
1968		Schuchardt Mitarbeiter	
1968/69		Schuchardt Mitarbeiter	
1969		Schuchardt Lentrod	Ranke
1969/70		Schuchardt Lentrod	Ranke
1970		Schuchardt Lentrod	Ranke

Legende: ————— Abschluß der Lehrveranstaltung

Anhang Tabelle 10: Lehrende im Fach Zahnersatzkunde an der Universität Hamburg vom Sommersemester 1946 bis Sommersemester 1970 (Teil 1)  
(siehe 2.7.4.1)

Legende: ————— Abschluß der Lehrveranstaltung

Fächer Semester	Pathologie der Zahnerkrankun- gen und Parodontopatien	Kurs der konser- vierenden Zahnheilkunde am Patienten I/II	Kurs der konser- vierenden Zahnheilkunde am Phantom	Kurs der konser- vierenden Zahnheilkunde nur für 8. Semester	Diagnose und Therapie der marginalen Para- dontopathien mit klini- schen Demonstrationen	Kolloquium an Hand von Samm- lungspräparaten	Pathologie und Pathogenese der Parodontopathien	Einführung in den Phantomkurs der Zahnerhaltungs- kunde
1946	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape					
1946/47	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape					
1947	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape					
1947/48	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape					
1948	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape					
1948/49	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape					
1949	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape					
1949/50	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape	Schuchardt Pape					
1950	Fabian	Fabian	Fabian					
1950/51	Fabian	Fabian	Fabian					
1951	Fabian	Fabian	Fabian					
1951/52	Fabian	Fabian	Fabian					
1952	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian				
1952/53	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian				
1953	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian				
1953/54	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian				
1954	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian				
1954/55	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian				
1955	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian				
1955/56	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian				
1956	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian				
1956/57	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian	Kröncke			
1957	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian	Kröncke			
1957/58	Fabian	Fabian	Fabian	Fabian	Kröncke			
1958	Fabian	Fabian	Fabian	—————	Kröncke			
1958/59	Franke	Franke	Franke		Schuchardt Franke, Kröncke	Fabian		
1959	Franke	Franke	Franke		Schuchardt Franke, Ritze	Fabian		
1959/60	Franke	Franke	Franke		—————	Fabian		
1960	Franke	Franke	Franke		Schuchardt Franke, Ritze	Fabian		
1960/61	Franke	Franke	Franke		—————	Fabian	Franke	
1961	Franke	Franke	Franke		Schuchardt Franke, Ritze	Fabian	—————	
1961/62	Franke	Franke	Franke		—————	Fabian	Franke	Franke Götze
1962	Franke	Franke	Franke		—————	Fabian	—————	Franke Götze
1962/63	Franke	Franke	Franke		—————	Fabian	Franke	Franke Götze
1963	Franke	Franke	Franke		Schuchardt, Franke Naujoks, Ritze	Fabian	—————	Franke Götze
1963/64	Franke	Franke	Franke		—————	Fabian	Franke	Franke Götze
1964	Franke	Franke	Franke		Schuchardt Franke, Ritze	Fabian	—————	Franke Götze
1964/65	Franke	Franke	Franke		—————	Fabian	Franke	Franke Götze
1965	Franke	Franke	Franke			Fabian	—————	Franke Götze
1965/66	Franke	Franke	Franke			Fabian	Franke	Franke Mitarbeiter
1966	Franke	Franke	Franke			Fabian	—————	Franke Mitarbeiter
1966/67	Franke	Franke	Franke			Fabian	Franke	Franke Mitarbeiter
1967	Franke	Franke	Franke			Fabian	—————	Franke Mitarbeiter
1967/68	Franke	Franke	Franke			Fabian	Franke	Franke Mitarbeiter
1968	Franke	Franke	Franke			Fabian	—————	Franke Mitarbeiter
1968/69	Franke	Franke	Franke			Fabian	Franke	Götze
1969	Franke	Franke	Franke			Fabian	—————	Götze
1969/70	Franke	Franke	Franke			Fabian	Franke	Götze
1970	Franke	Franke	Franke			N.N.	—————	Götze

Anhang Tabelle 10: Lehrende im Fach Zahnersatzkunde an der Universität Hamburg vom Sommersemester 1946 bis Sommersemester 1970 (Teil 2)  
(siehe 2.7.4.1)

