

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 10

Herausgegeben von

Elisabeth Dietrich-Daum, Werner Matt,

Wolfgang Weber und Carlos Watzka

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2011



Melanie Ruff

Der Erste Weltkrieg „in“ den Patientenakten von Kieferschussverletzten der Österreichisch- Ungarischen Landstreitkräfte

English Title

The First World War ‚within‘ patients’ records of jaw-injured men from the Austro-Hungarian Armed Forces

Summary

The specific fighting and trench warfare of the First World War resulted in facial injuries, the extent of which shocked doctors. As a result, military leadership decided to reform the medical support provided in order to treat the facial injuries more efficiently. Confronted with a new situation, maxillofacial doctors developed treatment methods that made the largest number of soldiers fit for battle as quickly as possible. From that point, medical support was used as a quantifiable resource and was actively integrated in warfare. The pressure exerted by the military defined the scope and therapeutic goal of treatment of facial injuries. Simultaneously, doctors with optimistic forecasts turned wounded soldiers into calculable resources for the military. The potential ethical conflict of the instrumentalization of medicine during the war was not addressed. In fact the doctors discussed the benefits of war to the scientific and practical achievements in the area of maxillofacial surgery.

Keywords

First World War, Austria, Medical History, Patient History, Plastic surgery, Facial reconstruction

Die technologisierte Kriegsführung und das Kämpfen in Schützengräben während des Ersten Weltkrieges hatten Gesichtsschussverletzungen zur Folge, über deren Ausmaß sich selbst Ärzte erschrocken zeigten.¹ Das Sanitätswesen, das anfänglich auf einen Bewegungskrieg ausgelegt war, musste daher schnell und effizient reformiert werden. Es entstand ein gestaffeltes System medizinischer Versorgung: Krankenträger brachten die Verwundeten zu frontnahen Verbandsplätzen wo sie erstversorgt wurden. Zur

1 Wilhelm PFAFF, Friedrich SCHÖNBECK, Kursus der zahnärztlichen Kriegschirurgie und Röntgentechnik (Leipzig 21916) 226.

Weiterbehandlung überstellte man sie in Feldspitäler, Notspitäler und Kriegskliniken.² Aus der medizinischen Notwendigkeit heraus entstanden im Etappenraum Einrichtungen, die sich auf die Therapie bestimmter Verletzungsarten spezialisierten.³ Eine davon war die „*Kriegszahnklinik der k. u. k. 4. Armee*“, deren Schwerpunkt die Versorgung von Kieferschussverletzten darstellte. War eine schnelle Heilung und die damit in Verbindung stehende Wiedereinsatzfähigkeit an der Front nicht zu erwarten, wurden die Soldaten ins Hinterland in die dortigen Kliniken bzw., wenn medizinisch notwendig, in weitere Spezialheilanstalten überstellt.

An die ÄrztInnen⁴ in den Spezialheilanstalten wurde seitens des Militärs die Erwartung gestellt, dass sie effektive Behandlungsmethoden entwickelten, um möglichst schnell möglichst viele Soldaten wieder frontdiensttauglich zu machen. Das Militär konnte sich auf die Unterstützung der Ärzte verlassen, welche zielstrebig an neuen Behandlungsmethoden arbeiteten, um die Zahl der wieder Einsatzfähigen Soldaten zu erhöhen. Erfolgchancen von bis zu achtzig Prozent wurden vorhergesagt.⁵

Wenn in diesem Aufsatz am Beispiel Kieferschussverletzter eine spezielle Kriegsverletzung und ihre Behandlung fokussiert wird, so soll ärztliches Handeln dabei in einen größeren medizinsozialhistorischen, alltagsgeschichtlichen und politischen Kontext⁶ gestellt und nach den Rahmenbedingungen und der Umsetzung von Behandlungsmethoden unter spezifischen Umständen (in diesem Fall Krieg und Medizin) gefragt werden. Mit der Analyse der Perspektive von Patienten soll eine Forschungslücke in der Patientengeschichtsschreibung geschlossen werden.⁷

1. Kieferchirurgen und der Erste Weltkrieg

Wie der Historiker Hans Georg Hofer feststellte, war innerhalb der Ärzteschaft eine positive Haltung gegenüber der Kriegspolitik weit verbreitet. Dies lag unter anderem am naturwissenschaftlichen Selbstverständnis der Ärzte, aus dem sich eine sozialdarwinistische und rassehygienische Argumentationslinie für die Befürwortung ergab.⁸ So wurde gerade die Bedeutung des Versuchsfeldes Krieg mit dem daraus

2 Bestand der Sammlungen der Medizinischen Universität Wien (MUW), Patientenakten der Zahnärztlichen Abteilung der allgemeinen Poliklinik Wien (Patientenakten).

3 Gerhard HIRSCHFELD, Gerd KRUMREICH, Irina RENZ (Hg.), *Enzyklopädie Erster Weltkrieg* (Paderborn 2009) 812.

4 Juljan Zilz, Leiter der Kriegszahnklinik in Lublin, führte in seinem Sanitätstagebuch zwei Zahnarztpraktikantinnen an. (MUW, Nachlass Zilz). In den Berichten der Wiener Spezialheilanstalt für Kieferschussverletzte an das Armeecetappenkommando wird eine Ärztin angeführt, jedoch ohne Angabe ihres Tätigkeitsbereichs. (Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (KA), Militär-Ärzte (Millitärkommando Wien) [2]) Offen ist die Frage, ob es auch in anderen Sanitätsanstalten Frauen gab, die als Ärztinnen und Chirurginnen tätig waren. Da es sich bei den zitierten Fachleuten ausschließlich um Männer handelte, wird im Folgenden die männliche Form verwendet.

5 S. SCHAAR, Statistischer Jahresbericht aus dem k.u.k. Reservespital Nr. 17 (Spezialspital für Kieferverletzte). In: Emil STEINSCHNEIDER (Hg.), *Beiträge zur Kieferschusstherapie*. Aus Anlass des einjährigen Bestehens des k.u.k. Reservespitals Nr. 17 (Wien 1917) 263-268, hier 268.

6 Methodisch vergleiche hierzu: Volker ROELKE, *Auf der Suche nach der Politik in der Wissensproduktion: Plädoyer für eine historisch-politische Epistemologie*. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 33 (2010) 176-192.

7 Eberhard WOLFF, *Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung*. In: Norbert PAUL, Thomas SCHLICH (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven* (Frankfurt am Main/New York 1998) 310-334.

8 Hans-Georg HOFER, *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920)* (Wien/Köln/Weimar 2004) 199.

gewonnenen „Menschenmaterial“⁹ - hervorgerufen durch die große Zahl der Verwundeten - für den Fortschritt in der Medizin betont. Gerechtfertigt wurde diese Vorgehensweise mit Hinweis auf den Nutzen des gewonnenen Wissens für die Menschheit in den Nachkriegsjahren.¹⁰ Der humanistische Gedanke in der Medizin stand daher in keinem Bezug zum Pazifismus, sondern stand ihm im Grunde diametral entgegen.¹¹ Der Eid des Hippokrates und die damit einhergehende Pflicht zur Erhaltung des Lebens wurde mit dem Argument ausgehebelt, durch das Wirken der Ärzte würde „dem Krieg ein humaneres Antlitz“ gegeben werden.¹²

Vereinzelt gab es innerhalb der ärztlichen Profession bekennende Pazifisten und Opponenten. Diese stellten jedoch eine verschwindende Minderheit dar. Sie waren Anfeindungen von Seiten der offiziellen Ärztevertreter ausgesetzt und wurden meist ignoriert und diffamiert. Das hatte zur Konsequenz, dass sie innerhalb der Ärzteorganisation keinerlei Einfluss hatten.

Welche Erwartungshaltungen die Kieferchirurgen im Speziellen an den gegenwärtigen Krieg stellten, zeigen die folgenden Zitate. Das erste stammt aus dem Jahr 1917 vom Zahnarzt und Kieferchirurgen Juljan Zilz, der vom „k. u. k. 4. Armee-Etappenkommando“ damit betraut wurde eine Kriegszahnklinik an der Ostfront zu errichten:

*„Was auf dem militärischen Gebiete alles geleistet wurde, was die Technik in ihrem ungeahnten Fortschritt hergab, was in sanitären Neueinrichtungen und in hygienischen Massnahmen bei einem Grossbetrieb zur Entwicklung kam, darüber wird die Kriegsgeschichte zur Zeit unseres segensreichen Friedens viel zu berichten haben.“*¹³

Standespolitisch, aus der Sicht eines Zahnarztes im Militärdienst formuliert, konnte dies 1916 folgendermaßen lauten:

*„Unser Stand wird aus dem Weltkrieg den enormen Nutzen ziehen, dass die Notwendigkeit, Zahnärzte mit gewisser chirurgischer und allgemein medizinischer Bildung, wie sie eben nur Vollärzte haben können, zur Behandlung von Kieferschussverletzten heranzuziehen, unser Ansehen bei allen denen heben wird, die uns bisher etwas geringschätzig über die Achsel angesehen haben.“*¹⁴

Oder 1916 aus der Perspektive eines Schweizer Beobachters:

*„Eine eingehende Bearbeitung des Gebietes der Zahnheilkunde ist nach dem Kriege von den Leitern der Abteilung für Kieferverletzte zu erwarten. Es harret hier ein grosses wissenschaftliches Material, das täglich noch vermehrt wird, der Verarbeitung.“*¹⁵

9 Zeitgenössischer Begriff für Forschungsdaten den Menschen betreffend.

10 H. SCHRÖDER, Über Schussverletzungen der Kiefer und ihre Behandlung. In: Fritz WILLIGER, H. SCHRÖDER, Die zahnärztliche Hilfe im Felde. Heft 1 (Berlin 1914) 15-82, hier 17; Juljan ZILZ, Pathologisch-anatomische Befunde bei Kieferverletzungen. In: Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde. Sonderabdruck aus Heft 33/2 (Wien 1917) 1; Otto MÜLLER-WIDMANN, Über die Behandlung von Kieferschussfrakturen. (Bern 1916) 7f.; SCHAAR, Statistischer Jahresbericht, 21.

11 Herbert GRUNDHEWER, Die Kriegsrankenpflege und das Bild der Krankenschwester im 19. und 20. Jahrhundert. In: Johanna BLEKER, Heinz-Peter SCHMIEDEBACH (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985 (Frankfurt am Main 1987) 135-152, 148.

12 Ingo TAMM, "ein Stand im Dienst der Nationalen Sache". Positionen ärztlicher Standesorganisationen zum Ersten Weltkrieg. In: Wolfgang U. ECKART, Christoph GRADMANN (Hg.), Die Medizin und der Erste Weltkrieg (Paffensweiler 1996) 11-22, hier 1.