Fächer Semester	Kurs der Diagnostik und Therapie der Parodontopathien	Demonstration für Kurs I der Zahnerhaltungs- kunde	Einführung in die Behandlung der Parodontop- athien	Demonstration für Kurs II der konservierenden Zahnheilkunde	Kolloquium der Zahnheilkunde
1946					
1946/47					
1947					
1947/48					
1948					
1948/49					
1949					
1949/50					
1950					
1950/51					
1951					
1951/52					
1952					
1952/53					
1953					
1953/54					
1954					
1954/55					
1955					
1955/56					
1956					
1956/57					
1957					
1957/58					
1958					
1958/59					
1959					
1959/60					
1960					
1960/61					
1961					
1961/62					
1962					
1962/63					
1963	Franke Naujoks				
1963/64	Franke Ahrens				
1964	Franke Ahrens				
1964/65	Franke Ahrens	Franke Götze			
1965	Franke Ahrens	Franke Götze			
1965/66	Franke Ahrens	Franke Mitarbeiter			
1966	Franke Ahrens	Franke Mitarbeiter	Franke		
1966/67	Franke Ahrens	Franke Mitarbeiter	-----		
1967	Franke Ahrens	Franke Mitarbeiter	Franke	Franke Mitarbeiter	
1967/68	Franke Ahrens	Franke Mitarbeiter	-----	Franke Mitarbeiter	
1968	Franke Ahrens	Franke Mitarbeiter	Franke	Franke Mitarbeiter	
1968/69	Franke Ahrens	Götze	Franke Mitarbeiter	Franke Mitarbeiter	Franke
1969	Franke Ahrens	Götze	Franke Mitarbeiter	Franke Mitarbeiter	-----
1969/70	Franke Ahrens	Götze	Franke Mitarbeiter	Franke Mitarbeiter	Franke
1970	Franke Ahrens	Götze	Franke Mitarbeiter	Franke Mitarbeiter	-----

Legende: ————— Abschluß der Lehrveranstaltung

Anhang Tabelle 11: Lehrende im Fach Zahnersatzkunde an der Universität Hamburg vom Sommersemester 1946 bis Sommersemester 1970 (Teil 1)  
(siehe 2.7.4.1)