13 ZILZ, Pathologisch-anatomische Befunde, 1.

14 SCHWABE, Kommentar zum „Bericht über die chirurgische Behandlung.“ In: Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde 32/3-4 (Wien 1916) 101-103, hier 101.

15 MÜLLER-WIDMANN, Kieferschussfrakturen, 7f.

In diesen Zitaten tritt, wie auch in anderen Schriften von Ärzten der Glaube an den Krieg als Katalysator ärztlichen Erkenntnisfortschritts zu Tage. Selbst nach dem verlorenen Krieg und den unzähligen Kriegsoffern hielt man an dieser Prämisse fest.¹⁶ Ein Umdenken hätte eine völlig neue Positionierung der Medizin innerhalb der wissenschaftlichen Praxis, wie auch einen Bruch mit der wissenschaftlichen Tradition bedeutet.

Im Folgenden soll daher anhand der Beispiele von Patientengeschichten mit Kieferschussverletzungen Fragen nach der Einflussnahme des Ersten Weltkrieges auf die Behandlung nachgegangen werden. Neben der Verletzungsart war es vor allem die Bemessung der Dienstauglichkeit, welche die Kriegssituation in den Akten vergegenwärtigte. Daraus ergeben sich folgende Fragen:

- Findet sich der vom Militär ausgeübte Druck in den Patientenakten wieder?
- War die Bewertung einheitlich oder lassen sich Unterschiede feststellen?
- Handelte das Militär gegen die ärztliche Expertise?
- Inwieweit zeigten sich die Ärzte den militärischen Interessen gegenüber kooperativ?
- Trafen die behandelten Ärzte die Entscheidung über Behandlungsmethoden, oder wurden diesbezügliche Entscheidungskompetenzen auch an Mitglieder der Assentierungskommission¹⁷ des Militärs übergeben?

Die hier analysierten Patientenakten sind Teil des Bestandes des Zahnmuseums in den Sammlungen der Medizinischen Universität Wien (MUW). Dieser bislang noch nicht erschlossene Bestand wurde im Zuge der Recherchen für die Arbeit erstmals gesichtet. Ergänzend zu diesem umfangreichen Quellenmaterial wurde der Bestand der „*Neuen Feldakten*“ [NFA] des Kriegsarchivs im Österreichischen Staatsarchiv, insbesondere der Aktenbestand des Armeestetappenkommandos¹⁸, der Abteilung für Sanitätswesen im Armeestetappenkommando und der Aktenbestand der k. u. k. Sanitätsanstalten, gesichtet. Zusätzliche Angaben zu den Patienten selbst lassen sich, sofern sie von der jeweiligen Person erhalten geblieben sind, in den Superarbitrierungsakten¹⁹ und den Hauptgrundbuchblättern des Kriegsarchivs finden.

In den Patientenakten selbst wurden Angaben über den Patienten (z.B.: Geburtsort, Wohnort, Eltern, Religion, Staatsangehörigkeit²⁰, Beruf, körperliche Beschaffenheit), detaillierte Daten über Behandlungsschritte und zahlreiche Anmerkungen von Ärzten notiert. Ebenfalls Teil des Patientenaktes sind Vormerkblätter mit Anweisungen an andere Abteilungen und Kliniken sowie militärärztliche Zeugnisse, die ausgestellt wurden, wenn ein Patient um Urlaub ansuchte oder als nicht geheilt entlassen wurde.

16 Vgl.: Otto von SCHJERNING (Hg.), Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege, I-VIII (Leipzig 1921-22).

17 Feststellung der militärischen Tauglichkeit.

18 Mit Etappe ist das Gebiet hinter der Front, in dem sich Versorgungsdienste und -einrichtungen, Lazarette, Ersatztruppen sowie Verwaltungsbehörden wie das Armeestetappenkommando befanden. Räumlich erstreckte sie sich während des Ersten Weltkrieges von der Front- bis zur Reichsgrenze. Ab der Reichsgrenze begann das Hinterland. Vgl. dazu: Gerhard HIRSCHFELD, Enzyklopädie Erster Weltkrieg, 465.

19 Der Terminus „Superarbitrierung“ bezeichnet die Feststellung der militärischen Dienst- und bürgerlichen Erwerbsfähigkeit nach einer Verletzung im Einsatz für das Militär.

20 Behandelt wurden Soldaten aus allen Kronländern der Monarchie (darunter auch Zivilpersonen), aus dem Deutschen Reich und Kriegsgefangene (hier aus Russland). Vgl. dazu: Juljan ZILZ, Kriegszahnärztliche Beobachtungen und Erfahrungen. In: Österreichische Zeitschrift für Stomatologie. Sonderabdruck aus Heft 12/13 (Wien 1915) 9.

In Bezug auf die Sichtbarkeit des Krieges in den Akten ist der Fragenkomplex 7²¹ aus den vorgedruckten militärärztlichen Zeugnissen, die während des Ersten Weltkrieges unverändert blieben²², von Interesse:

„7 a) Ob Aussicht auf vollständige Heilung, d. i. auf Erlangung der Kriegsdiensttauglichkeit, vorhanden ist und in ungefähr welcher Zeit?

b) Ob und zu welcher Dienstleistung der Untersuchte gegenwärtig geeignet ist?

c) Ob der Untersuchte bürgerlich erwerbsfähig ist?“²³

Die Beurteilung in den Zeugnissen setzte sich aus militärischen, gewerblichen und medizinischen Aspekten zusammen. Bei der gewerblichen Beurteilung wurde die Berufs-, beziehungsweise Erwerbsfähigkeit geschätzt. Eine eingeschränkte Erwerbsfähigkeit bedeutete nach Definition im militärärztlichen Zeugnis zugleich eine eingeschränkte Wehrfähigkeit. Auf Grund der verminderten Erwerbsfähigkeit hatte der Soldat Anspruch auf eine „Invalidenrente“. Als Maßstab für diesen Leistungsanspruch galten nicht militärische Faktoren, sondern Kriterien in Bezug auf den vor dem Militärdienst ausgeübten Beruf.²⁴ Bei schweren Kieferschussverletzungen wurde die Einschränkung in der Regel mit fünfzig Prozent²⁵ bemessen. Das Modell der Schätzung und Entschädigung entsprechend dem Grad des Verlustes der Erwerbsfähigkeit hatte seinen Ursprung nicht im Militär und der Ärzteschaft, sondern ging auf die seit 1888 in Österreich geltende Unfallversicherung zurück. Daraus ergab sich, dass die durch den Krieg hervorgerufenen Verletzungen ab 1915 als Art Arbeitsunfall behandelt wurden.²⁶ Ohne über eine besondere Ausbildung zu verfügen, fühlten sich Ärzte selbstverständlich dafür zuständig, die Bewertungen der Wehr- und Erwerbsfähigkeit vorzunehmen. Eigeninitiierte Richtlinien ohne gesetzlichen Rahmen dienten als (freiwillig wahrgenommener) Maßstab der Bewertung und besaßen daher eher einen informellen Charakter.²⁷

2. Widersprüche in der Auffassung von Wehrfähigkeit

Wie unterschiedlich daher die Bemessung der Wehrfähigkeit ausfallen konnte, zeigen die folgenden Patientengeschichten der Infanteristen Stefan T. und Franz Z..

Mit 21 Jahren wurde Franz Z. am 19. Oktober 1914 am San durch einen Granatsplitter im Gesicht schwer verwundet, bereits einen Monat nach dem ersten Einsatz seines Regiments in Zamość (Zamosch, Woiwodschaft Lublin, Polen). Kurz nach dem ersten

21 In den anderen Fragenkomplexen wurde gefragt nach: Angaben zur Person, Befund, Grund der Krankheit, Behandlungsorte, vorhandene Dokumente über die Erkrankung, Verlauf der Erkrankung, weitere Behandlungsschritte.

22 In einigen Fällen wurde der Punkt 7d: „In welchem Berufe will sich der Untersuchte fernerhin betätigen?“ mit der Schreibmaschine hinzu gefügt.

23 MUW, Patientenakten, militärärztliche Zeugnisse.

24 In den militärärztlichen Zeugnissen wurde unter Punkt 7c angegeben, ob der Soldat den bisherigen Beruf ausüben wolle und mit welchen Einschränkungen er zu rechnen hatte. MUW, Patientenakten der Poliklinik, militärärztliche Zeugnisse.

25 Gustav WUNSCHHEIM, Über Pseudarthrosen des Unterkiefers. In: Emil STEINCHNEIDER (Hg.), Kieferschußtherapie, 197.

26 Harald WENDELIN, Verwundeter Held oder beschädigter Bürger. Die Prinzipien der Kriegsbeschädigtenversorgung in Österreich nach dem Ersten Weltkrieg. Beitrag im Panel: Erinnern und/oder Entschädigen – Formen der Kriegsbewältigung. Kriegspopferversorgung und Denkmalkultur nach 1918; 7. Österreichischer Zeitgeschichtetag (Innsbruck 2008) 3.

27 WUNSCHHEIM, Pseudarthrosen, 197; Adolf DEUTSCH, Anleitung zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten (Wien 1920).

Behandlungsurlaub, ging am 13. April 1916 in der *„Zahnärztlichen Abteilung der allgemeinen Poliklinik in Wien“* (Poliklinik) ein Dienstzettel mit der Frage nach der Einsatzfähigkeit Franz Z. ein. Die dritte Abteilung des k. u. k. Reservespitals Nr. 17 drängte auf eine Wiedereingliederung in den aktiven Dienst, weil Franz Z. *„eine Anstellung bei [der] K.u.K Marine, Flugzeugstation in Pola, in Aussicht hätte.“*²⁸ Der zuständige Arzt und Klinikvorstand, Gustav Wunschheim von Lienthal, antwortete optimistisch: *„Die Behandlung des Genannten wird beiläufig noch zwei Monate dauern.“*²⁹

Das bedeutet, man rechnete mit dem erfolgreichen Abschluss der Behandlung Mitte Juni 1916, zwei Jahre vor der tatsächlichen Entlassung. Die behandelnden Ärzte versprachen dem Militär nicht nur einen frühen Behandlungserfolg, sondern auch die Wiedereinsatzfähigkeit in den aktiven Dienst.

Zu diesem Zeitpunkt war man von einer zufriedenstellenden Heilung der Verwundung jedoch noch entfernt. Von Franz Z. wurden in dieser Behandlungsphase Gebissabdrücke angefertigt, und ihm wurden Galeriekammern für die künftige Prothese eingesetzt. Der Kieferknochen war nicht verheilt und eine plastische (bedeutete auch kosmetische) Korrektur der Narben und Weichteile stand ebenfalls noch aus. Eine selbständige und uneingeschränkte Ernährung war Zamecnik noch nicht möglich.