Legende: ————— Abschluss der Lehrveranstaltung

Fächer Semester	Theorie der Zahnersatzkunde Kronen und Brücken	Platten- prothese	Zahnärztliche Werkstoffkunde	Propädeutischer Kurs der Zahn- ersatzkunde I/II	Kurs der Zahnersatzkunde am Patienten I	Kurs der Zahnersatzkunde am Patienten II	Chirurgische Prothese mit Patienten- Vorstellung	Übungen der Zahnersatzkunde für Fortgeschrittene
1946	Schuchardt Nehse	Schuchardt Winkler	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Schuchardt Winkler	Schuchardt Nehse	
1946/47	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse, Markus	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Martens
1947	—————	Schuchardt Nehse	—————	Schuchardt	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	
1947/48	Schuchardt Nehse	—————	Schuchardt Towae	Schuchardt Towae	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	
1948	—————	Schuchardt Nehse	Schuchardt Towae	Schuchardt Towae	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	
1948/49	Schuchardt Graffius	Schuchardt Nehse	Schuchardt Towae	Schuchardt Towae	Schuchardt Nehse	Schuchardt Graffius	Schuchardt Nehse	
1949	Schuchardt Graffius	Schuchardt Nehse	Schuchardt Towae	Schuchardt Towae	Schuchardt Nehse	Schuchardt Graffius	Schuchardt Nehse	
1949/50	Schuchardt Nehse	Schuchardt Nehse	Schuchardt Towae	Schuchardt Towae	Schuchardt Nehse	Schuchardt Graffius	Schuchardt Nehse	
1950	Schuchardt Graffius	Schuchardt Nehse	Schuchardt Towae	Schuchardt Towae	Schuchardt Nehse	Schuchardt Graffius	Schuchardt Nehse	
1950/51	Graffius	N.N.	Towae	Towae	N.N.	Graffius	N.N.	
1951	Nehse	Nehse	—————	Towae	Ritze	Bonath	Ritze	
1951/52	Ritze	Nehse	Ritze	Ritze	Ritze	Nehse Bonath	Schuchardt	
1952	Ritze	Nehse	Ritze	Ritze	Ritze	Nehse	Schuchardt	
1952/53	Ritze	N.N.	Ritze	Ritze	Ritze	N.N.	Schuchardt	
1953	Ritze	Schuchardt Ritze	Ritze	Ritze	Ritze	Schuchardt Ritze, Rautmann	Schuchardt	
1953/54	Ritze	Schuchardt Ritze	Ritze	Ritze	Ritze	Schuchardt Ritze, Rautmann	Schuchardt	
1954	Ritze	Schuchardt Ritze	Ritze	Rautmann	Ritze	Schuchardt Ritze	Schuchardt Ritze	
1954/55	Ritze	Schuchardt Ritze	Ritze	Rautmann	Ritze	Schuchardt Ritze	Schuchardt Ritze	
1955	Ritze	Schuchardt Ritze	Ritze	Rautmann	Ritze	Schuchardt Ritze	Schuchardt Ritze	
1955/56	Ritze	Schuchardt Ritze	Ritze	Rautmann	Ritze	Schuchardt Ritze	Schuchardt Ritze	
1956	Ritze	Schuchardt Ritze	Ritze	Rautmann	Ritze	Schuchardt Ritze	Schuchardt Ritze	
1956/57	Ritze	Ritze	Ritze	Rautmann	Ritze	Ritze	Ritze	
1957	Ritze	Ritze	Ritze	N.N.	Ritze	Ritze	Ritze	
1957/58	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Heitmann	Ritze	Ritze	Ritze	
1958	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Heitmann	Ritze	Ritze	Ritze Kapovitz	
1958/59	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Heitmann	Ritze	Ritze	Ritze, Müller Kapovitz	
1959	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Heitmann	Ritze	Ritze	Ritze, Kühl Kapovitz	
1959/60	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Heitmann	Ritze	Ritze	Ritze, Kühl Kapovitz	
1960	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Heitmann	Ritze	Ritze	Ritze, Kühl Kapovitz	
1960/61	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Heitmann	Ritze	Ritze	Ritze, Kühl Kapovitz	
1961	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Heitmann	Ritze	Ritze	Ritze, Kühl Kapovitz	
1961/62	Ritze	Ritze	Ritze	Heitmann Kühl	Ritze	Ritze	Spiessl Kühl	
1962	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Kühl	Ritze	Ritze	Spiessl Kühl	
1962/63	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Kühl	Ritze	Ritze	Spiessl Kühl	
1963	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze	Spiessl Kühl	
1963/64	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Franz	Ritze	Ritze	Spiessl Schwenzer	
1964	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Franz	Ritze	Ritze	Spiessl Schwenzer	
1964/65	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Franz	Ritze	Ritze	Spiessl	
1965	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	Ritze	Spiessl Mitarbeiter	
1965/66	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	Ritze	Spiessl Mitarbeiter	
1966	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	Ritze	Schuchardt Ritze, Mitarbeiter	
1966/67	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze	Ritze	Schuchardt Ritze, Mitarbeiter	
1967	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze	Ritze	Schuchardt Ritze, Mitarbeiter	
1967/68	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze	Ritze	Schuchardt Ritze, Mitarbeiter	
1968	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze	Ritze	Schuchardt Ritze, Mitarbeiter	
1968/69	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze	Ritze	Schuchardt Ritze, Mitarbeiter	
1969	Ritze	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze	Ritze	Schuchardt Ritze, Mitarbeiter	
1969/70	Ritze	Ritze	Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	Schuchardt Ritze, Mitarbeiter	
1970	Ritze	Ritze	Ritze, Franz Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter	

Anhang Tabelle 11: Lehrende im Fach Zahnersatzkunde an der Universität Hamburg vom Sommersemester 1946 bis Sommersemester 1970 (Teil 2)

Fächer Semester	Technisches Kolloquium I./II. Teil	Kurs der Prothe- tischen Zahn- heilkunde nur für 8. Semester	Phantomkurs der Zahnersatzkunde I./II. Teil	Phantomkurs der Zahnersatzkunde in den vorlesungsfreien Monaten März, April
1946				
1946/47				
1947				
1947/48				
1948				
1948/49				
1949	Schuchardt Ritze			
1949/50	Schuchardt Ritze			
1950	Schuchardt Ritze			
1950/51	Ritze			
1951	Ritze	Ritze		
1951/52	Ritze	Schuchardt		
1952	Ritze	Schuchardt		
1952/53	Ritze	Schuchardt Ritze		
1953	Ritze	Schuchardt Ritze		
1953/54	Ritze	Schuchardt Ritze		
1954	Ritze	Schuchardt Ritze		
1954/55	Ritze	Schuchardt Ritze		
1955	Ritze	Schuchardt Ritze		
1955/56	Ritze	Schuchardt Ritze		
1956		Schuchardt Ritze	Ritze	
1956/57		Ritze	Ritze	
1957			Ritze	
1957/58			Ritze	
1958			Ritze	
1958/59			Ritze	
1959			Ritze	
1959/60			Ritze	
1960			Ritze	
1960/61			Ritze	
1961			Ritze	
1961/62			Ritze	
1962			Ritze	
1962/63			Ritze	
1963			Ritze	
1963/64			Ritze	
1964			Ritze	
1964/65			Ritze	
1965			Ritze	
1965/66			Ritze	
1966			Ritze	
1966/67			Ritze	Ritze
1967			Ritze	-----
1967/68			Ritze	Ritze
1968			Ritze	-----
1968/69			Ritze	Ritze
1969			Ritze	-----
1969/70			Ritze Mitarbeiter	Ritze Mitarbeiter
1970			Ritze Mitarbeiter	-----