Auch bei Stefan T. wurde eine Pseudarthrose³⁰ im Unterkiefer diagnostiziert. In seinem Fall war man bezüglich der Heilungschancen jedoch pessimistischer.

Stefan T. wurde am 29. August 1914 in St. Nicolaje (Galizien, Ukraine) von einem Schrapnell³¹ im rechten Unterkiefer getroffen. Nach der Erstversorgung wurde er in Saluvalia-Ujhely (Ungarn) behandelt, von wo aus er am 1. Oktober 1914 in das Reservespital Nr. 5 überstellt wurde. Von da an wurde er bis zur Entlassung am 18. Jänner 1918 in der Poliklinik behandelt. Mehr als ein Jahr vor der tatsächlichen Entlassung am 20. November 1916 wurde im militärärztlichen Zeugnis von Stefan T. hinsichtlich des Behandlungserfolgs *„vielleicht in mehreren Monaten“* eingetragen. Fünf Monate später zeigte man sich schon weniger optimistisch und der Eintrag zum vorläufigen Therapieende wurde auf *„unbestimmter Zeit“* verlängert. Grundsätzlich war man aber auch weiterhin von einem Erfolg überzeugt.³²

Im Jänner 1918 wurde Franz Z. mit dem *„Befund D [zu jedem Dienst ungeeignet]“* und mit einer Erwerbsfähigkeit von fünfzig Prozent aus der Behandlung entlassen und der Superarbitrierungskommission vorgestellt.³³ Die Superarbitrierungskommission setzte jedoch die Bewertung der behandelnden Ärzte nicht um und verminderte mit dem Beschluss vom 9. August 1918 die Berufsunfähigkeit³⁴ auf 25 Prozent.³⁵ Zamecnik

28 MUW, Patientenakten, Franz Z., Dienstzettel, 13. April 1916.

29 Ebd.

30 Der Terminus „Pseudarthrose“ bezeichnet ein falsches Gelenk an der Bruchstelle bei nicht geheilten Knochenbrüchen.

31 Als Schrapnelle wurden Streugeschosse der Artillerie bezeichnet, die in ihrer Wirkung den Kugeln eines Schrottgewähres ähnelten. Dieter STORZ, Schrapnell. In: HIRSCHFELD, Enzyklopädie Erster Weltkrieg, 820.

32 MUW, Patientenakten, Stefan T..

33 Franz Z. willigte nach der Entlassung in eine weitere Operation (Knochentransplantation) ein, um den Behandlungserfolg zu verbessern. Mit demselben Resultat wurde schließlich am 7. Juni 1918 entlassen. MUW, Patientenakten, Franz Z..

34 Die Berufsunfähigkeit bezieht sich auf den erlernten bzw. den zuvor ausgeübten Beruf. Im Vergleich dazu bezieht sich die Erwerbsfähigkeit auf die Fähigkeit, berufstätig sein zu können, unabhängig vom zuvor ausgeübten oder erlernten Beruf.

stand damit eine Invalidenpension von jährlich 72 Kronen sowie eine Verwundungszulage von jährlich 96 Kronen auf Lebenszeit zu.³⁶ Stefan T. hingegen wurde mit derselben medizinischen Prognose im Juni 1918 mit dem „Befund C [zum Dienste ohne Waffe geeignet]“ aus der Behandlung entlassen.³⁷ Die Angaben zur Erwerbsfähigkeit fehlen in den Akten, vermutlich weil er wieder in den aktiven Dienst gestellt wurde.

Wie es zu dieser unterschiedlichen Bewertung bei gleichem Dienstgrad³⁸ kam, kann anhand der vorhandenen Quellen nur indizienhaft beantwortet werden. Der Grund lag möglicherweise an den unterschiedlichen Bewertungsmaßstäben der behandelnden Ärzte³⁹, deren Ursache in den fehlenden gesetzlichen Bestimmungen zu finden ist. Diese Beurteilungen hatten jedoch weitreichende Konsequenzen für die Soldaten. Während Stefan T. weiterhin dienen musste, stand es Franz Z. offen in seine Heimat zurückzukehren, einen zivilen Alltag zu leben und wieder Berufstätig zu werden.

3. Restriktive Maßnahmen des Militärs gegenüber den Patienten

Der Erste Weltkrieg, die totale Mobilmachung und das restriktive Verhalten des Militärs gegenüber den Soldaten werden besonders eindringlich im Patientenakt von Stefan Ry. sichtbar. Aufgrund der hohen Verluste – bis Ende 1915 bilanzierte man 400.000 gefallenen und in den Spitälern gestorbenen Soldaten und etwa zwei Millionen Verwundete oder Kranke – entstand ein Engpass an einsatzfähigen Soldaten. Weitere Musterungen konnten den Mannschaftsstand nicht mehr ausgleichen, daher wurde angeordnet, die Krankenabgabe möglichst gering zu halten.⁴⁰

Stefan Ry. war 32 Jahre alt, als er am 20. Oktober 1914 in der Gegend von Przemysl (Premissel, Woiwodschaft Karpatenvorland, Polen) durch einen Gewehrschuss (Durchschuss) am rechten Kiefer getroffen wurde. Wegen seines falschen Aufbisses wurde Stefan Ry. geröntgt, um die „*Verhältnisse am rechten Kieferwinkel*“ festzustellen.⁴¹ Die Aufnahmen vom 2. Oktober 1915 ergaben folgendes: „*Am rechten Unterkieferast ein grosses Stück fehlend am aufsteigenden Ast am Längsprung Metallsplitter.*“⁴²

Mit dieser Diagnose wurde er in die Poliklinik überstellt. Als am 14. Jänner 1915 die Behandlung aufgenommen wurde, waren die äußeren Wunden zwar „*etwas eingezogen*“, aber ansonsten „*vollkommen verheilt*“. Der Splitterbruch hingegen hatte sich zu einer Pseudarthrose entwickelt: „*Patient kam zu spät in unsere Behandlung, so daß es trotz der sechsmonatelangen Schienung der gebrochenen Kieferteile nicht mehr gelang, eine knöcherne Vereinigung der Bruchstücke zu erzielen. Patient erhielt schließlich eine untere Prothese als Ersatz der verloren gegangenen Zähne mit schiefer Ebene links, die das Zurücksinken des Unterkiefers in die falsche Stellung verhindert. Infolge der Pseudarthrose ist der Patient nicht imstande, ordentlich zu kauen.*“⁴³

35 KA, NFA, Superarbitrierungsakten, Karton-Nr. 1.354, Superarbitrierungsakt Franz Zamecnik, Superarbitrierungsliste.

36 Ebd.

37 MUW, Patientenakten, Stefan T., militärärztliches Zeugnis.

38 So hatten Offiziere leichteren Zugang zu Spezialnahrung, weshalb ihre militärische Wiedereinsatzfähigkeit höher bemessen wurde als vergleichsweise die von Infanteristen.

39 Franz Z. wurde von Frey und Stefan T. von Ornstein behandelt.

40 HOFER, Nervenschwäche, 340f.

41 MUW, Patientenakten, Stefan Ry..

42 Ebd.

43 Ebd.

Mit dem Gesuch, der Superarbitrierungskommission vorstellig zu werden, wurde Stefan Ry. am 19. Juli 1915 als nicht geheilt vom Klinikleiter Gustav Wunschheim von Lilienthal entlassen. Nach Einschätzung von Wunschheim war Stefan Ry. „zu keiner“ Zeit mehr militärdiensttauglich. Aufgrund „seine[r] selbstständige[n] soziale[n] Stellung“ wurde er als voll erwerbsfähig eingestuft.⁴⁴ Gemeint war hiermit, dass es ihm als selbstständigen Landwirt möglich war, zeitlich und organisatorisch flexibel genug zu sein, um eine spezielle Nahrung zu sich nehmen zu können.⁴⁵

Nach der Entlassung aus der Poliklinik sollte Stefan Ry. seine Superarbitrierung im „k.u.k. Barackenlager“ in Gmünd (Niederösterreich) abwarten. Von dort wandte er sich am 3. September mit folgendem Anliegen an Wunschheim:

„Sehr geehrter Herr Professor!

Ich komme mit einer großen Bitte zum Herrn Professor. Seit der Zeit wo mich Herr Professor zur Superarbitrierung bestimmt und vom Kader aus mich nach Gmünd geschickt haben, leide ich heftige Zahnschmerzen. Ich empfinde dadurch Schmerzen im ganzen Kopf und kann ganze Tage hindurch nichts essen. Ich wollte dem Herrn Professor nichts schreiben und habe bisher geduldig gelitten. Aber jetzt hat mich die k. u. k. Kommission assentiert, mein Leiden gar nicht berücksichtigt und ich werde in Kürze wider einberufen. Darum ersuche ich höflichst den geehrten Herrn Professor um neue Zähne, denn mit diesen kann ich absolut nicht essen. Ich bitte vielmals um Einsenden der Zähne denn am 14. dieses Monats fabre ich schon zum Kader.

Hochachtungsvoll verbleib

Stephan Ry.

Gmünd 3. XI. 1916“⁴⁶

Wunschheim reagiert unverzüglich auf den Brief von Stefan Ry.:

„An das Kommando des k.u.k. Barackenlagers in Gmünd, N.Oe.

Beiliegendes Schreiben des in der dortigen Baracke 105 untergebrachten Korporals Stephan Ry. wurde von diesem an mich als Vorstand der Zahnärztlichen Abteilung der allgemeinen Poliklinik vorgestern gesendet.

Es wird dasselbe mit dem diensthöflichen Ersuchen übermittelt, die Angaben des Korporals zu prüfen. Falls sie sich bezüglich seines von uns vor einem Jahre angefertigten Gebisses als richtig erweisen sollten, sind wir gerne bereit, ihm ein neues Unterstück zu machen, doch müsste der Korporal hiezu nach Wien in das Reservespital Nr. 17, Wien, XVIII., Leitermayergasse 45, auf meine dortige Abteilung transferiert werden. Der Korporal stand vom 14. Jänner 1915 bis 19. Juli 1915 wegen einer schweren Splinterfraktur des rechten Unterkiefers an unserer Abteilung in ambulatorischer Behandlung und wurde, da die Fraktur mit einer Pseudarthrose endigte, als zu jedem Dienste ungeeignet mit einer unteren Prothese und beiliegendem Superarbitrierungszeugnisse (Abschrift) entlassen. Nach dem klinischen Befunde bei der Entlassung ist es sehr unwahrscheinlich, daß die Pseudarthrose unterdessen von selbst zur knöchernen Verheilung gelangt sein sollte und ist daher seine Angabe, daß er wieder „assentiert“ worden sei, nicht recht glaubwürdig.“⁴⁷

Auch die Barackenverwaltung reagiert prompt: „Stefan Ry. ist assentiert und rückt ein“.⁴⁸

Das Krankenblatt endete am 19. Juli 1915, was bedeutete dass Stefan Ry. nach der zuvor zitierten Korrespondenz nicht mehr in die Behandlung in die zahnärztliche Abteilung aufgenommen wurde. Im Zusammenhang mit der klaren Aussage der

44 MUW, Patientenakten, Stefan Ry..

45 WUNSCHHEIM, Pseudarthrosen, 197.

46 Stefan Ry. verfasste den Brief auf Tschechisch, eine zeitgenössische Übersetzung liegt dem Akt bei. MUW, Patientenakten, Stefan Ry..