Legende: ————— Abschluß der Lehrveranstaltung

Anhang Tabelle 12: Lehrende im Fach Kieferorthopädie an der Universität Hamburg von den Sommersemestern 1946 - 1970 (siehe 2.7.4.1)

Fächer Semester	Theoretische Grundlagen der zahnärztlichen Orthopädie	Zahnärztlich orthopädischer Kurs I	Zahnärztlich orthopädischer Kurs II	Kursus der kieferorthopädischen Technik	Einführung in die Kieferorthopädie	Kurs der Kieferorthopädie nur für 8. Semester	Kieferorthopädisches Seminar	Entwicklung und Funktion des Kauorgans
1946	N.N.	N.N.	N.N.					
1946/47	-----	-----						
1947	Schuchardt N.N.	Schuchardt N.N.						
1947/48	Schuchardt Ebert	Schuchardt Ebert						
1948	Schuchardt Ebert	Schuchardt Ebert						
1948/49	Schuchardt Ebert	Schuchardt Ebert						
1949	Schuchardt Ebert	Schuchardt Ebert						
1949/50	Schuchardt Ebert	Schuchardt Ebert						
1950	Schröder	Schuchardt Ebert		Schuchardt Ebert	Schuchardt Ebert			
1950/51	Schröder	Ebert		Ebert	Ebert			
1951	Schröder	Ebert		Ebert	Ebert	Ebert		
1951/52	Schröder	Schröder Küstermann		Schröder Küstermann	-----	Schröder		
1952	Schröder	Schröder Küstermann		Schröder Küstermann	-----	Schröder		
1952/53	Schröder	Schröder Küstermann		Schröder Küstermann	-----	Schröder		
1953	Schröder	Schröder Küstermann		Schröder Küstermann	-----	Schröder		
1953/54	Schröder	Schröder Küstermann		Schröder Küstermann	-----	Schröder		
1954	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser	Schröder	Hausser	Hausser
1954/55	-----	Hausser		Hausser	Hausser	Schröder	Hausser	Hausser
1955	-----	Hausser		Hausser	Hausser	Schröder	Hausser	Hausser
1955/56	-----	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	Hausser
1956	-----	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	Hausser
1956/57	-----	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1957	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1957/58	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1958	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1958/59	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1959	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1959/60	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1960	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1960/61	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1961	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1961/62	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1962	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1962/63	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1963	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1963/64	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1964	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1964/65	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1965	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1965/66	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1966	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1966/67	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1967	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1967/68	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1968	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1968/69	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1969	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1969/70	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	
1970	Hausser	Hausser		Hausser	Hausser		Hausser	

Anhang Tabelle 13:

Fächer Semester	Soziale Zahnheilkunde	Geschichte der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Zahnheilkunde
1946		
1946/47		
1947		
1947/48		
1948		
1948/49		
1949		
1949/50		
1950		
1950/51	Müller	
1951	Müller	
1951/52	Müller	
1952	Müller	
1952/53	-----	
1953	Müller	
1953/54	-----	
1954	Müller	
1954/55	Müller	
1955	Müller	
1955/56		
1956	Müller	Kröncke
1956/57	-----	-----
1957	Müller	Kröncke
1957/58	-----	-----
1958	N.N.	Kröncke
1958/59	Müller Schwenzer	-----
1959	-----	Fabian
1959/60	Müller Schwenzer	Fabian
1960	Müller Schwenzer	Fabian
1960/61	Müller Schwenzer	Fabian
1961	Müller Schwenzer	Fabian
1961/62	Müller Schwenzer	Fabian
1962	Müller Schwenzer	Fabian
1962/63	Müller Schwenzer	Fabian
1963	Müller Schwenzer	Fabian
1963/64	Müller Schwenzer	Fabian
1964	Müller Schwenzer	Fabian
1964/65	Müller Ahrens	Fabian
1965	Müller Ahrens	Fabian
1965/66	Müller Ahrens	Fabian
1966	Müller Ahrens	Fabian
1966/67	Müller Ahrens	Fabian
1967	-----	Fabian
1967/68	Müller Ahrens	Fabian
1968	-----	Fabian
1968/69	Ahrens	Fabian
1969	-----	Fabian
1969/70	Ahrens	Fabian
1970	-----	N.N.

Lehrende in den Fächern Soziale Zahnheilkunde  
und Geschichte der Medizin  
mit besonderer Berücksichtigung der Zahnheilkunde  
von Wintersemester 1950/51 bis Sommersemester 1970  
(siehe 2.7.4.1)