47 Ebd.

48 Ebd.

Barackenverwaltung in Gmünd kann davon ausgegangen werden, dass Stefan Ry. mit einem nicht verheilten Kieferknochenbruch, der es ihm unmöglich machte schmerzfrei und „normal“ zu essen, und mit einer ungenügenden Prothese wieder in den Kriegsdienst geschickt wurde.

Dieses Beispiel aus dem Behandlungsalltag von Stefan Ry. zeigt sehr eindringlich, dass innerhalb des Militärs und dessen Verwaltung nicht die Interessen des Soldaten im Vordergrund standen, sondern militärische Befindlichkeiten. Dem Soldaten wurde die Macht und damit die Entscheidungsmöglichkeit und Verantwortung über den eigenen Körper genommen und vom Militär und den Ärzten während der Dienstzeit übernommen.

4. Kooperationsbereitschaft der Ärzte

Neben den zuvor skizzierten restriktiven Maßnahmen des Militärs kam es auch vor, dass Ärzte leichtfertig mit den Verletzungen der Soldaten umgingen.

Oberleutnant Johann St. wurde am 31. August 1914 bei Zamość (Zamosch, Woiwodschaft Lublin, Polen) von einer Gewehrkegel getroffen. Dabei erlitt er eine „*doppelte komplizierte Unterkieferfraktur*“⁴⁹. Am 9. April 1915 wurde er mit folgender Diagnose aus der Behandlung entlassen: „*Der Herr Oberleutnant ist gegenwärtig zu Kaderdiensten geeignet, für den Frontdienst jedoch noch nicht, da er noch immer eine Schwäche in den unteren Zähnen als Folge der Schußverletzung hat, die ihm das Kauen harter Nahrung noch nicht erlaubt. Eine vollständige Heilung auch für den Frontdienst ist jedoch mit Sicherheit an absehbarer Zeit zu erwarten.*“⁵⁰

Johann St. leiste darauf ein Jahr und drei Monate Frontdienst, bevor er wieder in Behandlung kam: „*17. VII. [1916] Verlor beim Rückzug von der Strypa sein Unterstück. Klagt auch über gastrische Beschwerden.*“⁵¹ In Bezug auf die Kieferverletzung und der Fähigkeit sich selbständig zu ernähren heißt es: „*Patient besitzt im linken Unterkiefer genügend Zähne, um kauen zu können. [...] Das verlorene Unterstück wurde erneuert. Es ist für das Kaugeschäft nicht unbedingt nötig und kann im Bedarfsfall von jedem [Hervorhebung im Original] zahntechnischen Laboratorium ausgebessert und erneuert werden.*“⁵²

Johann St.’s Magenprobleme wurden in einer anderen Abteilung der Klinik untersucht. Der dortige Arzt Bauer⁵³ stellte fest, dass diese nicht im Zusammenhang mit der Kieferverletzung standen. Die Behandlung war damit beendet und Johann St. wurde vier Tage später wieder in den aktiven Dienst gestellt.⁵⁴ Auf die individuellen Beschwerden und die dadurch entstehenden – auch im militärischen Kontext relevanten - physischen Einschränkungen wurde nicht Rücksicht genommen.

Franz Km. wurde am 31. Jänner 1915 in den Karpaten durch einen Streifschuss am Kiefer und am Schultergelenk verwundet. Der Splitterbruch am Unterkiefer wurde wegen der Schulterverletzung nicht rechtzeitig behandelt und führte so zu einer Pseudarthrose.⁵⁵ Um die Knochenenden wieder zu einer Verwachsung zu bringen, beschlossen die Ärzte eine Knochentransplantation durchzuführen. Knochentrans-

49 MUW, Patientenakten, Johann St..

50 Ebd.

51 Ebd.

52 Ebd.

53 Vorname unbekannt.

54 MUW, Patientenakten, Johann St..

55 Ebd.

plantationen zählten während des Weltkrieges noch keinesfalls zu den Operationen, bei denen mit einem abschließenden Erfolg zu rechnen war.⁵⁶ Trotzdem prognostizierte Ornstein⁵⁷ Franz Km. im März 1917 eine Wehrfähigkeit in „mehreren Monaten“⁵⁸. Hans Pichler übernahm im Februar 1917 die „lokale Knochenplastik mit Wangenplastik“⁵⁹. Im Juni 1917 zeichneten sich die ersten Erfolge der Behandlung ab und im September desselben Jahres stellte man schließlich die knöcherne Verheilung des Implantates fest. In den nächsten Monaten folgten die Nachbehandlungen.⁵⁹ Franz Km. zählte zu jenen insgesamt 27 Fällen, bei denen Hans Pichler bis 1917 eine Knochentransplantation durchführte. Eine große Zahl der Patienten jedoch verweigerten die riskante und schmerzhafte Operation, was Hans Pichler als fehlenden „Willen zur Heilung“⁶⁰ auslegte. Auf die Ängste und Bedürfnisse der Patienten ging er nicht ein, vielmehr unterstellte er ihnen mangelndes medizinisches Verständnis und unverhältnismäßige Genügsamkeit.⁶¹ Franz Km.'s Schulterverletzung betreffend diagnostizierte die Filiale des Reservespitals Nr. 17 in der Klostersgasse folgende Wehrfähigkeit: „Zustand nach Steckschuss der linken Schulter. Einschränkung der Bewegungen im Schultergelenke, besonders des seitlichen Hebens. Schwäche des Faustschlusses. C Landsturmdienst ohne Waffe. 1. Februar 1918“⁶². Am 28. Mai 1918 wurde er zur Weiterbehandlung, die noch etwa zwei Wochen dauern sollte, wieder in die Behandlung von Hans Pichler übergeben, der an der 1. Chirurgischen Universitätsklinik (Klinik Eiselsberg) arbeitete. Ob und wann Franz Km. wieder in den aktiven Dienst gestellt wurde, geht aus den Quellen nicht hervor. Das für die Entlassung aus dem Militärdienst notwendige militärärztliche Zeugnis wurde von der zuständigen Klinik nicht ausgestellt, was einem erneuten Einsatz gleichkam.

Etwas anders gestaltet sich folgendes Beispiel: Ernst D. wurde am 11. August 1915 nach einer Schussverletzung bei Lwiw (Lemberg, Ukraine) in die Behandlung der Poliklinik aufgenommen. Nach einer erfolgreichen plastischen Operation und der Einpassung der Prothese wurde eine vollständige Heilung von den Ärzten diagnostiziert. Die Narbeneigenschaften waren jedoch noch verbesserungswürdig. Dies hatte nicht nur optische Auswirkungen, sondern erschwerte dem Patienten das Sprechen und Essen. Folgende Schlussbemerkung wurde im Krankenblatt verzeichnet: „3. VIII. [1916] Dr. Pordes teilt auf eine Anfrage, ob die radiol. Behandlung der Keloid in der Wange Aussicht auf Erfolg hätte, mit, daß ein Erfolg wahrscheinlich ist, aber die Behandlung möglicherweise 3 Monate dauern könnte. Da der Mann geheilt ist, müßte er entweder ohne radiol. Behandlung entlassen werden oder auf 3 Monate zu leichten Diensten in Wien untergebracht werden.“⁶³ Die Entscheidung und somit die Verantwortung, ob Ernst D. eine aus dem medizinischen Standpunkt optimale Behandlung zukommen soll, oder ob er wieder gänzlich einsatzfähig geschrieben werden sollte, wurde an die Superarbitrierungskommission, die meist im Sinne des Militärs urteilte⁶⁴, abgegeben.

56 MUW, Patientenakten.

57 Vorname unbekannt.

58 MUW, Patientenakten, Franz K..

59 MUW, Patientenakten, Franz K..

60 Hans PICHLER, Ueber die Knochenplastik am Unterkiefer. In: Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde 33/3 (1917) 348-385, hier 383.

61 Ebd. 349.

62 MUW, Patientenakten, Franz K..

63 Ebd.

64 Adolf DEUTSCH, Zur Schätzung der Erwerbsverminderung bei Kriegsbeschädigten. In: Der Invalide 2/5 (1. März 1919) 2-3.

5. Schlussbemerkungen

Aus den Patientenakten und den medizinischen Schriften geht hervor, dass eine Behandlung während des Krieges erst dann als erfolgreich angesehen wurde, wenn der Soldat wieder wehrdienstfähig war. Der vom Militär ausgeübte Druck, der unter anderem auch die Frage nach der Dauer der Behandlung und des zu erwartenden Erfolgs beeinflusste, legte den Spielraum und das Behandlungsziel der Ärzte fest. Gleichzeitig spielten Ärzte mit zu optimistischen Prognosen den Militärs in die Hände und machten Verletzte, wie die Beispiele zeigen, wieder zu kalkulierbaren Ressourcen für die Streitkraft. Aus den gesichteten Patientenakten lässt sich die Tendenz erkennen, dass Ärzte eher dazu bereit waren, dem Militär entgegenzuarbeiten, als sich oppositionell zu verhalten. Der Umgang mit den Verwundeten zeigt, dass Mediziner und Mitglieder des Militärs nicht nur auf die medizinischen Erfordernisse eines Krieges reagierten, sondern auch die Chancen eines entgrenzten Zustandes der Medizin genutzt haben, um neue Behandlungsmethoden zu entwickeln und zu erproben.

Zum anderen bedeutete eine erfolgreiche Behandlung zwangsläufig die Wiedereingliederung in den militärischen Apparat und damit die Gefährdung der Gesundheit und des Lebens des Soldaten. Ein möglicher ethischer Konflikt, der durch die Instrumentalisierung der Medizin durch den Krieg entstehen konnte, wurde nicht diskutiert. Vielmehr tauschte man sich über den Nutzen des Krieges und die dadurch gewonnen wissenschaftlichen und praktischen Errungenschaften in der Kieferchirurgie aus.

Autoreninformation

Mag. Melanie Ruff, Historikerin, Stipendiatin des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Postadresse: Institut für Geschichte der Medizin, Straußweg 17, 70184 Stuttgart, Deutschland. Mail: melanie.ruff@med-uniwien.ac.at